



La prise en charge des personnes âgées dépendantes en institution et à domicile

Mémoire réalisé par Léa KYNDT

Sous la direction du Pr. J. Saison, directrice du Master 2 Droit et Politique de Santé

Année universitaire 2018-2019

Mémoire réalisé dans le cadre du Master 2 Droit et Politique de Santé de l'université
de Lille

« Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à leur auteur et n'engagent, ni les responsables de la formation, ni l'Université de Lille ».

Sommaire

TITRE 1 : LES MULTIPLES SOLUTIONS ADOPTÉES FACE À L'ÉPREUVE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES.....	9
---	----------

Partie 1 : L'évaluation des situations de dépendance des personnes âgées.....	9
---	---

Partie 2 : Le maintien à domicile : une priorité belle et bien affirmée des personnes âgées....	16
---	----

Partie 3 : La prise en charge institutionnelle des personnes âgées en situation de perte d'autonomie.....	37
---	----

TITRE 2 : L'IMPLICATION ET L'ÉMERGENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES.....	56
--	-----------

Partie 1 : L'implication des pouvoirs publics autour de la politique de dépendance.....	56
---	----

Partie 2 : Le pilotage financier de la dépendance des personnes âgées.....	68
--	----

Partie 3 : Les perspectives de travail des politiques publiques en matière de dépendance...	87
---	----

Table des abréviations

AGGIR	(autonomie gérontologique groupe iso-ressources)
AJDA	(actualité juridique de droit administratif)
AJ Famille	(actualité juridique famille)
ANAH	(Agence nationale de l'habitat)
ANESM	(agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux)
APA	(allocation personnalisée d'autonomie)
APL	(aide personnalisée au logement)
ARS	(Agence régionale de santé)
ASH	(aide sociale à l'hébergement)
ASV	(adaptation de la société au vieillissement)
CAF	(Caisse d'allocations familiales)
CASA	(contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie)
CASF	(Code de l'action sociale et des familles)
CCAS	(centre communal d'action sociale)
CLIC	(centre local d'information et de coordination)
CNAMTS	(Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés)
CNAVTS	(Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés)
CNSA	(Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)
CPOM	(contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens)
CSA	(contribution de solidarité autonomie)
CTA	(coordination territoriale d'appui)
CTIP	(Centre technique des institutions de prévoyance)
DGOS	(Direction générale de l'offre de soins)
DREES	(Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)
EHPAD	(établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
ETP	(équivalent temp plein)
FNMF	(Fédération nationale de la mutualité française)

GIR (groupe iso-ressources)

HAS (Haute autorité de santé)

HCAAM (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie)

HCFEA (Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge)

IGAS (Inspection générale des affaires sociales)

INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)

IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)

JORF (Journal officiel de la République Française)

MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie)

OCDE (Organisation de coopération et de développement économique)

OMS (Organisation mondiale de la santé)

ONDAM (objectif national de dépenses d'assurance maladie)

PAERPA (programme personnes âgées en risque de perte d'autonomie)

PAP (plan d'aide personnalisé)

PASA (pôles d'accueil et de soins adaptés)

PIB (produit intérieur brut)

PSD (prestation spécifique dépendance)

SAAD (services d'aide et d'accompagnement à domicile)

SNGS (Syndicat national de gériatrie clinique)

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

SSIAD (services de soins infirmiers à domicile)

UHR (unité d'hébergement renforcée)

USLD (unité de soins de longue durée)

Introduction

Les personnes âgées d'aujourd'hui, sont, en plus d'être plus nombreuses, différentes de celles d'hier.

La France se trouve depuis quelques années maintenant, soumise au défi du vieillissement. Elle est passée de 4,5 millions de personnes âgées de plus de 65 ans en 1945 à 13,14 millions en 2018.

De même, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans a également augmenté, il est passé de 230 000 en 1955 à 2,138 millions en 2017¹.

Le processus du vieillissement d'une population est un processus ancien et long qui a commencé au XIXème siècle et concerne aujourd'hui tous les pays avec une cadence différente. Ce phénomène s'explique d'une part par le facteur dit « génération baby-boomers » qui atteint un âge avancé et d'autre part par le fait que l'espérance de vie en France s'allonge au cours des années.

Cet accroissement inévitable de la part de nos personnes âgées pose la question de la prise en charge de ces personnes qui se retrouvent de plus en plus dans une situation de perte d'autonomie liée à l'âge².

En France, l'espérance de vie est l'une des plus élevée parmi l'Europe. Certes en France nous vivons tard or cela n'est pas sans conséquence entraînant de plus en plus de pathologies lourdes et de phénomène de dépendance³. Ce qui fait que les français vieillissent mal. Pour preuve, sur 10 personnes qui décèdent en France, 4 auraient connu la perte d'autonomie. De plus, c'est 7% des plus de 60 ans qui souffrent actuellement d'une forte voir très forte dépendance aujourd'hui en France⁴.

¹ Blanpain (N.), *De 2,8 millions de seniors en 1870 en France à 21,9 millions en 2070 ?*, France, portrait social, coll. « Insee Références », éditions 2018.

² INSEE résultats, Projections de population 2013-2070 pour la France, n°187, novembre 2016.

³ Weber (M.) et Vérollet (Y.), *La dépendance des personnes âgées*, Conseil économique social et environnemental, 2011.

⁴ INSEE Statistiques, *Perte d'autonomie des personnes âgées*, 13 juin 2018.
<https://www.insee.fr/fr/information/3562458> (consulté le 3 mai 2019).

La prise en charge des personnes âgées dépendantes s'avère être un véritable enjeu de taille pour les années à venir⁵. En effet, selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait de 1,3 millions en 2016 à 2,4 millions d'ici 2060⁶.

Ce phénomène va conduire à différents problèmes de nature démographique, économique, sociale et politique pour la société française⁷.

Ce sujet de la dépendance des personnes âgées en France présente un intérêt particulier. Les personnes âgées sont une véritable richesse pour notre société et leur maintien physique ainsi que moral est un enjeu majeur⁸.

C'est pourquoi il s'avère nécessaire aujourd'hui de prendre toutes les mesures nécessaires et concrètes tels que des dispositifs de solidarité et d'accompagnement afin que la France puisse faire face à ce phénomène de « tsunami gériatrique » et plus particulièrement de traiter la dépendance comme il se doit qui est perçue comme être un véritable risque social⁹.

Au regard de ces éléments, nous avons fait le choix d'évoquer au sein de ce développement le fonctionnement de la prise en charge de la dépendance de nos aînés. La France doit donc faire face à l'évolution démographique de nos personnes âgées dépendantes qui se veut de plus en plus conséquente mais également à la charge financière qui pèse sur notre société dû à la dépendance¹⁰. Il est donc important de changer et de faire évoluer les regards relatifs à la problématique du grand âge et il est incontestable de revoir notre modèle actuel qui semble être à bout de souffle, notamment par l'offre peu suffisante que nous avons à proposer à nos aînés¹¹.

⁵ Cesari (M.), Fougère (B.) et Demougeot (L.), *L'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles*, Livre Blanc, 2015, p.56-58.

⁶ Roussel (R.), Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060, études et résultats, DREES, n°50, février 2014.

⁷ IGAS, Les résidences avec services pour personnes âgées, février 2015, p.10-11.

⁸ Op.cit.Cesari (M.), Fougère (B.) et Demougeot (L.), *L'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles*.

⁹ Ibid.

¹⁰ Op.cit.Cesari (M.), Fougère (B.) et Demougeot (L.), *L'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles*.

¹¹ Comité consultatif national d'éthique, Enjeux éthiques du vieillissement, avis n°128, février 2018.

Nous nous arrêterons aux dispositifs et au système français, il ne s'agit pas ici de faire une comparaison internationale mais de se limiter au défi démographique que connaît actuellement notre société. Il convient avant tout de préciser le sens de ces mots afin d'explicitier le choix de notre intitulé.

Lorsque nous parlons de personnes âgées nous pensons de suite à la notion de vieillesse. La vieillesse est une catégorie sociale qui s'est inventée très récemment. C'est au XIX^{ème} siècle, avec l'allongement de la longévité que l'on peut voir intervenir l'émergence des politiques publiques basées sur la vieillesse ainsi que la création d'une véritable identité sociale de la personne âgée¹². Elle renvoie à deux visages différents. D'une part elle est l'âge de la sagesse, de la dignité, du respect et de l'honneur et d'autre part elle est considérée comme être l'âge de la dégradation de son état de santé¹³.

Pour ce qui est de la notion de « personne âgée », elle n'a fait l'objet d'aucune définition du législateur et le seuil à partir duquel les personnes dites « âgées » sont susceptibles de percevoir des avantages ou certaines politiques en leur faveur dépendent des textes¹⁴.

Mais il existe tout de même des critères d'inclusion juridique. Ainsi, le conseil d'analyse stratégique à identifier trois types de notions lorsque nous sommes amenées à qualifier les populations vieillissantes¹⁵. Nous avons tout d'abord les seniors, qui sont des personnes d'âge compris entre 50 et 75 ans. Nous avons ensuite les personnes âgées qui sont des personnes de plus de 60 ans et enfin nous avons le grand âge qui comprend les personnes de plus de 85 ans¹⁶. On peut également retenir la notion de « quatrième âge » afin de qualifier les personnes en perte d'autonomie¹⁷.

¹² Henrard (J.-C.), « Des politiques vieillesse ségrégative à une prestation universelle d'aide à l'autonomie », *Gérontologie et société*, n°145, 2013, p.179.

¹³ Caradec (V.), *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, 2008.

¹⁴ Le Bihan-Youinou (B.), « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples », *Gérontologie et société*, numéro 145, 2013, p.13-24.

¹⁵ Op.cit.Caradec (V.), *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Borgetto (M.), « La personne âgée, sujet de protection du droit », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, p.757.

Les notions de dépendance et de perte d'autonomie ont émergé au début des années 1980¹⁸.

La première définition de la dépendance se trouve dans l'arrêté du 13 mars 1985¹⁹ relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement. Ainsi, la dépendance se définit comme une « situation d'une personne qui en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède ». Le terme « dépendance » est ainsi devenu, au fil du temps un attribut péjoratif des personnes vieillissantes.²⁰ Récemment, le terme de « perte d'autonomie » s'est imposé. En effet, depuis la loi 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 (APA), on a délaissé le mauvais mot de « dépendance » au profit de la notion de « perte d'autonomie » qualifiée comme étant « l'impossibilité pour une personne d'effectuer certains actes de la vie courante dans son environnement habituel ».

Cette notion de « perte d'autonomie » est devenue le qualificatif politiquement et gériatriquement correct afin de définir les personnes âgées vieillissant avec des difficultés²¹.

Une fois ces termes posés, nous avons choisi de structurer notre réflexion autour de la problématique suivante : Comment assurer une prise en charge de qualité pour un nombre croissant de personnes âgées dépendantes ?

Cette interrogation nous servira de fil conducteur tout au long de notre réflexion. Cependant, elle sous-entend une autre question : Quelles sont les dispositifs et les moyens mis en place en France afin de faire face aux situations de dépendance des personnes âgées ?

¹⁸ Braun (T.) et Stourm (M.), Les personnes âgées dépendantes, rapport du secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité sociale, La documentation française, 1988.

¹⁹ Arrêté du 13 mars 1985 relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement. JORF du 17 mars 1985.

²⁰ Recommandation n° R-(98) 9 du comité des ministres aux Etats membres, relative à la dépendance (adoptée par le comité des ministres le 18 septembre 1998, lors de la 641ème réunion des délégués des ministres).

²¹ Ennuyer (B.), « Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance », Gériontologie et société, n°145, 2013, p.25.

Pour répondre à ces questions, nous décomposerons notre raisonnement en deux temps :

Il s'agira d'abord de présenter les solutions et les services offerts aux personnes âgées qui se retrouvent dans une situation de dépendance du jour au lendemain (Titre 1), avant d'étudier le système financier et l'implication des pouvoirs publics en matière de perte d'autonomie (Titre 2).

TITRE 1 : LES MULTIPLES SOLUTIONS ADOPTÉES FACE À L'ÉPREUVE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Afin de répondre aux situations de dépendance des personnes âgées qui pèsent sur notre territoire français, des dispositifs ont été mis en place, au fil du temps par les politiques publiques qui ont pris connaissance de l'importance des mesures à porter à destination de la dépendance. Pour que ces personnes puissent bénéficier des solutions de prise en charge de la dépendance, une évaluation de leur degré de perte d'autonomie doit être faite en amont (Partie 1) et suite aux résultats, nous allons proposer à la personne concernée des services à domicile (Partie 2) ou au sein d'établissements spécialisés (Partie 3).

Partie 1 : L'évaluation des situations de dépendance des personnes âgées

La prise en charge de la dépendance n'est pas uniforme et nécessite une évaluation au cas par cas grâce à des outils fiables utilisés par les professionnels (chapitre 1). Au cours de l'évaluation de la perte d'autonomie, nous avons remarqués que les causes de la dépendance vont être principalement dues aux pathologies qu'entraînent l'avancée de l'âge (chapitre 2).

Quoi qu'il en soit, la personne va être prise en charge de façon adaptée à sa situation et à ses besoins qu'elle requiert que nous pourrions retrouver au sein du plan d'aide personnalisé propre à chaque personne dépendante (chapitre 3).

Chapitre 1 : Des outils fiables utilisés par des équipes médico-sociales

Section 1. La grille AGGIR : un outil d'expertise permettant d'évaluer le degré de perte d'autonomie

Paragraphe 1 - Le fonctionnement de la grille AGGIR

Pour mesurer le degré de perte d'autonomie d'une personne âgée, une équipe médico-sociale composée d'un médecin et d'un travailleur social va se rendre chez la personne âgée si cette dernière décide de se maintenir à domicile. Le cas contraire, si une personne est hébergée en institution, le degré de perte d'autonomie va alors être déterminé par l'équipe médico-sociale de l'établissement conjointement avec le médecin coordonnateur²².

Pour calculer le degré de perte d'autonomie de chaque personne âgée, l'ensemble des équipes médico-sociales vont s'appuyer sur la grille autonomie gérontologique groupe iso-ressources (AGGIR). Cette grille AGGIR, mise en place et utilisée depuis les années 1997 évalue les capacités de la personne âgée à accomplir dix activités corporelles et mentales telle que la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements intérieurs et extérieurs et l'utilisation des moyens de communication à distance²³.

Ainsi, selon leur degré de dépendance, les personnes sont réparties en six groupes appelés groupes iso-ressources (GIR).

Les personnes âgées classées en GIR 1 sont des personnes confinées au lit ou dans leur fauteuil dont leurs fonctions mentales sont gravement altérées et de ce fait, qui nécessite de façon impérative la présence continue d'intervenants. Il s'agit en général d'une personne en fin de vie²⁴.

²² ANESM, *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées*, février 2016.

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

Les personnes appartenant au GIR 2 sont des personnes confinées au lit ou dans leur fauteuil dont leurs fonctions mentales ne sont pas altérées de façon totale mais dont son état de santé nécessite une prise en charge pour la majorité des actes du quotidien mais également une surveillance en permanence²⁵.

Les personnes de GIR 3 sont des personnes qui disposent de leur autonomie mentale totale et partielle en ce qui concerne son autonomie locomotrice mais qui ressentent le besoin d'être tout de même surveillée et accompagnée plusieurs fois par jour pour les aides de soins corporels.

Les personnes classées en GIR 4 sont des personnes qui n'ont pas de difficulté locomotrice mais qui ont besoin d'aide pour effectuer les actes de toilette et d'habillage.

Enfin, les personnes de GIR 5 et 6 sont des personnes ayant besoin d'aide uniquement pour la préparation de repas, pour les soins corporels et les tâches ménagères et pour réaliser certains actes de la vie quotidienne.

Il est à noter que seuls les GIR 1 à 4 incluent les personnes âgées dépendantes. Pour les GIR 5 et 6, ils comprennent les personnes âgées ayant toujours leur autonomie pour les actes de la vie de tous les jours²⁶.

Paragraphe 2 - Un outil de mesure de la dépendance jugé insuffisant

La grille AGGIR connaît certaines limites selon les professionnels qui la pratiquent. En effet, elle ne permet pas d'appréhender la complexité de la situation quotidienne de la personne âgée dans son environnement. De plus, les maladies lourdes telles que la maladie d'Alzheimer est mal évaluée. Enfin, de nombreuses études ont montré que pour des situations identiques, l'évaluation et l'appréciation du degré de dépendance va être différente selon les équipes et les territoires et donc des classements en GIR différents.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

Cette grille se centre trop sur l'approche sanitaire et fonctionnelle et on ignore totalement l'aspect pluriel de l'autonomie des personnes tels que les éléments humains ou matériels. Cet outil n'a finalement que vocation à détecter la charge des soins à fournir à la personne et non les réels besoins liés à la dépendance de la personne.

Ainsi, une mission a été confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afin de pallier ces différences d'appréciation de la dépendance ²⁷. Un travail sur l'harmonisation des pratiques va être fait par les équipes médico-sociales des départements pour ce qui concerne l'évaluation du degré de perte d'autonomie en élaborant un référentiel d'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées.

Section 2. Le pathos : modèle conduisant à l'adoption d'une stratégie thérapeutique

Le pathos est un outil qui a été mis en place en 1997 par le Syndicat national de gériatrie clinique (SNGC) et le service médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Sa gouvernance a été reprise en 2010 sous l'aile de la CNSA²⁸. A côté de la grille AGGIR qui va servir uniquement à mesurer le degré de dépendance de la personne âgée, le pathos lui va venir en aide au médecin afin de l'aider à définir la prise en charge médicale à adapter à la personne âgée dépendante au regard de son état de santé et ainsi de définir en parallèle la stratégie thérapeutique à adopter²⁹.

²⁷ CNSA.fr

<https://www.cnsa.fr/> (consulté le 20 avril 2019).

²⁸ Ibid.

²⁹ Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, « *La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants* », rapport publié le 1^{er} décembre 2017.

Chapitre 2 : Les principales causes de la dépendance chez les personnes âgées

Nous connaissons tous des personnes âgées dynamiques, encore capable de faire du sport ou du tourisme et représente une majorité rassurante pour notre société. Or en parallèle, il existe tout de même une part de notre population âgée dont la vieillesse entraîne la dépendance et totalise près d'un million de personnes³⁰.

Avec l'âge, il est indéniable que l'état de santé d'une personne se dégrade³¹.

Les pathologies des personnes âgées sont multidimensionnelles et persistent dans le temps. Les causes de la dépendance sont variées avec l'intervention de facteurs médicaux, psychiques et sociaux³².

Afin d'avoir une meilleure connaissance des différentes pathologies dont souffrent les personnes vieillissantes, une enquête a été réalisée par des médecins auprès d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2003³³.

Suite aux évaluations des médecins, ces derniers mettent en évidence des atteintes neurologiques et psychiatriques des personnes vieillissantes dont souffrent en moyenne huit résidents sur dix. Les trois pathologies recensées les plus fréquentes sont les états de dépression, le syndrome de démence plus connu sous le nom de maladie d'Alzheimer ainsi que les troubles du comportement³⁴.

Décrite pour la première fois en 1907, la maladie d'Alzheimer est aujourd'hui la première cause de syndromes démentiels. Les symptômes de la maladie d'Alzheimer vont varier selon les personnes or le plus souvent, elle conduit à des troubles de la mémoire sévères, des troubles du langage, des difficultés à effectuer certains gestes ou encore la perte de reconnaissance des objets et des personnes.

³⁰ Gerard (S.), *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles*, Livre Blanc, 2015, p.37-48.

³¹ INSEE Statistiques, *Etat de santé et dépendance des seniors*, 20 novembre 2018.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646032?sommaire=3646226> (consulté le 20 mars 2019).

³² *Ibid.*

³³ Rosso-Debord (V.), rapport sur *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Assemblée Nationale, juin 2010.

³⁴ DREES, Etudes et résultats *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*, n°494, publié en juin 2006.

Avec l'âge, des maladies neuro-cardiovasculaires se développent, ainsi que des tumeurs malignes, des pathologies ostéoarticulaires ainsi que des problèmes de diabète.

Au-delà de 75 ans, la polypathologie est récurrente et évolue de façon importante avec l'âge³⁵.

Pour illustration, les résidents en EHPAD les plus dépendants ont en moyenne 8 pathologies (GIR 1 et 2) contre 5 chez les personnes moins dépendantes (GIR 5 et 6) et neuf personnes sur dix souffrent d'affections neuropsychiatriques³⁶.

Ainsi, le nombre de pathologies que cumulent ces personnes âgées et leur gravité impactent fortement leur niveau de dépendance.

Les personnes âgées de nos jours sont de plus en plus fragiles or le but n'est pas de guérir la personne âgée car la vieillesse ne se guéri pas et c'est un passage obligatoire de la vie mais l'objectif est de stabiliser le niveau de l'autonomie de la personne³⁷.

Ainsi, pour faire face à la chronicité de ces pathologies, il appartient aux organisations ainsi qu'aux pratiques professionnelles de secteur de la santé et du social d'évoluer en même temps qu'évoluent les maladies chroniques des personnes âgées³⁸.

Aujourd'hui, chaque personne dépendante est unique et nécessite donc que soit mis en place une réponse individualisée à des situations mouvantes pour lesquelles les établissements, le maintien à domicile ou encore l'hôpital doivent s'articuler afin de toujours mieux suivre la personne et lui offrir la meilleure prise en charge possible. C'est ce que nous verrons ci-dessous avec l'élaboration du plan personnalisé à destination des personnes âgées. Aucune personne ne peut se protéger contre la perte d'autonomie, elle est parfois inévitable avec l'avancée de l'âge malgré les progrès quelconques de la médecine et les efforts apportés par chacun.

Chapitre 3 : L'élaboration du plan d'aide personnalisé suite à l'évaluation du degré de dépendance

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Makdessi (Y.) et Pradines (N.), En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës, Études et Résultats, DREES, n°989, décembre 2016.

³⁷ Op.cit. Gerard (S.), *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles*.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'évaluation de la dépendance nécessite une méthode et des outils fiables. Ainsi, cette évaluation conduit à un projet gériatrique ou d'un plan d'aide personnalisé (PAP). Ce projet nécessite une étroite collaboration entre les différents acteurs médicaux, paramédicaux et le médecin traitant³⁹.

Ce PAP va venir prendre en considération le niveau de dépendance de la personne ainsi que l'environnement du demandeur et éventuellement les aides formelles et informelles à sa disposition. Il va permettre de venir apprécier les différents besoins de la personne âgée dépendante et va venir proposer des dispositifs adéquats d'aides à destination des personnes très peu ou pas aidées du tout au quotidien, ou il peut aussi venir les renforcer s'ils sont estimés comme peu insuffisant⁴⁰.

En effet, au fil du temps et de la dégradation de l'état de santé de la personne âgée, il est nécessaire que soit adapté son logement, le recours à davantage d'aides sociales ou de services à domicile ou d'hébergement ou encore l'acquisition de matériels qui va venir aider la personne âgée à réaliser ses actes de la vie courante comme se déplacer par exemple⁴¹. C'est ce dont nous allons traiter dans une seconde partie.

³⁹ HAS, *Mode d'emploi du plan personnalisé de santé pour les personnes à risque de perte d'autonomie*, mars 2014.

⁴⁰ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, *Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement- Volet EHPAD*, août 2018.

⁴¹ Kerjosse (R.), *La prestation spécifique dépendance à domicile : l'évaluation des besoins par le plan d'aide, études et résultats*, DREES, n°136, septembre 2001.

Partie 2 : Le maintien à domicile : une priorité belle et bien affirmée des personnes âgées

La plupart des français, malgré leur situation de dépendance, souhaitent se maintenir au sein de leur domicile, en effet, le logement est pour eux, signe de repères, d'habitudes et de liberté.

Afin que ce maintien à domicile puisse être possible malgré la perte d'autonomie, il sera nécessaire de faire appel à des services d'aide à domicile (chapitre 1), ainsi qu'à des aides techniques (chapitre 2). Or face à ces dispositifs mis en place par la société française dans l'optique de prendre en charge comme il se doit la dépendance, il ne faut pas oublier le rôle primordial que jouent les proches aidants aujourd'hui (chapitre 3).

Chapitre 1 : Le maintien à domicile conditionné par des prestations de services à domicile

La majorité des personnes âgées souhaitent vieillir au sein de leur domicile jusqu'au terme de leur vie car leur domicile représente pour elles un lieu de repères, c'est l'endroit où elles ont vécu. Le maintien au domicile permet finalement de garder un minimum d'autonomie et de liberté dans son chez soi mais également de conserver ses habitudes, ses contacts stables et de confiance et ainsi d'être maître de son organisation et de son train de vie⁴².

Pour que le maintien à domicile des personnes âgées soit possible, il est impératif d'organiser la venue d'intervenants extérieurs tels que les services les soins à domicile, les aides ménagères ou encore l'intervention de médecins et d'infirmiers.

⁴² Dossier de la DREES, « Les personnes âgées : entre aide à domicile et établissement », dossier solidarité et santé, n°1, 2003.

Section 1. Le développement des services à la personne sous l'impulsion des pouvoirs publics

Les pouvoirs publics soutiennent l'utilisation des services à domicile et ont cherché pendant longtemps à structurer l'offre par le biais d'organismes prestataires dans le but d'en faciliter le recours aux ménages à ces services⁴³.

Ainsi, en 2005, c'est le plan de développement des services à la personne appelé plan Borloo qui a permis la création du secteur des services à la personne. Ces activités regroupent les services à destination des personnes âgées dépendantes, ainsi que les services à la famille et de la vie quotidienne et sont exercées au sein du domicile de la personne concernée ayant besoin de faire appel à ces services. Les dispositifs existants sont aujourd'hui divers et génèrent une dépense publique onéreuse⁴⁴.

Ainsi, le secteur de l'aide à domicile s'avère être une véritable priorité du gouvernement depuis 2012. Pour preuve, le nombre d'organismes affectés aux services à la personne ont fortement augmenté entre 2004 et 2012 passant de 6 900 à 23 700.

Cette offre à domicile en faveur des personnes âgées dépendantes a fortement augmenté ces dernières années du fait de l'augmentation de l'espérance de vie des personnes mais aussi de l'augmentation du nombre de personnes âgées en France⁴⁵. Pour preuve, le nombre de places en SSIAD est passé en 2006 de 81 400 à 117 000 en 2014, soit une augmentation de 43%⁴⁶.

⁴³ Benoteau (I.) et Goin (A.), *Les services à la personne. Qui y recourt ? Et à quel coût ?*, Dares Analyses, n°63, août 2014.

⁴⁴ Benoteau (I.), Baillieul (Y.) et Chaillot (G.), *Les services à la personne. Davantage sollicités dans les zones rurales et âgées*, DARES Analyses, n°50, juillet 2013.

⁴⁵ Muller (M.), *L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre*, Les dossiers de la DREES, n°20, septembre 2017.

⁴⁶ Op.cit. Benoteau (I.) et Goin (A.), *Les services à la personne. Qui y recourt ? Et à quel coût ?*.

Section 2. Les aides à la vie courante réalisées par des professionnels de l'aide à domicile

Il existe des professionnels habilités à venir sur place, chez la personne âgée afin de réaliser l'ensemble des actes de tous les jours. Dans ce cas, il faut recourir à des services d'aide à la personne appelés également les aidants professionnels⁴⁷.

La prise en charge à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie repose majoritairement sur l'intervention de professionnels de l'aide et de l'accompagnement qui sont issus de services d'aide à domicile, plus connue sous le nom d'aide formelle⁴⁸.

Paragraphe 1 - Les principaux prestataires intervenant à domicile : les services d'aide et d'accompagnement et les services de soins infirmiers

Les métiers du grand âge sont aujourd'hui importants pour faire face aux situations de dépendance de nos aînés que ce soit en institution ou à domicile et leurs compétences professionnelles permettent de garantir des prestations de qualité et le bien-être des personnes âgées.

A- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sont des services qui vont apporter aux personnes âgées dépendantes des aides et un réel soutien et accompagnement en dehors de tout acte de soin⁴⁹.

⁴⁷ Dutheil (N.), Les aides et les aidants des personnes âgées, études et résultats, DREES, n°142, novembre 2001.

⁴⁸ CNSA, *Étude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts*, mai 2016.

⁴⁹ Ministère de la Solidarité et de la Santé, *Aides et soins à domicile*, 2 mars 2018.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile> (consulté le 20 juin 2019).

Ces SAAD offrent des prestations d'aide à la personne avec des services d'entretien du logement, du linge, de l'aide aux courses ou encore de la préparation aux repas avec en plus des soins appelés de nursing comprenant la toilette, l'aide au lever et au coucher. Ces services sont gérés par des centres communaux d'action sociale (CCAS), des associations ou encore par des prestataires privés⁵⁰. Les coûts vont varier selon le service. Il est à noter que ces SAAD doivent obligatoirement recevoir une autorisation du département pour exercer et qui va venir contrôler la qualité des prestations fournies aux personnes âgées. Aujourd'hui on recense près de 8 964 organismes⁵¹.

B- Les services de soins infirmiers à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) assurent l'aide au lever et au coucher, la toilette et aussi les soins infirmiers tels que la distribution de médicaments ou la réalisation des injections. Contrairement aux SAAD, les SSIAD ne peuvent intervenir que suite à une prescription médicale. Les personnes ayant recours à ces SSIAD sont pour la plupart des personnes âgées de plus de 60 ans atteintes d'une maladie chronique. Ces personnes âgées ont donc besoin d'une intervention professionnelle avec une moyenne de cinq passages minimums par semaine⁵².

Pour intervenir, ces SSIAD doivent obligatoirement recevoir une autorisation délivrée par l'Agence régionale de santé (ARS). Ces SSIAD sont financées par le biais de crédits de l'assurance maladie sous forme de dotations globales. Il faut savoir que peuvent aussi intervenir des infirmiers libéraux pour la réalisation de soins infirmiers.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ *Ibid.*

⁵² *Ibid.*

Paragraphe 2 - Une catégorie de services en développement : les services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) comprennent des personnels d'un SSIAD et d'un SAAD⁵³.

Ces SPADAD, actuellement en période d'expérimentation, combinent à la fois des prestations d'aide à la personne et des prestations de soins, ce qui limite le nombre d'intervenants pour la personne âgée. Comme pour les SSIAD, les prestations de soins délivrés par les SPASAD ne peuvent être fait que suite à une prescription médicale. Ces services, pour exercer doivent obligatoirement recevoir une autorisation du conseil départemental qui va financer le côté SAAD et une autorisation de l'ARS qui va financer le côté SSIAD⁵⁴.

Pour recourir à l'ensemble de ces services, il appartient à la famille ou à la personne de faire une demande auprès de ces organismes, qui ont pour objet d'employer des aides-soignants et des infirmiers, qui l'aideront à réaliser les actes du quotidien mais également à veiller à ce que la personne âgée prenne bien ses médicaments⁵⁵.

Section 3. Les limites relevant de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes

Paragraphe 1 - Le secteur du domicile en souffrance face au phénomène de gérontocroissance

Pour ce qui est de la prise en charge à domicile, cette dernière n'est pas sans limite. En effet, le secteur du domicile lui souffre d'une absence d'offre en partie à cause des conditions de travail de plus en plus difficile entraînant des difficultés lors des recrutements.⁵⁶

⁵³ Cour des comptes, *Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*, rapport publié en juillet 2014.

⁵⁴ Ibid.

⁵⁶ Bazin (M.) et Muller (M.), *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD* », études et résultats, DREES, 2018.

Nous assistons également à un taux d'absentéisme fort et des accidents du travail très fréquents.

La demande de maintien à domicile est accrue au regard des différentes réformes mise en place. Il est donc prioritaire d'agir afin d'améliorer les conditions de travail de professionnels et ainsi redonner envie à ces professionnels d'exercer ce métier si précieux au service de nos aînés. Le manque et l'absence de ces professionnels constituent un véritable risque, d'où l'importance accrue de remettre au premier plan l'attractivité des métiers autour du grand âge⁵⁷.

Les effectifs doivent incontestablement aller à la hausse afin de permettre un temps de présence et de proximité plus important auprès de la personne âgée mais nécessite aussi une modification dans l'organisation des services que ce soit en institution ou à domicile. Il sera évidemment primordial de recruter davantage de personnel dans le champ médico-social lié à la perte d'autonomie. Actuellement, c'est 830 000 équivalents temp plein (ETP) qui travaillent dans ce secteur, d'ici 2030, nous pouvons espérer une augmentation de 20% au moins pour faire face à cette évolution démographique et faire face à ce phénomène qu'est la prise en charge des personnes âgées dépendantes⁵⁸.

De plus, l'offre de services à destination des personnes âgées du maintien à domicile est peu lisible du fait de la diversité des acteurs. Les prises en charge à domicile sont souvent fragmentaires et de ce fait ne permettent pas un accompagnement suffisant et optimal des personnes âgées dépendantes⁵⁹.

Aujourd'hui, notre système fait preuve de manque de dispositifs d'aide, d'accompagnement mais aussi de soin à la personne en perte d'autonomie⁶⁰.

⁵⁷ ANESM, *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées*, février 2016.

⁵⁹ Cour des comptes, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, 2016.

Paragraphe 2 - Les risques liés au maintien à domicile

La majorité des français privilégient le maintien au sein de leur domicile lorsqu'ils se voient vieillir et sombrer dans une situation de perte d'autonomie et nous ne pouvons nous opposer à leur choix⁶¹. Mais cette situation n'est pas sans risque et ces personnes âgées ainsi que leurs proches en ont conscience. En effet, le maintien à domicile est souvent source d'isolement, la perte de tout lien social mais aussi de la charge qui va peser sur les proches aidants⁶².

Le maintien à domicile n'est pas sans risques. En effet, que ce soit à domicile ou en établissement, les professionnels ont peu de temps à consacrer à chaque personne ce qui peut entraîner à une détérioration de la qualité de l'aide en raison du manque de temps⁶³. De plus, il est parfois difficile de trouver un aidant professionnel de confiance avec une présence importante ce qui peut conduire à de nombreuses déceptions pour ces personnes fragilisées. Ce maintien à domicile rassure les personnes âgées car elles y ont leur repère et cela évite également de devoir subir un déracinement lorsqu'elles sont placées en EHPAD⁶⁴.

Avec l'avancée de l'âge et le risque accru de la dépendance, le maintien à domicile peut s'avérer inadapté. Les éléments qui limitent le maintien à domicile peuvent être un état de dépendance physique ou psychique de la personne âgée, un environnement ne proposant pas des moyens d'aides du fait du manque de services à domicile ou encore l'absence d'aide de la part de la famille⁶⁵.

Afin de limiter le besoin de recourir à une aide humaine, l'adaptation de son domicile semble être le meilleur moyen en réalisant des travaux ainsi que des aménagements.

De plus, les « Géron-technologies » sont aussi une solution afin de substituer l'aide humaine par une aide technologique⁶⁶.

⁶¹ Art.cit.Dossier de la DREES, « Les personnes âgées : entre aide à domicile et établissement ».

⁶² Campéon (A.), « Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? » Regards sur l'isolement des personnes âgées », *Gérontologie et société*, n°149, 2016, p.38.

⁶⁴ Art. cit. ANESM, *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées*.

⁶⁵ Fouquet (A.) et Tregoat (J.), *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, Rapport de synthèses, IGAS, mai 2011.

⁶⁶ *Ibid.*

Chapitre 2 : Le maintien à domicile conditionné par des adoptions techniques

Section 1. Les aides techniques et les aménagements du logement

Les aides techniques ainsi que les adaptations des logements privés dont peuvent bénéficier les personnes en perte d'autonomie sont nombreuses. En 2008, c'est un quart des personnes âgées qui ont recours à une aide technique ou qui ont aménagés et adaptés leur logement⁶⁷. De plus, le développement de ces aides techniques sont présentés comme être une priorité des pouvoirs publics afin de répondre à la volonté des français de vieillir au sein de leur domicile et ainsi de continuer à pouvoir réaliser certains actes essentiels de la vie⁶⁸. De plus, va intervenir le rôle de la téléassistance qui va permettre de veiller sur la personne. Puis il y a le développement de la « Géron-technologie » qui est un véritable outil d'autonomie or leur intégration dans les plans d'aides semble très peu développée aujourd'hui⁶⁹.

Paragraphe 1 - La typologie des aides en faveur du maintien à domicile

Les aides techniques peuvent être différentes or toutes ont pour finalité de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie⁷⁰. Il existe des aides aux déplacements au sein du domicile de la personne avec l'aide d'un déambulateur, de cannes ou encore de béquilles. De plus, une majorité des personnes maintenues à domicile on recourt à des aides aux transferts avec à l'appui l'installation de lève-personnes par exemple⁷¹. Les aides techniques peuvent également comprendre les aides auditives avec l'utilisation d'appareils auditifs ou audiovisuels⁷².

⁶⁷ Vancleempt (F.), Fabre (L.) et Grimond (E.), « Le logement de la personne vieillissante », AJDI 2017, p.652.

⁶⁸ Bérardier (M.), Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement, études et résultats, DREES, n°823, décembre 2012.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Kerjosse (R.) et Weber (A.), Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile, études et résultats, DREES, n°262, septembre 2003.

⁷¹ IGAS, Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, avril 2013.

⁷² Dutheil (N.) et Scheidegger (S.), Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, études et résultats, DREES, n°494, juin 2006.

Il est important de mentionner le fait que les personnes âgées dépendantes ont plus recours à des aides techniques que des aménagements de logement et cela s'explique par le fait que les aides sont moins onéreuses que les adaptations du logement mais aussi par le manque d'information sur les avantages présents des aménagements du logement⁷³.

Paragraphe 2 - Une adaptation du logement minoritaire mais jugée nécessaire

Afin de pouvoir maintenir la personne âgée dépendante à son domicile, l'adaptation du logement par des travaux ou des aménagements tels que les remplacements de baignoires par des douches ou encore la mise en place de rampe d'accès va venir faciliter le maintien à domicile de la personne. Quant à l'aménagement du logement, il va servir à améliorer l'accessibilité des pièces et ainsi les adapter à la situation de la personne⁷⁴.

L'ensemble de ces dispositifs ont pour vocation à permettre le maintien à domicile de la personne âgée malgré son état de dépendance et permettent ainsi de continuer à réaliser certains actes de la vie de tous les jours.

Une multitude de possibilités de financement est offerte aux personnes âgées afin d'adapter leur logement en fonction de leur situation de dépendance qu'elles soient propriétaires ou locataires.

⁷³ Op.cit.Bérardier (M.), Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement.

⁷⁴ Ogg (J.) et Renaut (S.), « Vieillir chez soi : quels enjeux pour l'avenir ? », revue cadrage, n°11, juin 2010.

Ainsi, le principal financeur de ces aides aux adaptations des logements est l'ANAH (Agence nationale de l'habitat). Elle octroie des aides financières aux propriétaires occupants et bailleurs ainsi qu'aux copropriétés en difficulté dans l'optique du maintien de la personne âgée au sein de son domicile. Elle adapte des logements à hauteur de 7 700 par an⁷⁵.

Interviennent également les caisses de retraite. La Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) a attribué près de 10 000 aides à l'habitat afin de financer l'adaptation des logements et la réalisation de travaux.

Enfin, les collectivités territoriales interviennent dans ce champ en mettant en place des opérations visant à l'amélioration de l'habitat des personnes âgées.

Selon une étude réalisée par l'ANAH en 2013, cette dernière a conclu que le cadre de vie des personnes âgées est bien trop souvent inadapté et les besoins des personnes âgées ne sont pas pris en considération. Pour preuve, selon cette étude, seulement 6% des logements seraient adaptés à la dépendance d'une personne âgée.

Ainsi, des efforts demeurent encore fortement nécessaires de la part de la sphère publique notamment pour tout ce qui touche à la mobilité, à l'aménagement ainsi qu'à l'adaptation des logements à destination de nos aînés⁷⁶.

Section 2. La technologie au service de la dépendance des personnes âgées

Il est vrai que le système de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est appelé à innover et à se développer or il ne faut pas oublier qu'elle permettait tout de même à la personne âgée d'entretenir des liens humains qui dépasse la simple réalisation d'actes⁷⁷. En effet, la perte d'autonomie peut s'accélérer du fait de l'isolement de la personne et toute perte de liens sociaux et ainsi une intervention par des professionnels à domicile permettrait

⁷⁵ Ministère de la Solidarité et de la Santé, *Aides et soins à domicile*, 2 mars 2018 <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile> (consulté le 20 juin 2019).

⁷⁶ Op.cit.Bérardier (M.), *Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement*.

⁷⁷ *Ibid.*

de maintenir ce lien si précieux pour les personnes âgées dépendantes et ainsi de lutter contre toute forme d'isolement⁷⁸.

Avec le développement des nouvelles technologies, des dispositifs permettent le maintien à domicile de la personne âgée dépendante tout en limitant les risques et permet ainsi de rassurer l'entourage à distance.

Paragraphe 1 - La téléassistance : un dispositif innovant

La téléassistance est un dispositif innovant qui va permettre à la personne âgée dépendante, lorsqu'elle l'estime nécessaire, de sonner l'alerte grâce à une montre connectée ou à un pendentif. Ce dispositif est évidemment relié à une centrale téléphonique de téléassistance qui reçoit l'ensemble des alertes pour des cas d'agression, de malaise ou parfois pour un simple besoin de communication. Cette centrale va filtrer et évaluer le degré d'urgence et de gravité afin de savoir si une intervention est réellement nécessaire ou non. Quand cette centrale estime urgent l'alerte, elle va en informer immédiatement l'entourage de la personne âgée ou les services d'urgence⁷⁹.

Paragraphe 2 - La mise en place de la domotique pour répondre aux besoins de dépendance

La création de la domotique dans un objectif d'adapter le domicile aux besoins des seniors. Ce dispositif va nécessiter la mise en place de capteurs au domicile de la personne. Ainsi, certaines situations à risques peuvent être alertées comme la présence de fumée, de fuite de gaz ou d'eau, décrypter les mouvements de la personne en cas de chute ou d'absence de

⁷⁸ Art.cit.Campéon (A.), « Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? ».

⁷⁹ Op.cit.Bérardier (M.), Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement.

mouvement, ou encore l'ouverture et la fermeture à distances des portes, volets ou fenêtres⁸⁰.

Ainsi, l'ensemble de ces données sont recensées dans une base de données, qui sera ensuite transmises à un serveur central sécurisé puis seront analysées par un logiciel. Evidemment, en cas de situation à risque, une alerte est envoyée directement à l'entourage ou au personnel soignant.

Paragraphe 3 - La création de piluliers électroniques

Enfin, la création de piluliers électroniques s'avère innovants du fait de la difficulté des personnes âgées à organiser et à se souvenir de leur prise de médicaments. Ainsi, ont été mis en place des distributeurs de pilules programmées pour une semaine et lorsqu'arrive l'heure de la prise de médicaments, une alarme retentit ou un flash apparait pour les personnes malentendantes.

Ces dispositifs technologiques sont innovants et apportent une réponse à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes or cela induit la disparition du contact humain et conduit à l'entourage à rendre de moins en moins visite à la personne âgée concernée car elle sait qu'elle est surveillée via des dispositifs. De plus, il faut veiller à ce que ces dispositifs innovants soient cadrés et qu'ils ne portent pas atteinte à la vie privée des personnes âgées⁸¹.

Or il est à noter les aides techniques tels que des systèmes de surveillance ou des réaménagements de logements ne peuvent à eux seuls réduire au besoin de présence humaine qu'implique le grand âge. En effet, selon un rapport de la fondation de France⁸², une personne âgée sur quatre de plus de 75 ans vit seule au sein de son domicile. C'est environ 50% des personnes âgées de plus de 75 ans qui n'ont plus de vie sociale et de réseau actif.

Ainsi, comme toute personne, la personne âgée ressent certains besoins élémentaires comme le besoin d'être entourée, le besoin de proches aimables, présents, bienveillants, le besoin

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ *Ibid.*

⁸² La fondation de France, étude réalisée par TMO Politique Publique, *Les solitudes en France*, 2014.

d'être écouté et de pouvoir se confier. Ainsi, pour répondre à ces différents besoins, il appartient aux politiques publiques d'intervenir pour pallier cet isolement dont doivent faire face les personnes âgées dépendantes⁸³.

⁸³ Op.cit.Bérardier (M.), Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement.

Chapitre 3 : Un acteur clé de l'accompagnement et du soutien de nos aînés en perte d'autonomie : le proche aidant

Les personnes âgées en perte d'autonomie de nos jours ont besoin de l'intervention de professionnels issus du secteur d'aide à domicile or en parallèle, il ne faut pas négliger la place importante que porte les proches aidants qui interviennent bénévolement et dont leur soutien est bien trop souvent sous-estimé.

Lorsque la personne âgée perd toute son autonomie, c'est son entourage familial qu'elle va premièrement solliciter lorsque cette dernière souhaite se maintenir à domicile.

Ainsi, l'engagement des familles et des proches de la personne âgée dépendante ne doit en aucun cas conduire à un désengagement de la part de la sphère publique. L'objectif serait d'allier la solidarité familiale avec la solidarité publique⁸⁴.

Section 1. Le statut de proche aidant en France

Les proches aidants sont qualifiés comme étant des acteurs essentiels et indispensables au maintien et au soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

C'est la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁸⁵ qui a permis davantage de reconnaissance envers le proche aidant. En effet, cette loi nous donne une définition juridique de la notion du « proche aidant » dans une optique d'enfin les reconnaître de les soutenir mais surtout de les valoriser⁸⁶.

Ainsi, le code de l'action sociale et des familles⁸⁷ (CASF) énonce qu'« est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte

⁸⁴Haut conseil de la famille, *La place des familles dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées*, 16 juin 2011.

⁸⁵ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, JORF du 13 janvier 2005.

⁸⁶ Rebourg (M.), « La notion de « proche aidant » issue de la loi du 28 décembre 2015 : une reconnaissance sociale et juridique », *revue de droit sanitaire et social*, 2018, p.693.

⁸⁷ CASF., art.L.113-1-3.

civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un lien définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».

Nous pouvons ainsi remarquer que le législateur a choisi d'adopter une définition large de la notion de proche aidant en précisant tout de même la nuance à avoir avec les aidants familiaux par rapport aux autres proches.

Les proches aidants sont les décideurs du maintien à domicile de leur aîné notamment par le biais de leur présence, de leurs actions et de leur bienveillance. La présence du proche aidant est la forme de solidarité de proximité la mieux perçue, elle apporte soutien et connaît mieux que personne la personne âgée, ce qui favorise la prise en charge à domicile de la personne âgée en situation de dépendance⁸⁸.

Selon une étude de la DREES, parmi les aidants recensés aujourd'hui en France, c'est près de 4 millions de personnes qui sont considérées comme proches aidants et qui s'engagent auprès de leurs aînés souhaitant se maintenir à domicile. Le proche aidant intervient en général de façon non professionnel. Mais il peut intervenir à titre professionnel⁸⁹.

Pour preuve, les proches aidants non professionnels sont majoritaires et représentent près de 60% de la totalité. De plus, on a estimé que l'entourage familial passait deux fois plus de temps auprès de la personne âgée qu'un professionnel. Il est difficile d'estimer cette aide apportée en volume de temps or selon une enquête réalisée en France sur les bénéficiaires de l'APA, l'aide à domicile confiée aux familles aux personnes âgées en perte d'autonomie varie autour de 2h30 à 6h30 par semaine selon le degré de dépendance ainsi que l'intervention d'une aide professionnelle en complément⁹⁰.

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ DREES, Etudes et résultats, « *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile* », n°771, 2011.

⁹⁰ *Ibid.*

On constate évidemment que l'aide fournie par la sphère familiale prédomine par rapport à l'aide professionnelle malgré la mise en place des aides publiques existantes⁹¹.

Le rôle des familles et la solidarité familiale reste la clé de voute pour une prise en charge réussie. La famille joue un rôle primordial que les professionnels ne doivent pas oublier. Cette importance de la présence familiale on la retrouve au sein du code civil plus précisément à l'article 205 relatif à l'obligation alimentaire qui confie la prise en charge de la famille envers ses aînés. Ce principe transcrit au sein du Code civil montre bien l'importance de la présence et du soutien apportés par la famille⁹².

Section 2. La nécessité de renforcer le rôle important des proches aidants

L'aide apportée par les proches aidants est motivée par l'affection mais également l'amour qu'ils portent à l'un de leur parent vieillissant. Beaucoup de proches aidants ne s'estiment pas valorisés par la société⁹³.

Le statut de proche aidant est aujourd'hui peu clarifié. Ce que demande les proches aidants est avant tout une reconnaissance de l'utilité sociale qu'il représente incluant de la reconnaissance pour toute la charge de travail qu'elle subisse et demande à ce que davantage d'information leur soit communiqué, une compensation financière et voudrait également que soit mis en place une conciliation entre leur vie professionnelle et personnelle⁹⁴.

⁹¹ Davin (B.), Paraponaris (A.) et Verger (P.), « Entraide formelle et informelle », *Gérontologie et société*, n°127, décembre 2008.

⁹² *Ibid.*

⁹³ Espace national de réflexion éthique sur les maladies neurodégénératives, Résultats de l'enquête *Motivations, vécus, aspirations des aidants accompagnant un proche*, 15 septembre 2015.

L'ouverture du chantier sur la dépendance est officiellement programmée et ouverte par le gouvernement après de longue année d'attente.

Face au désarroi des proches aidants face à la dépendance de leur parent par exemple et également l'augmentation de lourdes pathologies notamment celles d'Alzheimer, une prise de conscience collective s'est avérée nécessaire au regard de ces proches aidants⁹⁵.

Car en effet, l'aide apportée par les proches aidants est souvent perçue comme être une véritable charge voire même un fardeau tant au niveau psychologique que physiologique.

Ainsi, le soutien apporté par les proches aidants est primordial et conditionne le maintien à domicile d'une personne âgée dépendante⁹⁶.

Paragraphe 1 - Les dispositifs juridiques conduisant à davantage de reconnaissance envers les proches aidants

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a, en plus de donner une définition de la notion de proche aidant créé un certain nombre de dispositifs de soutien et de reconnaissance dans l'exercice de leur fonction⁹⁷.

De plus, cette loi ouvre désormais à ces proches aidants à de véritables droits sociaux répondant à des critères qui seront variables selon la personne aidée ainsi qu'à l'intensité de l'aide apportée à la personne âgée⁹⁸.

La notion de « proche aidant » devient une notion centrale des différentes politiques à destination des personnes âgées. Leur rôle est davantage important dans le maintien à domicile de nos aînés⁹⁹.

Afin de faire face aux besoins accrus d'aide et d'accompagnement des personnes en situation de dépendance, le législateur a décidé de mettre en avant et de recourir davantage à la

⁹⁵ DREES, Etudes et résultats, « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », n°799, mars 2012.

⁹⁶ Centre d'analyse stratégique, *Vivre ensemble plus longtemps*, questions sociales, la documentation française, n°28, 2010.

⁹⁷ Rihal (H.), « La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement », AJDA 2016, p.851.

⁹⁸ Art.cit.Rebourg (M.), « La notion de « proche aidant » issue de la loi du 28 décembre 2015 : une reconnaissance sociale et juridique ».

⁹⁹ Ministère des Affaires sociales et de la Santé et du secrétariat d'Etat en charge des personnes âgées et de l'autonomie, « La loi pour l'adaptation de la société au vieillissement », publié le 16 juin 2016.

solidarité familiale avec cette notion de proche aidant du fait de la longévité et des restrictions budgétaires.

Pour être considéré en tant que tel, le proche aidant doit apporter à la personne âgée une aide de façon régulière et avec une certaine fréquence pour accomplir de façon partielle ou totale les actes et les activités de la vie de tous les jours.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la loi ASV n'a pas donné au proche aidant un statut juridique en tant que tel mais elle a permis de conforter l'ouverture de quelques droits sociaux à destination de ces derniers¹⁰⁰.

A- Un nouveau droit accordé au proche aidant : le droit au répit

Il est important de trouver un juste milieu entre le rôle d'aidant et sa vie professionnelle et familiale. Pour cela, il existe des solutions pour surmonter ce moment avec l'existence d'aidants professionnels afin de sous-traiter certaines tâches.

Pour cela, la loi ASV a reconnu le droit au répit qui n'est donné à tout le monde et qui va être accordé qu'au proche aidant assurant une aide intense et une présence indispensable au maintien à domicile de la personne âgée bénéficiaire de l'APA et qui ne peut être remplacé par une autre personne à titre non professionnel¹⁰¹.

Ainsi, les personnes bénéficiaires de ce droit au répit sont celles devant s'occuper d'un proche dépendant classé dans la catégorie des GIR 1-2 car c'est beaucoup de plus de charge de travail pour le proche aidant. Ainsi, pour faire valoir ce droit au répit des proches aidants, les solutions apportées par les équipes médico-sociales sont le recours aux dispositifs d'accueil temporaire que ce soit en établissement ou en famille d'accueil par exemple.

Cette mesure va entraîner un financement à hauteur de 500 euros par an, ce qui équivaut à une semaine d'accueil de la personne aidée.

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ Rihal (H.), « La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement », AJDA 2016, p.851.

B- Le droit aux congés : un second droit à destination de certains proches aidants

De plus, la loi ASV a instauré pour les personnes salariées ayant au moins un an d'ancienneté aidant une personne âgée dépendante d'une particulière gravité peut avoir droit à un congé de proche aidant¹⁰². Le décret du 18 novembre 2016¹⁰³ précise les conditions qui permettent l'obtention de ce droit à congé¹⁰⁴. Parmi les conditions, le congé peut être accordé au proche aidant dans le cas où son état de santé s'est soudainement dégradé¹⁰⁵.

Malgré la mise en place de ce droit à congé pour les proches aidants, ce dernier reste méconnu et peu développé¹⁰⁶.

Ces avancées restent insuffisantes et il est nécessaire de persister dans la mise en place d'un réel statut de l'aidant.

Paragraphe 2 - Les limites de l'aide informelle

A- Des proches aidants qui se veulent de plus en plus rares

Le rôle que va jouer un aidant va être très disparate selon les liens de parenté qu'entretiennent les personnes entre elles et les tâches qu'elle va accomplir.

¹⁰² *Ibid.*

¹⁰³ Décret n° 2015-1293 du 16 octobre 2015 relatif aux modalités dérogatoires d'organisation et de tarification applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile dans le cadre de l'expérimentation des projets pilotes destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, JORF du 17 octobre 2015.

¹⁰⁴ Ministère du travail, *Le congé de proche aidant*, 18 juin 2019.

<https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/les-absences-pour-maladie-et-conges-pour-evenements-familiaux/article/le-conge-du-proche-aidant> (consulté le 30 juin 2019).

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ Haut conseil de la famille, La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants, décembre 2017.

Les aidants familiaux sont pour la majorité des cas les enfants, le conjoint ou les beaux enfants de la personne âgée dépendante¹⁰⁷.

La présence ainsi que l'intervention de la famille est primordiale selon les professionnels. La famille connaît mieux que personne les besoins ainsi que les habitudes de son proche et elle apporte également un soutien psychologique extrêmement important dans cette étape parfois difficile de la vie que certains professionnels sont parfois incapables de donner.

Pour une personne jouant le rôle d'aidant, cela lui apporte également beaucoup, cette personne à un sentiment d'utilité, de reconnaissance envers sa famille, des relations humaines fortes et signifiantes, l'impression de se rendre utile au quotidien et apporte un sentiment de valorisation et de satisfaction personnelle¹⁰⁸.

Les avantages de devenir aidant sont nombreux et il faut que cela reste un choix pour la personne plutôt que de devoir le subir¹⁰⁹.

Or ce rôle d'aidant n'est pas sans inconvénients, en effet, ces derniers rencontrent parfois un nombre important de difficultés qui rendent parfois difficile la capacité à aider son proche dans le temps et impact également la qualité de vie de cette personne¹¹⁰.

Or au regard des évolutions démographique¹¹¹, le ratio aidant/aidé devrait aller à la baisse remettant ainsi en question la possibilité du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Cela peut s'expliquer par différents phénomènes sociétaux notamment à cause de la féminisation du marché du travail actuel ou encore de l'avancée tardive dans le temps à devenir parent, ainsi le moment où le parent devient âgé et dépendant, les enfants seraient toujours en activité et entraînerait considérablement une baisse du nombre de proches aidants.

¹⁰⁷ Le Bihan-Youinu (B.) et Martin (C.), « Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant », Travail, genre et sociétés, n°1, 2006, p.77.

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ *Ibid.*

¹¹¹ OCDE, *Faire face au vieillissement démographique*, Editions de l'OCDE, Etudes économiques de l'OCDE, n°12, 2007, p.121-143.

B- Veiller à ce que le proche aidant ne se substitue pas aux professionnels habilités

La solidarité ainsi que le soutien d'un proche restent le meilleur recours pour s'occuper de son proche dépendant et il est important de répondre au désir de son aîné quant à sa volonté de se maintenir à domicile. L'aide apportée par le proche-aidant reste la solution la plus souhaitable et la plus naturelle or il faut faire la part des choses et veiller à ce que l'aidant ne se substitue pas aux professionnels de santé. Ainsi, l'aide des aidants et des professionnels de santé se veulent complémentaires et ne conduit pas les familles à se désengager de l'accompagnement de leur aîné¹¹².

Dans un contexte de restriction budgétaire et avec l'augmentation de la part de la population de plus de 80 ans et la moindre disponibilité des aidants familiaux a conduit à un système hybride combinant aide publique et aide familiale¹¹³.

Pour conclure sur ce volet domicile, la question est de se demander jusqu'à quel moment le maintien à domicile est-il possible ? il a été constaté que si une personne âgée ne présente pas d'atteinte aux fonctions cognitives, le maintien à domicile reste préconisé. Même dans le cas où la personne âgée présenterait une situation d'invalidité ou même de handicap ne s'oppose pas à la volonté du maintien à domicile à condition que cette personne fasse les démarches nécessaires permettant un accompagnement, des soins ainsi qu'un aménagement du domicile adéquat¹¹⁴.

En revanche, le maintien à domicile ne sera plus possible à partir du moment où la lucidité de la personne s'estompe et que la confusion s'installe. Le maintien à domicile dans ces moments-là ne serait pas prudent et risquerait de mettre en danger la vie de la personne âgée. De plus, cette situation de dépendance risquerait d'être difficile à gérer pour l'entourage de la personne. La meilleure solution dans ce cas serait de modifier le type de prise en charge de son aîné et de recommander le placement en institution¹¹⁵.

¹¹² Cour des comptes, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, 2016.

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ *Ibid.*

Le placement en institution s'avère être la meilleure solution pour préserver à la fois la personne mais aussi la santé et le projet de vie de l'entourage¹¹⁶. Ainsi, nous allons développer ci-dessous la prise en charge institutionnelle qui s'avère être le choix de la raison.

Partie 3 : La prise en charge institutionnelle des personnes âgées en situation de perte d'autonomie

Même si la majorité des personnes âgées souhaitent rester au sein de leur domicile le plus longtemps possible, le placement en institution spécialisé est parfois une étape indispensable afin de leur assurer une meilleure prise en charge au regard de leur niveau de dépendance. En effet, une personne âgée considérée comme dépendante nécessite impérativement une surveillance médicale accrue et continue¹¹⁷.

Un tiers des personnes âgées n'ont pas réellement consenti leur placement en institution et c'est bien souvent la famille qui prend l'initiative de placer la personne âgée dépendante en institution spécialisée (chapitre 1)¹¹⁸ même si parfois la liste d'attente s'avère longue au regard de l'insuffisance de l'offre d'hébergement (chapitre2).

De ce fait, le placement en institution est souvent difficile pour la personne âgée et peut conduire à son mal être et ainsi une dégradation rapide de son état de santé. C'est pourquoi il faut demander avant tout l'avis de la personne âgée quant à son placement, parfois inévitable, en ce qui concerne son avenir en situation de dépendance (chapitre 3).

Chapitre 1 : Des solutions d'hébergement diverses selon le degré de dépendance

Le placement en institution est en général le dernier recours quand un proche devient trop dépendant que la famille ainsi que les proches ne peuvent plus assurer sa prise en charge.

¹¹⁷ Art.cit. Dossier de la DREES, « Les personnes âgées : entre aide à domicile et établissement ».

¹¹⁸ Muller (P.), « La personne âgée dépendante et l'institutionnalisation », Gazette du Palais, n°158, juin 2014.

L'entrée en établissement est le fruit du libre choix du résident. La solitude, la maladie, les accidents, l'entourage sont des facteurs qui conduisent la personne âgée à intégrer un établissement à un moment donné de sa vie. Il est indispensable de s'en souvenir car il appartient à l'ensemble de l'équipe de créer les conditions de ce « chez-soi » quitté¹¹⁹.

Section 1. Les EHPAD : la solution de placement la plus répandue

Les EHPAD ont été créés dans les années 2000 grâce à la réforme de la tarification. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes plus connues sous l'acronyme d'EHPAD est la solution de placement la plus connue de tous¹²⁰. En effet, ils représentent à eux seuls 70% des structures d'hébergement à destination des personnes âgées dépendantes¹²¹.

Au sens de l'article L.312-6 du code de l'action sociale, les EHPAD ont pour objet l'hébergement de façon permanente des personnes âgées, offrant un accompagnement de la dépendance et d'une offre de soins¹²².

Quand une personne est placée en EHPAD, elle doit toujours être acteur de sa propre vie. C'est une garantie de qualité des prestations fournies et services rendus en répondant aux besoins des résidents, des familles et des professionnels. Il doit aussi être un moyen de donner un sens à la vie quand on vieillit.

Ainsi, la vision de l'EHPAD ne doit pas être celle renvoyant simplement à un établissement de santé mais à un véritable lieu de vie pour les personnes âgées¹²³.

¹¹⁹ Le Boulter (S.), Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix – Second rapport de la mission 'Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes, rapport du Centre d'Analyse Stratégique, 2006.

¹²⁰ Dossier de la DREES, « Les personnes âgées en institution », dossier solidarité et santé, n°22, 2011.

¹²¹ Robine (B.) et Allard-Kohn (G.), « Les EHPAD », AJDI 2017, P.579.

¹²² CASF., art.L.312-6.

¹²³ Lafore (R.), « Etablissements, services, vieillissement et territoires : l'impact de la dépendance », revue de droit sanitaire et social, 2011, p.583.

Les résidents ne sont pas là pour se soigner mais pour bénéficier d'un accompagnement dans leur vie quotidienne en leur assurant qualité de vie, sécurité, bien-être et santé.

Paragraphe 1 - Les modalités d'accès et de prise en charge en EHPAD

A- Les conditions d'entrée en EHPAD limitées à certains critères

Les EHPAD accueillent des personnes avec un degré de perte d'autonomie différent, ainsi pouvant aller des résidents partiellement dépendant tout comme ils peuvent l'être totalement¹²⁴. Ces personnes, du fait de leurs altérations physiques ou mentales, nécessitent une aide continue afin de réaliser les actes de la vie quotidienne¹²⁵.

1) Les déterminants conditionnant l'entrée en institution

Les principaux déterminants qui vont conditionnés l'entrée en établissement de la personne âgée dépendante sont l'âge, suivi de son état de santé dégradant et de l'absence de la famille proche. L'entrée en établissement de ces personnes âgées se fait rarement une fois l'âge des 80 ans atteint et concerne principalement les personnes fragilisées ayant des difficultés motrices n'ayant ni conjoint ni enfant vivant, ni famille proche¹²⁶.

Ce placement en institution est dans la majorité des cas imposé pour la personne âgée or elle est parfois inévitable du fait de l'avancée de l'âge et de la perte d'autonomie et de l'absence de la famille.

Dès lors qu'une personne âgée est entrée en établissement, la durée de résidence se veut assez courte et elle s'élève en moyenne à 2 ans et 6 mois pour l'année 2015, durée qui reste stable depuis 2007 et ce malgré la hausse de l'âge et des cas de dépendance de plus en plus lourds.

¹²⁴ Art.cit.Dossier de la DREES, « Les personnes âgées en institution ».

¹²⁵ Dufour-Kippelen (S.), Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution », études et résultats, DREES, n°138, octobre 2001.

¹²⁶ *Ibid.*

De plus, l'entrée en EHPAD n'est possible que pour les personnes âgées de 60 ans et plus qui ont besoin d'un accompagnement et des soins de façon quotidienne.

2) Les formalités à remplir permettant l'admission en EHPAD

Avant toute entrée en EHPAD, la personne âgée ou une personne de son entourage devra remplir le fameux dossier national unique d'admission en EHPAD qui comprend un volet administratif à remplir par la personne âgée et un volet médical à remplir par le médecin traitant de la personne¹²⁷. Une fois ce dossier dûment rempli, il va être transmis pour examen au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui va se prononcer sur la recevabilité de la personne en question qui va dépendre évidemment des possibilités d'accueil de l'EHPAD¹²⁸. Il se peut que la personne soit admise directement si l'établissement en est capable ou il se peut que la personne soit placée sur une liste d'attente en attendant qu'une chambre se libère au sein de l'EHPAD. Afin d'espérer avoir une place rapidement au sein d'un EHPAD est de ne pas rester trop longtemps sur liste d'attente, il est recommandé de faire plusieurs demandes d'admissions dans des EHPAD distincts.

Les EHPAD ont une capacité d'accueil comprise généralement entre 50 à 120 résidents à l'exception des petites unités de vie qui accueillent en moyenne 25 résidents, ce qui est minime face à la demande explosive de nos aînés dépendants.

Dans les EHPAD, le profil des résidents est le suivant : la majorité sont des femmes, l'âge moyen d'entrée des personnes âgées au sein d'un EHPAD est de 85 ans. Aujourd'hui, nous avons recensés 608 000 personnes placés en EHPAD¹²⁹.

Pour ce qui est des parcours, 82% des sorties d'EHPAD sont dues au décès de la personne, 8% à un retour à domicile et 10% à un transfert vers un autre EHPAD ou établissement de santé¹³⁰.

¹²⁷ Art.cit.Robine (B.) et Allard-Kohn (G.), « Les EHPAD ».

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ Jeandel (C.), *Le parcours de santé de la personne âgée fragile ou en risque de perte d'autonomie*, Livre Blanc, 2015, p.48-50.

B- La pluralité des prestations offertes aux résidents en établissement

En EHPAD, la prise en charge ainsi que l'accompagnement est global, la personne âgée ainsi que sa famille est déchargée de toute intendance quotidienne dont a besoin une personne âgée.

Le décret d'application du 30 décembre 2015 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ¹³¹est venu préciser l'ensemble des prestations minimales que doivent proposer obligatoirement tout EHPAD.

1) Des prestations hôtelières au service des personnes âgées

L'EHPAD offre d'une part des prestations hôtelières comprenant l'hébergement.

Les résidents bénéficient d'une chambre simple avec en général une salle de bain privative dans la majorité des EHPAD à l'exception des EHPAD les plus anciens dont les salles de bain sont communes¹³².

Il arrive que certains EHPAD disposent de chambres doubles pour les personnes âgées acceptant de partager leur chambre ou également pour les couples.

Cette prestation d'hôtellerie comprend ensuite les services de restauration avec parfois des régimes alimentaires et qui sont pris en compte mais aussi les fournitures de linge de maison, l'entretien des lieux privés et collectifs et également l'animation qui permet au résident de s'épanouir et de créer des liens sociaux avec l'ensemble des autres résidents¹³³.

2) Un accompagnement permanent permettant la réalisation d'actes de la vie courante

Les résidents dépendants qui nécessitent un accompagnement permanent dans les actes essentiels de la vie tel que le lever, le coucher, la toilette ou les repas sont épaulés par le

¹³¹ Décret n° 2015-1293 du 16 octobre 2015 relatif aux modalités dérogatoires d'organisation et de tarification applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile dans le cadre de l'expérimentation des projets pilotes destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, JORF du 17 octobre 2015.

¹³² Art.cit.Robine (B.) et Allard-Kohn (G.), « Les EHPAD ».

¹³³ *Ibid.*

personnel soignant de l'EHPAD qui agit sous le contrôle du médecin coordonnateur présent au sein de l'EHPAD¹³⁴.

3- Des actes de soins intégrés à la prise en charge institutionnelle

Ensuite, pour ce qui concerne les soins du quotidien comme la pose de pansements ou la distribution des médicaments, ils sont réalisés par l'équipe soignante de l'EHPAD.

Il faut savoir que le résident dispose du libre choix de son médecin lors de son placement en EHPAD, il peut décider de choisir le médecin coordonnateur de l'EHPAD pour ses actes de soins mais il peut également, dans la limite du possible choisir son médecin de traitant avec qui il avait l'habitude d'échanger ou tout autre médecin traitant¹³⁵.

Or pour qu'un médecin puisse intervenir au sein de l'EHPAD pour soigner le résident, il faut qu'il ait signé obligatoirement une convention avec l'EHPAD.

Lors du placement en EHPAD, chaque mois le résident doit payer sa facture qui se divise en trois parties comprenant le tarif hébergement, le tarif dépendance qui dépend de son GIR et du tarif soins.

Paragraphe 2 - L'organisation et le fonctionnement propre à chaque établissement

L'organisation des EHPAD est très différente d'un établissement à un autre entraînant de fortes disparités. Il existe pour les EHPAD, trois formes juridiques existantes. Tout d'abord, près de 50% de l'offre est fournie par des EHPAD publics, 29% par des EHPAD privés non lucratifs et enfin 22% par des EHPAD privés lucratifs¹³⁶.

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ *Ibid.*

¹³⁶ Op.cit.Muller (M.), L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre.

A- Les différents modes d'accueil existants

1) Les principales formes d'accueil en EHPAD : l'hébergement permanent et l'hébergement temporaire

Au sein des EHPAD, le mode d'accueil principal est l'hébergement permanent qui concerne près de 97% des places qui sont destinés à l'hébergement permanent. Pour ce qui est de l'hébergement temporaire, il est minoritaire or il tend à se développer au fil des années. En effet, fin 2015, les EHPAD recensés 12 200 places d'hébergement temporaire et 15 550 places en accueil de jour¹³⁷.

Ces places d'hébergement temporaire sont fortement sollicitées lorsqu'un proche aidant doit s'absenter quelques jours par exemple. Ainsi, les modalités de prise en charge sont les mêmes que pour un hébergement temporaire.

2) L'émergence de l'accueil de jour au sein des EHPAD

Les EHPAD peuvent désormais proposés aux personnes âgées ainsi qu'aux familles des accueils de jours. Ces accueils de jour assurent une prise en charge médico-sociale à destination des personnes âgées présentant une forte dépendance psychique comme les personnes atteintes de maladies dégénératives comme la maladie d'Alzheimer par exemple. Les tarifs de ces structures sont fixés par le département et les personnes peuvent également bénéficier de l'APA. Cette forme de prise en charge à été développée avec la loi ASV de 2015 dans l'optique d'accorder aux proches aidants un droit au répit¹³⁸.

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ Art.cit. Rihal (H.), « La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ».

B- Une tarification ternaire appliquée en établissement d'hébergement

Le fonctionnement d'un EHPAD repose sur une convention tripartite signé en alliance avec le conseil départemental ainsi que l'ARS afin de bénéficier de financements en contrepartie d'objectifs de qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Il est à noter que l'ensemble des EHPAD sont obligatoirement soumis à une règle de tarification qui est commune à l'ensemble des EHPAD et qui repose sur trois parts de la prise en charge. Tout d'abord, nous avons le forfait soins incluant les soins médicaux et paramédicaux des personnes âgées, ce dernier est pris en charge de façon totale par l'assurance maladie et versé par les ARS. Pour ce qui est du calcul du forfait soin, ce dernier est calculé selon une équation tarifaire nationale dépendant des différents besoins des personnes âgées identifiés selon leur degré de pathologie que l'on appelle pathos et de perte d'autonomie selon la grille AGGIR.

Ensuite, en ce qui concerne le tarif dépendance, il inclut les aides données à la personne âgée pour réaliser les actes de la vie quotidienne comme faire la toilette ou encore se déplacer. Le montant du forfait dépendance va dépendre ici uniquement du degré de perte d'autonomie de la personne. Ce forfait est déterminé et financé par le conseil départemental. A savoir que plus le résident est dépendant, plus le montant va être élevé allant de 5,50 euros pour les personnes de GIR 5-6 à 20,50 euros par jour pour les personnes de GIR 1 et 2¹³⁹.

Enfin, pour ce qui est du tarif hébergement, il comprend les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration et d'animation¹⁴⁰.

Depuis le 1er juillet 2016¹⁴¹, les EHPAD ont l'obligation de transmettre directement à la CNSA leurs tarifs dépendance. Depuis cette date, l'ensemble des EHPAD ont pour obligation de

¹³⁹ Muller (M.), « *L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre* », Les dossiers de la DREES, n°20, décembre 2017.

¹⁴¹ Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, JORF du 23 décembre 2016.

rendre lisibles à tout public leurs prix d'hébergement ainsi que leurs tarifs dépendances que l'on peut retrouver sur le portail d'information pour-les-personnes-agees.gouv.fr¹⁴².

Ainsi, les EHPAD ont l'obligation d'informer des prix par personne et par jour pour chaque type de chambre qu'elle soit individuelle ou double, les tarifs dépendance pour les GIR 1-2, 3-4 et 5-6.

Le chiffre d'affaire d'un EHPAD est assuré principalement par les frais d'hébergement qui représentent 70% du chiffre d'affaire. Puis de 10% par l'APA établissement versée par le département, puis 20% assuré par l'offre de soins pris en charge par la sécurité sociale¹⁴³.

Paragraphe 3 - Le développement des EHPAD dû au défi du vieillissement de notre population

A- Un accroissement du nombre de places médicalisées

Grâce aux plans « Vieillesse Solidarité » puis « Solidarité Grand Age », mis en place en 2003 et 2007, ces plans ont permis l'expansion des EHPAD dans le champ médico-social en créant des places médicalisées. Selon la CNSA, face à la demande et à l'accroissement de la population vieillissante, l'offre de place en EHPAD est passée de 441 000 à 600 000 de 2006 à 2015¹⁴⁴.

La France fait l'objet d'un taux d'hébergement en établissement assez élevé ou le taux d'institutionnalisation est l'un des plus élevés d'Europe.

¹⁴² Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, « Un portail national d'information et d'orientation pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches », publié le 4 juin 2015.

¹⁴³ Art.cit.Robine (B.) et Allard-Kohn (G.), « Les EHPAD ».

¹⁴⁴ INSEE Statistiques, personnes âgées dépendantes, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937&q=personnes+%C3%A2g%C3%A9es+d%C3%A9pendantes>.

B- Une offre de services élargie et diversifiée

Sous l'impulsion du plan Alzheimer de 2008-2012 puis poursuivi par le plan Maladies neurodégénératives 2014-2019, l'offre en établissement s'est élargie et diversifiée avec la mise en place au sein des EHPAD des pôles d'accueil et de soins adaptés (PASA) ainsi que des unités d'hébergement renforcées (UHR)¹⁴⁵. Ces unités représentent des lieux de vie aménagés qui se trouvent au sein même de la structure ayant pour vocation à accueillir dans la journée pour le PASA et la nuit pour l'UHR près d'une douzaine de personnes en moyenne atteintes de troubles du comportement.

Les PASA vont venir offrir aux résidents des activités de nature sociales et thérapeutiques contre des activités et des soins dans les UHR.

Ainsi, grâce à ces plans existants, le nombre d'EHPAD ayant un PASA a été multiplié par quatre en quatre ans. Pour illustration, en 2015, c'est 20% des EHPAD qui disposent d'un PASA soit au total 1 520 établissements.

Le PASA se développe mieux que les UHR dont la présence est moins fréquente au sein des établissements.

Il est à noter que certains EHPAD sont habilités à recevoir des résidents âgés atteints de la maladie d'Alzheimer ou encore de maladies apparentées.¹⁴⁶ En effet, fin 2015, c'est 47% des EHPAD qui déclarent avoir au sein de leur établissement le privilège de disposer d'une unité spécifique pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer¹⁴⁷.

Section 2. Les unités d'hébergement réservées aux personnes âgées très dépendantes

Une personne âgée très dépendante est une personne qui ne sait effectuer seule les actes de la vie courante comme se laver ou manger. De plus son état de santé extrêmement fragilisé nécessite une surveillance médicale constante.

¹⁴⁵ Art.cit. Lafore (R.), « Etablissements, services, vieillissement et territoires : l'impact de la dépendance ».

¹⁴⁷ Gratieux (L.), « Les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées », Vie sociale 2016, n°15, p.187.

Les personnes âgées très dépendantes bénéficient de structures d'accueil qui leurs sont réservées, ce sont des unités de soins de longue durée ou des unités d'hébergement renforcé accueillant notamment des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

L'admission au sein de ces structures destinées aux personnes âgées très dépendantes a souvent lieu suite à une hospitalisation ou lors d'un passage en service de soins de suite et de réadaptation.

Paragraphe 1 - Les unités de soins de longue durée offrant une surveillance médicale accrue

Pour ce qui est des unités de soins de longue durée (USLD), ce sont des petites unités de vie réservées aux personnes âgées fortement dépendantes offrant un accueil et de soins réservés aux personnes âgées de plus de 60 ans et sont dépendantes d'un établissement hospitalier obligatoirement¹⁴⁸.

La différence avec un EHPAD s'évalue au niveau des soins, en effet, les moyens médicaux mis en œuvre sont beaucoup plus conséquents qu'en EHPAD.

Au sens de l'article L. 711-2 du CASF, une unité de soins de longue durée est un établissement de type sanitaire qui est spécifiquement adapté et réservé aux personnes âgées ne bénéficiant plus de leur autonomie qui leur était propre et dont leur état de santé fragile nécessite impérativement des soins tous les jours ainsi qu'une surveillance accrue et permanente et dont le personnel médical est présent 24 heures /24, 7 jours /7 à l'hôpital. Les résidents de cette unité sont confinés dans des lits ou fauteuils roulants et ne peuvent réaliser seuls les actes de la vie courante¹⁴⁹.

En USLD comme en EHPAD, l'accompagnement ainsi que la prise en charge est globale et le détail de la facture est le même qu'en EHPAD reposant sur 3 tarifs. Tout comme en EHPAD, le

¹⁴⁸ Muller (M.), L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, Les dossiers de la DREES, n°20, septembre 2017.

¹⁴⁹ CASF., art.L. 711-2.

soin n'est pas facturé à la personne âgée et est pris en charge totalement par l'assurance maladie¹⁵⁰.

Paragraphe 2 - Les unités d'hébergement renforcées à destination des personnes âgées porteuses de troubles sévères

Enfin, nous avons des unités d'hébergement renforcées qui accueillent des personnes âgées souffrants de troubles psycho-comportementaux sévères issus d'une maladie neurodégénérative associée à un syndrome démentiel¹⁵¹.

Il faut savoir qu'aujourd'hui, en France, c'est près de 850 000 personnes qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec 150 000 personnes touchées par la maladie de Parkinson et 85 000 de maladies de sclérose en plaques.

Ces personnes atteintes de ces maladies présentent des troubles du comportement empêchant tout maintien à domicile mais également en institution même celle médicalisée.

La solution d'hébergement pour prendre en charge ces maladies bien spécifiques sont les unités d'hébergement renforcées.

Ces UHR peuvent se trouver au sein des EHPAD mais également d'une USLD.

Ces unités sont dotées d'un environnement architectural sécurisé, adapté, convivial et non institutionnel dans l'optique de protéger le bien-être émotionnel de la personne et ainsi de réduire son agressivité.

Ces structures spécifiques proposent des soins, des activités sociales et thérapeutiques à destination des personnes âgées ayant des troubles d'une certaine sévérité de la maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées¹⁵².

Ces personnes sont cloisonnées dans un bâtiment qui leur est bien spécifique afin de ne pas nuire à la qualité et à la sécurité des autres résidents.

Ces personnes âgées placées en UHR proviennent soit de l'EHPAD, d'USLD ou encore de leur domicile suite à un séjour en unité cognitivo--comportementale.

¹⁵⁰ Op.cit.Muller (M.), L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre.

¹⁵¹ *Ibid.*

¹⁵² *Ibid.*

Afin qu'une personne âgée puisse être admise au sein de cette unité d'hébergement, un diagnostic doit être effectué par le médecin de l'unité en question ainsi que par l'équipe soignante sur la base de l'inventaire neuropsychiatrique. Cet inventaire détermine la fréquence ainsi que la gravité des troubles du comportement de la personne ainsi que son niveau d'agitation qui pourrait nuit à la qualité et à la sécurité des autres résidents¹⁵³.

Avant toute admission, l'unité doit s'assurer que le patient est bien mobile et que son état clinique soit stabilisé. Après avoir effectué leur séjour en UHR, les patients peuvent être admis en USLD ou en EHPAD¹⁵⁴.

Chapitre 2 : Une offre de services insuffisantes et inadaptées de nos aînés dépendants

Section 1. Des capacités d'accueil jugées insuffisantes au regard de la demande

Même si les EHPAD ont élargi leur capacité d'accueil à destination des résidents, l'offre reste tout de même peu suffisante face à la demande et ne répond pas à l'enjeu notamment à cause du fait qu'aujourd'hui, nos aînés demandent une prise en charge beaucoup plus importante qu'auparavant et nos aînés se veulent de moins en moins autonomes.

Actuellement, le modèle de l'EHPAD est contesté et la majorité des français souhaitent le maintien au domicile.

Les personnes âgées optant pour le choix de la raison qu'est le placement en institution sont aujourd'hui de plus en plus dépendantes.

Les résidents en EHPAD sont de plus en plus dépendants. En effet, la proportion des GIR 5 et 6 a baissé de la moitié entre 2007 et 2015 au profit de l'augmentation des GIR 1 et 2 et 3 et 4. Ainsi, cette augmentation des résidents en perte d'autonomie lors de leur entrée au sein de structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes s'explique du fait qu'aujourd'hui, les personnes âgées entrent plus tardivement en établissement ¹⁵⁵.

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ Art.cit.Vancleempt (F.), Fabre (L.) et Grimond (E.), « Le logement de la personne vieillissante ».

¹⁵⁵ Art.cit. Lafore (R.), « Etablissements, services, vieillissement et territoires : l'impact de la dépendance ».

Auparavant, l'entrée se faisait aux alentours des 83 ans or aujourd'hui la moyenne d'âge est de 85 ans.

Or nous avons pu constater que l'état de santé des résidents placés en EHPAD s'est dégradé. En effet, en moyenne, les résidents souffrent d'environ sept pathologies dont la majorité souffrent d'affections neuropsychiatriques avec notamment la maladie la plus répandue qui est la maladie d'Alzheimer, suivi d'un état dépressif ou de troubles chroniques du comportement¹⁵⁶.

Ainsi, parfois, le simple placement en EHPAD ne s'avère plus suffisant au regard de leur degré de perte d'autonomie et nécessiterait le placement au sein d'unités de vie plus restreintes et dont la prise en charge médicale et la surveillance doivent être plus conséquentes. Or les unités spécialisées à destination des personnes âgées dépendantes telles que les USLD ou les UHR restent insuffisantes face à la demande engendrant des difficultés d'accessibilité. De ce fait, les structures ne sont pas en capacité et n'ont pas les moyens d'accompagner de façon adaptée les personnes âgées requérant des soins et un accompagnement plus renforcé. Pour illustrer nos propos, en 2015, c'est seulement 250 établissements qui disposent d'une UHR¹⁵⁷.

Section 2. Du personnel non qualifié et insuffisant pour traiter les pathologies lourdes des résidents

L'avenir de la santé sera marqué par une augmentation des maladies chroniques et d'un vieillissement de la population française. De ce constat, va découler des besoins en soins et un accompagnement plus important. Le fonctionnement du système de santé et les pratiques professionnels resteront inchangés, en revanche, sont à prévoir de lourdes conséquences en ce qui concerne les besoins en infrastructures hospitalières notamment en hébergement de

¹⁵⁶ Calvet (L.) et Pradines (N.), Etat de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile, études et résultats, DREES, n°988, décembre 2016.

¹⁵⁷ *Ibid.*

longue durée ainsi que sur les ressources à consacrer à l'aide et aux soins pour ces personnes âgées¹⁵⁸.

Afin de répondre aux exigences de chacun dans l'optique d'amélioration de la qualité des prestations, il va falloir accroître les besoins en personnel mais également de fournir au personnel de l'EHPAD les formations adéquates pour faire face à ces pathologies toujours de plus en plus lourdes des personnes âgées en perte d'autonomie.

En effet, la perte d'autonomie et les pathologies sévères dont souffrent les résidents nécessite davantage d'attention, de temps et de connaissance pour les traiter comme il se doit et de leur offrir un accompagnement adéquat à leur situation.

Il faudra fournir davantage d'effort notamment sur la masse de personnels présents auprès de leurs aînés qu'ils estiment totalement insuffisante pour un accompagnement et une prise en charge efficiente afin de fournir des prestations et un suivi de qualité pour que les derniers instants de nos aînés se déroulent en toute sérénité.

Il est important d'offrir à nos personnes âgées fragilisées, des professionnels qualifiés, fiers d'exercer ce métier, et de mettre avant tout l'accent sur l'accompagnement et les valeurs humaines. Nous devons également être en capacité de leur offrir des formations qui vont leur permettre d'acquérir des compétences afin de faire face aux évolutions et aux attentes nouvelles.

Ainsi, pour assurer une prise en charge efficiente de nos aînés, une hausse des effectifs avec une augmentation de 25% du personnel encadrant les résidents en EHPAD semble être nécessaire.

Section 3. La nécessité d'inventer de nouvelles formes de prise en charge de nos aînés

Pour faire face à ce manque d'offre de structures à destination des personnes dépendantes, il appartient aux pouvoirs publics ainsi qu'aux concitoyens d'imaginer de nouvelles formes de

¹⁵⁸ Monod (S.), « Défis du vieillissement et enjeux de santé publique », *Gérontologie et société*, 2018, numéro 157, p.47.

solidarités à destination de nos aînés. Chacun doit faire preuve de créativité et d'imagination pour accompagner du mieux que possible nos aînés¹⁵⁹.

Paragraphe 1 - Le dispositif méconnu de l'accueil familial

Ainsi, la réponse apportée par la sphère publique a été le développement de l'accueil familial.

L'accueil familial, institué avec la loi du 10 juillet 1989 rénové par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002a permis le développement de l'accueil des particuliers au sein de leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées dépendantes¹⁶⁰.

Ce dispositif permet l'accueil d'une personne âgée par une famille agréée. Il s'agit d'une solution alternative entre le maintien à domicile et l'entrée en institution. La personne a une chambre, elle participe à la vie de la famille. Les accueils peuvent être permanents ou temporaires ou séquentiels à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, l'accueil familial apporte un logement adapté aux besoins de la personne, une intimité.

Or le recours à cette solution reste aujourd'hui marginal et peu développé. Pour preuve, aujourd'hui, il y aurait en France 9 742 accueillants familiaux agréés fin 2013.

Ce type de prise en charge peine à se développer du fait du manque d'attractivité de la profession ainsi que de la réticence à destination des personnes âgées et leurs familles à adopter ce type de prise en charge.

Paragraphe 2 - L'essor de l'habitat alternatif au service des personnes âgées dépendantes

Face au vieillissement de la population, la question du logement devient un véritable enjeu de notre société. Ainsi, la future réforme du grand âge et de l'autonomie annoncée en mars

¹⁶⁰ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002.

2019 par le gouvernement, a annoncée vouloir mettre l'accent sur le développement de l'habitat alternatif¹⁶¹.

Jusqu'à présent, la prise en charge à destination des personnes âgées se résume, soit à un placement en établissement, soit au maintien à son domicile. Ainsi, l'action publique a annoncé vouloir créer de nouvelles formes alternatives d'habitat afin de répondre au mieux aux nouveaux besoins des personnes âgées avec par exemple le développement de copropriétés avec services inclus, le développement de l'habitat intergénérationnel ou encore l'habitat regroupé¹⁶².

L'habitat alternatif peut constituer un moyen d'améliorer le quotidien du malade. De plus, ce type d'habitat pourrait assurer le confort, la sécurité et l'autonomie de ces personnes par les activités essentielles de la vie courante, tout en leur assurant un maintien des liens sociaux¹⁶³.

Chapitre 3 : Les réticences des liées au placement en institution d'un proche dépendant

Section 1. Un coût onéreux et inégalitaire à supporter

Le placement en institution n'est pas sans limite, en effet, il engendre pour la personne mais aussi pour la famille un coût important avec un reste à charge parfois insoutenable pour la famille.¹⁶⁴ De plus, le nombre de structures d'accueil face à la demande s'avère insuffisante avec une liste d'attente parfois importante.

De plus, lors du placement en établissement, la famille est tenue à l'obligation alimentaire, ce qui les entraînent parfois en difficultés financières et c'est bien souvent ce qui freine les familles à placer leur proche vieillissant en institution. Cela entraînant des inégalités envers les personnes âgées.

¹⁶¹ Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, « *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030* » rapport adopté le 7 novembre 2018

¹⁶² Art.cit.Vancleempt (F.), Fabre (L.) et Grimond (E.), « Le logement de la personne vieillissante ».

¹⁶³ Dos Santos (S.) et Makdessi (Y.), Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées, Etudes et résultats, DREES, n°718, février 2010.

¹⁶⁴ Guérin (S.), « Les coûts de la dépendance : la dépendance, une affaire de famille », Revue Empan, n°91, 2013, p.35.

Le fait de devoir consacrer l'ensemble de ses économies et de ses revenus à l'accompagnement de cette perte d'autonomie.

Le prix en institution est onéreux et certaines familles avec peu de ressources ont du mal à supporter ce coût. En effet, le reste à charge tourne en moyenne autour de 1800 euros¹⁶⁵.

La prise en charge financière de la perte d'autonomie est totalement inégalitaire et va dépendre des ressources de chacun¹⁶⁶.

Section 2. Le modèle de l'EHPAD ressort d'une image négative

Aujourd'hui, le modèle de l'EHPAD en ressort d'une vision plutôt négative. Beaucoup de résident ne s'estiment pas épanoui et n'arrive pas à trouver leur marque. Le placement en EHPAD entraîne pour la majorité des résidents une dégradation de leur état de santé et vivent mal ce bouleversement.

C'est une sorte de repoussoir pour les personnes âgées face à tous les événements négatifs comme la maltraitance que nous pouvons entendre dans les médias ou dans la presse¹⁶⁷.

De plus, pour un grand nombre, la qualité des prestations offertes en établissement est perçue de façon négative avec tout d'abord un réel décalage entre le coût de la prise en charge et la qualité des prestations offertes. A cela s'ajoute des dégradations au niveau des services avec un personnel soignant en souffrance à cause des enjeux économiques qui pèsent aujourd'hui dans les EHPAD publics et privés¹⁶⁸.

Ensuite, la maltraitance est fortement présente au sein des EHPAD et la bienveillance de nos aînés est trop souvent mise de côté. Des conditions de vie pas toujours faciles notamment avec du manque de matériel qui impacte la prise en charge des résidents avec parfois des locaux anciens et vétustes, non adaptés aux volontés des résidents.

¹⁶⁵ Moisdon-Chataigner (S.), « Santé et reste à charge : la situation des personnes vulnérables en perte d'autonomie », revue de droit sanitaire et sociale, 2017, p.191.

¹⁶⁷ Op.cit.Muller (M.), L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre.

¹⁶⁸ *Ibid.*

De plus, persistent de fortes inégalités entre établissement en matière de prise en charge des personnes âgées. En effet, ces inégalités s'expliquent notamment par leur statut, taille, situation géographique ou encore leur coût¹⁶⁹.

La prise en charge des personnes âgées en établissement est trop perçue comme une prise en charge médicale et que l'on traite les personnes âgées comme des malades. On ne prend pas assez en considération les besoins mais également les désirs des personnes âgées.

Il semble donc important de repenser le modèle de l'EHPAD de le rendre plus innovant et montrer que le placement en établissement peut rendre les personnes âgées satisfaits.

Il faut redonner de la créativité et de l'innovation dans ce monde aseptisé, tout cela avec le soutien des pouvoirs publics qui laissent paraître depuis peu un intérêt important à destination du grand âge. C'est ce dont nous allons évoquer dans une seconde partie.

¹⁶⁹ *Ibid.*

TITRE 2 : L'IMPLICATION ET L'ÉMERGENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES

La question du grand âge est source d'actualité et à faire naître de la part de la sphère publique un intéressement profond. En effet, les pouvoirs publics, au fil des années se sont emparés de la question de la dépendance et ont construit peu à peu une véritable politique liée à la dépendance (partie 1). Malgré cet investissement conséquent, nous remarquerons que notre politique liée à la dépendance est qualifiée comme compliquée à cause de la multiplicité des acteurs et des sources de financement (partie 2). Or le gouvernement actuel en a pris conscience et tient à maintenir sa promesse qui est celle de mettre en place une réforme ambitieuse liée au grand âge et à l'autonomie (partie 3).

Partie 1 : L'implication des pouvoirs publics autour de la politique de dépendance

Vieillir en France, c'est pouvoir vieillir dans de bonnes conditions matérielles et sanitaires, d'être respecté jusque-là fin de ses jours, dans son intégrité tels sont les volontés des personnes âgées dépendantes aujourd'hui.

On fait régulièrement remonter le début de la réflexion autour du grand âge avec le rapport Laroque de 1962 qui fait du maintien à domicile des personnes âgées un axe prioritaire de la politique de la vieillesse en France¹⁷⁰. Les pouvoirs publics ont bâti une véritable politique et ont sans cesse affirmé le principe du libre choix de ces personnes âgées (chapitre 1).

Selon les souhaits des personnes âgées, en découle trois objectifs à remplir par les pouvoirs publics : renforcer le soutien à domicile, mettre l'accent sur le développement des résidences collectives et améliorer la qualité de vie au domicile ainsi que dans les EHPAD afin de restaurer l'image de ces derniers pour les futures personnes qui seront amenées à y entrer un jour ou l'autre¹⁷¹.

¹⁷⁰ Art.cit.Henrard (J.-C.), « Des politiques vieillesse ségrégative à une prestation universelle d'aide à l'autonomie ».

¹⁷¹ HCFEA, « *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030* », rapport adopté le 7 novembre 2018.

Aujourd'hui, la question de la dépendance des personnes âgées est devenue sensible. Quelles sont les politiques développées en France afin de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes et de leurs familles ?

La politique liée à la dépendance en France est très compliquée or l'ensemble des choix adoptés par les pouvoirs publics visent à mobiliser les acteurs concernés dans l'optique d'articuler au mieux les ressources publiques et les ressources privées et d'apporter l'ensemble des mesures nécessaires (chapitre 2).

Malgré les inquiétudes émises par nos concitoyens français, le phénomène de vieillissement de la population s'est imposé dans le monde politique. Ainsi, de grands chantiers ont été travaillés et réalisés¹⁷² (chapitre 3).

Chapitre 1 : L'histoire de la politique dépendance en France

Les politiques publiques ont intégré l'enjeu que pose le vieillissement de la société dans les années 1990.

Le débat porté sur la question de dépendance repose dans un premier temps sur le mode de financement à créer puis dans un second temps sur le fonctionnement du système qui sera soit universel soit réservé aux populations les plus démunies. Enfin, on va également se demander quel sera la répartition des responsabilités entre l'Etat et les collectivités territoriales¹⁷³.

¹⁷³ Martin (C.), « Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes », Travail, genre et sociétés, n°6,2001, p.103.

Section 1. Les mesures adoptées afin de supporter la charge financière liée à la dépendance

Paragraphe 1 - La première mesure phare de la politique : la prestation spécifique dépendance

La première mesure mise en place est donc la prestation spécifique dépendance (PSD) promulguée en 1997 qui va venir définir les règles de cette nouvelle allocation et qui est gérée par les conseils généraux¹⁷⁴. Cette prestation s'inscrit dans la logique de l'assistance aux plus démunis, elle est versée que sous conditions de ressources, elle est versée pour les personnes à domicile ou en institution, elle est réservée aux personnes âgées de 60 ans ou plus, et le montant dépendra de l'évaluation basée sur la grille AGGIR. Enfin, il faut savoir que ce dispositif autorise les recours sur succession et donation.

En 2001, face aux 850 000 personnes âgées dépendantes, c'était seulement 150 000 personnes qui percevaient cette prestation sociale. Cette aide a alors été jugée insuffisante et a été remplacée en 2002 par l'APA.

Paragraphe 2 -La suppression de la prestation spécifique dépendance en faveur de la création de l'allocation personnalisée d'autonomie

La loi du 20 juillet 2001, modifiée par la loi du 31 mars 2003 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie va venir créer le droit à l'APA, qui se substitue à la prestation spécifique dépendance (PSD) pour les personnes qualifiées « incapables d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie lié à son état physique ou mental »¹⁷⁵. L'ouverture de ce droit à destination des personnes âgées dépendante a conduit à la création d'un fond de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie¹⁷⁶.

¹⁷⁴ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, JORF du 25 janvier 1997.

¹⁷⁵ Art.cit.Henrard (J.-C.), « Des politiques vieillesse ségrégative à une prestation universelle d'aide à l'autonomie ».

¹⁷⁶ Taquet (F.), « La nouvelle vogue de l'allocation d'autonomie », Gazette du palais, n°328, 2001, p.2.

Cette réforme constitue un véritable tournant car elle va venir changer la conception de la politique en faisant de l'APA un droit universel¹⁷⁷. Ainsi, le champ des bénéficiaires s'élargit, l'APA est versée aux personnes âgées avec un niveau de dépendance élevé ou moyen, le principe de récupération sur succession est supprimé, il constituait un véritable frein¹⁷⁸. Enfin, le critère des ressources perçues s'est assoupli. Grâce à ces nouvelles mesures adoptées, l'objectif d'augmentation du nombre de bénéficiaires a été largement atteint.

La question de la dépendance, qui avait été délaissée durant les années 1990 à refait surface en 2004 grâce à la création de la CNSA qui est aujourd'hui sur le devant de la scène depuis l'annonce du gouvernement de la création d'un cinquième risque de la sécurité sociale¹⁷⁹.

Section 2. L'émergence de la solidarité nationale destinée à la prise en charge de la dépendance

Paragraphe 1 - Une nouvelle étape franchie : l'instauration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

L'histoire de la politique à destination des personnes âgées en perte d'autonomie ne s'arrête pas à la création d'une allocation personnalisée et une nouvelle étape est franchie avec l'instauration de la CNSA mise en place grâce à la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en 2004¹⁸⁰. Cette caisse, financée par une contribution solidarité autonomie à laquelle il faut ajouter la contribution des caisses de retraite est désormais l'acteur principal de la mise en œuvre de la politique de

¹⁷⁷ Ministère de la Solidarité et de la Santé, *Réforme de l'APA*, 2 mars 2018 <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/reforme-de-l-apa-allocation-personnalisee-d-autonomie-a-domicile> (consulté le 3 mai 2019).

¹⁷⁸ Avena-Robardet (V.), « Vers une réforme historique de la dépendance ? », *AJ Famille* 2019, p.169.

¹⁷⁹ Le Bihan-Youinou (B.), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France : Vers la création d'un cinquième risque ? », *Informations sociales*, n°157, 2010, p.124.

¹⁸⁰ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, *JORF* du 13 janvier 2005.

prise en charge de la perte d'autonomie. La création de la CNSA semble être une véritable ouverture vers un système assurantiel¹⁸¹.

L'affectation des ressources de la CNSA se fait comme tel : D'une part, nous avons la Contribution de solidarité autonomie (CSA) divisée entre le pan personnes âgées et personnes handicapées, représentant, pour les personnes âgées 60% répartie de la façon suivante : 40% pour le financement des établissements, 20% destinée à l'APA que ce soit pour les personnes résidants en établissements ou à domicile. Cette contribution représente donc près de 1.375 milliards d'euros en 2017 en faveur des personnes âgées¹⁸².

D'autre part, nous avons la Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) représentant pour les personnes âgées environ 414,7 millions d'euros comprenant les aides individuelles ainsi que l'APA mais également des actions au bénéfice de personnes âgées avec un montant s'élevant à 326 millions d'euros pour l'année 2017¹⁸³.

Enfin, nous avons le prélèvement social sur les revenus du capital et du patrimoine avec 95% aux personnes âgées soit un montant estimé à 1.361 milliards d'euros et 5% en faveur des actions de formations et d'innovations pour les aidants familiaux mais également pour renforcer les métiers du social en faveur des personnes âgées¹⁸⁴.

Paragraphe 2 - L'idée de créer d'un cinquième risque de la sécurité sociale abandonnée

En 2008, le gouvernement du président Fillon avait considéré que les quatre branches de la sécurité sociale ne sont pas en mesure de répondre au vieillissement de la population et envisage dont de créer un cinquième risque afin de prendre en charge la dépendance en France combinant un financement public via la solidarité nationale et la mise en place d'assurance individuelle¹⁸⁵. Suite à un grand débat en 2011 à ce sujet, ce projet a été

¹⁸¹ Art.cit.Le Bihan-Youinou (B.), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Vers la création d'un cinquième risque ? », p.133.

¹⁸³ Poletti (B.), rapport d'information sur Les missions et l'action de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Assemblée Nationale, 2006.

¹⁸⁴ *Ibid.*

¹⁸⁵ Sénat, *Construire le cinquième risque*, rapport n°447, 2008.

abandonné en raison du contexte économique et de la situation des finances publiques qui ne ferait qu'aggraver la situation¹⁸⁶.

Le système français de prise en charge de la dépendance est « dichotomique » entre des EHPAD qui revêt être un secteur saturé qui accueille principalement des personnes âgées très dépendantes et le maintien à domicile dans des conditions qui se veulent parfois préjudiciables. De ce fait, les pouvoirs publics ont favorisé le maintien à domicile de ces personnes qui s'avère être aussi moins coûteux. Les personnes âgées ne vont en institution qu'en dernier recours. De plus, l'offre d'hébergement est saturée avec un taux d'occupation qui s'élève à 96%. Pour ce qui est du maintien à domicile, il n'est souvent possible que grâce à l'implication des proches¹⁸⁷.

Section 3. La création d'une nouvelle loi marquant une véritable avancée dans le droit de la gérontologie

L'espérance de vie des français est passée de 47 ans en 1900 à 80 ans en 2019. Ce seul chiffre montre la nécessité que doit porter notre société française de s'adapter au vieillissement de notre population et cela n'est possible sans la création d'une réforme ambitieuse dédiée aux personnes âgées en situation de dépendance.

De ce fait, le législateur s'est saisi de la question de l'âge et suite à un long processus législatif. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a vu le jour. Cette loi constitue une véritable avancée dans le droit de la gérontologie¹⁸⁸. Le texte repose sur trois principes qui sont l'adaptation, l'accompagnement et anticipation de la perte d'autonomie¹⁸⁹.

¹⁸⁶ *Ibid.*

¹⁸⁷ Haut conseil de la famille, Premiers éléments sur un « cinquième risque de sécurité sociale », contribution du conseil de l'âge à la concertation « Grand âge et autonomie », 6 décembre 2018.

¹⁸⁸ Art.cit. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et du secrétariat d'Etat en charge des personnes âgées et de l'autonomie, « La loi pour l'adaptation de la société au vieillissement ».

¹⁸⁹ Fabas-Serlouten (A.), « Adaptation de la société au vieillissement, un nouveau regard sur la perte d'autonomie », AJ Famille 2016, p.10.

Cette politique, tournée vers l'autonomie, a permis de mobiliser les différentes politiques publiques et donné la possibilité aux personnes âgées d'être elles-mêmes actrices de leur propre parcours de soins et ainsi de changer de regard qu'elles peuvent avoir vis-à-vis de la vieillesse¹⁹⁰. De plus, cette loi a permis un meilleur accompagnement que ce soit à domicile ou en établissement, elle s'est attaquée aux inégalités sociales à la racine afin d'apporter des mesures nouvelles de justice sociale à destination des personnes âgées¹⁹¹.

Elle a enfin conduit à la reconnaissance des proches aidants, à une réforme de l'APA à domicile uniquement et elle a renforcé le rôle d'organisateur et de régulateur de la CNSA.¹⁹²

Or cette loi n'est pas sans inconvénient, même si elle a conduit à de nombreuses réformes autour de la perte d'autonomie des personnes âgées, elle reste tout de même généraliste et ne traite pas de l'ensemble des points notamment sur la modestie des financements qui s'élève à 645 millions d'euros en ce qui concerne la contribution pour l'autonomie.

De ce fait, c'est toujours un reste à charge conséquent qui pèse sur le dos des personnes âgées ou de leurs familles en raison des contraintes budgétaires actuelles¹⁹³.

Le vieillissement de la population française ainsi que l'accroissement continu des situations de dépendance physique mais aussi psychique constituent un phénomène lourd. Ainsi, les pouvoirs publics ont pris connaissance de ce défi que doit relever la France et ont donc engagés des réformes importantes¹⁹⁴.

Chapitre 2 : Les mesures adoptées par la sphère publique permettant d'appréhender et d'être parer face à l'avancée de l'âge

Malgré sa perte d'autonomie, la personne âgée doit rester citoyenne. C'est ce qu'avait annoncé Pierre Laroque en 1962 : « Tout en évitant de faire naître, chez les personnes âgées, un sentiment de dépendance, pourra-t-on respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver

¹⁹⁰ Op.cit. Jeandel (C.), *Le parcours de santé de la personne âgée fragile ou en risque de perte d'autonomie*.

¹⁹³ De Montalembert (M.), « Les défis du vieillissement : construction d'une politique sociale », *vie sociale* 2016, n°15, p.8.

¹⁹⁴ Art.cit.Avena-Robardet (V.), « Vers une réforme historique de la dépendance ? », *AJ Famille* 2019, p.169.

leur place dans une société normale, d'être mêlés constamment à des adultes et à des enfants ». Le but est d'inclure et non d'exclure la personne âgée de notre société, et ainsi de prendre en considération ses besoins.¹⁹⁵ Pour cela, un nombre important de mesures sont mises en place par la sphère publique afin de répondre aux fragilités de ces personnes et combattre contre leur isolement, en mettant à leur disposition des solidarités de proximité¹⁹⁶.

Paragraphe 1 - Un outil pour limiter la perte d'autonomie : le programme national personnes âgées en risque de perte d'autonomie

La prise en charge de nos aînés requiert l'intervention de divers acteurs des champs sanitaires et sociaux. Afin d'améliorer la prise en charge ainsi que la qualité de vie de nos aînés âgés de plus de 75 ans, a été mis en place en 2014 par le Ministère de la Santé le programme personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) dans une optique d'amélioration des parcours de soins.

Le PAERPA est alors considéré comme être une redéfinition des rôles, des tâches et des pratiques des différents acteurs intervenants dans la prise en charge des personnes âgées.

Le PAERPA comprend un grand nombre de dispositifs et d'outils.

Nous avons tout d'abord la Coordination territoriale d'appui (CTA) qui est un guichet d'information réservé aux personnes âgées de 75 ans ou plus, de leurs aidants et également aux professionnels du territoire¹⁹⁷. Ce guichet d'information permet d'apporter un véritable soutien à ces personnes lors de leurs démarches tant médicales que sociales. La CTA joue un rôle majeur et représente le premier poste de dépense de ce budget PAERPA.

Enfin, on va venir offrir à l'ensemble des professionnels des formations qui visent à sensibiliser ce dernier sur la démarche PAERPA dont le dispositif est très peu connu et déployé à ce jour au niveau territorial.

Ensuite, dans le cadre de ce programme, a été développé l'élaboration du plan d'aide personnalisé adapté aux besoins au regard l'état de santé de la personne âgée que nous avons développé précédemment.

¹⁹⁶ Art.cit.Campéon (A.), « Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? ».

¹⁹⁷ Art.cit. Lafore (R.), « Etablissements, services, vieillissement et territoires : l'impact de la dépendance ».

En parallèle, il existe d'autres dispositifs, non principaux mais d'appui, sont compris dans le PAERPA.

En effet, le programme PAERPA va venir apporter un soutien financier et organisationnel à des dispositifs déjà existants au sein des territoires¹⁹⁸. Avec par exemple l'hébergement temporaire en EHPAD qui va permettre de réduire les séjours à l'hôpital lorsque le retour au domicile de la personne n'est pas envisageable de suite. Ensuite, il y a l'équipe mobile gériatrique qui va venir soutenir et assister les différents services non spécialisés au niveau gériatrie à l'hôpital lors de la prise en charge des patients âgés. Cette équipe va alors venir soutenir la personne et lui apporter des informations.

Enfin, on a la mutualisation des infirmiers de nuit en EHPAD qui va permettre de partager un seul et même infirmier de nuit entre divers EHPAD. Le but étant d'assurer une prise en charge constante dans les EHPAD afin d'apporter une sécurité au personnel non soignant ainsi que des personnes âgées et leurs familles¹⁹⁹.

L'ensemble des mesures adoptées dans l'optique de faciliter les démarches, d'informer et d'accompagner les personnes âgées ne s'arrêtent pas là, en effet, un portail numérique, que nous expliciterons ci-dessous a été créé spécifiquement pour les personnes âgées et leurs proches sous l'impulsion du gouvernement.

Paragraphe 2 - La création d'un portail numérique à destination des personnes âgées et de leurs familles

La plupart des personnes âgées vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie, alors que certaines pas du tout, personne n'est égaux face à cela.

Ainsi, quand la perte d'autonomie de la personne survient, cette dernière se sent démunie et très mal informée des dispositifs et des aides existantes et considère cette période de la vie comme être un véritable parcours du combattant.

¹⁹⁸ Ramos-Gorand (M.), « Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine », thèse de doctorat soutenu à l'Université Paris-Est, 2015.

¹⁹⁹ IRDES, Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés, n°235, aout 2018.

Ainsi, pour répondre à leur besoin d'information et d'orientation, de réels progrès sont marqués notamment depuis la loi ASV par le biais de la création du portail numérique d'information dédié spécifiquement pour les personnes âgées et leurs proches sous la direction du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et de la CNSA²⁰⁰.

Ce portail numérique va venir centraliser l'ensemble des aides publiques disponibles auxquelles peuvent espérer prétendre les personnes dépendantes et apporte des réponses directes quant aux interrogations que peuvent avoir les personnes se retrouvant face à la perte d'autonomie notamment sur l'aménagement de son logement, comment chercher un établissement ou encore comment trouver du soutien en tant qu'aidant²⁰¹.

Ce portail va orienter les personnes âgées et leurs proches vers les interlocuteurs de proximité adéquats face à leur besoin et il va également mettre à disposition des personnes âgées tout un panel d'outils permettant par exemple d'estimer le montant du reste à charge mensuel pour un hébergement en EHPAD.

Le gouvernement est venu créer ce portail car il estimait que l'information en ce qui concerne la perte d'autonomie des personnes âgées était homogène, de nombreux sites existaient et l'information était parcellaire²⁰². Les personnes âgées et leurs proches, afin de mieux s'y retrouver avaient besoin d'une information complète et facile d'accès validée par les pouvoirs publics afin qu'aucune réticence existe quant à la fiabilité de la source.

Ce portail a donc eu pour but de mieux faire face aux situations de perte d'autonomie des personnes âgées en leur apportant des informations claires, fiables et faciles d'accès et ainsi qu'elles puissent être orientées selon leurs besoins²⁰³.

Ce service public d'informations en santé à destination des personnes âgées ainsi qu'à leurs proches va permettre de répondre à leurs interrogations ainsi qu'à leurs attentes mais aussi

²⁰⁰ Art.cit. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, « Un portail national d'information et d'orientation pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches ».

²⁰¹ Art.cit. Lafore (R.), « Etablissements, services, vieillissement et territoires : l'impact de la dépendance ».

²⁰² Art.cit. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, « Un portail national d'information et d'orientation pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches ».

²⁰³ *Ibid.*

de mieux percevoir les différentes solutions que l'on peut leur offrir, tout cela dans un but d'appréhender et d'être parer face à l'avancée de l'âge, qui est une étape inévitable de la vie. Ainsi, la mise en place de ce portail permet un réel accès à l'information et cela induit à ce que chacun soit en mesure de faire ses choix dans le respect de son projet de vie et ainsi de donner à chacun un accès à ses droits²⁰⁴.

Pour faire face aux situations parfois complexes de la prise en charge de la dépendance, en plus du portail national d'information pour les personnes âgées, il existe des plates-formes territoriales d'appui (PTA) qui ont pour but d'aider dans la gestion de situations difficiles. On peut également se tourner vers les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) en cas de besoin de complément d'information ou de demande d'APA.

Or pour ce qui est du maintien à domicile, ce dispositif fait preuve de manque d'information et de communication. En effet, l'accompagnement au sein du domicile de la personne âgée est plus complexe que celui en établissement car il nécessite l'intervention et la coordination de plusieurs acteurs comme le médecin traitant, le pharmacien, les auxiliaires médicaux ou encore les aides à domicile. Ce manque de coordination entre les différents acteurs impacte négativement la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie.

Ainsi, pour pallier ce manque de coordination, ont été mis en place le PAERPA que nous avons vu ci-dessus ou encore les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), dans un but de répondre à ces insuffisances dans l'accompagnement des parcours des personnes âgées²⁰⁵.

Les pouvoirs publics ont pour ambition de rendre plus facile le parcours de nos aînés en faveur du bien vieillir et ainsi de protéger les personnes les plus vulnérables.

²⁰⁴ *Ibid.*

²⁰⁵ Monfort J.-C., *Vieillir, risques et chances*, Editions Lavoisier, Médecine sciences, mars 2015, p.145.

Chapitre 3 : Une implication forte de la sphère publique mais qui n'est pas sans inquiétude pour nos concitoyens

La sphère publique est en constante implication à tout ce qui touche le grand âge, que ce soit pour l'évolution réelle et continue des moyens à destination de ce grand âge ou encore pour ce qui est de l'engagement qu'il y consacre. Or cette implication de la sphère publique n'est pas sans inquiétude pour ce qui est de nos concitoyens français qui manifestent une certaine crainte quant aux conditions futures de prise en charge sociale dû aux inégalités liées aux versements des prestations qui restent largement dépendantes des ressources, la peur de l'isolement mais également médicale de la perte d'autonomie de leur parent²⁰⁶.

La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie est belle et bien spécifique et complexe et il y a aujourd'hui une urgence fondamentale à répondre à la détresse des personnes âgées qui perdent de leur autonomie mais aussi aux inquiétudes qui pèsent sur leurs proches.

Certes, il y a eu de nombreuses avancées politiques mais la part des personnes âgées dépendantes ne va faire que s'accroître en France, c'est pourquoi il est nécessaire d'agir aujourd'hui pour enfin intégrer le risque de perte d'autonomie dans nos propres politiques sociales.

Les politiques publiques ont pour mission de protéger ces personnes âgées fragilisées et vulnérables et ainsi elles vont leur permettre de pouvoir bénéficier d'une prise en charge sanitaire et sociale quel que soit leur situation financière ou sociale. Les politiques publiques cherchent à ce que désormais, les personnes vulnérables restent actrices de leur parcours de vie malgré leurs fragilités.

L'ambition politique est alors de créer une couverture publique du risque dépendance en lien avec le grand âge qui sera financée entièrement par la solidarité nationale. Tout le travail repose sur l'instauration d'un modèle avec une offre, une gouvernance et un financement.

²⁰⁶ Ibid.

Ainsi, cette réforme ambitieuse du grand âge, que nous expliciterons plus tard, sera réussie une fois que la vieillesse sera perçue comme un moment serein et apaisé et non plus comme un moment redouté. Vieillir est une chance, et elle n'est pas donnée à tout le monde. La vie vaut la peine d'être vécue jusqu'au bout.

Partie 2 : Le pilotage financier de la dépendance des personnes âgées

Les dépenses liées au vieillissement vont sans cesse augmenter car la société sera de plus en plus sollicitée pour prendre en charge la dépendance des personnes âgées²⁰⁷.

Le phénomène de la dépendance des personnes âgées va se développer de façon exponentielle au cours des années à venir. C'est un fait qui touche chacun de nous au sein de sa vie familiale. De plus, ce phénomène conduit à des défis importants que ce soit sur le plan matériel comme financier, à titre collectif ou individuel et ainsi entraînera le besoin de davantage appel à la solidarité nationale (chapitre 1) mais aussi familiale (chapitre 2)²⁰⁸.

Quel que soit le choix de la personne âgée et de son entourage, cela engendre un coût important pour notre société qui s'avère être insoutenable, d'où l'émergence des financements privés (chapitre 3)²⁰⁹.

²⁰⁷ Cour des comptes, Les personnes âgées dépendantes, rapport public du 9 novembre 2005.

²⁰⁸ Ibid.

²⁰⁹ Thébaud (S.), « Dépenses de santé et vieillissement », Revue française de finances publiques, n°120, 2017, p.247.

Chapitre 1 : L'organisation du système de dépendance assurée par une multiplicité d'acteurs

La prise en charge de la perte d'autonomie en France implique l'intervention d'un nombre important d'acteurs. L'Etat se contente de fixer le cadre général d'organisation du système ainsi que les grandes orientations.

Section 1. Une collaboration étroite entre l'Agence régionale de santé et le département

Au niveau territorial, l'organisation du système se fait entre l'ARS qui est compétente plutôt au niveau médical et les départements compétents pour le champ dépendance. Les ARS ont pour mission de planifier l'offre médico-sociale en délivrant des autorisations pour l'ouverture d'EHPAD par exemple ou la création de services domicile alors que les départements mettent en œuvre cette action sociale à destination des personnes âgées et de leurs familles.

Ainsi, le rôle du département est plus large que l'ARS, il va attribuer des aides financières notamment l'APA. Il va percevoir de son côté des financements de la CNSA²¹⁰. De plus, les équipes médico-sociales rattachées au département vont avoir pour mission d'évaluer les besoins des personnes ayant sollicité l'APA et il leur appartient de définir les mesures individuelles pour chaque personne âgée dans le cadre de l'instauration d'un plan d'aide personnalisé. Le département aura pour rôle d'adopter un schéma d'organisation sociale et médico-sociale. Par exemple, le département va recenser le nombre de places offertes en établissement pour personnes âgées.

Le département coordonne l'action gériatrique, il va déterminer les modalités d'information et d'orientation des personnes et va être responsable de l'organisation des CLIC par exemple.

²¹⁰ Houser (M.), « Les défis du financement de la dépendance par les départements », AJDA, 2013, p.288.

Section 2. Le rôle minoritaire mais non négligeable des communes

Les communes vont aussi intervenir dans le champ de la dépendance, elles vont pouvoir gérer des services d'aide à domicile et ainsi que des établissements.

C'est le rôle que va jouer le CCAS de chaque commune. Ainsi, le CCAS pourra transmettre au département l'ensemble des demandes d'aides sociales et elles peuvent également donner des aides de secours en cas de besoin.

De plus, les communes, par le biais de leur CCAS ont pour obligation de tenir un registre recensant les personnes âgées qui en font la demande afin de faciliter l'intervention et l'accès aux services sociaux.

Ces communes font valoir leur réactivité et leur proximité auprès des administrés en fonction de leurs besoins propres et spécifiques identifiés²¹¹.

Section 3. Le rôle clé de la sécurité sociale dans le financement des soins liés à la dépendance

Enfin, la sécurité sociale intervient aussi. Il n'y a pas en France d'assurance dépendance obligatoire. La sécurité sociale recouvre quatre risques connus de tous qui sont la maladie, la famille, la vieillesse et les accidents et maladies du travail. Or le risque vieillesse recouvre les retraites et non la dépendance. Or la sécurité sociale participe tout d'une même à la prise en charge financière de la dépendance car c'est elle qui va financer le tarif soins des EHPAD.

Enfin, certaines complémentaires santé peuvent aider leurs adhérents à payer par exemple le reste à charge qui n'est pas pris en charge par la sécurité sociale.

La politique en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie est partagée entre différents acteurs qui sont l'Etat, la sécurité sociale ainsi que les collectivités locales et plus particulièrement le rôle prépondérant des départements.

²¹¹ Marquier (R.), L'action sociale des collectivités locales envers les personnes âgées, études et résultats, DREES, n°71, décembre 2015.

Il est indéniable que la perte d'autonomie des personnes âgées nécessite d'importantes contributions financières²¹².

Les ressources mobilisées se sont fortement accrues au fil des années afin assurer cette prise en charge de nos aînés.

Aujourd'hui, cette prise en charge financière de la perte d'autonomie fait intervenir la solidarité nationale, la solidarité collective ainsi que le financement privé.

Chapitre 2 : Une prise en charge de la perte d'autonomie conditionnée par des différentes sources de financement

Section 1. La solidarité nationale et la solidarité collective : les premiers financeurs de la perte d'autonomie

Paragraphe 1 - Des aides publiques en faveur de la dépendance supportées par les collectivités locale

A- L'allocation personnalisée d'autonomie : une aide inévitable pour faire face au coût de la perte d'autonomie

L'aide publique la plus conséquente en ce qui concerne la prise en charge de la dépendance est l'APA²¹³.

Il s'agit d'une aide versée aux personnes les plus dépendantes ayant obligatoirement plus de 60 ans.

Le montant de l'APA est déterminé par le président du conseil départemental sous condition d'un plafond national qui sera calculé en fonction du degré de dépendance ou du degré de

²¹² IRDES, *Le financement de la dépendance des personnes âgées en France*, février 2018, p.4.

²¹³ Fizzala (A.), *Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ?*, études et résultats, DREES, n°1, 2016.

perte d'autonomie de la personne. En fonction des ressources du bénéficiaire, un reste à charge pour les plus personnes recevant plus de ressources est envisageable.

Le montant maximal de l'APA est de 1719 euros.

Cette APA va permettre à la personne âgée en perte d'autonomie de financer les services d'aide à domicile si la PA souhaite se maintenir à son domicile ou de financer ses frais d'hébergement lorsque cette même personne est placée en institution. C'est pourquoi il est important de distinguer l'APA à domicile et l'APA en établissement²¹⁴.

1) Un montant de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile lié au plan d'aide individualisé de la personne âgée

Selon le CASF, le montant de l'APA est fixé en fonction du plan d'aide individualisé établi par une équipe médico-sociale du département qui a pris compte de la situation de dépendance et des besoins de la personne bénéficiaire de cette aide²¹⁵. Ainsi, les dépenses prises en charge par l'APA inscrites dans le plan d'aide personnalisé sont la rémunération de l'aide à domicile, le matériel, les articles d'hygiène, le portage de repas ou encore les travaux d'adaptation du logement, accueil temporaire ou encore les services rendus par un accueillant familial. Pour y avoir droit, la personne âgée ou son entourage doit retirer un dossier auprès de la commune de résidence de la personne âgée ou auprès du conseil départemental.

Son financement se fait pour deux tiers de la part des départements. Le tiers restant n'étant pas pris en charge par les collectivités locales mais par le CNSA qui joue un rôle minime mais non négligeable dans la prise en charge financière de la perte d'autonomie des personnes âgées²¹⁶.

Le versement de l'APA se fait mensuellement au bénéficiaire directement qui peut le dépenser en payant un SAAD ou encore une aide à domicile. L'APA peut aussi, après accord être versé directement aux services d'aide à domicile intervenant auprès de la personne âgée²¹⁷.

²¹⁴ *Ibid.*

²¹⁵ CASF., art.L.231-3 à L.231-7.

²¹⁶ Levoyer (L.), « Le financement local de la dépendance », Revue française de finances publiques, n°120, 2012, p.185.

²¹⁷ Op.cit. Fizzala (A.), Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ?.

Pour ce qui est de la prise en charge financière des soins, réalisés par des SSIAD ou des infirmiers libéraux, ces dépenses sont prises en charge par l'assurance maladie et aucun reste à charge n'est à supporter par la personne âgée²¹⁸.

Enfin à domicile, les personnes âgées dépendantes peuvent percevoir des aides supplémentaires mais uniquement réservées aux personnes ayant de faibles ressources et qui sont cumulables avec l'APA. Ces aides peuvent être demandées auprès des caisses de retraite, de la sécurité sociale, du conseil départemental ou encore de l'Etat²¹⁹. Par exemple, le département accorde des aides supplémentaires pour les aide-ménagères ou pour les portages de repas à domicile aux personnes de plus de 65 ans non bénéficiaires de l'APA.

Nous avons pu constater que les dépenses d'APA du département sont plus importantes pour le maintien à domicile que pour le placement en institution. Pour preuve, sur les 1 265 000 allocataires de l'APA, 59% résident au sein de leur domicile.

2) Le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement permettant de faire face au tarif conséquent de la dépendance

Selon le CASF²²⁰, le montant versé de l'APA établissement repose sur une logique forfaitaire de couverture qui permet de financer le tarif dépendance d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées recouvrant les services d'aide, de surveillance, et d'accompagnement des personnes âgées, qui est financé par l'APA²²¹.

L'APA en établissement concerne uniquement les personnes âgées dépendantes classées en GIR 1-2 et 3-4 uniquement. Il faut savoir que les personnes âgées de GIR 5-6 ne peuvent bénéficier de l'APA car on les estime comme autonome et nécessite pas autant de besoins que ceux étant dans une véritable situation de dépendance.

²¹⁸ *Ibid.*

²¹⁹ Turgis (S.), « Le financement des aides aux personnes dépendantes : circuits financiers et fiscalité », *Revue française de finances publiques*, n°136, 2016, p.127.

²²⁰ CASF., art.L.231-8 à L.231-11.

²²¹ Art.cit.Levoyer (L.), « Le financement local de la dépendance ».

Pour y avoir droit, la personne âgée ou son entourage doit retirer un dossier auprès de la commune de résidence de la personne âgée ou auprès du conseil départemental ou le cas échéant auprès de l'institution en question.

Le nombre de bénéficiaires ainsi que les dépenses ont fortement augmentés depuis la création de l'APA. L'APA à domicile concerne 757 400 personnes soit 59% des bénéficiaires. Ces personnes, bénéficiant de l'APA à domicile sont en général moins dépendants que ceux en établissement. A domicile, c'est 59% des bénéficiaires qui sont classés en GIR 4, 19% sont très dépendants et sont classés en GIR 1 ou 2. Enfin, ils sont 22% à être classés en GIR 3. Les bénéficiaires de l'APA à domicile la perçoivent pendant une durée moyenne de 3 ans et demi.

B- L'aide sociale à l'hébergement à destination des personnes âgées les plus précaires

Afin de faire face aux frais d'hébergement et aux tarifs de dépendance uniquement pour les résidents placés en EHPAD, la personne âgée peut percevoir l'aide sociale à l'hébergement (ASH) à condition que l'établissement en question soit habilité à percevoir cette aide sociale, ce qui n'est pas le cas de tous les EHPAD²²².

L'ASH est une aide gérée et versée par le conseil départemental du lieu de résidence de la personne âgée qui vise à alléger la dépense liée aux frais d'hébergement en établissement. Cette aide sociale est subsidiaire aux ressources de la personne²²³.

Or cette demande d'ASH entraîne une obligation alimentaire avec la participation des descendants et aussi d'une récupération sur succession dès le premier euro versé par le conseil départemental, il s'agit donc ici d'une avance du département que ce dernier va récupérer sur la succession de la personne âgée lorsque celle-ci sera décédée.

Ce système d'obligation alimentaire et de récupération sur succession de cette aide sociale constitue un véritable frein au placement des personnes âgées en EHPAD. En effet, la

²²² DREES, « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? », numéro 1, 2016

²²³ *Ibid.*

personne âgée préfère restée à son domicile plutôt que de n'avoir aucun héritage à transmettre à ses enfants²²⁴.

Afin de pouvoir prétendre à cette aide sociale, la personne âgée doit remplir les conditions suivantes ; être âgée de plus de 65 ans, d'avoir des ressources inférieures au coût de l'hébergement et enfin d'être placé dans un établissement habilité à percevoir l'ASH, ce qui n'est pas le cas de tous, c'est environ 7 800 établissements qui sont habilités à l'ASH sur les 10 600 établissements existants.

Il est à noter que le montant de l'hébergement des places habilités à cette aide est déterminé par le département et il est applicable sans relation avec le statut de la personne, qu'il soit bénéficiaire de l'ASH ou pas.

Selon une étude de la DREES, en 2017, c'est 119 000 personnes âgées qui percevaient cette aide sociale avec un montant des dépenses pour le département qui atteint 1,27 milliards d'euros.²²⁵

Il est à noter que les pratiques ainsi que les montants de l'APA et de l'ASH sont très différents selon les territoires entraînant de fortes disparités territoriales et des inégalités envers les personnes âgées.

Paragraphe 2 - Les dépenses liées à la perte d'autonomie supportées la Sécurité sociale

A- La prise en charge des dépenses de soins fournis aux personnes âgées

La sécurité sociale est le principal financeur dans la prise en charge financière de la dépendance. En effet, elle va supporter les dépenses les plus lourdes que sont les soins fournis aux personnes âgées que ce soit à domicile ou en établissement²²⁶.

²²⁴ *Ibid.*

²²⁵ Leroux (I.), L'aide et l'action sociale en France, études et résultats, DREES, fiche n° 7, 2017.

²²⁶ Art.cit. Turgis (S.), « Le financement des aides aux personnes dépendantes : circuits financiers et fiscalité ».

Pour le volet établissement, l'ensemble de l'équipe soignante prend en charge les soins du résident et cette prestation se traduit en un tarif de soins qui va être à la charge de l'assurance maladie et le résident n'aura aucun reste à charge en ce qui concerne ce tarif²²⁷. En effet, l'établissement va percevoir une dotation soins de la part de l'assurance maladie afin de prendre en charge les prestations médicales liées à l'état de santé de la personne²²⁸.

Pour le volet domicile, les SSIAD sont financés par l'assurance maladie dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu avec l'ARS. Aujourd'hui, le coût moyen d'une place de SSIAD est de 13 021 euros par an en 2017²²⁹. Pour ce qui est des SSIAD, les prestations sont sous forme de forfait et ne dépendent en aucun cas du degré de dépendance de la personne. Le reste à charge du bénéficiaire pour ces services est totalement nul²³⁰.

Pour ce qui est des SAAD, ils sont gérés par le conseil départemental qui va venir fixer le montant du financement alloué par un tarif horaire ou une dotation globale or cela concerne uniquement les SAAD habilités à l'aide sociale.

En parallèle, les autres SAAD sont libres de fixer le prix de leurs prestations²³¹.

Pour l'année 2017, la sécurité sociale est venue financer les soins à hauteur de 3,1 milliards d'euros soit un total de 63% des dépenses globales liées à la prise en charge de la dépendance.

B- Le financement de l'aide au logement personnalisé pour les personnes âgées en institution

La Caisse d'allocations familiales (CAF), rattachée à la branche « famille » de la sécurité sociale va intervenir dans le champ de la dépendance. En effet, pour les personnes âgées dépendantes placées en EHPAD ou au sein d'une unité de vie comme une USLD ou une UHR, afin d'alléger leur facture concernant le tarif hébergement, elles peuvent percevoir l'aide au logement (APL) à demander auprès de la CAF du lieu de résidence de la personne en question.

²²⁷ Sénat, Rapport d'information sur *Le financement de la dépendance*, n°48, 3 avril 2019, p.26.

²²⁸ HCAAM, Vieillesse, longévité et assurance maladie, 13 avril 2010.

²²⁹ *Ibid.*

²³⁰ Cour des comptes, « Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes », juillet 2014.

Paragraphe 3 - Un cadre fiscal mis en place par l'Etat dans l'optique d'apporter des exonérations fiscales et sociales à destination des personnes âgées dépendantes

Afin de soutenir financièrement les personnes âgées en perte d'autonomie, les pouvoirs publics ont mis en place à destination de ces personnes un cadre fiscal bien spécifique leur offrant d'exonérations fiscales et sociales²³².

Selon la législation fiscale du ministère du budget et portant sur la loi de finances de 2011, c'était près d'un milliard d'euros de dépenses fiscales qui bénéficiaient aux personnes âgées dépendantes.

Ce Chiffre porte sur l'exonération d'impôt sur le revenu de l'APA, du taux réduit de TVA sur certains appareillages, sur le crédit d'impôt ou réduction d'impôt sur l'emploi direct d'un salarié à domicile, le crédit d'impôt au titre des dépenses d'équipement de l'habitation principale de la personne âgée permettant ainsi l'aménagement du logement de cette dernière afin qu'elle puisse être maintenue à domicile dans les meilleures conditions possibles et adaptées à sa situation. S'ajoute ensuite la réduction d'impôt des dépenses liées à la dépendance et à l'hébergement pour un montant de la réduction d'impôt égal à 25% des sommes données pour l'hébergement et la dépendance pendant une année en sachant que le plafond par personne s'élève à 10 000 euros par personne hébergée en institution. Ce montant des frais à payer est à indiquer sur la déclaration annuelle de revenus²³³.

Enfin les personnes âgées placées en établissement bénéficient d'un taux réduit de TVA pour certaines dépenses comme la nourriture. Afin de pouvoir bénéficier de cette réduction d'impôt, il faut que la personne âgée de plus de 60 ans soit accueillie dans un EHPAD ou au sein d'une ULSD afin de pouvoir bénéficier de cette aide²³⁴.

²³² Economie.gouv, *Personnes âgées : quelles réductions d'impôt en établissement d'hébergement ?* 13 mai 2019 <https://www.economie.gouv.fr/particuliers/personnes-agees-reduction-impot-ehpad> (consulté le 24 mai 2019).

²³³ *Ibid.*

²³⁴ *Ibid.*

Ces diverses aides existantes peuvent évidemment se cumuler. Ainsi, une fois l'ensemble de ces aides versées à la personne âgée, un reste à charge reste à payer nécessitant l'intervention de la solidarité nationale.

Section 2. La solidarité familiale de plus en plus sollicitée dans la prise en charge d'un proche dépendant

Paragraphe 1 - Un reste à charge conséquent bel et bien existant

Malgré les efforts fournis en matière de financement par le biais des aides publiques et des prestations de sécurité sociale, le reste à charge, même pour les personnes âgées dépendantes les plus vulnérables existe bel et bien²³⁵.

Pour illustrer nos propos, les chiffres ci-joints sont parlants. En ce qui concerne les dépenses liées à la dépendance, sur les 10,7 milliards d'euros dépensés, 3,3 milliards d'euros sont supportés par la sécurité sociale et la CNSA, 2,1 milliards par les ménages, 4,4 milliards par les collectivités locales, 0,5 milliards par l'Etat et enfin 0,3 milliards par les organismes complémentaires.

Ensuite, pour ce qui est des dépenses liées à l'hébergement, sur les 7,1 milliards d'euros, 0,2 milliards sont pris en charge par la sécurité sociale et la CNSA, 3,8 milliards par les ménages, 1,2 milliards par les collectivités locales et enfin 1,9 milliards par l'Etat.

Selon l'enquête Care de la DREES, le reste à charge après les différentes aides versées auxquelles les personnes âgées peuvent percevoir s'élèvent à 1850 euros par mois. Ce montant dépasse pour environ 75% des personnes âgées leurs ressources.

Le versement de l'APA pour les personnes maintenues à domicile s'avère insuffisant²³⁶. En effet, selon la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, le coût du maintien à domicile pour une personne âgée dépendante de GIR 1

²³⁵ Art.cit.Moisdon-Chataigner (S.), « Santé et reste à charge : la situation des personnes vulnérables en perte d'autonomie ».

²³⁶ Bérardier (M.), « Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : quels restes à charge pour les bénéficiaires ? », Revue française des affaires sociales, n°2, 2012.

s'élève à un montant moyen de 1800 euros avec par mois le versement de 1235 euros d'APA.²³⁷

Ensuite, pour les personnes âgées dépendantes placées en institution, les frais liés à l'hébergement sont pris en charge par la personne âgée ou sa famille ou par l'ASH si les ressources de la personne âgée sont considérées comme insuffisantes pour pouvoir y faire face²³⁸.

Le reste à charge lors du maintien à domicile est forcément moindre qu'en établissement. En effet, en moyenne, le reste à charge à domicile est de 60 euros par mois contre 1850 euros en établissement.

Le coût en établissement est plus important du fait des frais d'hébergement qui sont assez onéreux pouvant varier de 70 à 120 euros par jour en fonction des offres proposées par les établissements et face au coût mensuel conséquent, la personne âgée n'est pas toujours en capacité de supporter ce coût et doit faire appel aux descendants lorsqu'ils existent afin de prendre en charge une part de ces frais lorsque la pension de retraite ne suffit plus à faire face à ces coûts.

Mais le coût du maintien à domicile n'est pas non plus à négliger et peut devenir onéreux lorsque le degré d'autonomie de la personne âgée s'aggrave, cela va engendrer nécessairement un accompagnement par des professionnels renforcé mais aussi une présence continue²³⁹.

Paragraphe 2 - Une intervention des pouvoirs publics minime au regard de l'implication forte de la sphère familiale

Du fait de la restriction des dépenses publiques à destination des personnes âgées dépendantes, ce phénomène accroît la participation financière ainsi que l'implication de

²³⁷ Petite (S.), Les effets de l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées, études et résultats, DREES, n°459, janvier 2006.

²³⁸ Art.cit.Bérardier (M.), « Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : quels restes à charge pour les bénéficiaires ? ».

²³⁹ CNSA, *Étude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts*, mai 2016.

l'entourage de la personne âgée²⁴⁰. Afin que la solidarité familiale continue de s'accroître, il est important de la valoriser et d'apporter du soutien aux proches aidants²⁴¹.

Le rôle des proches aidants est essentiel et cette prise de conscience a été tardive en France. La génération des 50-65 ans dites génération pivot est aujourd'hui fortement sollicitée pour accompagner et soutenir un proche dépendant. Ainsi, on estime que l'implication des familles est trois fois plus importante que celle des professionnels.

On a pris conscience tardivement du rôle primordial du proche aidant pour la personne âgée dépendante car les pouvoirs publics ont longtemps considéré que la meilleure forme de soutien à destination de ces personnes était l'aide professionnelle qui est habilitée à apporter les besoins nécessaires de la personne.

Il est donc nécessaire de revoir l'organisation, de coordonner au niveau national mais aussi territorial les différents acteurs qui agissent auprès des personnes âgées²⁴².

Pour conclure, il est vrai que pour certaines familles, le reste à charge demeure parfois élevé or il ne faut tout de même pas oublier la réalité, aujourd'hui c'est 80% de la dépense à destination du grand âge qui est prise en charge par la solidarité nationale.

Section 3. L'émergence des financements privés de la dépendance

A côté des actions menées par la sphère publique, des dispositifs privés se développent de plus en plus en France. Ces dispositifs privés d'assurance se sont surtout développés dans les années 1980 au moment où avait lieu le débat sur la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie²⁴³.

²⁴⁰ Soullier (N.), L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile, études et résultats, DREES, n°771, 2011.

²⁴¹ Art.cit. Guérin (S.), « Les coûts de la dépendance : la dépendance, une affaire de famille ».

²⁴² Cour des comptes, « *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie* », rapport public thématique, juillet 2016.

²⁴³ Asselain (M.), « Les conditions de prise en charge du risque de dépendance », Revue générale du droit des assurances, n°3, mars 2014, p.169.

Paragraphe 1 - Une adhésion limitée et peu développée à l'assurance dépendance en France

La dépendance des personnes âgées engendre des coûts considérables que ce soit d'une part pour bénéficier d'aides à domicile ou d'autre part de financer un hébergement dans un établissement dédié à cela²⁴⁴.

Le versement de l'APA étant plafonné, les revenus de la personne dépendante peuvent parfois s'avérer insuffisants et engendre des difficultés de paiement afin de prendre en charge de façon correcte la dépendance²⁴⁵.

Face à ces difficultés de financement, il existe désormais des contrats d'assurance qui vont venir aider pécuniairement les personnes âgées dépendantes²⁴⁶. Ces aides peuvent être accumulées avec l'APA et les différentes aides sociales existantes.

Or l'assurance dépendance privée est peu connue et développée. Aujourd'hui, elle n'apparaît pas comme être un véritable complément à la prise en charge publique de la dépendance²⁴⁷.

De plus, interviennent des organismes complémentaires existants tels que la fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et le centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) estiment à 7,1 millions le nombre de personnes disposant en 2017 d'une couverture pour faire face au risque de dépendance²⁴⁸. Or l'efficacité de cette couverture reste limitée, en effet, c'est 225 millions d'euros qui ont été versés par les sociétés d'assurance contre un montant qui s'élève à 6,3 milliards d'euros de dépenses de prise en charge de la dépendance des personnes âgées financées par les ménages pour l'année 2014.

Nous pouvons donc en conclure que l'assurance privée est perçue comme un complément modeste, peu suffisant et injuste au regard du montant à charge de la dépendance. C'est ce que nous verrons ci-dessous.

²⁴⁴ *Ibid.*

²⁴⁵ *Ibid.*

²⁴⁶ Morlet-Haidara (L.), « La dépendance : un nouveau défi pour l'assurance », Gazette du palais, n°15, 2009, p.3.

²⁴⁷ *Ibid.*

²⁴⁸ *Ibid.*

Paragraphe 2 - L'assurance dépendance privée : un outil inefficace techniquement et socialement injuste pour la prise en charge de la perte d'autonomie

Depuis 1985, les français ont les moyens de souscrire à des assurances qui les couvrent contre la perte d'autonomie liée à l'âge aux côtés d'assureurs privés. Les types de contrats proposés sont par exemple des contrats de prévoyance individuels qui viennent garantir le versement d'une rente qui s'élève à un montant qui est défini lors de la souscription lorsque la personne est amenée à devenir dépendante. Ensuite, il existe des contrats d'épargne dans lesquels la garantie dépendance est complémentaire qui peuvent par exemple l'assurance vie et la couverture contre la dépendance. Ensuite, l'assurance dépendance peut aussi être collective et on peut y souscrire dans le cadre de l'entreprise avec un montant de rente limité bien souvent. Enfin, la garantie dépendance peut également intervenir en inclusion dans une garantie maladie pour des mutuelles de la fonction publique par exemple²⁴⁹.

Or ce recours à ces assurances dépendances restent tout de même limiter, en effet, on estime à 2 millions le nombre de personnes qui perçoivent réellement des véritables garanties assurantielles en cas de perte d'autonomie²⁵⁰.

Ainsi, nous pouvons en conclure que la place des assurances privées dépendance est négligeable de nos jours pour ce qui concerne les dépenses de prise en charge de la dépendance. En effet, le total des montants versés s'élève à 200 millions d'euros chaque année, ce qui représente un pourcentage de 1% de la dépenses publique²⁵¹.

²⁴⁹ Op.cit.Asselain (M.), « Les conditions de prise en charge du risque de dépendance ».

²⁵⁰ *Ibid.*

²⁵¹ *Ibid.*

Chapitre 3 : Un système de financement de la dépendance à bout de souffle

Section 1. L'Etat des dépenses publiques en France

Selon une étude de la DREES, les dépenses liées à la dépendance des personnes âgées représentent près de 30 milliards d'euros pour l'année 2014 soit 1,4 % du produit intérieur brut (PIB). Ce coût étant réparti de la façon suivante : 23,7 milliards d'euros de dépenses publiques et 6,3 milliards d'euros de frais à la charge des ménages²⁵².

Pour ce qui est du cadrage des dépenses liées à la dépendance, chaque année sont fixées les lois de financement de la sécurité sociale qui va venir établir un objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)²⁵³. Cet objectif, réparti en plusieurs sous-objectifs consacre une contribution de l'assurance maladie à destination des services et établissements spécialisés à recevoir les personnes âgées. De plus, intervient également la branche vieillesse de la sécurité sociale qui va venir donner tous les ans à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie un certain montant²⁵⁴.

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées placées au sein d'établissements répondant à leur besoin et à leur situation conduit à des dépenses de soins qui représentent 12,2 milliards d'euros comprenant les actes infirmiers de kinésithérapie, de matériels spécialisés et de transports sanitaires et qui sont financés à hauteur de 99% par la dépense publique par le biais de l'assurance maladie²⁵⁵. Arrive ensuite les dépenses liées à la dépendance comprenant les aides techniques, humaines et d'aménagement du logement représentant 10,7 milliards d'euros mais qui sont financées en partie grâce à des aides comme l'APA, les exonérations de charges sociales, ou encore les actions des caisses ou des collectivités. Enfin, nous avons les dépenses d'hébergement en établissement ici uniquement

²⁵³ Roussel (R.), Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060, Etudes et Résultats, DREES, n°1032, 2017.

²⁵⁴ *Ibid.*

²⁵⁵ Op.cit.Weber (M.) et Vérollet (Y.), *La dépendance des personnes âgées*.

qui s'élèvent à 7,1 milliards d'euros et qui peuvent être supportées par l'ASH ou des réductions d'impôts²⁵⁶.

Concernant le montant des dépenses publiques liées au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes n'a été calculé depuis peu. Le maintien à domicile des personnes de GIR 1 à 4 représente un coût qui s'élève à 9,1 milliards d'euros contre 1 milliard d'euros pour les GIR 5 et 6 comprenant les frais de soins et d'hébergement²⁵⁷. En clair, le maintien à domicile, qui est perçu comme être la solution privilégiée coûterait chaque année à la sphère publique 10,1 milliards d'euros dont 9,2 milliards d'euros sont pris en charge par la collectivité²⁵⁸.

La France est classée dans le haut de la fourchette parmi les pays de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) en ce qui concerne le montant des dépenses publiques affectées à la prise en charge de la dépendance²⁵⁹.

Ainsi, les dépenses publiques à destination du grand âge représente en 2018 1,2% du PIB, part à ne pas négliger.

Section 2. Les limites du financement public actuel

La structure de financement actuelle de la dépense nous montre bien le poids qui pèse sur les épaules des départements qui arrive à bout de souffle, car ce sont eux les premiers contributeurs²⁶⁰.

Face à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et de ce fait du nombre de bénéficiaires de l'APA le département s'est affaibli du point de vue de ses recettes et a dû procéder à une régulation de ses dépenses en mettant sur le devant de la scène le maintien à domicile plutôt que l'accueil en établissement.

²⁵⁶ IRDES, Le financement de la dépendance des personnes âgées en France, février 2018, p.4-97.

²⁵⁷ *Ibid.*

²⁵⁸ DREES, Dossiers solidarité et santé, « *Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060* », n°50, février 2014.

²⁵⁹ Colombo (F.), La prestation de service et le financement de la dépendance, OCDE, 2011.

²⁶⁰ Joel (M.-E.), « Enjeux financiers et économiques de la dépendance », *Gérontologie et société*, n°145, 2013, p.102.

La Cour des comptes a bien montré que les départements doivent faire face à une croissance de leurs dépenses sociales en partie avec les allocations versées aux personnes âgées dépendantes. Le total des aides versées à ces personnes se sont élevées pour l'année 2014 à titre d'exemple à près de 30,4 milliards d'euros, soit près de 52% des dépenses liées au fonctionnement des départements. De plus, certaines dépenses départementales ne sont pas compensées par l'Etat avec pour exemple l'ASH qui s'élevait en 2009 à 2,1 milliards d'euros.

En plus d'être insuffisant, le financement départemental crée de fortes inégalités entre département²⁶¹. En effet, les départements ayant à leur charge une part importante de personnes âgées dépendantes sont les départements qui disposent de moins de ressources et qui sont considérés comme être les plus affaiblis financièrement²⁶². Ce qui est contradictoire²⁶³.

Enfin, il ne faut pas oublier que cette évolution considérable du nombre de personnes âgées en France, de plus de plus en plus dépendantes, entraîne également des difficultés dans le financement des régimes de retraite mais aussi dans le financement des dépenses de santé en lien avec le grand âge avec des soins médicaux et paramédicaux toujours plus nombreux et plus lourds à supporter pour la sécurité sociale.

Section 3. Un système de financement à réinventer pour faire face au défi du vieillissement de la population

Paragraphe 1 - L'absence d'une politique cohérente de financement public

Pour la politique de la vieillesse, le législateur a choisi d'adopter une mosaïque de financements hétérogènes faisant intervenir une multiplication d'intervenants, avec en plus

²⁶¹ Art.cit. Houser (M.), « Les défis du financement de la dépendance par les départements ».

²⁶² Hastings-Marchadier (A.), « Les financements de l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées dépendantes : quelle fongibilité ? », revue de droit sanitaire et sociale, 2011, p.615.

²⁶³ Brunel (M.) et Carrère (A.), La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile. Quelles disparités entre départements ?, Les dossiers de la DREES, n°34, avril 2019.

des négociations complexes et un contenu peu lisible malgré les efforts fournis avec la création de la CNSA²⁶⁴.

Cette complexité marque l'absence d'une porte d'entrée unique en ce qui concerne le système d'accompagnement et de soin de nos aînés.

Ce système actuel laisse paraître un grand nombre de difficultés dans la prise en charge des personnes âgées surtout du point de vue financier du fait du manque d'une politique globale²⁶⁵.

Nous pouvons constater que cette prise en charge de la dépendance combine divers logiques et acteurs ainsi que des financements pluriels et ainsi ne constitue pas du tout un ensemble cohérent²⁶⁶.

Paragraphe 2 - La recherche d'un financement mixte durable et solidaire

La société française se trouve à devoir faire face au défi du vieillissement de la population. D'ici 2040, ce sera 1 200 000 personnes âgées qui seront en situation de dépendance. De plus, les personnes âgées de 75 et plus vont être multipliées par 2,5 pour atteindre en 2040 près de 10 000 millions de personnes²⁶⁷.

Selon une étude du centre d'analyse stratégique, les besoins de financement de la dépendance pour la période 2006-2025 s'élèveraient à un montant de 29 milliards d'euros²⁶⁸.

Pour faire face à ce phénomène, il serait judicieux de trouver un financement durable et solidaire hybride entre le financement public et privé²⁶⁹.

²⁶⁴ Kessler (F.), « Le risque dépendance en France : quelques points remarquables au regard des expériences étrangères », revue de droit sanitaire et social, 2019, p.441.

²⁶⁵ Art.cit.Joel (M.-E.), « Enjeux financiers et économiques de la dépendance ».

²⁶⁶ Union nationale des associations familiales, *Prise en charge de la dépendance : pour une véritable complémentarité entre solidarité publique et solidarité familiale*, mars 2011.

²⁶⁷ Duée (M.) et Rebillard (C.), La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040, données sociales de l'INSEE, 2016.

²⁶⁸ Gisserot (H.), Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marge de choix, 20 mars 2007.

²⁶⁹ *Ibid.*

Il faudrait ainsi que le financement repose sur un montant de financement public fondé sur l'impôt ainsi que l'existence de tarifs en établissement permettant d'y faire face pour les plus démunis et d'autre part du financement privé complémentaire²⁷⁰.

Au-delà de l'aspect financier, la gestion de la perte de dépendance se retrouve fragmentée entre les divers acteurs et les dispositifs ont été mis en place de façon successive ce qui a conduit à une véritable compétence décentralisée.

Au regard du défi lié au vieillissement de la population française, il est désormais nécessaire d'améliorer cette prise en charge de la dépendance et de mettre en place un véritable pilotage transversal²⁷¹.

Partie 3 : Les perspectives de travail des politiques publiques en matière de dépendance

Face aux différents projets abandonnés, la France a pris du retard en matière de prise en charge de la dépendance. Or la réforme du grand âge ne peut sans cesse être repoussée et doit faire l'objet d'une réforme (chapitre 1). Après beaucoup d'attente de la part de nos concitoyens français, le gouvernement actuel français a annoncé lancer pour l'année 2019 une grande réforme basée sur le grand âge et l'autonomie (chapitre 2). Cette réforme ambitieuse portera sur de grands chantiers, dont certains s'avèrent prioritaires (chapitre 3).

Chapitre 1 : Une réelle prise de conscience des pouvoirs publics de travailler autour du grand âge et de l'autonomie

Pendant longtemps, dans notre société française, on parlait très peu de nos personnes âgées à cause notamment des difficultés de la part des finances publiques mais également des

²⁷⁰ Art.cit.Houser (M.), « *Les défis du financement de la dépendance par les départements* ».

²⁷¹ Art.cit. Hastings-Marchadier (A.), « Les financements de l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées dépendantes : quelle fongibilité ? ».

finances sociales. Ainsi, ces difficultés financières ont conduit à un retard conséquent en ce qui concerne la construction d'une politique de longévité et de grand âge face aux prévisions inévitables du nombre de personnes âgées de notre société.

Comme nous l'avons explicité précédemment dans notre développement, persiste en France une prise en charge non adaptée et défaillante. Les pouvoirs publics ont alors décidé de se pencher sur la question de la perte d'autonomie, sujet devenu urgent au regard du vieillissement de notre population et de l'arrivée prochaine du phénomène de babyboom²⁷².

Il y a une réelle prise de conscience de l'exécutif de placer le grand âge et l'autonomie au cœur de nos préoccupations pour l'avenir du pays. En effet, la volonté de notre Président de la République est d'aller cette fois-ci au bout, il avait ainsi prononcé que « la dépendance est là, et ce nouvel âge vulnérable de la vie est en train de s'installer. Ne pas le voir ou considérer que ce serait l'affaire de quelques-uns, c'est ne pas nous traiter dignement nous-mêmes (...). Il nous faut construire pleinement le financement et l'organisation de ce nouveau risque social. C'est pourquoi l'année 2019 sera consacrée à ce travail. »

Chapitre 2 : Une réforme ambitieuse donnant une place centrale aux pouvoirs publics

Section 1. Un travail nécessaire en amont faisant participer une multiplicité d'acteurs

Le rapport grand âge et autonomie s'est précédé d'une concertation nationale de grande envergure qui s'est déroulée entre fin 2018 et début 2019²⁷³. Cette concertation a permis de faire participer l'ensemble des citoyens, proches aidants, professionnels, personnes âgées, organismes de sécurité sociale, administrations ou encore bien même les opérateurs publics qui souhaitaient apporter leurs propositions et leurs constats pour cette nouvelle politique du grand âge.

²⁷² L'Observatoire des séniors, *La place des séniors sur la scène politique française*, 2015
<https://observatoire-des-seniors.com/la-place-des-seniors-sur-la-scene-politique-francaise/> (consulté le 20 mars 2019).

²⁷³ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Concertation Grand âge et autonomie », publié le 28 mars 2019.

Cette nouvelle réforme va être la réponse face à la perte d'autonomie de la personne âgée²⁷⁴. Il s'agit d'une réforme ambitieuse pour faire face à l'avancée de l'âge de nos personnes âgées en situation de dépendance.

Section 2. L'avenir de la prise en charge de la dépendance défini par la réforme du grand âge et de l'autonomie

Le regard que la société porte sur la personne âgée en perte d'autonomie ou plus généralement sur la vieillesse s'assimile trop à un naufrage. Ainsi, une nouvelle perception sur le grand âge s'est avérée nécessaire voir indispensable²⁷⁵. Il est important de porter attention aux bien-être du grand âge et de faire face à cette situation, car beaucoup de citoyens sont confrontés à cette prise en charge de leurs proches vieillissants.

Ainsi, il a été demandé à Monsieur Libault, ancien directeur de la sécurité sociale de travailler et de mener des réflexions dans l'optique d'améliorer les conditions sanitaires et sociales des personnes âgées dépendantes et ainsi de changer cette vision négative que les concitoyens français ont de l'âge avancé²⁷⁶. Cela passerait par le respect de la bientraitance envers nos aînés et de l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Il est également proposé de créer un guichet unique à destination des personnes âgées et de leurs aidants dans chaque département afin de faciliter la prise en charge financière, sanitaire et aussi humaine de nos personnes âgées²⁷⁷.

Va également être mis en place un véritable effort financier à destination des services d'aide et d'accompagnement à domicile ainsi que la rénovation des EHPAD. Or le chantier principal reste la baisse du reste à charge mensuel des personnes âgées en situation de dépendance dont les ressources sont en dessous de 1600 euros par mois²⁷⁸.

²⁷⁴ *Ibid.*

²⁷⁵ Haut conseil de la famille, Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030, rapport adopté le 7 novembre 2018.

²⁷⁶ *Art.cit.* Ministère des Solidarités et de la Santé, « Concertation Grand âge et autonomie ».

²⁷⁷ *Ibid.*

²⁷⁸ Raoul-Cormeil (G.), « *Rapport Libault : 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France* », L'essentiel droit de la famille et des personnes, n°07, 2019, p.3.

Cette réforme basée autour du grand âge va transformer les systèmes d'aides relatifs à l'allongement de vie de ces personnes âgées et surtout il faut que cette étape de la vie, à laquelle nous serons tous confrontés ne soit pas un fléau financier pour les ménages modestes. L'objectif est également est de prévenir le plus tôt possible les situations de perte d'autonomie afin de maintenir le plus longtemps possible les fonctions de la personne âgée. On va également revoir le système de prise en charge afin d'assurer au mieux des parcours de soins et de santé sans fracture pour la prise en charge la plus efficiente possible. Or ces mesures ne sauraient être efficaces sans la valorisation des métiers du secteur médico-social dont le but est de prendre en charge et d'accompagner comme il se doit nos aînés en perte d'autonomie.

De plus, cette réforme ne pourra se faire qu'avec un effort et un investissement financier ainsi que d'un pilotage des politiques publiques²⁷⁹.

Cette future loi aura pour objet d'établir une stratégie de protection sociale du XXIème siècle en cohérence avec notre époque. La solidarité nationale reposera alors sur le développement et le soutien à l'autonomie de chacun tout au long de la vie²⁸⁰.

Cette véritable impulsion politique va engendrer de nombreux changements, et c'est l'investissement de l'ensemble de nos concitoyens qui permettra de replacer nos aînés à la place que l'on veut leur accorder, c'est-à-dire au cœur de notre société si bienveillante et inclusive²⁸¹.

Chapitre 3 : Les chantiers prioritaires de cette future réforme

La réforme du grand âge et de l'autonomie qui s'inspirera des 175 propositions établies du rapport est perçue comme être l'un des plus grands chantiers de ce quinquennat²⁸².

²⁸⁰ Art.cit.Avena-Robardet (V.), « Vers une réforme historique de la dépendance ? ».

²⁸¹ Ibid. rapport grand âge et autonomie.

²⁸² Art.cit. Raoul-Cormeil (G.), « *Rapport Libault : 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France* ».

Ainsi, parmi ces 175 propositions, certaines d'entre elles se démarquent et sont définies comme prioritaires.

Section 1. La nécessité de recruter et de rendre plus attractif les métiers du grand âge

La politique autour du grand âge ne peut être efficace sans des professionnels en nombre suffisant, formés correctement et surtout valorisés. Aujourd'hui, les difficultés de recruter du personnel pour les métiers du grand âge pose question pour ce qui est de la capacité à faire face à l'accompagnement et au soin de la personne âgée à affronter le défi de l'accroissement du vieillissement de notre population française.

L'une des mesures prioritaires de cette réforme est la hausse des effectifs avec une augmentation de 25% du personnel encadrant les résidents en EHPAD d'ici 2024 financée à hauteur de 80% par l'assurance maladie.

En revanche à domicile, une participation financière de 550 millions d'euros d'ici 2024 va être supportée par l'assurance maladie toujours afin de faire appel à des services d'aide et d'accompagnement pour favoriser le maintien domicile.

En termes de chiffre, pour l'année 2018, c'était près de 830 000 ETP qui étaient employés pour faire face à la perte d'autonomie de nos aînés avec la répartition suivante : 430 000 ETP en établissement, 270 000 dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile et enfin 130 000 ETP pour ce qui est des soins à domicile.

Or nous constatons une pénurie de personnel qui ne fait que s'aggraver depuis ces deux dernières années. En effet, en 2015, près de la moitié des établissements de prise en charge de la perte d'autonomie estime avoir de fortes difficultés à recruter du personnel en lien direct avec les personnes âgées. Or ces difficultés touchent aussi les acteurs de l'aide à domicile.

L'évolution de la population âgée en perte d'autonomie et la baisse de possibilités des familles à prendre en charge leur aînés entraînent des besoins urgents et importants de recrutement à hauteur de 200 000 ETP dans le secteur dans les prochaines années à venir du seul fait de l'évolution démographique.

Le manque d'attractivité des métiers du grand âge s'explique par des difficultés de recrutement, le manque de temps des professionnels auprès des personnes âgées et enfin d'une dégradation des conditions de travail.

La gériatrie est une spécialité qui a beaucoup d'avenir et de nécessité²⁸³.

Section 2. Des efforts reposant sur les services offerts et le reste à charge à destination des personnes âgées

Paragraphe 1 - La nécessité de fluidifier les parcours de santé

L'une des mesures phares de la réforme est de mettre en place d'un droit commun en matière de parcours de santé et d'autonomie pour les personnes âgées.

En effet, l'arrivée du grand âge est perçue, que ce soit pour la famille ou la personne âgée comme être un véritable parcours du combattant avec un nombre important de rupture lors de la prise en charge entre hôpital, établissement et domicile.

L'accompagnement et la prise en charge de la personne âgée nécessite l'intervention de nombreux acteurs comme les aides à domicile, les aides-soignants, les infirmiers, médecins, etc., ainsi, il est indispensable de créer une coopération et de rendre plus fluide les parcours.

Paragraphe 2 - Une offre de services restructurée

Le présent rapport a proposé d'instaurer un plan de rénovation en faveur des établissements publics qui devrait s'élever à 3 milliards d'euros sur 10 ans ainsi que de réaliser une véritable restructuration de l'offre liée à la perte d'autonomie estimée à 150 millions d'euros par an.

²⁸³ Ordre National des Médecins, Prise en charge de la dépendance : accompagnement sanitaire et social des personnes âgées, 21 septembre 2013.

Paragraphe 3 - Des modifications à prévoir au niveau des modes de financement

D'une part, l'APA domicile qui existe actuellement devrait disparaître et laisser voir le jour à une nouvelle prestation autonomie basée autour de trois axes incluant aides humaines, techniques et répit et accueil temporaire.

D'autre part, pour les institutions, il est envisagé de regrouper en un les tarifs soins et dépendance afin de mettre à la tête de ce financement qu'un seul acteur dans l'optique de faciliter le pilotage.

Enfin, un réel effort va être porté au regard du reste à charge avec une baisse significative du reste à charge de 300 euros par mois pour les personnes âgées en perte d'autonomie percevant des ressources inférieures ou égales à 1600 euros par mois lorsque la personne âgée est placée en établissement.

Section 3. Le développement des campagnes de prévention liée à la perte d'autonomie

La prévention de la dépendance occupe une place minoritaire dans les politiques du grand âge en France.

Selon une enquête de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) réalisée en 2018, il a été conclu que la France investit très peu en matière de prévention de la perte d'autonomie, et de ce fait, engendre des coûts beaucoup plus onéreux lorsqu'il faut la financer²⁸⁴.

En effet, en France, les politiques appuient fortement sur les campagnes sanitaires comme celles de la vaccination ou du dépistage. Or les campagnes de prévention liées à la perte d'autonomie sont inexistantes²⁸⁵.

Ainsi, pour combattre cette faiblesse de notre société, l'ensemble des acteurs doivent se mobiliser pour détecter le plus tôt possible des fragilités de nos aînés. Les mesures à mettre en place serait des campagnes de diffusion pour sensibiliser le public ou encore organiser des formations à destination des professionnels afin qu'ils aient une connaissance des pratiques

²⁸⁴ OMS, *Vieillesse et santé*, 5 février 2018.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (consulté le 23 mai 2019).

²⁸⁵ Aquino (J.-P.), *Plan national de prévention de la perte d'autonomie*, DGOS, septembre 2015.

préventives²⁸⁶. Selon le rapport Libault, ce serait près de 150 millions d'euros par an consacrer à des actions de qualité de vie au travail et de prévention.

Le frein reste au niveau financier, en effet, pour parvenir à rendre effective cette réforme, il faudra trouver 6 milliards d'euros d'ici 2024 et plus de 9 milliards d'ici 2030 ²⁸⁷. En effet, cette réforme entraîne un investissement ainsi qu'un coût important.

Les propositions présentaient au sein de ce rapport engendrait selon une estimation à des dépenses publiques s'élevant aux environs de 1,6% du PIB en 2030 soit 35% de plus qu'en 2018.

Ce rapport constitue une réforme profonde de la prise en charge de la perte d'autonomie et du grand âge. Cette réforme va évidemment se mettre en place dans la durée mais il appartient au gouvernement de prioriser les actions à mettre en place en ce qui concerne la dépendance de nos personnes âgées.

L'ensemble de ces mesures sont d'ordre réglementaires uniquement. Ce rapport apporte des réponses aux attentes des professionnels mais également des personnes âgées et de leurs proches basées autour du grand âge.

²⁸⁶ *Ibid.*

²⁸⁷ Art.cit.Avena-Robardet (V.), « *Vers une réforme historique de la dépendance ?* ».

Conclusion

La perte d'autonomie fait partie des risques sociaux qui s'imposent à notre société. Face à ce phénomène la France doit faire face à de triples exigences. Elle se doit d'affronter les réalités démographiques de l'augmentation du nombre de personnes âgées, de fournir des efforts financiers mais aussi de faire évoluer et changer le regard que les français ont du grand âge²⁸⁸.

La société n'a pas pour vocation qu'à gérer la pénurie et à traiter toujours plus mal nos aînés. Au contraire, face au défi du financement de la dépendance, elle peut participer à une véritable transformation sociale et économique²⁸⁹.

²⁸⁸ Art.cit. Joel (M.-E.), « Enjeux financiers et économiques de la dépendance ».

²⁸⁹ Art.cit. Guérin (S.), « Les coûts de la dépendance : la dépendance, une affaire de famille ».

Bibliographie

Ouvrages

- Caradec (V.), *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, 2008.
- Cesari (M.), Fougère (B.) et Demougeot (L.), *L'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles*, Livre Blanc, 2015, p.56-58.
- Gerard (S.), *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles*, Livre Blanc, 2015, p.37-48.
- Jeandel (C.), *Le parcours de santé de la personne âgée fragile ou en risque de perte d'autonomie*, Livre Blanc, 2015, p.48-50.
- Monfort (J.-C.), *Vieillir, risques et chances*, Editions Lavoisier, Médecine sciences, mars 2015.

Articles de revues

- Asselain (M.), « Les conditions de prise en charge du risque de dépendance », *Revue générale du droit des assurances*, n°3, mars 2014, p.169.
- Avena-Robardet (V.), « Vers une réforme historique de la dépendance ? », *AJ Famille* 2019, p.169.
- Bérardier (M.), « Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : quels restes à charge pour les bénéficiaires ? », *Revue française des affaires sociales*, n°2, 2012
- Borgetto (M.), « La personne âgée, sujet de protection du droit », *Revue de droit sanitaire et social*, 2018, p.757.
- Campéon (A.), « Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? » *Regards sur l'isolement des personnes âgées*, *Gérontologie et société*, n°149, 2016, p.38.
- Davin (B.), Paraponaris (A.) et Verger (P.), « Entraide formelle et informelle », *Gérontologie et société*, n°127, décembre 2008.
- De Montalembert (M.), « Les défis du vieillissement : construction d'une politique sociale », *Vie sociale*, n°15, 2016, p.7-12.
- Ennuyer (B.), « Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance », *Gérontologie et société*, n°145, 2013, p.25.

- Fabas-Serlouten (A.), « Adaptation de la société au vieillissement, un nouveau regard sur la perte d'autonomie », AJ Famille 2016, p.10.
- Gratieux (L.), « Les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées », Vie sociale 2016, n°15, p.187.
- Guérin (S.), « Les coûts de la dépendance : la dépendance, une affaire de famille », Revue Empan, n°91, 2013, p.35.
- Hastings-Marchadier (A.), « Les financements de l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées dépendantes : quelle fongibilité ? », revue de droit sanitaire et sociale, 2011, p.615.
- Henrard (J.-C.), « Des politiques vieillesse ségrégative à une prestation universelle d'aide à l'autonomie », Gérontologie et société, n°145, 2013, p.179.
- Houser (M.), « Les défis du financement de la dépendance par les départements », AJDA, 2013, p.288.
- Joel (M.-E.), « Enjeux financiers et économiques de la dépendance », Gérontologie et société, n°145, 2013, p.102.
- Kessler (F.), « Le risque dépendance en France : quelques points remarquables au regard des expériences étrangères », revue de droit sanitaire et social, 2019, p.441.
- Lafore (R.), « Etablissements, services, vieillissement et territoires : l'impact de la dépendance », revue de droit sanitaire et social, 2011, p.583.
- Le Bihan-Youinou (B.) et Martin (C.), « Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant », Travail, genre et sociétés, n°1, 2006, p.77-96.
- Le Bihan-Youinou (B.), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France : Vers la création d'un cinquième risque ? », Informations sociales, n°157, 2010, p.124-133.
- Le Bihan-Youinou (B.), « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples », Gérontologie et société, numéro 145, 2013, p.13-24.
- Levoyer (L.), « Le financement local de la dépendance », Revue française de finances publiques, n°120, 2012, p.185.
- Martin (C.), « Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes », Travail, genre et sociétés, n°6, 2001, p.103.
- Moisdon-Chataigner (S.), « Santé et reste à charge : la situation des personnes vulnérables en perte d'autonomie », revue de droit sanitaire et sociale, 2017, p.191.

- Monod (S.), « Défis du vieillissement et enjeux de santé publique », *Gérontologie et société*, numéro 157, 2018, p.47-52.
- Morlet-Haidara (L.), « La dépendance : un nouveau défi pour l'assurance », *Gazette du palais*, n°15, 2009, p.3.
- Muller (P.), « La personne âgée dépendante et l'institutionnalisation », *Gazette du Palais*, n°158, juin 2014.
- Ogg (J.) et Renaut (S.), « Vieillir chez soi : quels enjeux pour l'avenir ? », *revue cadrage*, n°11, juin 2010.
- Raoul-Cormeil (G.), « Rapport Libault : 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France », *L'essentiel, droit de la famille et des personnes*, n°7, 2019, p.3.
- Rebourg (M.), « La notion de « proche aidant » issue de la loi du 28 décembre 2015 : une reconnaissance sociale et juridique », *revue de droit sanitaire et social*, 2018, p.693.
- Rihal (H.), « La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement », *AJDA* 2016, p.851.
- Robine (B.) et Allard-Kohn (G.), « Les EHPAD », *AJDI* 2017, P.579.
- Taquet (F.), « La nouvelle vogue de l'allocation d'autonomie », *Gazette du palais*, n°328, 2001, p.2.
- Thébault (S.), « Dépenses de santé et vieillissement », *Revue française de finances publiques*, n°120, 2017, p.247.
- Turgis (S.), « Le financement des aides aux personnes dépendantes : circuits financiers et fiscalité », *Revue française de finances publiques*, n°136, 2016, p.127.
- Vancleempt (F.), Fabre (L.) et Grimond (E.), « Le logement de la personne vieillissante », *AJDI* 2017, p.652.

Dossiers de presse

- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, « Un portail national d'information et d'orientation pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches », publié le 4 juin 2015.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé et du secrétariat d'Etat en charge des personnes âgées et de l'autonomie, « La loi pour l'adaptation de la société au vieillissement », publié le 16 juin 2016.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, « Concertation Grand âge et autonomie », publié le 28 mars 2019.

- Dossier de la DREES, « Les personnes âgées : entre aide à domicile et établissement », dossier solidarité et santé, n°1, 2003.
- Dossier de la DREES, « Les personnes âgées en institution », dossier solidarité et santé, n°22, 2011.

Rapports et avis

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, *Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement-Volet EHPAD*, août 2018.
- ANESM, *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées*, février 2016.
- Aquino (J.-P.), *Plan national de prévention de la perte d'autonomie*, DGOS, septembre 2015.
- Bazin (M.) et Muller (M.), *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD* », études et résultats, DREES, 2018.
- Benoteau (I.), Baillieul (Y.) et Chaillot (G.), *Les services à la personne. Davantage sollicités dans les zones rurales et âgées*, DARES Analyses, n°50, juillet 2013.
- Benoteau (I.) et Goin (A.), *Les services à la personne. Qui y recourt ? Et à quel coût ?*, Dares Analyses, n°63, août 2014.
- Bérardier (M.), *Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement*, études et résultats, DREES, n°823, décembre 2012.
- Blanpain (N.), *De 2,8 millions de seniors en 1870 en France à 21,9 millions en 2070 ?*, France, portrait social, coll. « Insee Références », éditions 2018.
- Braun (T.) et Stourm (M.), *Les personnes âgées dépendantes*, rapport du secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité sociale, La documentation française, 1988.
- Brunel (M.) et Carrère (A.), *La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile. Quelles disparités entre départements ?*, Les dossiers de la DREES, n°34, avril 2019.
- Calvet (L.) et Pradines (N.), *Etat de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile*, études et résultats, DREES, n°988, décembre 2016.
- Centre d'analyse stratégique, *Vivre ensemble plus longtemps*, questions sociales, la documentation française, n°28, 2010.

- CNSA, *Étude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts*, mai 2016.
- Colombo (F.), *La prestation de service et le financement de la dépendance*, OCDE, 2011.
- Comité consultatif national d'éthique, *Enjeux éthiques du vieillissement*, avis n°128, février 2018.
- Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, rapport public du 9 novembre 2005.
- Cour des comptes, *Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*, juillet 2014.
- Cour des comptes, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, 2016.
- Dos Santos (S.) et Makdessi (Y.), *Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées*, Etudes et résultats, DREES, n°718, février 2010.
- Duée (M.) et Rebillard (C.), *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*, données sociales de l'INSEE, 2016.
- Dufour-Kippelen (S.), *Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution* », études et résultats, DREES, n°138, octobre 2001.
- Dutheil (N.), *Les aides et les aidants des personnes âgées*, études et résultats, DREES, n°142, novembre 2001.
- Dutheil (N.) et Scheidegger (S.), *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*, études et résultats, DREES, n°494, juin 2006.
- Espace national de réflexion éthique sur les maladies neurodégénératives, *Résultats de l'enquête, Motivations, vécus, aspirations des aidants accompagnant un proche*, publié le 15 septembre 2015.
- Fizzala (A.), *Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ?*, études et résultats, DREES, n°1, 2016.
- Fouquet (A.) et Tregoat (J.), *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, Rapport de synthèses, IGAS, mai 2011.
- Gisserot (H.), *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marge de choix*, 20 mars 2007.
- HAS, *Mode d'emploi du plan personnalisé de santé pour les personnes à risque de perte d'autonomie*, mars 2014.

- Haut conseil de la famille, *La place des familles dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées*, 16 juin 2011.
- Haut conseil de la famille, *La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants*, décembre 2017.
- Haut conseil de la famille, *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*, rapport adopté le 7 novembre 2018.
- Haut conseil de la famille, *Premiers éléments sur un « cinquième risque de sécurité sociale », contribution du conseil de l'âge à la concertation « Grand âge et autonomie »*, 6 décembre 2018.
- HCAAM, *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, 13 avril 2010.
- IGAS, *Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées*, avril 2013.
- IGAS, *Les résidences avec services pour personnes âgées*, février 2015, p.10-11.
- INSEE résultats, *Projections de population 2013-2070 pour la France*, n°187, novembre 2016.
- IRDES, *Le financement de la dépendance des personnes âgées en France*, février 2018, p.4-97.
- IRDES, *Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés*, n°235, août 2018.
- Kerjosse (R.), *La prestation spécifique dépendance à domicile : l'évaluation des besoins par le plan d'aide*, études et résultats, DREES, n°136, septembre 2001.
- Kerjosse (R.) et Weber (A.), *Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile*, études et résultats, DREES, n°262, septembre 2003.
- La fondation de France, étude réalisée par TMO Politique Publique, *Les solitudes en France*, 2014.
- Le Boulter (S.), *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix – Second rapport de la mission 'Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes*, rapport du Centre d'Analyse Stratégique, 2006.
- Leroux (I.), *L'aide et l'action sociale en France*, études et résultats, DREES, fiche n° 7, 2017.
- Makdessi (Y.) et Pradines (N.), *En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës*, Études et Résultats, DREES, n°989, décembre 2016.

- Marquier (R.), *L'action sociale des collectivités locales envers les personnes âgées*, études et résultats, DREES, n°71, décembre 2015.
- Muller (M.), *L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre*, Les dossiers de la DREES, n°20, septembre 2017.
- OCDE, *Faire face au vieillissement démographique*, Editions de l'OCDE, Etudes économiques de l'OCDE, n°12, 2007, p.121-143.
- Ordre National des Médecins, *Prise en charge de la dépendance : accompagnement sanitaire et social des personnes âgées*, 21 septembre 2013.
- Petite (S.), *Les effets de l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées*, études et résultats, DREES, n°459, janvier 2006.
- Poletti (B.), rapport d'information sur *Les missions et l'action de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*, Assemblée Nationale, 2006.
- Rosso-Debord (V.), rapport sur *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Assemblée Nationale, juin 2010.
- Roussel (R.), *Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060*, études et résultats, DREES, n°50, février 2014.
- Roussel (R.), *Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060*, Etudes et Résultats, DREES, n°1032, 2017.
- Sénat, *Construire le cinquième risque*, rapport n°447, 2008.
- Sénat, Rapport d'information sur *Le financement de la dépendance*, n°48, 3 avril 2019, p.26.
- Soullier (N.), *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*, études et résultats, DREES, n°771, 2011.
- Union nationale des associations familiales, *Prise en charge de la dépendance : pour une véritable complémentarité entre solidarité publique et solidarité familiale*, mars 2011.
- Weber (M.) et Vérollet (Y.), *La dépendance des personnes âgées*, Conseil économique social et environnemental, 2011.

Thèse

- Ramos-Gorand (M.), « Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine », thèse de doctorat soutenu à l'Université Paris-Est, 2015

Normes juridiques

- Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, JORF du 25 janvier 1997.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002.
- Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, JORF du 13 janvier 2005.
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, JORF du 29 décembre 2015.
- Décret n° 2015-1293 du 16 octobre 2015 relatif aux modalités dérogatoires d'organisation et de tarification applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile dans le cadre de l'expérimentation des projets pilotes destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, JORF du 17 octobre 2015.
- Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JORF du 31 décembre 2015.
- Décret n° 2016-1554 du 18 novembre 2016 relatif au congé de proche aidant, JORF du 19 novembre 2016.
- Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, JORF du 23 décembre 2016.
- Arrêté du 13 mars 1985 relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement. JORF du 17 mars 1985.
- CASF., art.L.113-1-3.
- CASF., art.L.231-3 à L.231-7.
- CASF., art.L.231-8 à L.231-11.

- CASF., art.L.312-6.
- CASF., art. L314-2.
- CASF., art.L. 711-2.

Ressources numériques

- INSEE Statistiques, *Personnes âgées dépendantes*, 26 mars 2019
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937&q=personnes+%C3%A2g%C3%A9es+d%C3%A9pendantes> (consulté le 30 juin 2019).
- INSEE Statistiques, *Perte d'autonomie des personnes âgées*, 13 juin 2018
<https://www.insee.fr/fr/information/3562458> (consulté le 3 mai 2019).
- INSEE Statistiques, *Etat de santé et dépendance des seniors*, 20 novembre 2018
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646032?sommaire=3646226> (consulté le 20 mars 2019).
- OMS, *Vieillesse et santé*, 5 février 2018
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (consulté le 23 mai 2019).
- L'Observatoire des seniors, *La place des seniors sur la scène politique française*, 2015
<https://observatoire-des-seniors.com/la-place-des-seniors-sur-la-scene-politique-francaise/> (consulté le 20 mars 2019).
- Ministère du travail, *Le congé de proche aidant*, 18 juin 2019
<https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/les-absences-pour-maladie-et-conges-pour-evenements-familiaux/article/le-conge-du-proche-aidant> (consulté le 30 juin 2019).
- Ministère de la Solidarité et de la Santé, *Aides et soins à domicile*, 2 mars 2018
<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile> (consulté le 20 juin 2019).
- Ministère de la Solidarité et de la Santé, *Réforme de l'APA*, 2 mars 2018
<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/reforme-de-l-apa-allocation-personnalisee-d-autonomie-a-domicile> (consulté le 3 mai 2019).
- Economie.gouv, *Personnes âgées : quelles réductions d'impôt en établissement d'hébergement ?* 13 mai 2019 <https://www.economie.gouv.fr/particuliers/personnes-agees-reduction-impot-ehpad> (consulté le 24 mai 2019).

- CNSA.fr
<https://www.cnsa.fr/> (consulté le 20 avril 2019).

Table des matières

Sommaire.....	1
Table des abréviations.....	2
Introduction	4
TITRE 1 : LES MULTIPLES SOLUTIONS ADOPTÉES FACE À L'ÉPREUVE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES	9
Partie 1 : L'évaluation des situations de dépendance des personnes âgées.....	9
Chapitre 1 : Des outils fiables utilisés par des équipes médico-sociales.....	10
<i>Section 1. La grille AGGIR : un outil d'expertise permettant d'évaluer le degré de perte d'autonomie.....</i>	<i>10</i>
<i>Paragraphe 1 - Le fonctionnement de la grille AGGIR.....</i>	<i>10</i>
<i>Paragraphe 2 - Un outil de mesure de la dépendance jugé insuffisant.....</i>	<i>11</i>
<i>Section 2. Le pathos : modèle conduisant à l'adoption d'une stratégie thérapeutique.....</i>	<i>12</i>
Chapitre 2 : Les principales causes de la dépendance chez les personnes âgées.....	13
Chapitre 3 : L'élaboration du plan d'aide personnalisé suite à l'évaluation du degré de dépendance.....	15
Partie 2 : Le maintien à domicile : une priorité belle et bien affirmée des personnes âgées.....	16
Chapitre 1 : Le maintien à domicile conditionné par des prestations de services à domicile.....	16
<i>Section 1. Le développement des services à la personne sous l'impulsion des pouvoirs publics.....</i>	<i>17</i>

Section 2. Les aides à la vie courante réalisées par des professionnels de l'aide à domicile.....	18
<i>Paragraphe 1 - Les principaux prestataires intervenant à domicile : les services d'aide et d'accompagnement et les services de soins infirmiers.....</i>	<i>18</i>
A- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile.....	18
B- Les services de soins infirmiers à domicile.....	19
<i>Paragraphe 2 - Une catégorie de services en développement : les services polyvalents d'aide et de soins à domicile.....</i>	<i>20</i>
Section 3. Les limites relevant de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes.....	20
<i>Paragraphe 1 - Le secteur du domicile en souffrance face au phénomène de gérontocroissance.....</i>	<i>20</i>
<i>Paragraphe 2 - Les risques liés au maintien à domicile.....</i>	<i>22</i>
Chapitre 2 : Le maintien à domicile conditionné par des adoptions techniques.....	23
Section 1. Les aides techniques et les aménagements du logement.....	23
<i>Paragraphe 1 - La typologie des aides en faveur du maintien à domicile.....</i>	<i>23</i>
<i>Paragraphe 2 - Une adaptation du logement minoritaire mais jugée nécessaire.....</i>	<i>24</i>
Section 2. La technologie au service de la dépendance des personnes âgées.....	25
<i>Paragraphe 1 - La téléassistance : un dispositif innovant.....</i>	<i>26</i>
<i>Paragraphe 2 - La mise en place de la domotique pour répondre aux besoins de dépendance.....</i>	<i>26</i>
<i>Paragraphe 3 - La création de piluliers électroniques.....</i>	<i>27</i>
Chapitre 3 : Un acteur clé de l'accompagnement et du soutien de nos aînés en perte d'autonomie : le proche aidant.....	29
Section 1. Le statut de proche aidant en France.....	29
Section 2. La nécessité de renforcer le rôle important des proches aidants.....	31

<i>Paragraphe 1 - Les dispositifs juridiques conduisant à davantage de reconnaissance envers les proches aidants.....</i>	<i>32</i>
A- Un nouveau droit accordé au proche aidant : le droit au répit.....	33
B- Le droit aux congés : un second droit à destination de certains proches aidants.....	34
<i>Paragraphe 2 - Les limites de l'aide informelle.....</i>	<i>34</i>
A- Des proches aidants qui se veulent de plus en plus rares.....	34
B- Veiller à ce que le proche aidant ne se substitue pas aux professionnels habilités.....	36
Partie 3 : La prise en charge institutionnelle des personnes âgées en situation de perte d'autonomie.....	37
Chapitre 1 : Des solutions d'hébergement diverses selon le degré de dépendance.....	37
Section 1. Les EHPAD : la solution de placement la plus répandue.....	38
<i>Paragraphe 1 - Les modalités d'accès et de prise en charge en EHPAD.....</i>	<i>39</i>
A- Les conditions d'entrée en EHPAD limitées à certains critères.....	39
1) Les déterminants conditionnant l'entrée en institution.....	39
2) Les formalités à remplir permettant l'admission en EHPAD.....	40
B- La pluralité des prestations offertes aux résidents en établissement.....	41
1) Des prestations hôtelières au service des personnes âgées.....	41
2) Un accompagnement permanent permettant la réalisation d'actes de la vie courante.....	41
3- Des actes de soins intégrés à la prise en charge institutionnelle.....	42
<i>Paragraphe 2 - L'organisation et le fonctionnement propre à chaque établissement.....</i>	<i>42</i>
A- Les différents modes d'accueil existants.....	43
1) Les principales formes d'accueil en EHPAD : l'hébergement permanent et l'hébergement temporaire.....	43
2) L'émergence de l'accueil de jour au sein des EHPAD.....	43
B- Une tarification ternaire appliquée en établissement d'hébergement.....	44

<i>Paragraphe 3 - Le développement des EHPAD dû au défi du vieillissement de notre population.....</i>	<i>45</i>
A- Un accroissement du nombre de places médicalisées.....	45
B- Une offre de services élargie et diversifiée.....	46
Section 2. Les unités d'hébergement réservées aux personnes âgées très dépendantes.....	46
<i>Paragraphe 1 - Les unités de soins de longue durée offrant une surveillance médicale accrue.....</i>	<i>47</i>
<i>Paragraphe 2 - Les unités d'hébergement renforcées à destination des personnes âgées porteuses de troubles sévères.....</i>	<i>48</i>
Chapitre 2 : Une offre de services insuffisantes et inadaptées de nos aînés dépendants.....	49
Section 1. Des capacités d'accueil jugées insuffisantes au regard de la demande.....	49
Section 2. Du personnel non qualifié et insuffisant pour traiter les pathologies lourdes des résidents.....	50
Section 3. La nécessité d'inventer de nouvelles formes de prise en charge de nos aînés.....	51
<i>Paragraphe 1 - Le dispositif méconnu de l'accueil familial.....</i>	<i>52</i>
<i>Paragraphe 2 - L'essor de l'habitat alternatif au service des personnes âgées dépendantes.....</i>	<i>52</i>
Chapitre 3 : Les réticences des liées au placement en institution d'un proche dépendant.....	53
Section 1. Un coût onéreux et inégalitaire à supporter.....	53
Section 2. Le modèle de l'EHPAD ressort d'une image négative.....	54

TITRE 2 : L'IMPLICATION ET L'ÉMERGENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES.....	56
Partie 1 : L'implication des pouvoirs publics autour de la politique de dépendance.....	56
Chapitre 1 : L'histoire de la politique dépendance en France.....	57
<i>Section 1. Les mesures adoptées afin de supporter la charge financière liée à la dépendance.....</i>	<i>58</i>
<i>Paragraphe 1 - La première mesure phare de la politique : la prestation spécifique dépendance.....</i>	<i>58</i>
<i>Paragraphe 2 -La suppression de la prestation spécifique dépendance en faveur de la création de l'allocation personnalisée d'autonomie.....</i>	<i>58</i>
<i>Section 2. L'émergence de la solidarité nationale destinée à la prise en charge de la dépendance.....</i>	<i>59</i>
<i>Paragraphe 1 - Une nouvelle étape franchie : l'instauration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.....</i>	<i>59</i>
<i>Paragraphe 2 - L'idée de créer d'un cinquième risque de la sécurité sociale abandonnée.....</i>	<i>60</i>
<i>Section 3. La création d'une nouvelle loi marquant une véritable avancée dans le droit de la gérontologie.....</i>	<i>61</i>
Chapitre 2 : Les mesures adoptées par la sphère publique permettant d'appréhender et d'être parer face à l'avancée de l'âge.....	62
<i>Paragraphe 1 - Un outil pour limiter la perte d'autonomie : le programme national personnes âgées en risque de perte d'autonomie.....</i>	<i>63</i>
<i>Paragraphe 2 - La création d'un portail numérique à destination des personnes âgées et de leurs familles.....</i>	<i>64</i>
Chapitre 3 : Une implication forte de la sphère publique mais qui n'est pas sans inquiétude pour nos concitoyens.....	67
Partie 2 : Le pilotage financier de la dépendance des personnes âgées.....	68

Chapitre 1 : L'organisation du système de dépendance assurée par une multiplicité d'acteurs.....	69
Section 1. Une collaboration étroite entre l'Agence régionale de santé et le département.....	69
Section 2. Le rôle minoritaire mais non négligeable des communes.....	70
Section 3. Le rôle clé de la sécurité sociale dans le financement des soins liés à la dépendance.....	70
Chapitre 2 : Une prise en charge de la perte d'autonomie conditionnée par des différentes sources de financement.....	71
Section 1. La solidarité nationale et la solidarité collective : les premiers financeurs de la perte d'autonomie.....	71
<i>Paragraphe 1 - Des aides publiques en faveur de la dépendance supportées par les collectivités locale.....</i>	<i>71</i>
A- L'allocation personnalisée d'autonomie : une aide inévitable pour faire face au coût de la perte d'autonomie.....	71
1) Un montant de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile lié au plan d'aide individualisé de la personne âgée.....	72
2) Le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement permettant de faire face au tarif conséquent de la dépendance.....	73
B- L'aide sociale à l'hébergement à destination des personnes âgées les plus précaires.....	74
<i>Paragraphe 2 - Les dépenses liées à la perte d'autonomie supportées la Sécurité sociale.....</i>	<i>75</i>
A- La prise en charge des dépenses de soins fournis aux personnes âgées.....	75
B- Le financement de l'aide au logement personnalisé pour les personnes âgées en institution.....	76
<i>Paragraphe 3 - Un cadre fiscal mis en place par l'Etat dans l'optique d'apporter des exonérations fiscales et sociales à destination des personnes âgées dépendantes.....</i>	<i>77</i>

Section 2. La solidarité familiale de plus en plus sollicitée dans la prise en charge d'un proche dépendant.....	78
Paragraphe 1 - Un reste à charge conséquent bel et bien existant.....	78
Paragraphe 2 - Une intervention des pouvoirs publics minime au regard de l'implication forte de la sphère familiale.....	79
Section 3. L'émergence des financements privés de la dépendance.....	80
Paragraphe 1 - Une adhésion limitée et peu développée à l'assurance dépendance en France.....	81
Paragraphe 2 - L'assurance dépendance privée : un outil inefficace techniquement et socialement injuste pour la prise en charge de la perte d'autonomie.....	82
Chapitre 3 : Un système de financement de la dépendance à bout de souffle.....	83
Section 1. L'Etat des dépenses publiques en France.....	83
Section 2. Les limites du financement public actuel.....	84
Section 3. Un système de financement à réinventer pour faire face au défi du vieillissement de la population.....	85
Paragraphe 1 - L'absence d'une politique cohérente de financement public.....	85
Paragraphe 2 - La recherche d'un financement mixte durable et solidaire.....	86
Partie 3 : Les perspectives de travail des politiques publiques en matière de dépendance.....	87
Chapitre 1 : Une réelle prise de conscience des pouvoir publics de travailler autour du grand âge et de l'autonomie.....	87
Chapitre 2 : Une réforme ambitieuse donnant une place centrale aux pouvoirs publics.....	88
Section 1. Un travail nécessaire en amont faisant participer une multiplicité d'acteurs.....	88
Section 2. L'avenir de la prise en charge de la dépendance définit par la réforme du grand âge et de l'autonomie.....	89

Chapitre 3 : Les chantiers prioritaires de cette future réforme.....	90
Section 1. La nécessité de recruter et de rendre plus attractif les métiers du grand âge.....	91
Section 2. Des efforts reposant sur les services offerts et le reste à charge à destination des personnes âgées.....	92
Paragraphe 1 - La nécessité de fluidifier les parcours de santé.....	92
Paragraphe 2 - Une offre de services restructurée.....	92
Paragraphe 3 - Des modifications à prévoir au niveau des modes de financement.....	
Section 3. Le développement des campagnes de prévention liée à la perte d'autonomie...93	
Conclusion.....	95
Bibliographie.....	96
Table des matières.....	106