

CONCOURS D'ASSISTANT SOCIO-EDUCATIF

SESSION 2018

JEUDI 4 OCTOBRE 2018

REDACTION D'UN RAPPORT

à partir des éléments d'un dossier dans la spécialité, assorti de propositions opérationnelles, portant sur une situation en relation avec les missions exercées par les membres du cadre d'emplois et notamment sur la déontologie de la profession.

Durée : 3 heures

Coefficient : 1

Spécialité : CONSEILLER EN ECONOMIE SOCIALE ET FAMILIALE

A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET

- Aucun signe distinctif ne doit apparaître sur votre copie : ni votre prénom ou votre nom ou vos initiales, ni votre n° de convocation, ni le nom de votre collectivité employeur, de la commune où vous résidez, ni votre signature ou paraphe.... Vous ne devez pas mentionner dans vos réponses des noms imaginaires ou existants (par exemple : nom d'une commune, nom d'un agent....) mais seulement utiliser les éléments qui vous sont fournis dans les questions.
- Sauf consignes particulières figurant dans le sujet, vous devez impérativement utiliser une seule et même couleur pour écrire et/ou souligner. Seule l'encre noire ou 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.
- Les feuilles de brouillon (de couleur) ne seront pas notées par les correcteurs.
- Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury

Le dossier qui suit comprend 22 pages

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

Sujet :

La prévention de la perte d'autonomie et sa prise en charge sont un enjeu majeur pour l'avenir de notre société concernée par le vieillissement.

Vous êtes recruté(e) en tant que Conseiller(ère) en Economie Sociale Familiale au sein d'un Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) d'une agglomération de 25 communes regroupant 100 000 habitants d'un territoire essentiellement urbain pour y développer la politique sociale en faveur des personnes âgées.

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent aujourd'hui 13 % de la population et devraient avoisiner les 17 % dans les dix prochaines années.

Au vu des évolutions sociales actuelles, la solidarité familiale dans l'organisation du maintien à domicile semble fragilisée. A peine plus de la moitié des français s'estime bien informée des solutions disponibles pour faire face au risque de la dépendance.

En vous appuyant sur les documents joints, Monsieur le Président du CIAS vous demande de rédiger une note à l'intention des élus de l'agglomération pour les informer dans un premier temps des évolutions législatives et réglementaires en matière de prise en charge de la perte d'autonomie et dans un second temps pour leur présenter les divers dispositifs d'aide et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes pouvant être mis en place sur ce territoire.

Liste des documents :

Document n°1 : La France face au défi du vieillissement
(Le Monde - dossier spécial du 25 janvier 2017 - Extrait) - 5 pages

- Perte d'autonomie : les aides de l'Etat auxquelles recourir
- L'entreprise au secours des familles ?
- Sur la question de la dépendance, la société bouge plus vite que l'Etat

Document n°2 : Vieillesse : une loi très attendue
(Alternatives Economiques n°345 - Avril 2015) - 3 pages

Document n°3 : La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement
(ASH n° 2952 du 18 mars 2016) - 6 pages

Document n°4 : La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (suite et fin)
(ASH n° 2955 du 3 avril 2016) – 6 pages

Document n°5 : Questions sur les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)
(Gazette Santé Sociale du 1^{er} octobre 2006 - Hélène Delmotte) - 2 pages

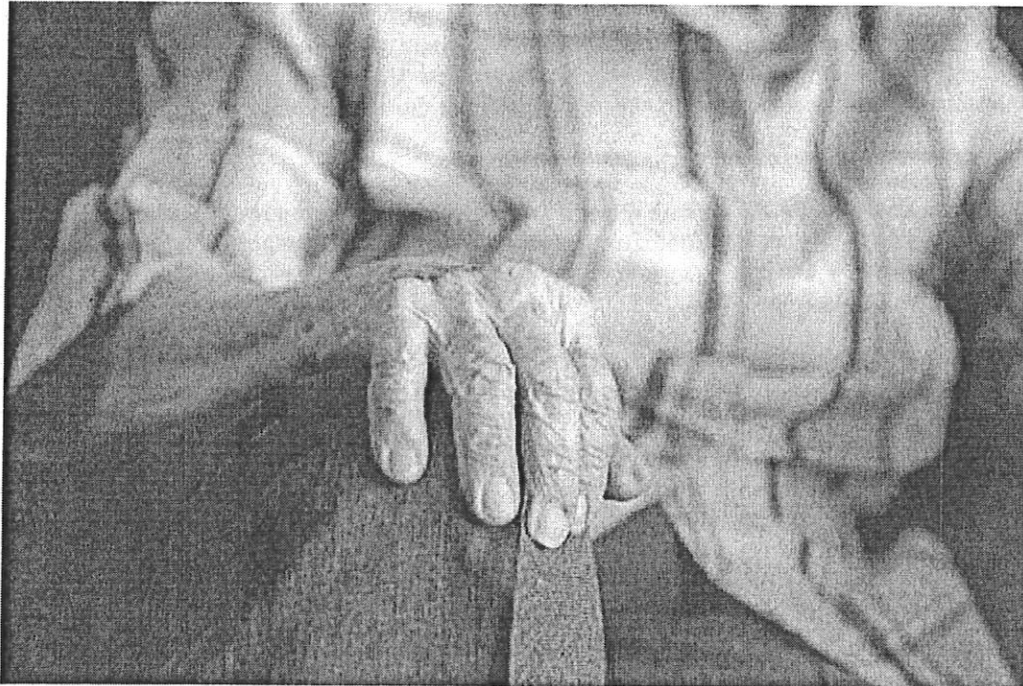
Document 1

La France face au défi du vieillissement
(Extrait Le Monde - dossier spécial du 25 janvier 2017)

Perte d'autonomie : les aides de l'Etat auxquelles recourir

Des dispositifs existent pour soutenir les personnes dépendantes et les aidants. Le point sur les conditions pour en bénéficier.

Le Monde | 24.01.2017 à 12h41 | Par Marie Pellefigue



Plusieurs dispositifs publics existent pour soutenir les aidants dans leur difficile mission. Google Images

En France, 5,5 millions de personnes vivent à domicile avec des problèmes de santé ou un handicap et sont aidées par des proches. Dans 64 % des cas, cette assistance est assumée par une seule personne, pour près de la moitié, par le conjoint. Pour soutenir ces aidants dans leur lourde tâche, plusieurs dispositifs existent.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) « Cette aide départementale est versée aux personnes dépendantes de plus de 60 ans pour financer l'aide à domicile ou en établissement », explique Brigitte Huon, vice-présidente de l'association France Alzheimer et maladies apparentées. Accordée sans conditions de ressources, le montant de celle-ci dépend du degré de dépendance, du mode d'hébergement et des revenus. Si vous êtes aidant et effectuez chez votre proche des heures de ménage, de cuisine, etc., il peut vous embaucher pour ce travail et vous rémunérer avec son APA, à condition que vous ne soyez pas son conjoint, son concubin ou pacsés ensemble.

Où s'informer ? Auprès du conseil général ou aux Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), lieux d'accueil, de conseil et d'écoute pour les personnes âgées et leur entourage.

Les aides sociales du département Réservées aux plus de 65 ans (plus de 60 ans en cas d'incapacité au travail) avec une faible perte d'autonomie, elles sont versées aux personnes à faibles ressources (moins de 9 606 euros par an pour un célibataire et de 14 918,90 euros pour un couple, depuis le 1^{er} avril 2016). Elles financent partiellement une aide ménagère à domicile, avec un plafond de trente heures par mois pour un célibataire et de quarante-cinq heures par mois pour un couple. Ces aides sont d'un montant variable selon les départements et, contrairement à l'APA, récupérables sur la succession.

Où s'informer ? Auprès du Centre communal d'action sociale (CCAS) du domicile du proche aidé.

Les aides de la Caisse nationale d'assurance-vieillesse (CNAV), des caisses de retraite

complémentaire et de mutuelles Attribuées sous condition de ressources et de patrimoine aux personnes légèrement dépendantes qui ne touchent pas l'APA. Selon les cas, elles prennent la forme d'un capital de plusieurs milliers d'euros ou d'une prise en charge partielle des frais liés à l'aide à domicile (soins, toilette, ménage, cuisine...).

Où s'informer ? Directement auprès des caisses de retraite et mutuelles.

Le congé proche aidant Depuis le 1^{er} janvier, il remplace le congé de soutien familial. Il est accordé aux aidants en activité professionnelle depuis au moins un an. « *Ce congé spécifique permet à tout salarié d'interrompre provisoirement son travail pour s'occuper d'un parent en situation de dépendance* », explique Annie de Vivie, fondatrice du site d'informations pour les seniors et les aidants, AgeVillage.com.

Ouvert à tous les aidants d'une personne dépendante (parent, ami, voisin...), il peut être pris sous forme fractionnée ou à temps partiel, sa durée maximale étant d'un an sur l'ensemble de sa carrière. Ce congé n'est ni rémunéré par l'employeur ni indemnisé par la Sécurité sociale, mais l'aidant reste couvert par l'Assurance-maladie et continue d'acquérir des droits à la retraite.

Où s'informer ? Auprès de votre entreprise.

L'aide au répit ou l'aide en cas d'hospitalisation La première est réservée aux aidants de bénéficiaires de l'APA dont le plafond d'aides a été atteint. Limitée à 500 euros par an, elle doit être utilisée pour financer une aide à domicile ou un hébergement temporaire afin de permettre à l'aidant de souffler.

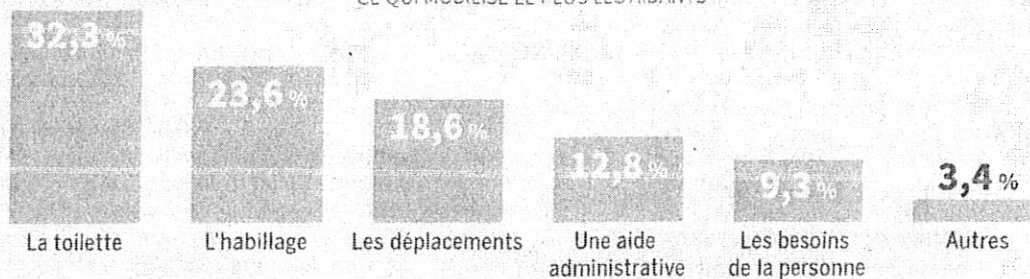
La seconde est ponctuellement accordée si l'aidant doit être hospitalisé sans possibilité de se faire remplacer. Elle est limitée à 992 euros, au-delà des plafonds de l'APA.

Où s'informer ? Auprès du Conseil départemental, de certaines caisses de retraite, mutuelles et assurances.

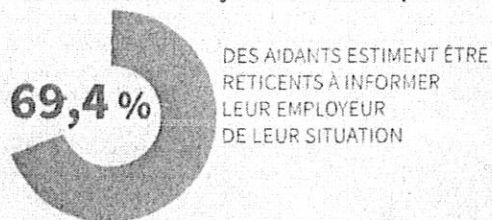
L'entreprise au secours des familles ?

Des tâches difficiles et chronophages

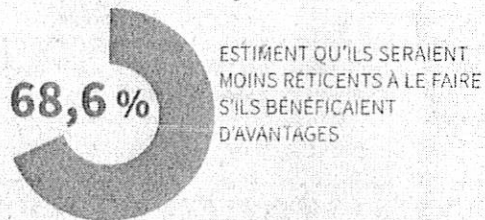
CE QUI MOBILISE LE PLUS LES AIDANTS



Au travail, les Français oseraient en parler...

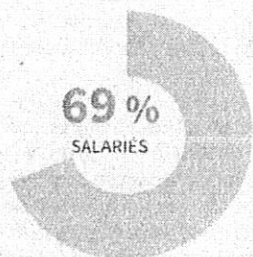


... si on leur octroyait des droits



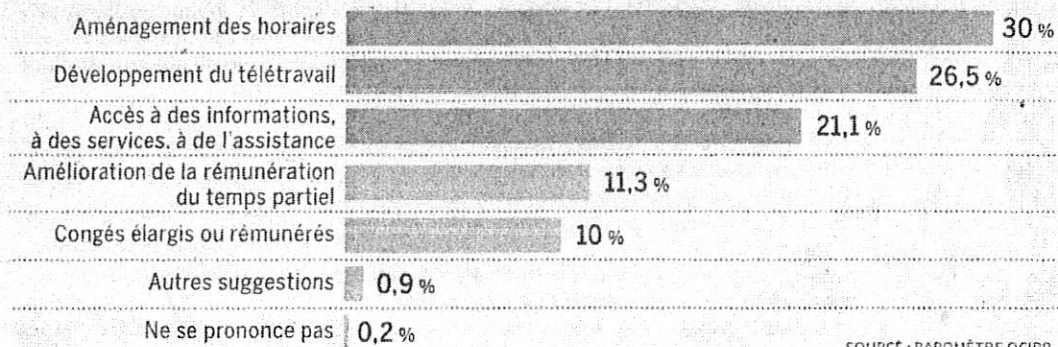
Mais les entreprises restent à convaincre

SELON VOUS, EST-IL DU RESSORT DES EMPLOYEURS D'AIDER LES SALARIÉS DANS LEUR RÔLE D'AIDANT ? (EN % DE OUI)



Les salariés réclament surtout de la flexibilité

COMMENT L'ENTREPRISE POURRAIT-ELLE AIDER SES SALARIÉS AIDANTS ?



SOURCE : BAROMÈTRE OCIRP

« Sur la question de la dépendance, la société bouge plus vite que l'Etat »

Pour le sociologue Serge Guérin, spécialiste du vieillissement, l'entraide familiale permettra de faire face à la dépendance.

Le Monde | 24.01.2017 à 12h40 | Par Jérôme Porier (*journaliste/jerome-porier*)



« Dans plus de 90 % des cas, c'est au sein de sa famille qu'on trouve de l'aide lorsqu'on devient dépendant. » Google Images

Serge Guérin est sociologue, spécialiste des questions liées au vieillissement, et dirige le master directeur des établissements de santé de l'Institut des hautes études économiques et commerciales (Insee). Il vient de publier, en collaboration avec Pierre-Henri Tavoillot, *La guerre des générations aura-t-elle lieu ?* (éditions Calmann-Lévy). Selon lui, la solidarité entre générations permettra de faire face au problème de la dépendance des personnes âgées, à travers des dispositifs qui restent à inventer. Un point de vue à contre-courant des idées reçues.

Le regard des Français sur le vieillissement et la dépendance a beaucoup changé...

C'est de moins en moins un sujet tabou. Il y a encore une dizaine d'années, lorsqu'on évoquait ces problématiques, il y avait beaucoup d'incompréhension, de rejet, de déni... Et puis la vie nous a rattrapés. Avec le vieillissement de la population, un Français sur deux a déjà été confronté au problème de la perte d'autonomie d'une personne âgée, ou non, dans son entourage. En entreprise, c'est un salarié sur cinq. S'occuper d'une personne âgée en difficulté est un motif d'absentéisme fréquent, plus fréquent que pour s'occuper d'un enfant. Les médias se sont emparés du sujet et la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement [entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016] a fait beaucoup pour la reconnaissance du statut d'aidant. Autre évolution, les gens prennent conscience de plus en plus tôt de l'importance de rester physiquement actif, de bien s'alimenter, pour vieillir en bonne santé et éloigner le risque de perte d'autonomie.

Dans votre dernier livre, vous écartez l'idée, pourtant répandue, d'un conflit latent entre générations...

Lorsque l'on interroge les Français sur ce qui va mal dans leur pays, seulement 6 % des sondés évoquent les conflits intergénérationnels, c'est révélateur. L'intergénération, c'est le quotidien fondateur : celui de la famille. Le slogan « *Familles, je vous hais* » d'André Gide, qui faisait florès en Mai 68, ne correspond plus à notre époque. Au contraire, la famille est considérée comme un refuge, alors que le monde du travail, avec ses exigences de compétitivité, peut être perçu comme hostile.

Lorsque l'on est confronté à un « accident de la vie », à la maladie, au chômage, c'est généralement vers un proche parent qu'on se tourne. Dans plus de 90 % des cas, c'est au sein de sa famille qu'on trouve de l'aide lorsqu'on devient dépendant. En moyenne, un aidant consacre vingt heures par semaine à ces tâches. Comme il existe 8,5 millions d'aidants en France, cela représente un poids économique de 164 milliards d'euros !

Comment ce problème est-il perçu par les entreprises ?

« LE PLUS SOUVENT, LES SALARIÉS SONT RÉTICENTS À ÉVOQUER LEUR CONDITION D'AIDANT DANS LEUR MILIEU PROFESSIONNEL, CAR ILS REDOUTENT QU'ELLE SOIT PERÇUE COMME UNE FRAGILITÉ, CE QUI POURRAIT LES PÉNALISER . »

Quarante-six pour cent des aidants sont en activité professionnelle, soit 4 millions de personnes. Conjuguer leur mission avec leur métier affecte leur productivité. Qu'elles le veuillent ou non, les entreprises ne peuvent pas dire qu'elles ne sont pas concernées. Mais elles ne savent pas trop comment aborder le problème.

Le plus souvent, les salariés sont réticents à évoquer leur condition d'aidant dans leur milieu professionnel, car ils redoutent qu'elle soit perçue comme une fragilité, ce qui pourrait les pénaliser. D'autant qu'ils n'ont généralement aucun avantage à en retirer, contrairement aux femmes enceintes, par exemple, qui sont protégées. L'ampleur du problème, en particulier pour les PME, nous oblige à trouver de nouvelles solutions. Les entreprises pourraient s'assurer contre ce risque ou faire appel à des sociétés spécialisées, par un système d'abonnement, pour répondre à un besoin ponctuel.

Sur ces questions, la société bouge plus vite que l'Etat, elle produit du « care » en dehors des institutions. En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, le droit au répit des aidants est une avancée, mais il reste beaucoup de chemin à parcourir. Heureusement, les idées sont en train de mûrir.

ENTRETIEN Le maintien à domicile répond à un souhait des personnes en perte d'autonomie et reste une solution moins onéreuse que le placement en établissement. Mais les soutiens publics restent insuffisants.



YVES VÉROLLET

Directeur général de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

Vieillesse : une loi très attendue

Qu'attendez-vous du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, qui vient d'être discuté au Sénat ?

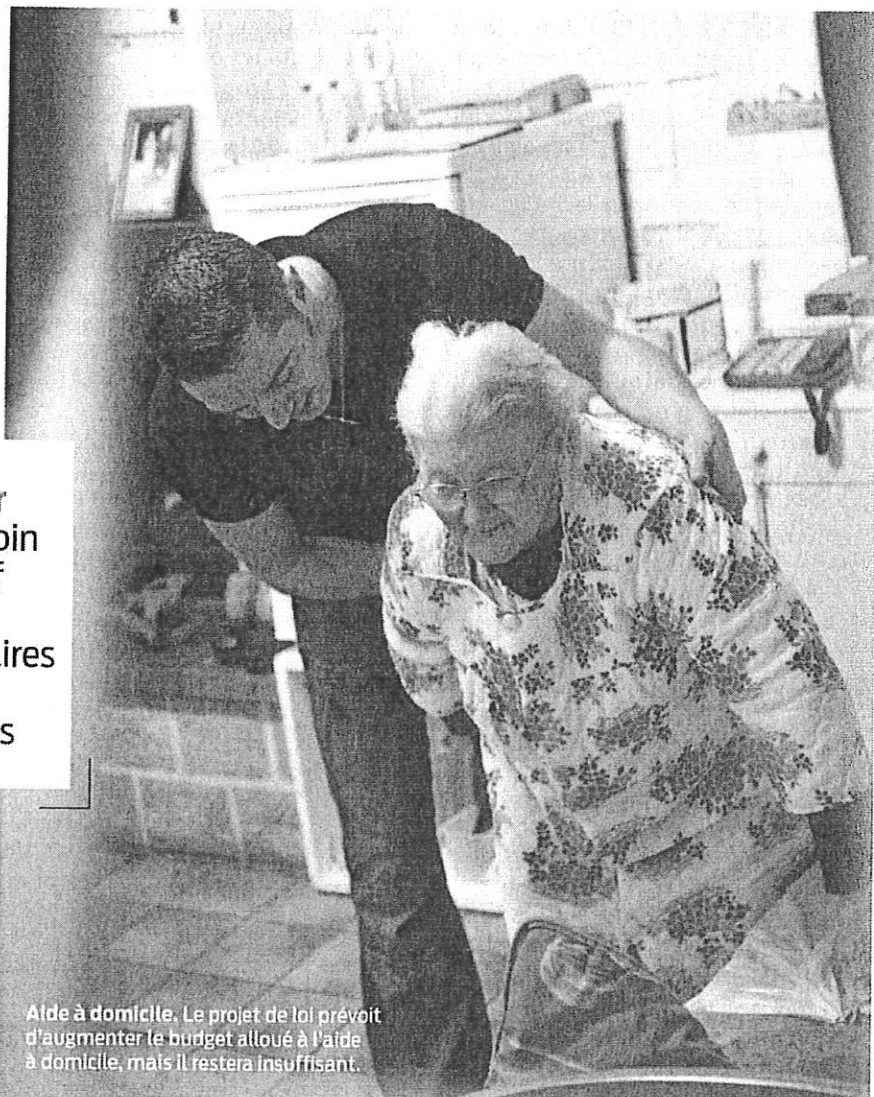
La perte d'autonomie ne touche qu'une part limitée de la population : 6 % des plus de 60 ans et ce n'est qu'après 85 ans qu'on observe des pourcentages relativement élevés. Mais l'enjeu est essentiel : il s'agit de permettre à ces personnes de continuer à vivre à leur domicile. Ce qui passe par une prise en charge collective qui ne leur laisse pas des montants élevés à payer, comme c'est trop souvent le cas aujourd'hui. A cet égard, le projet de loi va dans le bon sens : il prévoit d'augmenter le budget total alloué à l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) à domicile, qui est aujourd'hui de l'ordre de trois milliards d'euros par an, de 350 millions, via la contribution additionnelle solidarité pour l'autonomie (Casa), un prélèvement de 0,3 % sur les pensions des personnes imposables mis en œuvre depuis avril 2013. C'est un vrai plus pour les personnes les plus dépendantes qui devrait soutenir l'activité des services d'aide à domicile.

Est-ce suffisant pour sortir le secteur des difficultés qu'il traverse ?

Non. Un grand nombre d'associations d'aide à domicile sont aujourd'hui en difficulté en raison du modèle économique qui leur est

imposé et de la concurrence qu'elles subissent. Les conditions d'emploi et de rémunération de nos salariés les placent trop souvent dans une situation de pauvreté laborieuse. D'où d'importants problèmes de

Rapprocher l'aide et le soin serait positif tant pour les bénéficiaires que pour les structures



Aide à domicile. Le projet de loi prévoit d'augmenter le budget alloué à l'aide à domicile, mais il restera insuffisant.

Arne-Sophie Maistre, UNA

► recrutement, de fidélisation, et une faible attractivité de nos métiers pour les jeunes. Or, les mesures qui nous permettraient de sortir par le haut de cette situation sont loin d'être acquises.

Que suggérez-vous ?

D'abord, qu'on revienne à un minimum d'équité sur le territoire national. Selon une enquête réalisée auprès d'une centaine de structures, les tarifications horaires des services, qui sont fixées par les conseils généraux, vont de 17,50 € de l'heure à près de 24 euros, sans que cela soit lié à des contraintes objectives. Il y a donc un rééquilibrage à organiser dans un contexte où la part nationale du financement de l'APA est inférieure à 30 % et où il revient donc aux départements de financer le reste. Au-delà, l'Etat doit faire le nécessaire pour éviter la montée du reste à charge imposé aux usagers. Il faudrait pour cela une vraie réforme du financement de la dépendance.

La réglementation actuelle distingue les services d'aide et d'accompagnement et les services de soins infirmiers à domicile...

Nous attendons de la loi qu'elle marque un rapprochement de l'aide et du soin. Les expérimentations de terrain montrent tout le bénéfice qu'on peut tirer d'une prise en charge globale articulant le travail des infirmières, des aides-soignantes et des auxiliaires de vie sociale. Au-delà, les métiers d'auxiliaire de vie sociale (AVS) et d'aide-soignante devraient être fu-

TERRAIN

Aide à domicile : il y a services et services

Les services délivrés au domicile peuvent être classés selon le type de prestations : ménage, entretien de la maison, jardinage, petit bricolage, etc. Mais il faut aussi, voire surtout, s'intéresser aux différentes catégories de bénéficiaires : d'une part, des ménages, le plus souvent aisés, qui confient à d'autres certaines tâches

domestiques ; d'autre part, des personnes pour qui ces services sont une condition de leur maintien à domicile en raison de leur perte d'autonomie.

Les politiques publiques font cohabiter ces deux conceptions. Au nom de l'emploi et du blanchiment du travail au noir, l'Etat encourage en effet la consommation de ser-

vices à la personne via des exonérations sociales et fiscales.

Au nom de l'action sociale en faveur des personnes en difficulté, la protection sociale, l'Etat, les départements et les communes organisent par ailleurs une offre d'aide et de soins et contribuent à des degrés divers à solvabiliser la demande.

sionnés. Ce qui suppose une évolution de la formation des AVS, mais aussi un changement culturel afin de mettre un terme à la hiérarchie implicite qui les oppose.

Vous attendez également une nouvelle tarification de la prise en charge des personnes dépendantes avec une rémunération forfaitaire et non plus à l'heure...

Le problème de ce mode de tarification, au-delà de l'hétérogénéité de son niveau, est que le nombre d'heures prises en charge au titre de l'APA ne correspond pas toujours à la réalité des besoins. Une aide à domicile qui constate qu'au moment de partir, la personne aidée est désorientée, en larmes, va rester une demi-heure de

plus, le temps qu'elle retrouve un minimum de bien-être. Il serait plus logique de négocier un forfait calculé en fonction du niveau de dépendance des personnes prises en charge, et donc de la réalité du travail à assurer pour répondre aux besoins. Ces montants seraient convenus dans le cadre d'un

contrat plurianuel d'objectifs et de moyens (CPOM) noué avec le conseil général.

Enfin, souhaitez-vous toujours une fusion de l'APA et de la presta-

tion de compensation du handicap ?

Les fédérations médico-sociales revendiquent de longue date la création d'une prestation unique de compensation de la perte d'autonomie quels que soit l'âge et la situation de la personne. Cette idée figurait en filigrane dans la loi handicap de 2005 et nous continuons à la défendre, même si sa mise en œuvre est peu réaliste aujourd'hui pour des raisons budgétaires. Il serait néanmoins logique et souhaitable d'engager dès maintenant une convergence de ces deux prestations.

■ Propos recueillis par Philippe Frémeaux

17,50 à 24 €

C'est l'écart d'un département à l'autre de la tarification horaire des services à domicile liés à la perte d'autonomie.

A DÉCOUVRIR

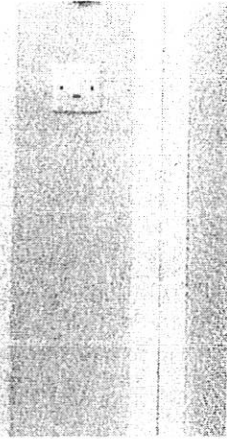
« Bien vivre chez soi »

Les **Dossiers d'Alternatives Economiques** viennent de publier un premier hors-série consacré à l'aide à domicile. Il rassemble une analyse des difficultés de ce secteur et des enjeux auxquels il est confronté, mais aussi de nombreuses enquêtes de terrain. Ce hors-série, qui aborde également les services à domicile pour d'autres publics (jeunes enfants, handicapés) et les questions d'emploi, a été réalisé en partenariat avec l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux



Economiques, hors-série n° 1, 9,50 €, compris dans l'abonnement aux *Dossiers*. Pas de diffusion en kiosque, mais via www.alternatives-economiques.fr/pratique, auprès de notre service relations clients à Quetigny et dans certaines librairies.

domiciles, une des grandes fédérations associatives du secteur. L'Una organise le Congrès du domicile les 9 et 10 avril prochains à Tours.



MODE D'EMPLOI. Pour s'y retrouver dans les différentes structures des services à la personne.

Le maquis de l'aide à domicile

Les personnes en perte d'autonomie ont essentiellement besoin de soins et d'aide. Les soins sont aujourd'hui assurés par des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour lesquels travaillent aides-soignantes et infirmières, et dont l'activité est prise en charge par l'assurance maladie. L'aide, quant à elle, est assurée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), qui emploient notamment des auxiliaires de vie sociale (AVS), mais aussi des personnes sans qualification reconnue. Ces services sont solvabilisés via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA),

versée sous conditions de ressources aux personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie.

Autorisés ou agréés

Les SAAD font l'objet de deux modes de réglementation concurrents pour des interventions qui peuvent être identiques. Le premier système, mis en place par la loi du 2 janvier 2002, est géré par les conseils généraux (désormais conseils départementaux) qui autorisent certains prestataires à opérer pour leur compte. Le second système est issu de la loi Borloo sur les services à la personne du 25 juillet 2005. Il consiste en un agrément délivré par les Directe pour cinq ans, agrément que peut obtenir toute structure s'engageant à respecter un cahier des charges défini par l'administration.

L'activité des SAAD autorisés, régis par la loi de 2002, est très encadrée sur le plan économique. Le conseil départemental fixe le tarif horaire que les services peuvent facturer, tarif qui varie fortement d'un département à l'autre. Les SAAD autorisés sont très majoritairement gérés par des associations à but non lucratif ou des centres communaux d'action sociale.

Les services agréés (loi Borloo) offrent les mêmes services aux mêmes personnes que les services autorisés, tout en bénéficiant de la liberté d'installation et de la li-

Auxiliaire de vie sociale (AVS) en Haute-Loire. Les services d'aide à domicile emploient des AVS, mais aussi des personnes sans qualification reconnue.

berté tarifaire. Sur un même territoire, peuvent ainsi coexister des services autorisés et des services agréés à but lucratif, les seconds concurrençant les premiers sans être soumis aux mêmes contraintes. Or, les services agréés proposent en règle générale leurs services à des prix inférieurs, soit qu'ils choisissent leurs « clients », soit qu'ils emploient un personnel moins qualifié et donc moins bien rémunéré.

Mandataires ou prestataires

A cette distinction entre autorisation et agrément s'ajoute celle qui oppose services prestataires et services mandataires. Dans le premier cas, la structure est l'employeur de l'intervenant à domicile et vend une prestation tout en contrôlant le travail du salarié et en assurant la continuité du service. Tous les services autorisés fonctionnent sur le mode prestataire.

Dans le second cas, le service met en relation la personne à aider avec un salarié dont la personne aidée sera elle-même l'employeur, même si le service mandataire gère pour elle les formalités. Le service mandataire est nettement moins coûteux, mais il est pour le moins inadapté à la prise en charge de personnes dépendantes lorsque celles-ci ne sont pas à même d'exercer leurs responsabilités d'employeur et ont besoin d'une aide et d'une assistance continue. ■ P.H.F.

ALLOCATION

Que finance l'APA ?

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) distribuée aux personnes dépendantes vivant à domicile – soit 728 200 personnes sur les 1 221 000 bénéficiaires de l'APA en 2012 – prend aujourd'hui la forme d'un droit à un certain nombre d'heures d'aide à domicile calculé en fonction du niveau de dépendance.

Mais l'aide ainsi accordée laisse un reste à charge important pour de nombreux ménages, ce qui les conduit à renoncer à une partie de leurs droits, entraînant une dégradation de leur état de santé et précipitant souvent leur départ en établissement.

La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement

Au menu de ce texte, notamment : réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, création d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, renforcement des droits des personnes âgées résidant en établissement et soutien aux aidants. Des mesures qui vont entrer en vigueur progressivement en 2016.

« L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation. » Telle est la teneur de l'article 1^{er} de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement – dite loi « ASV ». Ce texte d'une centaine d'articles est le fruit d'un long cheminement commencé 9 ans plus tôt. Dès 2007, en effet, Nicolas Sarkozy avait promis une réforme de la dépendance qui n'a finalement jamais vu le jour, faute de financement notamment, malgré les travaux lancés par Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé (1). Au début de son quinquennat, François Hollande, lui aussi, promet une telle réforme, mais il faudra encore attendre 4 ans pour qu'elle aboutisse. Les travaux ont été lancés à la fin 2012 par Michèle Delaunay, alors ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, qui n'a eu le temps que de présenter un avant-projet de loi en février 2014 avant d'être débarquée du gouver-

nement un mois plus tard à la suite des élections municipales. Le projet de loi est finalement arrivé en conseil des ministres en juin 2014, porté par Laurence Rossignol qui l'a défendu devant le Parlement jusqu'à son adoption 1 an et demi après. Mais cette dernière n'en assurera pas la mise en œuvre, qui a été confiée à Pascale Boistard, nommée, le 11 février dernier, secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie à la suite d'un énième remaniement ministériel.

Le gouvernement a fait le choix d'« une loi d'orientation et de programmation, inscrivant la totalité de la politique de l'âge dans un programme pluriannuel et transversal, embrassant toutes les dimensions de l'avancée en âge et confortant le choix d'un financement solidaire de l'accompagnement de la perte d'autonomie », souligne le rapport annexé à la loi qui définit les objectifs de la politique d'adaptation de la société au vieillissement, explicite certaines dispositions du texte et rappelle les autres outils sur lesquels les acteurs peuvent aussi s'appuyer pour une

(1) Voir ASH n° 2716 du 1-07-11, p. 45.

Ce qui fait
le débat

Conférence des financeurs. Dans chaque département, la conférence des financeurs doit établir un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie destinées aux plus de 60 ans, en complément des prestations légales ou réglementaires. Elle doit notamment faciliter l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile.

Résidences autonomie. Nouvelle appellation des logements-foyers pour personnes âgées, les résidences autonomie doivent proposer des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie et dont la liste sera fixée par décret. Pour l'exercice de cette mission, elles recevront du département un forfait autonomie, sous réserve d'avoir conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Droits des usagers. La loi pose de nouvelles garanties pour les usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux : la liberté d'aller et venir, le droit de désigner une personne de confiance, l'encadrement des modalités de rétractation et de résiliation des contrats de séjour dans les structures pour personnes âgées ou encore des règles pour assurer la protection patrimoniale des usagers âgés ou handicapés,

meilleure prise en charge des personnes âgées (stratégie nationale de santé, action sociale de la caisse nationale d'assurance vieillesse, programme de prévention du suicide des âgés, programme nutrition...).

Sans changement par rapport au projet de texte initial, la loi s'articule autour de quatre volets. Le premier « anticipation de la perte d'autonomie » s'attache à dépister les fragilités le plus en amont possible ou encore à prévenir l'isolement des personnes âgées *via* le dispositif Monalisa.

Le deuxième volet « adaptation de la société au vieillissement » prévoit, quant à lui, notamment de repenser les politiques publiques du logement afin de préserver l'autonomie des personnes âgées et de renforcer leurs droits dans les établissements qui les accueillent. Il comprend aussi des dispositions sur la diversification de l'offre de logements, avec, par exemple, le déploiement des logements-foyers – rebaptisés « résidences autonomie » – ou la sécurisation des résidences-services.

Avec le troisième volet de la loi, le gouvernement entend mieux accompagner la perte d'autonomie. Pour cela, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile est réformée (revalorisation du plafond des plans d'aide, diminution des restes à charge...) et les aidants mieux soutenus (amélioration de l'information, création d'une aide au répit...). La refondation de l'aide à domicile est également en marche, afin de soutenir les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) en grande difficulté financière. Dans ce cadre, un régime unique d'autorisation des SAAD met fin au droit d'option entre l'agrément et l'autorisation. Les services devraient aussi voir leur situation financière sécurisée grâce à l'encadrement de la possibilité qui leur est offerte de conclure avec les départements un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Les CPOM permettent en effet un financement par

forfait global, en contrepartie d'objectifs prévisionnels d'activité et de qualité.

Enfin, le texte comporte plusieurs dispositions sur la gouvernance des politiques de l'autonomie. Le rôle de « maison commune » de l'autonomie de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est renforcé au niveau national. Au niveau territorial, les départements sont, eux, confortés dans leur position de chef de file dans la prise en charge des personnes âgées. Pour mener à bien cette mission, ils peuvent désormais s'appuyer sur des conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, chargées d'établir un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. Mais aussi sur des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie – en remplacement des comités départementaux des retraités et des personnes âgées et des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées –, qui assureront la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département. La loi prévoit aussi de généraliser les maisons départementales de l'autonomie, censées devenir un guichet unique pour les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs familles ainsi que les aidants.

Relevons que certaines dispositions de la loi « ASV » ne concernent pas – ou seulement indirectement – les personnes âgées. C'est le cas notamment des mesures concernant la procédure d'appel à projets des établissements et services sociaux ou médico-sociaux, ou encore celles sur la protection juridique des majeurs. En outre, le texte n'engage que très partiellement la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pourtant très attendue par les professionnels et les usagers, laissant ainsi en suspens la question de la baisse du reste à charge des résidents et de leur famille.

L'intégralité du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), qui devrait rapporter 726 millions d'euros en 2016, servira à financer la mise en œuvre de la loi. Pour autant, les fédérations du secteur estiment que ce financement n'est pas « à la hauteur des besoins exprimés sur le terrain ».

Sauf exceptions, les mesures de la loi doivent entrer en vigueur de façon progressive en 2016 et, pour certaines, selon des modalités spécifiques dans les départements d'outre-mer (art. 84 de la loi).

Le gouvernement doit remettre au Parlement des rapports d'évaluation de la mise en œuvre de la loi d'ici à fin juin 2017 et à décembre 2019 (1). Ils devront être établis à l'issue d'une analyse conjointe de l'Etat et des départements, et proposer, le cas échéant, des évolutions de la loi et de ses mesures d'application.

(1) C'est-à-dire au plus tard 18 et 36 mois après la publication de la loi au Journal officiel.

Plan du dossier

Dans ce numéro

- I. L'anticipation de la perte d'autonomie
 - A. Une conférence départementale des financeurs
 - B. L'octroi d'aides techniques individuelles
 - C. L'action sociale des caisses de retraite
 - D. La lutte contre l'isolement des personnes âgées

II. L'adaptation de la société au vieillissement

- A. L'habitat collectif pour les personnes âgées
- B. Les droits des usagers des ESSMS
- C. Les droits des majeurs protégés

Dans un prochain numéro

- III. L'accompagnement de la perte d'autonomie
- IV. La gouvernance des politiques de l'autonomie

I. L'ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Avec le volet « anticipation de la perte d'autonomie », l'objectif est de « faire reculer la perte d'autonomie dite "évitable" en repérant et en combattant au plus tôt les premiers signes de fragilité des âgés et pour mieux accompagner ceux qui ont besoin de l'être », explique le gouvernement dans le rapport annexé à la loi. Pour ce faire, il entend développer des politiques coordonnées de prévention au niveau local au travers de l'instauration d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie jusqu'alors expérimentée dans 24 départements (voir encadré, page 53). Parallèlement, il veut conforter la coordination de l'action sociale des régimes de retraite et lutter contre l'isolement des personnes âgées.

A. Une conférence départementale des financeurs (art. 3 à 5 de la loi)

Les départements doivent installer une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par un décret du 26 février 2016 (1). Un nouveau chapitre est ainsi introduit dans les parties législative et réglementaire du code de l'action sociale et des familles (CASF), intitulé « prévention de la perte d'autonomie ». Selon le rapport annexé à la loi, « cette organisation permettra une amélioration de la visibilité de l'existant et l'identification des besoins non couverts ou non financés sur le territoire, afin de définir une stratégie coordonnée de prévention ».

1. SES MISSIONS

Instaurée dans chaque département, la conférence doit établir, pour une durée de 5 ans, un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. Ce programme s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus résidant dans le département concerné, recensées notamment par le schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie et par le projet régional de santé (CASF, art. L. 233-1, al. 1 et R. 233-1 nouveaux). Il doit porter sur (CASF art. L. 233-1, al. 2 à 8 nouveau) :

► l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à

domicile – selon des modalités précisées par décret (voir page 54) –, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition, et par la prise en compte de l'évaluation de ces aides réalisée par la CNSA ;

► l'attribution du forfait-autonomie destiné aux logements-foyers accueillant des personnes âgées, désormais appelés « résidences autonomie » (voir page 56) ;

► la coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les SAAD intervenant auprès de personnes âgées ainsi que par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) qui ont opté pour une organisation intégrée (2) ;

► le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie. Des actions qui doivent notamment viser à les informer, à les former et à leur apporter du soutien psychosocial (CASF, art. R. 233-8 nouveau) ;

► le développement d'autres actions individuelles ou collectives visant à informer les personnes âgées de 60 ans et plus, à les sensibiliser ou à modifier leurs comportements individuels, en vue d'éviter, de limiter ou de retarder la perte d'autonomie. Ces actions peuvent également conduire à identifier les personnes destinataires de ces actions (CASF, art. R. 233-9 nouveau).

B. L'octroi d'aides techniques individuelles (art. 3)

Le programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention élaboré par la conférence départementale des financeurs doit notamment faciliter l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile (voir page 51) (CASF, art. L. 233-1, al. 3 nouveau). La définition et les conditions d'octroi de ces aides ont été précisées par un décret du 26 février 2016 (1).

1. DÉFINITION

Les aides techniques individuelles sont constituées de tout équipement, instrument, dispositif, système technique ou logiciel adapté spécialement conçu pour prévenir ou compenser une limitation d'activité, destiné à une personne âgée de 60 ans et plus (CASF, art. R. 233-7 nouveau).

Ces aides et équipements doivent contribuer (CASF, art. R. 233-7 nouveau) :

► à maintenir ou à améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne, la participation à la vie sociale, les liens avec l'entourage ou la sécurité de la personne ;

► à faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne ;

► à favoriser ou à accompagner le maintien ou le retour à domicile.

Il peut s'agir, par exemple, d'actions d'aménagement des logements (installation d'une rampe, remplacement de la baignoire par une douche, etc.) ou d'achat de matériel (déambulateurs), explique un rapport parlementaire (*Rap. A.N. n° 2155, juillet 2014, Pinville, page 119*). Mais aussi, selon l'étude d'impact de la loi, de dispositifs de téléassistance et de domotique (chemin lumineux antichute...).

2. LES CONDITIONS DE RESSOURCES

Ces équipements et aides individuelles, qu'ils soient financés par le département ou par d'autres membres de la conférence des financeurs, sont attribués sous condition de ressources, qui varient selon la zone géographique de résidence du demandeur (*CASF, art. L. 233-2, al. 2 et 3 nouveau*).

A Pour les bénéficiaires de l'APA

Les aides sont accordées aux bénéficiaires de l'APA selon les mêmes modalités que pour l'octroi de la prestation en termes d'évaluation médico-sociale et de participation financière. Toutefois, en Ile-de-France, pour l'application des règles relatives à la participation financière de la personne âgée, son revenu mensuel et, le cas échéant, celui de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire pacsé, est diminué de 14 %. Les aides sont prises en charge dans la limite, le cas échéant, de plafonds fixés par la conférence des financeurs lorsque le montant maximal d'APA attribuable ne permet pas de les financer (*CASF, art. D. 233-11 nouveau*).

B Pour les personnes ne bénéficiant pas de l'APA

Pour les personnes de 60 ans et plus qui ne remplissent pas les conditions d'attribution de l'APA, ces aides sont accordées si leur revenu global figurant dans leur dernier avis d'imposition, additionné le cas échéant à celui de leur conjoint, concubin ou partenaire pacsé, est inférieur à un montant fixé en fonction de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) qui, pour mémoire, est revalorisée au 1^{er} avril de chaque année. Ainsi, leur revenu ne doit pas dépasser (*CASF, art. D. 233-12, I nouveau*) :

- ▷ 1,291 fois la MTP pour une personne seule (soit actuellement 1424,07 €) ;
- ▷ 1,936 fois la MTP pour un couple (soit 2 135,56 €).

En Ile-de-France, ces plafonds de ressources s'établissent à (*CASF, art. D. 233-12, II nouveau*) :

- ▷ 1,472 fois la MTP pour une personne seule (soit 1 623,73 €) ;
- ▷ 2,207 fois la MTP pour un couple (soit 2 434,49 €).

Personnes non bénéficiaires de l'APA : aide financière appliquée au coût de l'aide technique

RESSOURCES MENSUELLES		Taux de l'aide financière appliquée au coût de l'aide technique (*)
1 personne	2 personnes	
Jusqu'à 0,758 fois la MTP (**)	Jusqu'à 1,316 fois la MTP	65 %
De 0,759 à 0,811 fois la MTP	De 1,317 à 1,406 fois la MTP	59 %
De 0,812 à 0,916 fois la MTP	De 1,407 à 1,539 fois la MTP	55 %
De 0,917 à 0,989 fois la MTP	De 1,540 à 1,592 fois la MTP	50 %
De 0,990 à 1,034 fois la MTP	De 1,593 à 1,650 fois la MTP	43 %
De 1,035 à 1,141 fois la MTP	De 1,651 à 1,743 fois la MTP	37 %
De 1,142 à 1,291 fois la MTP	De 1,744 à 1,936 fois la MTP	30 %
Au-delà de 1,291 fois la MTP	Au-delà de 1,936 fois la MTP	Pas de participation
En Ile-de-France		
De 1,292 à 1,472 fois la MTP	De 1,937 à 2,207 fois la MTP	20 %
Au-delà de 1,472 fois la MTP	Au-delà de 2,207 fois la MTP	Pas de participation

(*) Dans la limite, le cas échéant, de plafonds fixés par les financeurs.

(**) Majoration pour aide constante d'une tierce personne.

Le montant des aides individuelles attribuées est alors déterminé dans la limite, le cas échéant, de plafonds fixés par la conférence des financeurs et modulé en fonction du montant des ressources et du nombre de personnes du foyer, selon un barème figurant en annexe 2-11 du code de l'action sociale et des familles (voir tableau page 54), (*CASF, art. D. 233-12, III nouveau*).

C. L'action sociale des caisses de retraite

(art. 6 et 7)

Avec la loi « ASV », le gouvernement entend « conforter la coordination de l'action sociale des régimes de retraite », souligne le rapport annexé. Une nouvelle étape va donc être franchie en développant une « approche commune aux régimes de retraite de base en direction de chaque retraité, quel que soit le régime auquel il est rattaché ». Elle s'inscrit dans la lignée du rapprochement engagé depuis 2011 entre la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la Mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI) et tend à aller plus loin.

I. UNE CONVENTION INTERRÉGIMES

La CNAV, la MSA, le RSI et la caisse nationale des agents des collectivités locales doivent signer, avec l'Etat, une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs d'une **politique coordonnée d'action sociale** en vue de la préservation de l'autonomie des personnes que ces régimes de retraite gèrent. Ce, dans le respect des conventions d'objectifs et de gestion qu'ils concluent déjà ensemble. Cette convention pluriannuelle pourra également être signée par les autres organismes nationaux chargés de la gestion d'un régime de retraite obligatoire de base et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes complémentaires légalement obligatoires d'assurance retraite (*code de la sécurité sociale [CSS], art. L. 115-9 nouveau*). Objectif : permettre une démarche interrégimes menant à une action sociale accessible suivant des modalités équivalentes.

2. LES ÉCHANGES D'INFORMATIONS ENTRE LES RÉGIMES

Pour faciliter la mise en œuvre d'une politique de prévention plus coordonnée, les organismes de sécurité sociale pourront échanger entre eux – dans des

conditions à définir par décret – les renseignements autres que médicaux qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à l'appréciation de la situation de leurs ressortissants pour l'accès à des prestations et avantages sociaux qu'ils servent ainsi qu'aux actions visant à prévenir la perte d'autonomie qu'ils mettent en œuvre (*CSS, art. L. 115-2-1 nouveau*). Selon l'exposé des motifs du projet de loi initial, « ces dispositions permettront aux caisses de retraite de croiser leurs données avec celles des caisses d'assurance maladie pour repérer les retraités en risque de perte d'autonomie, qui constituent la cible prioritaire de leur action sociale ».

III. L'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

5. UNE ÉVALUATION COMMUNE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Le département et les organismes de sécurité sociale pourront organiser la reconnaissance mutuelle de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées selon la grille nationale d'évaluation utilisée pour l'octroi de l'aide personnalisée d'autonomie – dite grille « AGGIR » (*CASF, art. L. 113-2-1 nouveau*). En pratique, « il s'agit de systématiser ce que de nombreux départements et caisses de retraite pratiquent d'ores et déjà, pour éviter des évaluations parfois redondantes au domicile et ainsi simplifier la vie des personnes âgées », explique l'exposé des motifs.

D. La lutte contre l'isolement des personnes âgées (art. 8)

Afin de lutter contre l'isolement des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment dans le cadre du dispositif de mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées (Monalisa) (1), la CNSA peut aussi désormais financer sur la section V de son budget (*CASF, art. L. 14-10-5, IV, 2° modifié*) :

- » la formation et le soutien des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- » l'accompagnement des proches aidants. Au-delà de leur formation, peuvent aussi être financées « différentes actions de soutien telles que les cafés des aidants, les groupes de pairs, etc. », précise l'exposé des motifs ;
- » la professionnalisation des personnels de services d'aide à domicile et des intervenants directement employés par les personnes âgées et les personnes handicapées pour les assister dans les actes quotidiens de la vie.

A. L'habitat collectif pour les personnes âgées

Dans l'objectif de valoriser les logements-foyers accueillant des personnes âgées, la loi du 28 décembre 2015 donne un nouveau cadre d'activité à ces structures, qu'elle rebaptise au passage « résidences autonomie ». Au-delà du changement sémantique, elle leur assigne une mission de prévention de la perte d'autonomie *via* la délivrance de prestations spécifiques et met en place un financement dédié sous la forme d'un forfait autonomie.

Parallèlement, le texte rénove le cadre juridique des résidences-services qui ne relèvent ni des dispositions des logements-foyers, ni du champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

1. LE PASSAGE DES LOGEMENTS-FOYERS EN RÉSIDENCES AUTONOMIE

Les logements-foyers pour personnes âgées, désormais dénommées « résidences autonomie », constituent des établissements qui relèvent de façon combinée de la réglementation prévue au code de l'action sociale et des familles et au code de la construction et de l'habitation (CCH), à savoir la réglementation relative (CASF, art. L. 313-12, III modifié) :

- aux établissements accueillant des personnes âgées (CASF, art. L. 312-1, I, 6°) ;
- aux logements-foyers, qui sont des établissements destinés au logement collectif à titre de résidence principale dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective (CCH, art. L. 633-1).

Si les résidences autonomie ont vocation à accueillir essentiellement des personnes autonomes, il arrive que certains résidents ayant perdu leur autonomie demeurent dans ces structures, voire que des personnes déjà dépendantes y soient accueillies. Lorsque la proportion de personnes dépendantes accueillies dépasse un seuil fixé par décret, les établissements concernés doivent être transformés en EHPAD (CASF, art. L. 313-12, I et III modifiés). Selon les rapporteurs de la loi au Sénat, « deux seuils, calculés en pourcentage du nombre total de résidents seraient ainsi fixés. Les résidences autonomie pourraient accueillir des personnes âgées dépendantes sans dépasser la proportion de 15 % de résidents relevant du GIR 3 et 10 % de résidents relevant des GIR 1 et 2 » (Rap. Sén., n° 322, Roche et Labazée, mars 2015, page 69).

A Des prestations minimales de prévention (art. 10 et 89)

Selon la loi, les résidences doivent proposer à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie. Ces prestations doivent encore être définies par décret (CASF, art. L. 313-12, III modifié).

« Les prestations socles des résidences autonomie recouvriront en premier lieu un service de sécurité 24 heures sur 24 et l'accès à de la restauration et à l'entretien du linge. Mais surtout, elles comporteront l'organisation d'actions d'animation et de prévention, individuelles ou collectives, visant à entretenir les facultés sensorielles, motrices et psychiques et à repérer les difficultés sociales des résidents. Ces activités pourront consister en des ateliers nutrition, des séances d'exercice physique, des ateliers portant sur le sommeil, la mémoire, la prévention des chutes... Elles permettront notamment de développer la pratique d'une activité physique ou sportive adaptée, encadrée par

un professionnel du sport spécifiquement formé », explique l'un des rapports parlementaires (Rap. A.N. n° 2155, juillet 2014, Pinville, page 150).

Ces prestations peuvent être mutualisées et externalisées et être proposées à des non-résidents (CASF, art. L. 313-12, III modifié).

Enfin, les résidences autonomie doivent faciliter l'accès de leurs résidents à des services d'aide et de soins à domicile (CASF, art. L. 313-12, III modifié).

En pratique, ces structures devront se mettre en conformité avec les dispositions du décret définissant ces prestations minimales au plus tard le 1^{er} janvier 2021. Les résidences autonomie dont l'autorisation arrive à échéance avant cette date verront leur autorisation prorogée jusqu'à 2 ans après cette date. Et elles devront procéder à leur évaluation externe au plus tard le 1^{er} janvier 2022, une évaluation qui portera notamment sur leur capacité à mettre en œuvre les prestations minimales de prévention (art. 89 de la loi).

La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (suite et fin)

Nous achevons notre présentation de la loi du 28 décembre 2015 avec les dispositions relatives à la gouvernance des politiques de l'autonomie, notamment l'instauration d'un Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, le renforcement du rôle de la CNSA et la généralisation des maisons départementales de l'autonomie.

V. LA GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

I. L'INSTAURATION D'UN HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE (ART. 69 DE LA LOI)

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement – dite loi « ASV » – tend à mettre en place une meilleure gouvernance des politiques de l'autonomie alliant à la fois proximité et égalité sur le territoire.

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, placé auprès du Premier ministre, absorbera :

- le Haut Conseil de l'âge ;
- le Haut Conseil de la famille ;
- une instance relative à l'enfance et à la protection de l'enfance, mise en place temporairement au sein de France Stratégie ;
- le Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA) (1) ;
- le comité « avancée en âge » présidé par le gériatre Jean-Pierre Aquino ;
- le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées.

La mission de cette nouvelle instance : animer le débat public et apporter aux pouvoirs publics une

(1) Dans l'attente de l'installation du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, un décret du 9 décembre 2015 prévoit le maintien du CNRPA jusqu'au 30 juin 2016.

A. La gouvernance nationale

Sur le plan national, la loi prévoit l'instauration d'un Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge et renforce les missions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. Placé auprès du Premier ministre, ce Haut Conseil, qui absorbera toute une série d'instances existantes telles que le Haut Conseil de l'âge et le Haut Conseil de la famille, sera chargé d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.

Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie. Fusionnant le comité départemental des retraités et des personnes âgées et le conseil départemental consultatif des personnes handicapées, ce nouveau conseil, à la tête duquel se trouve le président du conseil départemental, doit assurer la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département.

Maisons départementales de l'autonomie. La loi généralise les maisons départementales de l'autonomie, jusqu'à présent expérimentées dans 3 départements, et qui visent à réunir les services dédiés aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Objectif : instituer un guichet unique pour simplifier les démarches de ces publics ainsi que de leurs familles et aidants. Concrètement, cette organisation regroupe la MDPH ainsi que les personnels et moyens matériels du département affectés à la politique d'autonomie.

expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle (*code de l'action sociale et des familles [CASF], art. L. 142-1, al. 1 nouveau*). Plus précisément, elle devra (*CASF, art. L. 142-1, al. 3 à 9 nouveaux*) :

- formuler des propositions et des avis, et réaliser ou faire réaliser des travaux d'évaluation et de prospective sur les politiques de son champ de compétences, au regard des évolutions démographiques, sociales, sanitaires et économiques ;
- formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie au regard notamment des engagements internationaux de la France, dont ceux de la Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989 ;
- formuler toute proposition de nature à garantir, à tous les âges de la vie, le respect des droits et la bientraitance des personnes vulnérables ainsi que la bonne prise en compte des questions éthiques ;
- mener des réflexions sur le financement des politiques mises en œuvre dans son champ de compétences ;
- donner un avis, dans le cadre de ses formations spécialisées compétentes en matière d'enfance, d'avancée en âge des personnes âgées et des personnes retraitées, d'adaptation de la société au vieillissement et de la bientraitance, sur tout projet de loi ou d'ordonnance les concernant. Avis dont le Haut Conseil pourra assurer le suivi ;
- favoriser les échanges d'expériences et d'informations entre les différentes instances territoriales sur les politiques qui le concernent.

Le Haut Conseil comprendra une formation plénière et des formations spécialisées dans leur champ de compétence. La formation dans le champ de compétence de l'âge devra mener une réflexion sur l'assurance et la prévoyance en matière de dépendance. Elle devra aussi favoriser les échanges d'expériences et d'informations avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées sur les aspects

communs des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (*CASF, art. L. 142-1, al. 10 nouveau*).

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge pourra être saisi par le Premier ministre, le ministre chargé de la famille, le ministre chargé des personnes âgées et les autres ministres concernés de toute question relevant de son champ de compétences. Il pourra aussi se saisir de toute question relative à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge des personnes âgées et des retraités et à l'adaptation de la société au vieillissement ainsi qu'à la bientraitance (*CASF, art. L. 142-1, al. 11 et 12 nouveaux*).

Un décret doit définir les modalités de fonctionnement et la composition du Haut Conseil. Seule certitude au regard de la loi : il sera composé en nombre égal d'hommes et de femmes (*CASF, art. L. 142-1, al. 2 nouveau*).

2. LE RENFORCEMENT DU RÔLE DE LA CNSA

La loi « ASV » tend à renforcer les capacités d'action de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. A l'heure actuelle, « *ses compétences demeurent centrées sur la répartition des financements et son appui méthodologique est insuffisamment développé dans le champ des politiques de l'âge* », relève l'exposé des motifs du projet de loi initial. Le gouvernement a donc souhaité lui permettre de « *contribuer au pilotage opérationnel de la politique nationale de l'autonomie des personnes âgées* ». Et ainsi consacrer son rôle de « *maison commune* » de l'autonomie au niveau national.

A L'élargissement de ses missions (art. 70, 1°)

« *Si l'appui méthodologique et l'expertise de la CNSA se sont considérablement développés ces dernières années dans le domaine du handicap, en raison notamment de ses liens avec les maisons départementales des personnes handicapées [MDPH], ils demeurent en retrait dans le champ des politiques de l'âge, où la CNSA reste avant tout une "caisse", en charge de la répartition des financements* », relèvent les rapporteurs de la loi au Sénat. La loi « ASV » a donc élargi certaines de ses missions et lui en a confié d'autres afin « *d'en faire une véritable agence nationale dans le domaine de la perte d'autonomie des personnes âgées et du soutien des proches aidants* » (*Rap. Sén. n° 322, Roche et Labazée, tome 1, mars 2015, page 196*). Ainsi, la CNSA doit également, désormais :

- contribuer non seulement au financement de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, mais aussi

Textes applicables

- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 et son rectificatif, J.O. du 29-12-15 et du 16-01-16.
- Décrets n° 2015-1868 et n° 2015-1873 du 30 décembre 2015, J.O. du 31-12-15.
- Décrets n° 2016-2009, n° 2016-2010 et n° 2016-2012 du 26 février 2016, J.O. du 28-02-16.
- Arrêtés du 30 décembre 2015, NOR : AFSA1526764A et NOR : AFSA1530404A, J.O. du 31-12-15.
- Circulaire n° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 et 2016/34 du 8 février 2016, NOR : AFSA1603923J et NOR : AFSA1603927J, disponibles sur <http://circulaires.legifrance.gouv.fr>.

au financement du soutien des proches aidants – notamment de leurs besoins de répit –, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire (CASF, art. L. 14-10-1, I, 1^o modifié) ;

► contribuer – et c'est nouveau – à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins et, sans changement, assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses des établissements et services soumis à autorisation, en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps (CASF, art. L. 14-10-1, I, 2^o modifié) ;

► assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux qui évaluent les déficiences et la perte d'autonomie, ainsi que, maintenant, la situation et les besoins des proches aidants (1) (CASF, art. L. 14-10-1, I, 3^o modifié) ;

► assurer dorénavant un rôle d'expertise technique et de proposition pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation (CASF, art. L. 14-10-1, I, 3^o bis nouveau) ;

► assurer le pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques visant à améliorer l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, instaurer une évaluation de l'adaptation de ces aides aux besoins des personnes qui en ont l'usage et garantir la qualité et l'équité des conditions de leur distribution (CASF, art. L. 14-10-1, I, 5^o modifié) ;

► assurer un échange d'expériences et d'informations entre les MDPH, mais aussi, désormais, les services des départements chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et les conférences des financeurs (2), diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins, d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations, et veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie (CASF, art. L. 14-10-1, I, 6^o modifié) ;

► assurer un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie (voir page 54) ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées (CASF, art. L. 14-10-1, I, 6^o bis nouveau) ;

► participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées, et, ajoute la loi, les conditions dans lesquelles il y est répondu sur les territoires (CASF, art. L. 14-10-1, I, 7^o modifié) ;

► mettre à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une information relative à leurs droits et aux services qui leur sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes (CASF, art. L. 14-10-1, I, 12^o nouveau) ;

► concevoir et mettre en œuvre dorénavant un système d'information commun aux MDPH, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public (GIP) « Agence pour le développement des systèmes d'information de santé partagés » (ASIP Santé). Pour les besoins de la mise en œuvre de ce système d'information, la CNSA peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des MDPH et, en lien avec le GIP, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes (CASF, art. L. 14-10-1, I, 13^o nouveau) ;

► définir des normes permettant d'assurer les échanges d'informations liées à la mise en œuvre de la méthode « MAIA » (voir page 54), en lien avec le GIP-ASIP Santé (CASF, art. L. 14-10-1, I, 14^o nouveau).

B. La gouvernance locale

Le rôle pilote des départements dans la mise en œuvre des politiques publiques en faveur des personnes âgées et de l'autonomie est renforcé. Un rôle qui est conforté par leur présence au sein de nouvelles instances que sont les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie et les maisons départementales de l'autonomie, qui sont par ailleurs généralisées.

1. LE RÔLE PILOTE DU DÉPARTEMENT CONFORTÉ (ART. 76)

A Des missions mieux définies

La loi « ASV » réaffirme et renforce le rôle pilote joué par le département dans l'action sociale en faveur des personnes âgées. Et, pour ce faire, redéfinit son cadre d'action. Ainsi, le département doit (CASF, art. L. 113-2, I modifié) :

► définir et mettre en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants ;

► coordonner, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, les actions menées par les différents intervenants, y compris en faveur des proches aidants ;

► définir des secteurs géographiques d'intervention ;

► déterminer les modalités d'information, de conseil et d'orientation du public sur les aides et les services relevant de sa compétence ;

► coordonner, 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 et le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (voir page 51) ;

► veiller 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 (CLIC) ainsi que 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, nouvel acronyme des MAIA (voir page 54).

■ Une contractualisation avec l'ARS

Afin d'assurer la coordination de l'action gérontologique, le département peut signer des conventions non seulement avec les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées mais aussi, désormais, avec l'agence régionale de santé (ARS). Ce, dans le respect du schéma relatif aux personnes en perte d'autonomie et du projet régional de santé (CASF, art. L. 113-2, II, al. 1 et 2 modifiés). Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie doit, avant leur signature, être consulté sur ces conventions et informé de leur mise en œuvre (CASF, art. L. 113-2, II, al. 4 modifié). Ces conventions doivent préciser les modalités selon lesquelles les départements doivent assurer la couverture territoriale et la cohérence des actions destinées aux personnes âgées, en particulier celles des CLIC, des institutions et des professionnels mettant en œuvre la méthode « MAIA ». Elles peuvent en outre 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 définir la programmation des moyens qui y sont consacrés (CASF, art. L. 113-2, II, al. 3 modifié).

2. LA CRÉATION DES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DE LA CITOYENNETÉ ET DE L'AUTONOMIE (ART. 79, 81 ET 88)

Parce que les politiques du handicap et de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées appellent de nombreuses réponses communes et relèvent en grande partie des mêmes acteurs, la loi « ASV » fusionne le comité départemental des retraités et des personnes âgées et le conseil départemental consultatif des personnes handicapées pour créer un conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA). L'objectif final étant aussi d'assurer la participation de ces personnes à l'élaboration, à la mise en œuvre, au développement et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie dans le départe-

ment. Les instances préexistantes sont toutefois maintenues jusqu'à la mise en place effective des CDCA dans leur département respectif (art. 88, III de la loi).

■ Leurs missions

Le CDCA doit assurer la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département. Plus précisément, il est compétent non seulement en matière de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social et d'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques, mais aussi en matière d'accessibilité, de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle et d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme (CASF, art. L. 149-1, al. 1 à 3 nouveaux).

En outre, le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie est consulté pour avis sur (CASF, art. L. 149-1, al. 4 à 9 et 11 nouveaux) :

► le schéma régional de santé, le schéma régional d'organisation des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales, et le schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance ;

- la programmation annuelle ou pluriannuelle des moyens alloués par l'agence régionale de santé, le département et les régimes de base d'assurance vieillesse à la politique départementale de l'autonomie ;
- le programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention établi par la conférence des financeurs ;
- les rapports d'activité de la MDPH, de la conférence des financeurs et des services du département chargés des personnes âgées, avant leur transmission à la CNSA et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé ;
- les conventions signées entre le département et ses partenaires en vue de définir leurs objectifs communs en faveur de la politique départementale de l'autonomie et leur mise en œuvre ;
- la constitution d'une maison départementale de l'autonomie (voir page 54).

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie est aussi consulté pour avis, selon des modalités fixées par décret, sur le contenu du schéma d'organisation sociale et médico-sociale (voir encadré, page 51) (CASF, art. L. 312-5, al. 3 modifié).

Autres missions du CDCA (CASF, art. L. 149-1, al. 12 à 15 nouveaux) :

► formuler des recommandations visant au respect des droits et à la bientraitance des personnes âgées

et des personnes handicapées dans le département, à assurer le soutien et la valorisation de leurs proches aidants ainsi qu'à permettre la bonne prise en compte des questions éthiques ;

► transmettre, au plus tard le 30 juin de l'année concernée, au Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (voir page 47), au Conseil national consultatif des personnes handicapées et à la CNSA un rapport biennal sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département, dont la synthèse fait l'objet d'une présentation dans chacune de ces instances ;

► débattre, de sa propre initiative, de toute question concernant la politique de l'autonomie et formuler des propositions sur les orientations de cette politique.

Elaboration des schémas d'organisation médico-sociale et de santé (art. 78)

Dorénavant, les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité et les centres locaux d'information et de coordination doivent participer à l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale et des schémas régionaux de santé. Ils doivent analyser, d'une part, la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, et, d'autre part, dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante (CASF, art. L. 312-4, al. 7 nouveau).

Chèques d'accompagnement personnalisés (art. 42)

Les collectivités territoriales, les établissements publics de coopération intercommunale, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale et les caisses des écoles peuvent, au titre de leur action sociale, délivrer des chèques d'accompagnement personnalisés à des personnes confrontées à des difficultés sociales. Ces chèques peuvent les aider à acquérir des biens ou des services auprès d'un réseau de

prestataires, notamment dans les domaines de l'alimentation, de l'hygiène, de l'habillement et des transports, ou des actions éducatives, culturelles et sportives. Dans des conditions définies par une convention, ces acteurs pourront à l'avenir confier à un mandataire public ou privé le paiement, en leur nom et pour leur compte, des chèques d'accompagnement personnalisé aux bénéficiaires qu'ils auront préalablement déterminés (code général des collectivités territoriales, art. L. 1611-6, al. 12 nouveau).

Personnes handicapées vieillissantes (art. 45)

D'ici à la fin juin 2016 (1), le gouvernement devra remettre au Parlement un rapport sur l'impact des seuils de 60 ans et de 75 ans pour l'attribution de la prestation de compensation du handicap dans la prise en compte du handicap pour les personnes vieillissantes en situation de handicap.

Missions des ARS (art. 80)

Par coordination avec les dispositions de la loi « ASV » relatives notamment aux aidants (2), les missions des agences régionales de santé (ARS) sont complétées.

Elles doivent dorénavant contribuer à l'évaluation et à la promotion des actions d'accompagnement des proches aidants, des actions de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées, et des actions de modernisation de l'aide à domicile (code de la santé publique, art. L. 1431-2, 2°, a modifié).

ASPA (art. 101)

Le gouvernement devra remettre au Parlement, d'ici au 28 décembre 2016 (3), un rapport sur les moyens visant à faciliter le recours à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) par les personnes qui en remplissent les critères d'éligibilité.

Monnaie virtuelle complémentaire pour l'autonomie (art. 50)

Le gouvernement devra remettre au Parlement d'ici au 28 décembre 2016 (4) un rapport relatif à l'émission d'une ou de plusieurs monnaies complémentaires pour l'autonomie. Une initiative qui s'inspire d'un système d'entraide mutuelle mis en place au niveau local au Japon, qui vise à délivrer des aides aux personnes âgées ou invalides

non prises en charge par l'assurance maladie et invalidité, a expliqué la rapporteure (PS) de la loi à l'Assemblée nationale, Joëlle Huillier. Plus précisément, « le système nippon, appelé "Fureai Kippu", fonctionne grâce à des crédits, versés sur un compte d'épargne dématérialisé, qui peuvent être gagnés par des seniors qui aident d'autres, ou par des personnes qui aident une personne âgée de leur entourage. Ces crédits représentent des unités de service à une personne âgée ; ils peuvent être utilisés pour un usage personnel ou être transférés à une personne de son choix » (Rap. A.N. n° 2988, Huillier, 2015, page 143).

Le rapport devra ainsi faire le bilan des différentes monnaies sectorielles qui ont été mises en place dans les autres pays du monde. Il examinera les caractéristiques que devraient présenter les titres d'une monnaie complémentaire pour l'autonomie, notamment leur convertibilité avec l'euro, leur ancrage territorial, leur possible dépréciation dans le temps, leur matérialisation et leur thésaurisation. Il étudiera aussi les possibilités d'émission d'une telle monnaie par les acteurs de l'économie sociale et solidaire en lien

avec les services départementaux chargés de l'action sociale.

Rapport annuel des MDPH (art. 73)

Un nouvel article L. 146-3-1 est inséré dans le code de l'action sociale et des familles afin d'homogénéiser le contenu des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), jusqu'à présent relayés de façon inégale. A l'avenir, chaque MDPH devra transmettre à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, selon des modalités à préciser par décret, son rapport d'activité et ses données normalisées relatives :

- * à son activité, notamment en matière d'évaluation pluridisciplinaire des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises ;
- * à l'activité et aux décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- * aux suites réservées aux orientations prononcées par la CDAPH, recueillies notamment auprès des établissements et services susceptibles d'accueillir ou d'accompagner les personnes concernées ;
- * aux caractéristiques de ses usagers et à la mesure de leur satisfaction ;

* aux ressources et aux dépenses du fonds départemental de compensation du handicap ;

- * à ses effectifs ;
 - * au montant et à la répartition des financements qu'elle a reçus.
- Le rapport annuel et les données normalisées devront en outre comporter des indicateurs sexués.

APA, PCH et adoption à Mayotte (art. 100)

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ratifie l'ordonnance du 7 mai 2014 portant extension et adaptation à Mayotte des dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'adoption, à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la prestation de compensation du handicap (PCH) (5). Ce qui lui donne une valeur législative. *

(1) C'est-à-dire dans les 6 mois suivant la promulgation de la loi « ASV ».

(2) Voir la deuxième partie de notre dossier dans ASH n° 2953 du 25-03-16, p. 45.

(3) C'est-à-dire dans les 12 mois suivant la promulgation de la loi.

(4) C'est-à-dire dans les 12 mois suivant la promulgation de la loi.

(5) Voir ASH n° 2860 du 16-05-14, p. 42 et n° 2931 du 30-10-15, p. 42.

3. LA GÉNÉRALISATION DES MAISONS DÉPARTEMENTALES DE L'AUTONOMIE (ART. 82)

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement généralise les maisons départementales de l'autonomie (MDA), jusqu'à présent expérimentées dans 3 départements (1) avec l'appui de la CNSA, et qui visent à réunir les services dédiés aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Objectif : instituer un guichet unique pour simplifier les démarches des personnes âgées, des personnes handicapées ainsi que de leurs familles et aidants.

En vue de leur constitution, le président du conseil départemental peut organiser la mise en commun des missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et, le cas échéant, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées. Cette organisation doit garantir la qualité de l'évaluation des besoins et de l'élaboration des plans d'aide, d'une part, des personnes handicapées conformément à un référentiel prévu par arrêté et, d'autre part, des personnes âgées sur la base des référentiels utilisés pour apprécier leur situation et leurs besoins en vue de l'octroi de l'APA (CASF, art. L. 149-4, al. 1 nouveau). En outre, la constitution d'une MDA est soumise à l'avis conforme de la commission exécutive de la MDPH et à l'avis du CDCA (voir page 51) (CASF, art. L. 149-4, al. 3 nouveau). Lorsque cette organisation répond aux prescriptions d'un cahier des charges qui sera défini par décret, la CNSA lui délivrera le label de « maison départementale de l'autonomie » (CASF, art. L. 149-4, al. 5 nouveau). Une manière d'encourager la qualité du service rendu aux usagers.

En pratique, cette organisation, qui ne doit pas donner lieu à la création d'une nouvelle personne morale, regroupe la MDPH ainsi que des personnels et des moyens matériels du département affectés à la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Toutefois, sa mise en œuvre est sans incidence sur la MDPH et les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CASF, art. L. 149-4, al. 2 nouveau).

(1) La Corrèze, le Cantal et la Côte-d'Or.

(2) Cette disposition vient d'être introduite dans le code de la santé publique par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 - Voir ASH n° 2951 du 11-03-16, p. 47.


Enfin, le président du conseil départemental doit transmettre chaque année à la CNSA les données relatives à l'activité et aux moyens de cette organisation, en vue de son évaluation. Données qui doivent également être communiquées au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CASF, art. L. 149-4, al. 4 nouveau).

4. LE CHAMP D'INTERVENTION DES MAIA (ART. 77)

Le sens de l'acronyme « MAIA » est modifié, passant de « maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer » à « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie » (CASF, art. L. 113-3, I, al. 1 modifié). Selon l'exposé des motifs, « cette précision terminologique permet de lever une ambiguïté en confirmant que les MAIA n'ont pas vocation à constituer des structures supplémentaires mais à conforter et renforcer les structures déjà existantes en travaillant à l'intégration des réponses aux besoins sur les territoires ». En outre, comme, en pratique, les institutions et les professionnels de santé exerçant sur un même territoire dans le secteur social, médico-social et sanitaire interviennent plus globalement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, la mention des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est en conséquence supprimée.

Sans changement, les conditions de la mise en œuvre de cette méthode d'action doivent répondre à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les moyens déployés pour assurer le suivi des personnes concernées (CASF, art. L. 113-3, I, al. 2).

Par ailleurs, les professionnels prenant en charge une personne âgée dans le cadre de la méthode « MAIA » sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal. Néanmoins, ils ont la possibilité d'y déroger, et ainsi d'échanger entre eux toutes informations relatives à la personne prise en charge. Si cette dernière est hors d'état de consentir à ces échanges d'informations ou de s'y opposer, son représentant légal ou, à défaut, la personne de confiance qu'elle aura désignée doit alors être sollicité. A défaut, les informations en cause ne peuvent pas être échangées (CASF, art. L. 113-3, II, al. 1 et 3 nouveaux).

A noter Lorsque les professionnels intervenant dans le cadre de la méthode « MAIA » comptent parmi eux au moins un professionnel de santé, ils sont considérés comme constituant une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique (2) (CASF, art. L. 113-3, II, al. 2 nouveau).  **Sophie André - Florence Tamerlo**

Gazette Santé Social/01/10/2006 Hélène Delmotte.

Qu'est-ce qu'un centre local d'information et de coordination ?

Le Clic est un accueil de proximité, qui conseille, informe et oriente les personnes âgées et leur entourage, ainsi que les professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. Il centralise toutes les informations susceptibles d'intéresser les personnes âgées et les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux. Trois missions lui ont été assignées : la proximité, la facilité d'accès au droit et, enfin, un travail en réseau.

Lancés en juin 2000 dans vingt-cinq centres expérimentaux, les Clic sont inscrits dans la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

REMARQUE 57,11 % des personnes âgées de 60 ans et plus ont accès à l'un des 536 Clic existants.

Quelles sont les conditions pour obtenir la labellisation « Clic » ?

Pour obtenir la labellisation « Clic » (signature d'une convention avec le représentant de l'Etat dans le département et le président du conseil général), le futur centre doit répondre à sept exigences. Celles-ci sont précisées dans la circulaire DGAS/Avie/2C n° 2001/224 du 18 mai 2001 :

- Mettre à la disposition des personnes accueillies un lieu d'accueil et d'écoute ;
- Démontrer la pertinence du besoin sur le territoire couvert par le Clic ;
- Présenter un recensement de l'existant en termes d'offre et de besoins ;
- Détailler les missions du centre ;
- Définir son articulation avec les dispositifs existants et avec les professionnels ;
- Chiffrer les moyens nécessaires à son fonctionnement ;
- Définir les modalités de formalisation du partenariat.

A quoi correspondent les niveaux de labellisation ?

Il existe trois niveaux de labellisation. Le premier correspond aux Clic assurant les missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles. Dans ce schéma, la structure dispose d'un local de permanence, d'un standard téléphonique, d'une base de données et elle propose des actions de formation et d'information sur les aides et les prestations disponibles.

Le niveau 2 implique, en plus de ces missions, l'évaluation des besoins de la personne âgée, ainsi que l'élaboration d'un plan d'aide et de suivi personnalisé. Les services mis en place sont également plus complets, intégrant des activités telles que des groupes de parole.

Enfin, le niveau 3 complète le niveau 2 en proposant des actions d'accompagnement individuel et la constitution des dossiers de prise en charge du plan d'aide et de suivi. Un Clic de ce niveau peut ainsi effectuer les démarches pour les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile, etc. Il assure également le suivi des mesures mises en place, en lien avec les intervenants concernés.

Aux niveaux de labellisation correspondent également des moyens en personnels. Un Clic de niveau 3 devra par exemple disposer d'un minimum de trois équivalents temps plein de profil différent : un agent d'accueil, un professionnel apte à effectuer une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne âgée et un coordonnateur.

Quel est le rôle du conseil général en matière de Clic ?

Dans son article 56, la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales prévoit, à partir du 1^{er} janvier 2005, le transfert du pilotage du dispositif de l'Etat aux présidents de conseil général. Cet article mentionne la signature d'une convention entre le représentant de l'Etat dans le département, le président du conseil général et l'organisme gestionnaire de chacun des centres locaux d'information et de coordination, précisant les modalités de poursuite de l'activité.

Depuis janvier 2005, c'est au président du conseil général que revient l'autorisation de la création des Clic, après avoir recueilli l'avis du comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (article R.312-167 du Code de l'action sociale et des familles). Les Clic qui ont été labellisés avant le 1^{er} janvier 2005 sont réputés autorisés pour une durée de quinze ans.

Outre son rôle en matière d'implantation de nouveaux centres, le département doit également s'assurer de la cohérence des actions menées par ces derniers, mais également par les équipes médico-sociales et par les établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent une prestation à domicile. Enfin, le conseil général est chargé d'animer les comités de pilotage.

Outre le conseil général, qui possède un rôle pivot dans l'implantation et le développement des Clic, le travail en réseau promu par ces derniers peut associer les communes, les centres communaux d'action sociale, la caisse régionale d'assurance maladie, la Mutualité sociale agricole, les services de maintien à domicile, les comités d'entraide, les associations, les hôpitaux, les réseaux de santé, les structures d'hébergement, les professionnels de santé ou encore les services d'amélioration de l'habitat.

Quels sont les modes de financement des Clic ?

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale classe les Clic dans la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles). Ils peuvent donc être financés par des subventions d'exploitation dans le cadre de conventions de financement (article R.314-195 du même code). Une enquête réalisée par la Direction générale de l'action sociale (DGAS), publiée le 31 mai 2005, mentionnait pour 2004 la répartition des financements : Etat (41,6 %), collectivités territoriales (37,6 %), caisses de retraite et organismes de protection sociale (11,2 %), hôpitaux (1,9 %) et « divers » (7,7 %), dont les financements du Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles (Cnasea). Depuis le 1^{er} janvier 2005, la part de financement antérieurement prise en charge par l'Etat est assumée par les départements, qui perçoivent une compensation financière, sous la forme du transfert de fiscalité de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance.

SPECIALITE

CESF