



**EXAMEN PROFESSIONNEL POUR L'AVANCEMENT AU GRADE DE
SECRETAIRE D'ADMINISTRATION DE CLASSE EXCEPTIONNELLE
DE LA CAISSE DES DEPOTS ET CONSIGNATIONS**

SESSION 2021

Lundi 12 octobre 2020

L'épreuve d'admissibilité consiste en la rédaction d'une note ou d'un rapport à l'aide d'un dossier à caractère administratif ne pouvant excéder trente pages. Ce dossier peut comporter des graphiques et des données chiffrées (durée : 3 heures - coefficient 1).

Important :

Vous devez écrire uniquement sur la copie d'examen qui vous a été remise et sur les **intercalaires qui vous seront distribués si besoin.**

Si vous utilisez des feuilles intercalaires vous devez inscrire la pagination en haut à droite de chaque feuille et reporter votre numéro de « code à barres ».



Sous peine de nullité, votre copie et vos intercalaires, ne doivent en aucun cas être signés ou comporter un signe distinctif permettant l'identification du candidat (signature, nom, paraphe, initiales, symbole, ...).

Vous devez écrire à l'encre bleue ou noire – pas d'autre couleur– sous peine de nullité car cela peut s'apparenter à un signe distinctif.

Il vous est demandé d'apporter un soin particulier à la présentation de votre copie.

Le dossier contient 30 pages

Sujet

Vous êtes en poste au sein du service territorial personnes âgées au sein du conseil départemental de Vendée. Vous participez au groupe de travail chargé de préparer le futur schéma départemental de l'autonomie et de l'inclusion 2020-2025.

Le schéma départemental de l'autonomie vise à déterminer les grandes orientations politiques et à prioriser les actions à engager pour préserver l'autonomie des personnes âgées ou en situation d'handicap et garantir une offre adaptée à chaque étape de leur parcours.

Ce document doit notamment formuler des propositions destinées à améliorer l'inclusion des personnes âgées au sein du département.

Dans ce cadre, il vous est demandé de préparer une note de synthèse comportant les éléments suivants :

- Le point sur la situation de la dépendance en France et les propositions d'améliorations envisagées au niveau national
- Apporter un éclairage sur la situation spécifique de votre département et ses enjeux
- Un tableau de synthèse rapprochant les pistes d'améliorations nationales pouvant répondre aux enjeux locaux

Liste des documents (30 pages)

Document 1 : Dix mesures pour gérer le défi de la dépendance, Le Figaro, 28 mars 2019 (2 pages)

Document 2 : Chiffres clés du grand âge et de l'autonomie, DREES, 2019 (2 pages)

Document 3 : Extrait du rapport Libault sur le Grand âge et l'autonomie, mars 2019 (8 pages)

Document 4 : Schéma départemental d'autonomie de Vendée, Extrait sur état des lieux (8 pages)

Document 5 : Vivre ensemble - Le grand âge, une autre vie pas une dépendance, Ouest France, 18 janvier 2020 (1 page)

Document 6 : Listes des propositions du rapport Libault sur le Grand âge et l'autonomie (9 pages)

Document 1 : Dix mesures pour gérer le défi de la dépendance, Le Figaro, 28 mars 2019 (2 pages)

Par Marie-Cécile Renault

Rénovation des Ehpad, coup de pouce aux résidents modestes des maisons de retraite, indemnisation des proches aidants... Ces propositions sont au cœur du rapport Libault remis à Agnès Buzyn ce jeudi. Pour les financer, pas de nouvel impôt ou mesure d'âge, mais un redéploiement des ressources existantes.

Le constat est connu depuis longtemps, plus de 10 ans même: la France fait face à un défi démographique majeur, lié au vieillissement de la population et à l'allongement de l'espérance de vie. Le nombre des plus de 85 ans va tripler d'ici 2050 pour atteindre 4,8 millions de personnes. Dans le même temps, le nombre de personnes âgées dépendantes va passer de 1,3 à 2,2 millions. Bien sûr, tout le monde ne devient pas dépendant en vieillissant, mais 40% des personnes qui décèdent aujourd'hui ont connu une perte d'autonomie. Donc le phénomène est loin d'être marginal. Et a ou aura un coût non négligeable.

La perte d'autonomie constitue, on le sait aussi depuis longtemps, une véritable bombe financière: les 7000 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) actuels ne suffiront pas pour accueillir les générations du «Baby boom». D'autant que beaucoup ne peuvent pas se l'offrir: une place en Ehpad coûte en moyenne 1850 euros par mois (après aides et réductions d'impôt), alors que la retraite de droit direct moyenne est à 1389 euros bruts mensuels. Aujourd'hui, la dépendance coûte 30 milliards d'euros par an, dont 24 milliards supportés par les pouvoirs publics et 6 milliards à la charge des familles. Le besoin de financement supplémentaire pour faire face au pic à venir est estimé au moins à une dizaine de milliards. Sur fond de crise des Ehpad et de médiatisation de certains cas de maltraitance, le gouvernement s'est emparé de ce sujet sensible et le président de la République a promis une loi dépendance pour 2019. Un texte sera bel et bien présenté cet automne par la ministre de la Santé et des solidarités, Agnès Buzyn.

La dépense publique consacrée à la dépendance va augmenter de 35%

Dans cet objectif, Dominique Libault, ancien directeur de la Sécurité Sociale, a été chargé de mener une vaste concertation depuis six mois. Le haut fonctionnaire a remis jeudi matin son rapport (d'une soixantaine de pages) à la ministre, dans lequel il formule pas moins de... 175 propositions. Avec dix priorités: créer un guichet unique dans chaque département pour simplifier les démarches; renforcer l'attractivité des métiers du grand âge qui peinent à recruter; revaloriser l'aide à domicile (pour un coût de 550 millions d'euros); augmenter de 25% le taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024, soit 80.000 postes supplémentaires (1,2 milliard). Mais aussi rénover les maisons de retraite publiques devenues vétustes (3 milliards d'euros sur 10 ans); faciliter l'intégration entre domicile et Ehpad (300 millions); réduire le reste à charge mensuel de 300 euros en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1000 et 1600 euros par mois; indemniser le congé de proche aidant (53 euros par jour) avec une négociation obligatoire dans les branches professionnelles pour faciliter sa mise en place en entreprise; lancer une mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie et enfin, renforcer la mobilisation du service civique et du service

universel pour rompre l'isolement des personnes âgées et favoriser les liens intergénérationnels.

Pour financer toutes ces mesures, la dépense publique consacrée à la dépendance devrait passer de 1,2% du PIB aujourd'hui à 1,6%, soit une hausse de 35%. En clair, elle augmenterait de 6,2 milliards en 2024 et de 9,2 milliards en 2030. Le rapport Libault élimine clairement l'idée de mettre en place une assurance privée obligatoire et privilégie le recours à un financement public reposant sur la solidarité nationale, en cohérence avec la promesse d'Emmanuel Macron, en avril 2018, de créer un «cinquième risque» de sécurité sociale - comprendre une cinquième branche - pour financer la dépendance en France. Dominique Libault écarte aussi l'idée d'instaurer de nouvelles cotisations, d'augmenter les droits de succession sur les gros patrimoines, ou encore d'instaurer une deuxième journée de solidarité, mais prône plutôt la mobilisation de prélèvements obligatoires existants.

C'est par exemple le cas de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), qui doit s'éteindre en 2024, et dont une partie des ressources (notamment 5 à 6 milliards de CRDS) pourraient être réaffectées à la dépendance. Une solution maintes fois mise en avant mais qui souffre d'un petit problème technique: Bruxelles pourrait voir d'un mauvais œil le transfert de ces sommes affectées au désendettement de la France vers le financement d'une dépense nouvelle. Ce n'est donc pas la recette miracle. Restent les excédents attendus de la Sécurité Sociale. Mais annoncés pour cette année, ils ont été décalés sine die en raison du ralentissement de la croissance et gager les ressources d'une nouvelle branche de sécu sur des recettes aléatoires liées à la conjoncture ne franchirait pas le cap du Conseil constitutionnel.

Faire des choix politiques de réallocation de moyens

Pour financer le plan de rénovation des Ehpad, le rapport Libault suggère aussi de mobiliser le Fonds de réserve des retraites (FRR, créé en 1999 par Lionel Jospin pour permettre aux régimes de retraite d'absorber à terme le surcroît de dépenses vieillesse lié à l'arrivée à la retraite des générations du baby-boom) qui dispose d'un actif net de 36,4 milliards d'euros (bien loin des 150 milliards d'euros d'actifs promis à terme au moment de sa création - rien de plus logique, ses financements pérennes lui ayant été retirés lors de la réforme des retraites de 2010). Mais, là encore, ce n'est pas neutre car cela dégraderait le solde budgétaire selon les critères de Maastricht.

Au final, le rapport recommande de faire des choix politiques de réallocation de moyens au sein des 720 milliards d'euros de dépenses annuelles allouées à la protection sociale: en clair, les retraites (314 milliards par an) et la santé (200 milliards par an) qui se taillent la part du lion pourraient augmenter un peu moins vite, pour laisser un peu d'oxygène à la dépendance. En revanche, aucune mention dans le rapport Libault à un quelconque allongement de la durée du travail ou d'un report de l'âge de départ en retraite pour financer la dépendance, au cœur des discours de tous les barons de la majorité depuis près de deux semaines.

Document 2 : Chiffres clés du grand âge et de l'autonomie, DREES, 2019 (2 pages)

Démographie



4,8 millions

de personnes de 85 ans et plus en 2050.

x3,2

augmentation du nombre de personnes de 85 ans et plus entre 2017 et 2050.

Perte d'autonomie



2,2 millions

de personnes en perte d'autonomie en 2050, contre 1,3 million en 2017.

40% des personnes qui décèdent en France ont connu la perte d'autonomie.

Dépenses publiques



30 Mds €

consacrés à la prise en charge de la perte d'autonomie en 2014, dont 80% de dépenses publiques.

Métiers du grand âge



830 000 équivalents

temps plein employés auprès de personnes âgées en perte d'autonomie.

63 % des EHPAD déclarent avoir au moins un poste non pourvu depuis 6 mois ou plus.

Accompagnement à domicile



760 000 personnes âgées bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile.

60 % des bénéficiaires de l'APA vivent à leur domicile.

Accompagnement en EHPAD



21 % des personnes de plus de 85 ans vivent en établissement.

7 573 EHPAD accueillent chaque année 608 000 résidents.

50 % des places en EHPAD dans le secteur public, 28 % dans le secteur privé non lucratif, 22 % dans le secteur privé lucratif.

Aidants



3,9 millions de personnes apportent une aide régulière à un proche de 60 ans ou plus vivant à domicile en raison de son âge ou d'un problème de santé.

Manque d'informations



72,5 % des Français jugent qu'ils sont mal informés des dispositifs d'aide et de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Reste à charge



60 € / mois : reste à charge moyen après aides et crédit d'impôt pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant à son domicile.

Hôpital



33 % des patients hospitalisés pendant l'année 2017 ont plus de 65 ans.

40 % des personnes de plus de 80 ans ont connu au moins un séjour hospitalier en 2017.

Isolement

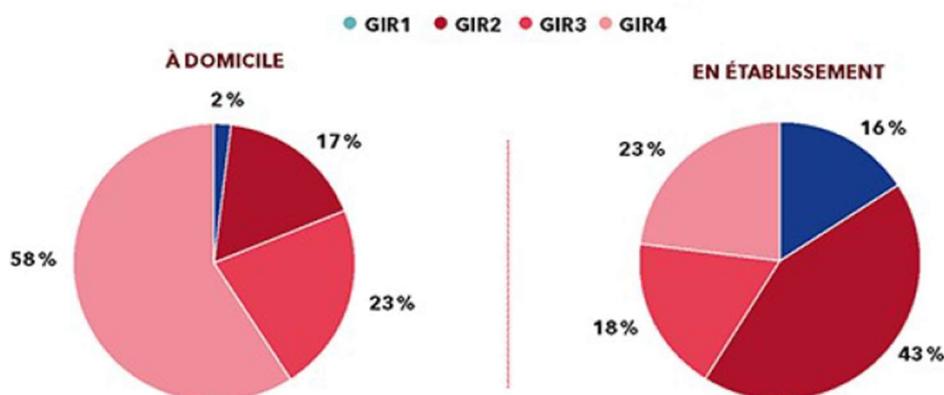


50 % des personnes de plus de 75 ans n'ont plus de réseau amical actif.

1 850 € / mois : reste à charge moyen après aides et réduction d'impôt pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant en EHPAD.

NIVEAU DE DÉPENDANCE DES BÉNÉFICIAIRES

RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES PAR NIVEAU DE DÉPENDANCE (GIR)



Note > Le groupe iso-ressource (GIR) apprécie le degré de perte d'autonomie des personnes, sur une échelle de 1 (les plus dépendants) à 6. Les personnes en GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. Bénéficiaires payés au titre du mois de décembre 2017.
Sources > Enquête Aide sociale 2017, DREES.

5,8 MILLIARDS D'EUROS DE DÉPENSES BRUTES TOTALES D'APA EN 2016

42 % des dépenses brutes totales pour l'APA en établissement



58 % des dépenses brutes totales pour l'APA à domicile

FINANCEMENT DES PLANS D'AIDE NOTIFIÉS À DOMICILE



80 % du montant pris en charge par les conseils départementaux



20 % du montant à la charge du bénéficiaire en moyenne.

Dépense mensuelle moyenne par bénéficiaire : **533 €** au total.

- 74 € par mois, soit 21 % du plan d'aide pour les GIR 4
- 195 € par mois, soit 16 % de leur plan d'aide pour les GIR 1

Champ > Bénéficiaires payés au titre du mois de décembre 2016. France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > Enquête trimestrielle sur l'APA, 2016 ; Enquête Aide sociale 2016, DREES.

À DOMICILE, LE RECOURS EXCLUSIF À DES SERVICES PRESTATAIRES EST FRÉQUENT



99 %

des plans d'aide à domicile comportent des aides humaines.



75 %

des plans contenant de l'aide humaine prévoient le recours exclusif à des services prestataires.



26 %

des bénéficiaires à domicile ont un plan d'aide « saturé » (au plafond) en 2011.

Champ > France métropolitaine. Bénéficiaires ayant des droits ouverts pour l'APA à domicile en 2011.
Source > Remontées individuelles APA-ASH, 2011, DREES.

Document 3 : Extrait du rapport Libault sur le Grand âge et l'autonomie, mars 2019 (8 pages)

Le présent rapport est le fruit d'une large concertation. Pendant quatre mois, personnes âgées, proche-aidants, professionnels, citoyens de tous âges, collectivités locales, organismes de protection sociale, partenaires sociaux, administrations, parlementaires, opérateurs publics, à Paris et en région se sont mobilisés. Ils ont exprimé leurs attentes et formulé leurs propositions pour améliorer la réponse de la nation à la perte d'autonomie de la personne âgée. Cette concertation débouche, à travers le présent rapport, sur des orientations et pistes d'action pour une réforme ambitieuse de la prise en charge des personnes fragilisées par l'avancée en âge.

De manière générale, la concertation révèle de fortes attentes. Attente d'un discours fort sur la citoyenneté pleine et entière de la personne âgée, sur sa dignité et son droit à de bonnes conditions de vie. Attente de mesures immédiates de rupture permettant de marquer un changement de modèle. Attente de mesures de long terme permettant de crédibiliser une réorientation de la politique du grand âge. Ces attentes se cristallisent sur des mesures de plusieurs ordres : des mesures symboliques de reconnaissance, des mesures facilitatrices du quotidien, des mesures d'amélioration de la qualité de la prise en charge sanitaire et médico-sociale, des mesures de dimension plus politique et sociétale. Il est donc nécessaire que la représentation nationale puisse se saisir rapidement de ce sujet dans le cadre d'une loi.

La France vieillit mais le défi de l'avancée en âge est encore devant nous : la part des 75 ans ou plus est passé de 6,6 % en 1990 à 9,1 % en 2015 soit une hausse de 2,5 points en 25 ans. En 2040, 14,6 % des Français auront 75 ans ou plus soit une hausse de 5,5 points en 25 ans. La hausse de l'espérance de vie et l'arrivée à un âge avancé des premières générations du baby boom posent avec encore plus d'acuité la question de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Car si l'espérance de vie des Français est parmi les plus élevées d'Europe, ce n'est pas le cas de l'espérance de vie en bonne santé : à 65 ans, une femme française peut espérer vivre encore près de 23,7 ans mais 10,6 en bonne santé contre 16,6 en Suède et 12,4 en Allemagne ou 11,9 au Danemark. Nul ne peut se sentir immunisé face à la perte d'autonomie lié à l'âge : sur 10 personnes qui décèdent en France, 4 ont connu la perte d'autonomie dont 2 de façon sévère et 3 ont vécu leurs derniers jours en établissement. La perte d'autonomie est donc incontestablement un risque social. Le couvrir fait écho à la philosophie de notre système de protection sociale : donner aujourd'hui et recevoir lorsque le risque survient.

Du fait de la démographie, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie va inéluctablement s'accroître même si les progrès de la médecine, les efforts de prévention et l'amélioration des conditions de vie peuvent contribuer à faire diminuer les taux de prévalence. La France devrait compter environ 20 000 personnes âgées en perte d'autonomie de plus chaque année d'ici 2030. Entre 2030 et 2040, le rythme s'accélérerait avec une hausse annuelle moyenne de l'ordre de 40 000.

La France fait donc face à une double exigence : affronter la réalité démographique de la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes, qui outre un effort financier nécessite de faire évoluer le regard sur le grand âge, mais également faire évoluer l'offre proposée, le modèle actuel semblant à bout de souffle.

Depuis 10 ans, le nombre d'Ehpad a fortement augmenté : en 2017 la France compte près de 590 000 lits contre 500 000 en 2009. Le nombre de personnels s'y est accru avec un taux d'encadrement qui est passé entre 2007 et en 2015 de 57 à 63 équivalents temps plein (ETP) pour 100 résidents. Mais cette hausse quantitative incontestable ne semble pas suffisante pour répondre à l'enjeu, en particulier parce que les résidents sont de moins en moins autonomes. Le modèle de l'Ehpad est contesté : les Français se prononcent très majoritairement en faveur du domicile alors que la France rencontre un taux parmi les plus élevés d'Europe et près de deux fois plus fort qu'en Suède ou au Danemark. Ainsi 21% des personnes de plus de 85 ans vivent en institution en France.

Les restes à charge sont élevés en établissement, autour de 1 800 € par mois en moyenne, mais la question est moins le coût global que la capacité des ménages à y faire face. D'une part, le niveau de vie relatif moyen des plus de 65 ans en France est le plus élevé de l'OCDE. D'autre part, du fait de leur patrimoine, environ 3 sur 4 ont les moyens de faire face à ce coût pour une durée d'au moins 6 ans. Le système de prise en charge financière est toutefois injuste, les personnes gagnant entre 1000 et 1600 € par mois étant les moins subventionnées alors même que leurs ressources sont réduites. Concernant l'aide à domicile, le secteur souffre avant tout d'un problème d'offre. La demande est largement solvabilisée (à 90 %) du fait des réformes récentes. En revanche, le mode de tarification des services, à l'heure actuelle, ne permet pas de financer les indispensables temps de coordination et de formation. Les difficultés de recrutement sont considérables, les conditions de travail difficiles, l'absentéisme très élevé et les accidents du travail records. L'urgence est d'investir dans la qualité de service qui ne peut passer que par une amélioration des conditions de travail.

Au total, la concertation a estimé qu'environ 830 000 ETP travaillaient dans le champ de la perte d'autonomie du grand âge. Du fait de la démographie, ce nombre devrait augmenter d'environ 20 % d'ici 2030, en l'état actuel de l'offre. Si on y ajoute les mesures ici proposées, la hausse atteindrait près de 30 %. Il faut nous y préparer.

Des efforts importants ont déjà été faits. En 2014, les dépenses publiques en faveur du grand âge représentaient 23,7 Mds € soit 1,1 % de la richesse nationale. Grâce aux réformes récentes, cette part aurait grimpé à 1,2 % en 2018 selon les travaux de la concertation. Même si les restes à charge demeurent élevés en établissement ils ne doivent pas masquer la réalité : 80 % de la dépense relative au grand âge est d'ores et déjà prise en charge par la solidarité nationale. Pour autant, les Français aspirent à un effort plus marqué : une exigence quantitative de voir plus de personnel auprès de leurs aînés et une exigence qualitative pour que leurs derniers jours soient sereins et heureux.

* * *

Ces constats, corroborés par de nombreux rapports récents, appellent une réforme d'ampleur.

La première nécessité pour demain est d'assurer auprès des personnes fragilisées par le grand âge la présence suffisante de professionnels qualifiés, fiers de leurs métiers, dans une relation d'accompagnement non seulement technique mais aussi humaine. Or, à domicile comme en établissement, les directeurs de structures peinent à recruter et à fidéliser leur personnel. Face à la hausse attendue du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie dans les prochaines années, la pénurie de personnel constitue

un risque crédible. Il est donc urgent de restaurer l'attractivité des métiers du grand âge, en donnant une priorité à l'amélioration des conditions d'exercice : les effectifs doivent augmenter pour accroître le temps de présence en proximité de la personne ; l'organisation des services à domicile et des établissements doit évoluer pour favoriser les temps collectifs et mieux valoriser les savoirs professionnels ; la prévention des accidents du travail doit être renforcée ; les formations et les compétences doivent évoluer pour mieux préparer les professionnels aux attentes nouvelles ; des perspectives de carrière doivent être ouvertes. La mobilisation pour la revalorisation des métiers du grand âge est la première étape, indispensable, d'une amélioration du service rendu aux personnes âgées et de la généralisation d'un accompagnement bientraitant.

Le deuxième impératif est la simplification du système d'accompagnement et de soin de la personne âgée. L'accompagnement d'une personne âgée en perte d'autonomie s'apparente trop souvent à un parcours du combattant. En outre, le système actuel génère trop souvent de dramatiques ruptures de prise en charge entre le domicile, l'établissement, l'hôpital. Pour éviter ces ruptures, pour simplifier les démarches, il convient de mettre un terme à des interventions en silos. L'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie se caractérise par le nombre et la variété des intervenants (aide à domicile, aide-soignant, infirmier, médecin, travailleur social, kinésithérapeute, etc.). La coordination des acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux autour de la personne est indispensable à la fluidité des parcours et à la simplification des démarches. La prise en charge de la personne âgée doit donc être repensée à travers le nouveau paradigme du parcours. Une autre spécificité de la personne âgée en perte d'autonomie réside dans le fait qu'elle souffre souvent de plusieurs pathologies : l'adaptation des acteurs sanitaires (hôpital, médecine de ville) à ce besoin de prise en charge globale est également un enjeu majeur.

Il faut ensuite engager un changement profond du modèle d'accompagnement. Le défi consiste à concrétiser un principe simple : la personne âgée doit se sentir « chez soi », quel que soit son lieu de vie. Cela suppose d'affirmer résolument la nécessité de privilégier la vie au domicile de la personne, le plus longtemps possible, et donc de diminuer la part de la population âgée en perte d'autonomie résidant en établissement. Cette priorité accordée au domicile exige de répondre à la fragilité économique des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ce nouveau modèle suppose également, car la vie à domicile présente également des risques, en particulier des risques d'isolement, de sortir d'un choix binaire entre l'Ehpad et le domicile, en développant des formes alternatives et accessibles de prise en charge : résidences autonomie, accueil familial, accueil temporaire, accueil de jour, habitat intergénérationnel et inclusif notamment. Cela suppose enfin de repenser l'Ehpad. Si l'Ehpad peut souvent faire figure aujourd'hui de repoussoir, des expériences innovantes et encourageantes montrent que la vie en établissement peut être heureuse. L'image écornée de l'Ehpad ne reflète que partiellement la réalité des pratiques d'accompagnement des personnes en établissement. Il faut pouvoir se sentir « chez soi » en Ehpad. Il faut également que les établissements pour personnes âgées s'ouvrent vers l'extérieur, offrent des services à la population de leur bassin de vie, s'intègrent mieux aux structures d'accompagnement et de soin à domicile. Ce changement de modèle repose sur un pilotage renforcé de la qualité de service et sur une plus forte diffusion des bonnes pratiques qui existent aujourd'hui, à domicile et en établissement.

La prise en charge financière de la perte d'autonomie de la personne âgée, doit être réalisée par des prestations plus lisibles pour les bénéficiaires, plus justes, et permettant une réduction significative du coût du séjour en établissement pour les personnes les plus modestes. Les prestations sont aujourd'hui complexes, peu lisibles. Si le reste à charge est maîtrisé à domicile, on l'a vu il reste important en établissement. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile doit être rénovée pour assurer l'effectivité des droits, faciliter l'accès à des solutions de répit pour les proches aidants et à des aides techniques pour mettre l'innovation technologique au service de la personne âgée. Les prestations doivent être plus homogènes au niveau national, afin de réduire les hétérogénéités sur le territoire, qu'il est trop souvent difficile de justifier. Cette plus grande égalité de traitement participe de l'affirmation de la perte d'autonomie comme un risque social à part entière, qui justifie aussi une intervention plus forte de la solidarité nationale. Cette socialisation du risque doit se traduire par une intervention financière plus importante de l'assurance maladie dans le financement des établissements et dans la prise en charge de la perte d'autonomie lourde de longue durée. Enfin, les capacités contributives des personnes doivent être mieux prises en compte. La réduction du reste à charge en établissement est justifiée pour les plus modestes. Si l'amélioration de la qualité de l'offre est prioritaire, le présent rapport propose également des mesures très significatives et ciblées de diminution du coût de la prise en charge en établissement.

La France n'investit pas suffisamment dans la prévention de la perte d'autonomie. Les travaux de recherche, validés en 2018 par l'Organisation mondiale de la santé, ont démontré que la perte d'autonomie n'était pas une fatalité. Or la prévention de la perte d'autonomie occupe une place sinon marginale du moins mal identifiée et en tout état de cause peu lisible dans les politiques du grand âge. Un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé doit permettre une mobilisation forte de tous les acteurs, au niveau national et sur les territoires, pour sensibiliser, mieux détecter les fragilités des personnes de façon précoce, diffuser les réflexes de prévention et former les professionnels aux bonnes pratiques préventives.

Plus largement, la personne âgée doit rester citoyenne à part entière : son cadre de vie doit être adapté à ses fragilités, et les solidarités de proximité, à commencer par la présence des proches aidants, doivent être soutenues pour prévenir le fléau de l'isolement. 3,9 millions de proches aidants demandent à être mieux reconnus, à accéder à des solutions de répit, à voir leurs démarches simplifiées et à pouvoir mieux articuler leur vie professionnelle et leur rôle d'aidant, y compris à travers un accompagnement financier. Le maintien des liens de la personne âgée avec son environnement social engage cependant les solidarités de proximité au-delà de la sphère des proches aidants. La présence de bénévoles, la préservation de liens intergénérationnels, l'organisation de services de proximité en matière de mobilité, d'adaptation des logements, d'aménagement, d'urbanisme, de numérique, participent à l'inclusion de la personne âgée dans la société. La construction d'une société inclusive pour les publics en perte d'autonomie, personnes âgées comme personnes en situation de handicap, doit franchir une nouvelle étape pour affirmer, partout, la citoyenneté et la dignité de la personne âgée.

* * *

La mise en oeuvre concrète de ces orientations est un défi qui doit mobiliser largement. Le présent rapport présente ainsi 175 propositions pour une réforme ambitieuse de la politique du grand âge, intégrant l'ensemble de ces enjeux. Si ces 175 mesures

participent toutes d'un objectif de changement de la façon de vivre son grand âge, certaines propositions structurantes doivent être mises en exergue.

La simplification des démarches des personnes âgées et des proches aidants repose sur la mise en place de points d'entrée clairement identifiés pour l'ensemble des prises en charge. Il est donc proposé de créer un réseau de Maisons des aînés et des aidants sur l'ensemble du territoire national. Ce guichet unique de la personne âgée et du proche aidant constituerait le lieu d'information, d'orientation, d'accompagnement dans les démarches et d'explicitation des droits. Il aurait également pour mission d'amorcer la coordination des interventions sociales, médico-sociales, sanitaires, autour de la personne âgée et de ses aidants, en particulier pour les accompagnements les plus complexes. Les Maisons des aînés et des aidants se substitueraient aux dispositifs d'accueil existants, nombreux, hétérogènes et trop souvent mal identifiés. Elles articuleraient des accueils physiques de proximité, un accueil en ligne et un accueil téléphonique.

Un plan national pour les métiers du grand âge doit être lancé pour articuler les nombreux chantiers indispensables à l'attractivité des métiers et à la montée en compétences de l'ensemble des professionnels. Ce plan serait la première étape d'une dynamique nationale pour les métiers du grand âge et engagerait notamment une refonte des référentiels de compétence, le développement de l'apprentissage dans le secteur, un travail de rapprochement des conventions collectives du secteur, une mobilisation pour la prévention des risques professionnels, un chantier d'ouverture de perspectives de carrière pour les professionnels de proximité (aides à domicile et aides-soignants en particulier).

L'amélioration de l'accompagnement et de la qualité du service suppose d'augmenter le temps de présence humaine en proximité de la personne âgée. Il est donc proposé de financer une hausse des effectifs en établissement, à travers une augmentation de 25 % du taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024 pour les personnels auprès des résidents, mesure portée à 80% par un financement de l'assurance maladie. Cet accroissement représente une hausse de 13 équivalents temps plein pour 100 résidents par rapport à la situation de 2015. à domicile, un effort financier de 550 millions d'euros d'ici 2024 en faveur des services d'aide et d'accompagnement à domicile est proposé. L'objectif est clairement d'améliorer la qualité de l'accompagnement à domicile. Cet effort serait conjugué à une réforme de leurs modalités de tarification. Elle permettrait d'une part d'assurer une plus grande homogénéité entre les départements, d'autre part de contractualiser le financement d'actions de prévention, de formation, ou l'organisation de temps collectifs. Cet effort financier doit permettre une revalorisation salariale pour les métiers du domicile.

Afin de fluidifier les parcours des personnes âgées et d'éviter les ruptures de prise en charge, il est proposé de définir par voie législative un droit commun au parcours de santé et d'autonomie pour les personnes âgées, appelant la création de réponses plus globales et coordonnées entre les différents secteurs, gages d'une meilleure pertinence et efficacité du système. A l'hôpital en particulier, il est proposé de tendre vers le « zéro passage aux urgences évitable » des personnes âgées, notamment en organisant dans les établissements de santé une filière d'admissions directes des personnes âgées polypathologiques dans les services hospitaliers.

Concernant l'offre médico-sociale, le changement de modèle passe par la création d'un fonds d'accompagnement à la restructuration de l'offre doté de 150 millions d'euros par an permettant notamment de développer les accueils temporaires et les accueils de jour, en particulier itinérants, et d'ouvrir les établissements sur leur territoire de proximité. Il est également proposé de créer un « fonds qualité » doté de 150 millions d'euros par an pour financer les actions relatives à la qualité de vie au travail, à la prévention ou à la formation préalable à l'obtention de labels. Un plan de rénovation des établissements de 3 milliards d'euros sur dix ans devra par ailleurs être lancé, en particulier pour les établissements publics.

Ce plan intégrera des exigences accrues en termes de qualité architecturale et valorisera la réalisation de petites unités de vie (15-20 personnes) au sein des établissements. Enfin, un nouveau statut serait créé pour des établissements territoriaux pour personnes âgées. Ils recevraient une autorisation et un financement global pour délivrer une palette de services et constituer ainsi des centres de ressources du grand âge, ouverts sur leur territoire. La transformation de l'établissement engagée à travers ses mesures doit enfin se traduire par un changement de nom des Ehpad, qu'il est proposé de rebaptiser « Maisons du grand âge » ou « Maisons médicalisées des séniors ».

La refonte des prestations passe notamment par la proposition de créer une nouvelle « prestation autonomie », qui remplacerait l'APA à domicile. Cette nouvelle prestation serait organisée en trois volets (aides humaines, aides techniques, répit et accueil temporaire) afin de faciliter l'accès aux solutions de répit ou d'accueil temporaire et aux aides techniques. En établissement, une simplification majeure serait engagée avec la fusion des sections tarifaires « soins » et « dépendance » en Ehpad. Cette réforme permettrait de positionner un financeur unique pour l'ensemble des prestations de soin et d'hygiène, ce qui faciliterait le pilotage des démarches qualité et de la transformation du modèle de l'établissement. Enfin, une baisse sensible du reste à charge en établissement est proposée. Elle concernera les personnes dont les revenus courants se situent entre 1000 et 1600 € par mois avec la création d'une nouvelle allocation qui permettrait de baisser leur reste à charge de 300€.

Un « bouclier autonomie » serait par ailleurs mis en place, et annulerait le reste à charge au-delà de 4 années pour tous les résidents en situation de perte d'autonomie lourde.

En matière de prévention de la perte d'autonomie, il est notamment proposé de s'appuyer sur les standards reconnus par l'Organisation mondiale de la santé pour déployer sur tout le territoire une approche renouvelée et systémique de la prévention de la perte d'autonomie.

Cela suppose de développer des actions de prévention ciblées entre 50 et 75 ans pour maintenir le plus longtemps possible les capacités essentielles attachées à l'autonomie, et dès 75 ans pour suivre ces fonctions et alerter en cas de risque de perte fonctionnelle. Cette démarche suppose la mise en place d'actions de sensibilisation, de rendez-vous de prévention et le déploiement d'actions de formation pour l'ensemble des professionnels du grand âge.

Outre la mise en place des Maisons des aînés et des aidants et la facilitation de l'accès aux solutions de répit dans le cadre de la nouvelle « prestation autonomie », le soutien aux proches aidants passe par l'indemnisation du congé de proche aidant, sous forme d'allocation journalière versée au salarié proche aidant. Un meilleur repérage des

aidants à travers le dossier médical partagé doit par ailleurs permettre de cibler des actions de prévention en direction de ce public, particulièrement fragile.

* * *

Les propositions du rapport participent pleinement à la reconnaissance de la perte d'autonomie de la personne âgée comme un risque de protection sociale à part entière. Cette reconnaissance est aujourd'hui fondamentale, non seulement sur un plan symbolique, mais également dans la perspective d'un pilotage financier renforcé et d'un débat démocratique approfondi. Il est ainsi proposé d'intégrer le risque de perte d'autonomie dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale. Cette reconnaissance doit permettre de mieux identifier le risque de perte d'autonomie et les arbitrages éventuels au sein de la protection sociale, en tenant compte de l'évolution des différents risques.

Cette ambition présente un coût. Mais elle constitue également un investissement, notamment par une prévention plus active, une coordination des acteurs plus forte limitant les hospitalisations évitables, la mise en emploi de personnes en parcours d'insertion ou de demandeurs d'emploi. Les propositions présentées ici conduiraient les dépenses publiques autour de 1,6 % du PIB en 2030 soit près de 35 % de plus qu'en 2018. Environ 45 % de cette hausse proviendrait du seul effet de l'évolution démographique, les 55 % restants finançant les mesures proposées pour l'amélioration de la qualité de l'offre ou pour la baisse du reste à charge en établissement. Le financement public de la perte d'autonomie liée à l'âge est privilégié, la mise en place d'une assurance privée complémentaire obligatoire n'étant pas retenue. La concertation a examiné des projets de recettes en privilégiant celles qui excluaient des hausses de prélèvements obligatoires.

Ils se déclinent en deux temps :

-En 2024, date d'extinction de la dette sociale aujourd'hui amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, financée actuellement par la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), un nouveau prélèvement social pérenne serait mis en place, sur l'assiette de la CRDS, et serait en partie affecté au financement de la perte d'autonomie.

-Avant 2024, les dépenses seraient financées en recourant à l'affectation d'éventuels excédents du régime général obtenus grâce à une gestion rigoureuse des dépenses de sécurité sociale, à une priorisation des dépenses relatives aux personnes âgées dans l'arbitrage de l'évolution des dépenses sociales, et à un décaissement du Fonds de réserve des retraites.

Il doit être également noté que les dépenses que financerait une nouvelle contribution sociale se substituant à la CRDS constitueraient de nouvelles dépenses publiques, ce qui est neutre en termes de solde public par rapport à l'hypothèse d'extinction de la CRDS, mais augmenterait le déficit public au sens des engagements européens de la France par rapport à la situation actuelle. Il en va de même pour les dépenses financées par un décaissement du Fonds de réserves des retraites.

La trajectoire ici dessinée devra être cohérente avec l'équilibre global des comptes publics, dont les enjeux débordent du cadre fixé à la concertation. Avant comme après 2024, pour assurer la neutralité de la réforme sur le solde public, il convient d'assumer une stratégie de priorisation des dépenses liées à la perte d'autonomie par rapport aux autres dépenses sociales (retraite et santé notamment). Cette solution affirmerait

clairement un arbitrage politique en faveur du grand âge compatible avec les engagements macroéconomiques globaux de la France.

En parallèle, la mobilisation des patrimoines doit être facilitée pour le financement de la perte d'autonomie, à travers le développement d'instruments spécifiques, en particulier les sorties en rentes viagères des produits d'épargne, les solutions modernisées et mutualisées de viager, et le prêt viager hypothécaire adapté aux situations de perte d'autonomie.

La réforme proposée doit enfin reposer sur une gouvernance clarifiée, dans le sens d'un plus grand partenariat, d'une clarification des responsabilités de chaque acteur, d'une simplification du pilotage et d'une réduction des hétérogénéités de traitement. Le pilotage de la politique du grand âge doit répondre aux besoins de la personne, et non à des logiques institutionnelles.

Ce rapport propose ainsi deux scénarii pour un pilotage plus unifié de l'offre médico-sociale au niveau local. Il propose également de confier au département l'animation territoriale de l'adaptation du cadre de vie de la personne âgée en perte d'autonomie, dans le respect des compétences des communes et des intercommunalités. Enfin, au niveau national, la CNSA doit voir renforcées ses missions de garante de l'équité territoriale, de repérage et de diffusion de bonnes pratiques, et de pilotage financier.

Les pouvoirs publics ont souhaité organiser une concertation centrée sur la perte d'autonomie de la personne âgée. Cette demande a de facto conduit à ne pas approfondir l'articulation du système de prise en charge des personnes âgées avec le système consacré aux personnes en situation de handicap. Ce sujet ne pouvait cependant pas être ignoré. Ainsi, de nombreuses mesures proposées dans ce rapport vont dans le sens d'un rapprochement entre les deux régimes, par exemple à travers l'évolution de la prestation de compensation à domicile. De nombreuses propositions sont communes aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, par exemple les mesures consacrées aux proches aidants. Par ailleurs, il serait souhaitable que le risque de perte d'autonomie intégré dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale couvre l'ensemble du champ de l'autonomie, handicap et grand âge.

* * *

Le présent rapport propose une réforme profonde de la prise en charge du grand âge. Cette réforme ne pourra prendre sa pleine mesure que dans la durée, mais doit s'appuyer sur des mesures d'urgence mises en oeuvre rapidement. Toutes ces mesures ne relèvent pas de la loi. Certains sont d'ordre réglementaire. D'autres ne supposent pas de modification du droit. Toutes exigent en revanche une prise de conscience forte, de l'ensemble des acteurs et de la société dans sa globalité, de l'impératif de la construction de réponses dignes aux enjeux du grand âge.

DIAGNOSTIC DE L'OFFRE ET DES BESOINS

A - Contexte sociodémographique

Une concentration de la population sur le littoral

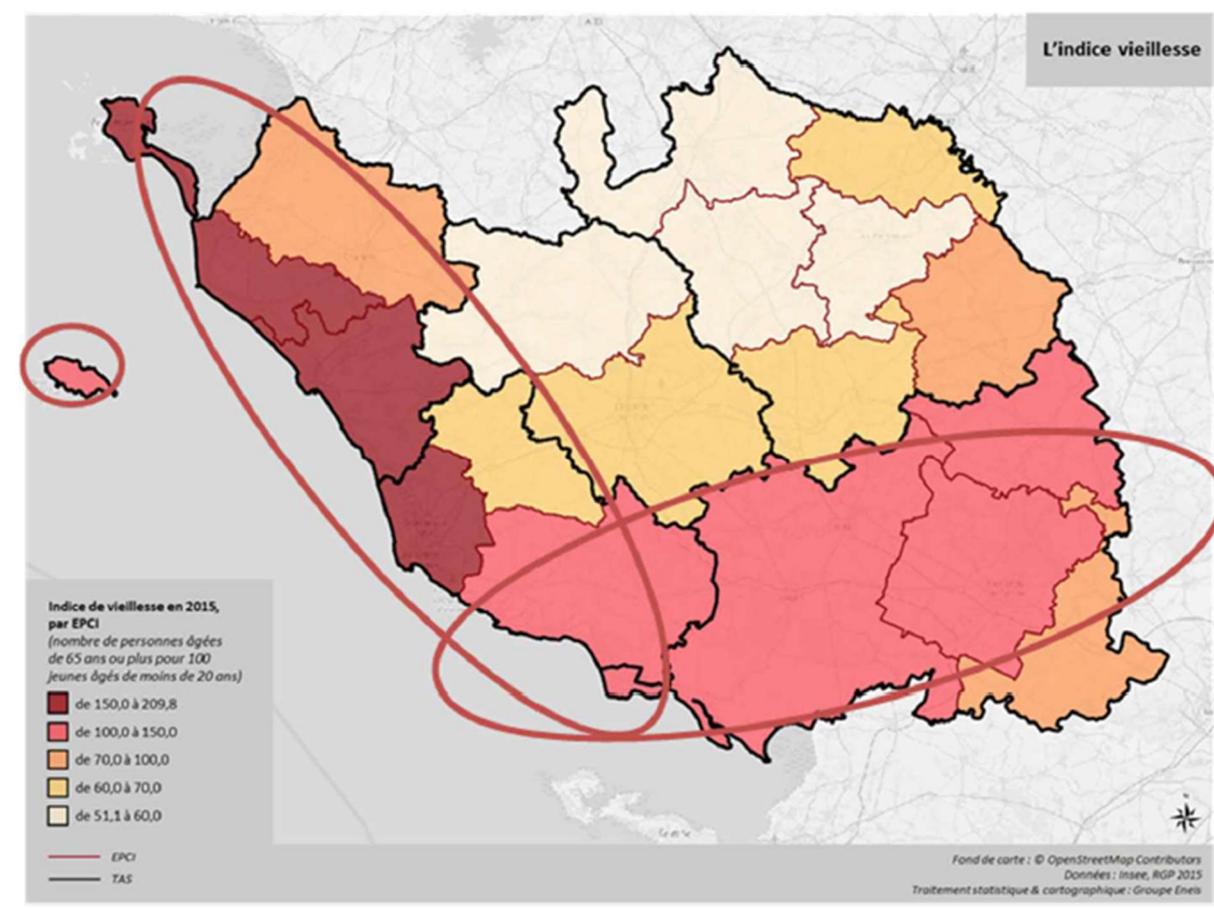
Le département de la Vendée est caractérisé par une grande ville (La Roche-sur-Yon) comptant **53 378 habitants** en 2016 puis par **sept villes moyennes de plus de 10 000 habitants** réparties sur le territoire : Challans (20 133), Les Herbiers (15 992), Olonne-sur-Mer (14 875), Les Sables-d'Olonne (13 940), Château-d'Olonne (13 834), Fontenay-le-Comte (13 640) et Saint-Hilaire-de-Riez (11 222).

De plus, le littoral est marqué par une plus forte concentration de la population alors qu'à contrario le sud du département est plus rural et isolé.

La région est attractive et sa population a augmenté de 7 % entre 2007 et 2012.

Un territoire particulièrement concerné par le vieillissement de sa population

Le département de la Vendée se caractérise par une **population plus âgée que la moyenne régionale et nationale**. Les territoires du littoral sont particulièrement marqués par cette caractéristique et présentent des indices de vieillissement supérieurs à 150 selon les données de l'INSEE en 2015 (*nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes âgés de moins de 20 ans*). Le Sud du département présente également une population âgée à laquelle viennent se cumuler des problématiques de ruralité qui posent un réel enjeu d'accessibilité aux services.



De plus, l'ensemble du département est touché par un **vieillessement de la population**. Ainsi, la part des 75 ans et plus, s'élève à 10,9 % en 2015 contre 9,5 % pour la région Pays de la Loire et 9,3 % pour la France métropolitaine.

La zone littorale est la plus touchée par cette évolution de la population. L'île d'Yeu, la communauté de communes du Pays de Saint-Gilles-Croix-de-Vie et celle de l'île de Noirmoutier ont des taux d'évolution supérieurs à 3 %.

Le littoral est en effet très attractif pour la population retraitée avec 54 % des nouveaux arrivants sur le Département ayant plus de 60 ans. En revanche, les territoires d'action sociale du Centre et du Nord-Est présentent une part de personnes âgées beaucoup moins importante.

Une majorité de personnes âgées propriétaires

La majorité de la population âgée vendéenne est propriétaire de maison. On dénombre ainsi **83 % de propriétaires** parmi la population âgée de 80 ans et plus contre 73,8 % au niveau national. Par ailleurs, 54,9 % des plus de 80 ans vivent au sein d'une maison, particulièrement sur les îles et l'EPCI Vendée Grand Littoral.

Les zones urbaines de La Roche-sur-Yon et des Sables-d'Olonne sont moins concernées, leurs moyennes demeurant tout de même supérieures à la moyenne nationale. Par ailleurs, 46 % de la population des 80 ans et plus vit seule, contre 49 % en France métropolitaine. La part des personnes isolées est la plus élevée dans les agglomérations de La Roche-sur-Yon et des Sables-d'Olonne, ainsi qu'à Noirmoutier.

Il existe, de fait, un fort enjeu d'**adaptation du logement** sur le territoire.

Part des 80 ans et plus vivant dans une maison (2015)	
Vendée	54,9%
Région (Pays de la Loire)	50,4%
France Métropolitaine	44,8%

Source : INSEE, RGP 2015

Des disparités de montants annuels moyens de retraite

Le montant annuel moyen des retraites est de **22 491 € en Vendée** contre **23 064 € en France métropolitaine**. La zone du littoral est celle où le montant annuel moyen des retraites est le plus élevé. Le nord-est du département est le plus touché par la précarité et notamment les territoires de Saint-Fulgent-Les Essarts, le Pays de La Châtaigneraie et le Pays de Chantonnay avec des niveaux de retraite inférieurs à 20 000 € par an.

En synthèse :

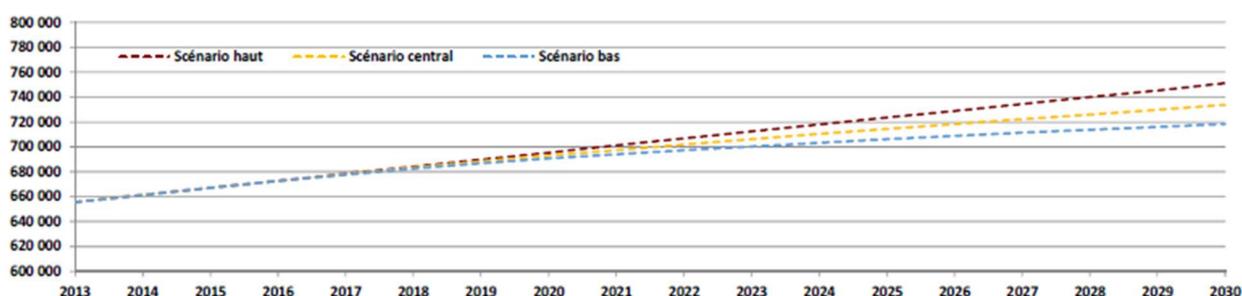
- Une concentration de la population sur le littoral ;
- Un vieillissement de la population plus **important** sur la **façade atlantique** ;
- Une **population vendéenne plus âgée** que la population française ;
- Un **enjeu d'isolement des personnes âgées** un peu moins prégnant qu'au niveau national ;
- Des personnes âgées majoritairement **propriétaires de maisons** ;
- Des **disparités de montants annuels** moyens de retraite.

B - Projections démographiques

Vers une hausse de la population d'ici 2030 et une confirmation des phénomènes de gérontocroissance et de vieillissement de la population

Selon le scénario central, la population devrait augmenter de + 0,7 % par an entre 2013 et 2030, soit une hausse de 80 000 habitants.

Évolution du nombre d'habitants en Vendée entre 2013 et 2030 selon trois scénarios d'évolution



Source : Insee, RGP 2013, Projections démographiques OMPHALE 2017, Scénario, bas, central et haut

La population des plus de 60 ans devrait s'accroître de 2,3 % en moyenne chaque année entre 2013 et 2030. Les 60-74 ans devraient connaître une augmentation plus modérée que les 75 ans et plus (3 %).

Évolution annuelle moyenne de la population entre 2013 et 2030

	Population totale	0-19 ans	20-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus
Scénario haut	0,8%	0,1%	0,0%	1,9%	3,3%
Scénario central	0,7%	-0,2%	-0,1%	1,8%	3,0%
Scénario bas	0,5%	-0,5%	-0,1%	1,8%	2,9%

Source : Insee, RGP 2013, Projections démographiques OMPHALE, Scénario, bas, central et haut

Une augmentation et un vieillissement des bénéficiaires APA

Une évolution du **nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** et un **vieillissement** de ceux-ci apparaissent dans l'ensemble des scénarios (entre 400 et 1 500 bénéficiaires supplémentaires entre 2017 et 2030). Selon les scénarios retenus, cette augmentation du nombre de bénéficiaires APA :

- porterait majoritairement sur les Groupes Iso-Ressources (GIR) 3 et 4 (scénario intermédiaire) avec une très légère hausse des GIR 1 et 2 ;
- porterait de manière équitable sur l'ensemble des GIR (scénario pessimiste).

Une augmentation des bénéficiaires de l'APA sur l'ensemble du territoire

Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile selon le **scénario optimiste** augmenterait légèrement au sein de tous les territoires, excepté au sein du TAS Sud-Vendée 1.

Selon le **scénario intermédiaire** le nombre de bénéficiaires augmenterait pour l'ensemble des territoires. La croissance serait la plus forte au sein du TAS Nord-Ouest.

En synthèse :

- Vers une **hausse de la population** d'ici 2030 et une confirmation des phénomènes de **gérontocroissance** et de **vieillesse** de la population ;
- Les **bénéficiaires APA** vont augmenter et vieillir dans l'ensemble des scénarios :
 - sur l'ensemble du territoire pour le scénario pessimiste ;
 - sauf sur le sud Vendée pour le scénario optimiste ;
- Quel que soit le scénario une augmentation importante des **bénéficiaires APA sur le nord-ouest du département**.

C - État des lieux de l'offre et des besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

État des lieux de l'offre et des besoins des personnes âgées

Les actions de la conférence des financeurs

La Conférence des Financeurs a organisé deux appels à candidature en 2018 sur l'axe 6 « Actions collectives de prévention ». 137 projets ont été réalisés, soit 592 actions de prévention. Les trois thématiques les plus traitées ont été le lien social et la lutte contre l'isolement, les activités physiques et le déclin cognitif. Les actions collectives se sont déroulées sur une très grande partie du territoire.

Les porteurs de projets sont diversifiés. Il s'agit principalement des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), mais également d'associations, de communautés de commune, une mutualité, une fédération, etc. De plus, on constate une nette augmentation du nombre de réponse aux appels à projet (450 dossiers reçus en 2019), qui traduit la dynamique en cours en matière de prévention à destination des personnes âgées.

Une proportion importante de bénéficiaires de l'APA en établissement

On compte **13 701 bénéficiaires de l'APA** sur tout le territoire départemental soit 18,9 bénéficiaires pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (20,5).

Le littoral et les zones urbaines affichent ainsi un nombre élevé de bénéficiaires APA. En revanche, la part des bénéficiaires sur l'ensemble des personnes de 75 ans et plus est plus élevée sur la partie est du département. Les EPCI de Vie et Boulogne et du Pays de Saint-Fulgent-Les Essarts ont ainsi une part des bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus supérieure à 230.

Sur l'ensemble des bénéficiaires APA, **6 710 sont bénéficiaires de l'APA à domicile** et 7 531 sont en établissement, **soit 55 % en établissement** (contre 41 % au niveau national ¹). Le nord-est du département affiche des taux d'APA en établissement très importants, à mettre en relation avec l'offre d'EHPAD.

Un taux élevé de GIR 1 et 2 sur le Sud et le Littoral

Sur l'ensemble du département on compte **5 132 bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2** soit 37 % des bénéficiaires de l'APA. Parmi les bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2, 17 % sont accompagnés à domicile, ce qui est légèrement inférieur au taux national de 19 %. La part des bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2 est plus importante sur le Littoral, le sud et l'est du département. On observe également sur le Littoral des taux élevés de personnes en GIR 1 et 2 vivant à domicile. Cela vient souligner l'enjeu de répartition des places en EHPAD sur le territoire.

Un taux d'équipement important en EHPAD mais des disparités d'installation sur le territoire

On compte au total **10 283 places d'EHPAD** installées sur le département. Cela **représente 140 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 100 au niveau national**. 520 nouvelles places d'EHPAD ont été créées depuis 2010. La Vendée est ainsi un des départements français le mieux doté en EHPAD. La caractéristique principale de cette offre est qu'il s'agit de petits établissements (inférieur à 60 places) couvrant l'ensemble du territoire.

Il existe cependant des fortes disparités de taux d'équipement sur le territoire, avec des zones très bien dotées (EPCI du Nord-Est) et d'autres beaucoup moins (EPCI du Littoral).

Un taux d'équipement en EHPAD modéré par la pression des résidents hors département sur certains EPCI

Il existe une **forte disparité des taux d'équipement** sur le territoire, avec des taux élevés, notamment sur certains **EPCI du Nord-Est**. En revanche, sur le littoral, la Communauté d'Agglomération (CA) des Sables-d'Olonne présente le taux d'équipement le plus faible du département.

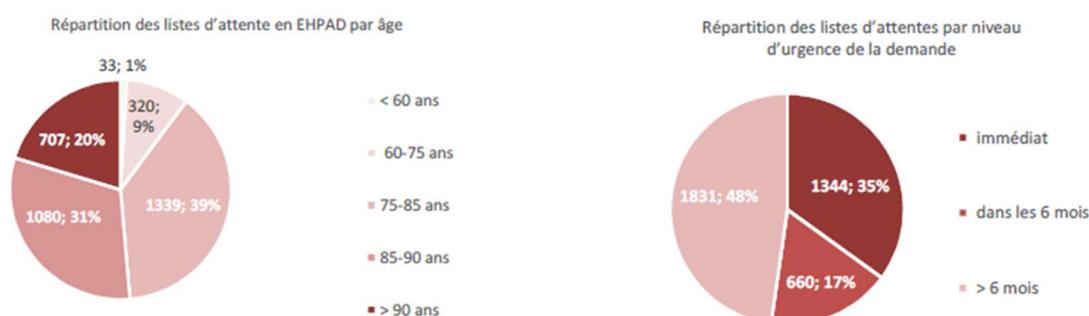
Par ailleurs, les taux d'équipement élevés sont à mettre au regard du taux (pourcentage) de résidents hors département.

Ainsi, les EPCI avec les taux d'équipement les plus élevés ont **entre 16 % et 21 % de leur file active constituée de résidents hors département**.

En dernier lieu, sur certains EPCI les prix de journée moyen des EHPAD sont très modérés, ce qui peut contribuer à **l'attractivité de certains EHPAD pour des résidents hors département**.

24 Des listes d'attente importantes mais recouvrant des situations disparates

On dénombre 3 479 usagers en attente de places en EHPAD sur le département d'après les statistiques Via Trajectoire en décembre 2018. Cependant, parmi eux 30 % sont en GIR 5 et 6, 10 % ont moins de 75 ans et 48 % font une demande à plus de 6 mois. Ces données permettent de mettre en lumière **des pratiques disparates d'inscription sur les listes d'attente d'EHPAD**.



Source : Données Via Trajectoire PA – Décembre 2018

Par ailleurs, l'analyse des motifs d'inscription en liste d'attente montre que la majorité des personnes (52 %) sont inscrites pour **cause de maintien à domicile difficile**. Cela correspond à 27 % des bénéficiaires APA à domicile et interroge les pratiques de maintien à domicile.

Motif d'inscription en liste d'attente en EHPAD

	Maintien à domicile difficile	Fin ou retour d'hospitalisation	Changement d'établissement	Autre
Nombre de personnes	1 808	163	83	1 425
% sur liste d'attente	52 %	5 %	2 %	41 %

Source : Données Via Trajectoire PA – Décembre 2018

Des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire réparties sur le territoire

L'offre en accueil de jour est disparate avec **112 places** réparties sur l'ensemble du territoire. Il existe également **208 places d'hébergement temporaire**. Les **taux d'occupation sont variables entre les structures**, certaines structures affichant des taux d'occupation de 50 % (ci-après).

Le département se caractérise également par l'ouverture **d'hébergements temporaires autonomes non médicalisés**.

De plus, il est à noter que les taux d'équipement en hébergement temporaire ainsi qu'en accueil de jour en Vendée sont plus faibles que dans les autres départements des Pays de la Loire (en moyenne respectivement 4,2 et 1,8 à l'échelle de la région contre 2,8 et 1,5 en Vendée).

	Taux d'équipement hébergement temporaire	Taux d'équipement accueil de jour
Vendée	2,8	1,5
Maine-et-Loire	4,6	2,6
Deux-Sèvres	2,8	2,2
Charente-Maritime	2,5	1,9
Loire-Atlantique	4,2	1,5
Pays de la Loire	4,2	1,8

Source : STATISS 2017

Des faibles taux d'activité en hébergement temporaire et en accueil de jour

Paradoxalement, malgré le faible taux d'équipement, les taux d'activité moyens en accueil de jour et en hébergement temporaire sont relativement faibles.

Ces taux d'activité recouvrent **de fortes disparités par EPCI**, avec notamment un taux d'activité des accueils de jour de 21,4 % dans le Pays de Mortagne et de Saint-Fulgent-Les Essarts. Ces données interrogent les projets des accueils de jour et des hébergements temporaires et plus largement les pratiques de maintien à domicile.

Le Projet Régional de Santé de l'ARS comprend des pistes d'actions sur le **renforcement de l'accueil de jour et l'hébergement temporaire** : il s'agit notamment de compléter le référentiel régional par la mise en place d'accueil de nuit et d'accueil d'urgence.

Une politique volontariste d'habilitation à l'aide sociale des places en EHPAD

En Vendée, **87 % des places d'EHPAD sont habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale**, soit 8 914 places réparties sur l'ensemble du territoire. Il est à noter que le Littoral, de l'Île de Noirmoutier au sud du département est une zone avec des niveaux de retraite plus élevés. C'est également sur cette zone que l'on compte la plus grande part de personnes âgées de 75 ans et plus.

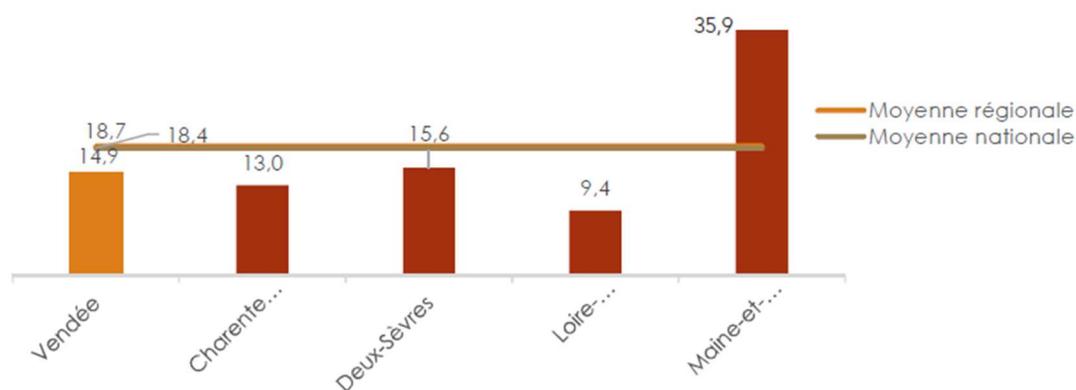
Une offre de résidence autonomie qui ne couvre pas l'ensemble du département

Le territoire départemental dispose de 512 places en résidence autonomie réparties dans 17 structures. À cette offre s'ajoutent cependant les Maisons de Vie qui comprennent 576 places, avec un enjeu actuel de mise en adéquation avec le nouveau statut de résidence autonomie.

Le taux d'équipement est bien inférieur aux moyennes régionale et nationale (14,9 contre 18,4 et 18,7).

Actuellement, les résidences autonomies se concentrent au sein des agglomérations, mais ne couvrent pas le sud du territoire.

Taux d'équipement en établissement non médicalisé



Source : STATISS 2017

Une offre de service d'aide et d'accompagnement à domicile qui maille le territoire

L'offre en service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) est étoffée en Vendée et est présente dans chaque commune au sein desquelles on dénombre entre 3 et 19 services intervenant. Le libre-choix de l'utilisateur est de fait respecté sur l'ensemble du département.

La zone littorale est la plus concurrentielle ainsi que **La Roche-sur-Yon Agglomération**. Inversement, **la couverture en SAAD est plus fragile sur le sud** du département.

La signature de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les SAAD a permis de mettre en œuvre une charte qualité définissant des indicateurs sur la continuité et la personnalisation de l'accompagnement, la coordination, les conditions de travail des professionnels, etc. Les CPOM permettent également de **limiter le reste à charge pour l'utilisateur en prévoyant un double barème selon les revenus du bénéficiaire fixé à 20,70 euros maximum**. À noter cependant que les territoires d'intervention des **SAAD à destination des personnes en situation de handicap couvrent moins bien le territoire**.

De plus, à l'issue de l'appel à projet pour le déploiement de Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) sur le département, ce sont quatre services qui ont été retenus.

Un taux d'équipement en SSIAD inférieur à la moyenne régionale

En Vendée, on dénombre **1 307 places installées en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)**. Le taux d'équipement en SSIAD s'élève à **17,9 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus**. Comparativement aux moyennes régionale (19,1) et nationale (20,5) ce taux est plus faible. De plus, le sud-est du département voit un très faible nombre de SAAD intervenir et une offre en SSIAD également faible. Néanmoins, ce constat est à mettre en relation avec le grand nombre de places d'EHPAD offertes sur les trois communautés de communes.

Le taux d'équipement en SSIAD et SPASAD de la Vendée est inférieur à la moyenne régionale (18,7 en Vendée contre 19 dans les Pays de la Loire). De plus, le rapport entre les places d'EHPAD et de SSIAD est le plus élevé de la région.

En synthèse :

- **Un taux de pénétration de l'APA plus faible en Vendée qu'au niveau national (18,9 contre 20,5) ;**
- **Le Littoral et le Sud affichent un nombre de bénéficiaires APA élevé ;**
- **Un taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées particulièrement élevé ;**
- En conséquence, **55 % des bénéficiaires APA sont en établissement**, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (41 %) ;
- Ce taux d'équipement élevé est à nuancer au regard :
 - d'une **répartition inégale des EHPAD** par rapport au SSIAD, avec un Nord-Est et un Centre globalement favorisés, et des besoins sur le Littoral et le Nord-Ouest ;
 - d'un **faible taux d'équipement en établissement non médicalisé** (14,9 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 18,4 en Pays de Loire et 18,7 en France métropolitaine) ;
 - des taux d'équipement en SSIAD peu élevés, et d'une couverture des SAAD plus faible sur le Sud du département, ce qui peut constituer un **frein au maintien à domicile** ;
 - d'une forte fréquentation de **résidents hors départements notamment dans les communes limitrophes** en EHPAD, à mettre en regard des tarifs hébergement.

Document 5 : Vivre ensemble. Le grand âge, une autre vie pas une dépendance, Ouest France, 18 janvier 2020 (1 page)

Un grand pas serait franchi si la vie des aînés n'était plus considérée comme une charge, mais un enrichissement intergénérationnel. Un cri d'alarme a été lancé aux assises de la citoyenneté, à Rennes.

L'âge, une autre discrimination

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a pointé l'une des faiblesses de la société occidentale, et la France n'est pas épargnée : celle de la place laissée (et non offerte...) aux personnes âgées. « L'âgisme, c'est-à-dire la discrimination par l'âge » est souvent aussi commun « que le racisme ou le sexisme ».

Les financements et leurs modalités d'application restent un nerf de la guerre. Avec comme limite : celle de la prise en compte de l'âge. « Il faut casser la barrière des 60 ans », insiste Joëlle Le Gall, présidente de la fédération Bien vieillir ensemble en Bretagne (BVE). Avec un exemple précis à l'appui. « Une personne victime d'un accident vasculaire cérébral à 59 ans bénéficiera d'une prestation compensatoire d'un montant quatre fois supérieur à celui de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qu'elle aurait reçue si elle avait 60 ans ! »

« Lieu de vie, pas de mort »

Les obstacles sont aussi culturels, souligne Lucca Celli, ancien ergothérapeute, formateur pour le personnel soignant. « Tous les soins sont organisés autour de la mort. Un Ehpad (maison de retraite médicalisée) devrait être perçu comme un lieu de vie, pas de mort ».

Les mots ont un sens. Parler des aînés comme relevant seulement de politiques de dépendance, voire de grande dépendance, n'est pas neutre. « Le Danemark a réfléchi au vieillissement de la population depuis les années 50 et mis en place un financement pour répondre à la perte d'autonomie, de tout citoyen, quel que soit son âge », indique Joëlle Le Gall. Les protocoles professionnels ne sont pas neutres non plus. « S'interroger plutôt sur la bonne proximité à avoir, plutôt que la bonne distance, avec la personne que l'on accompagne, indique comme exemple Luca Celli. Ce n'est pas seulement prendre une charge. » Pour autant, le travail auprès des personnes âgées est usant, concède les professionnels, « parce que les conditions de travail sont usantes. Les personnels ne sont pas en nombre suffisant, aussi bien en établissement qu'à domicile, concède Romain Gizolme. Ils souffrent alors de surengagement, qu'ils payent du prix de leur santé ».

Alors, comment vivre ensemble, toutes générations confondues ? « Les familles sont souvent éclatées, à l'autre bout de la France, voire ailleurs dans le monde... »

Oublier le modèle actuel des maisons de retraite pour imaginer des lieux de vie où des retraités, cohabiteraient avec des étudiants, des actifs, avec des lieux de vie communs ? « Vieillir est le meilleur moyen de ne pas mourir jeune », souligne un spectateur des assises de la citoyenneté en citant le généticien et essayiste Axel Khan. Parce que le grand âge est simplement l'autre bout de la vie.

Document 6 : Listes des propositions du rapport Libault sur le Grand âge et l'autonomie (9 pages)

LISTE DES PROPOSITIONS

Donner du sens au grand âge

Objectif: Sensibiliser pour inclure la personne âgée dans la vie de la cité

- Lancer une campagne nationale de sensibilisation aux problématiques du grand âge.
- Dans le cadre de la scolarité obligatoire, développer les liens intergénérationnels et sensibiliser dès le plus jeune âge à la notion de solidarité et au processus de vieillissement.
- Diffuser une culture de vigilance et de service attentionné à l'égard de la personne âgée dans l'ensemble des lieux accueillant du public.
- Dynamiser la lutte contre l'âgisme

Objectif: Renforcer l'intégration de la politique du grand âge et des politiques du cadre de vie de la personne âgée

- Établir le champ de la consultation obligatoire du Conseil de l'âge du HCFEA (5° de l'art. L142-2 CASF) aux transports, au logement, à l'aménagement et à la cohésion des territoires, à la culture et à la vie associative.
- Revoir la composition du Conseil de la CNSA pour mieux prendre en compte les aspects liés au cadre de vie des personnes âgées et renforcer la représentation des personnes âgées et des proches aidants
- Encourager et renforcer l'action des collectivités locales pour améliorer le cadre de vie de la personne âgée à travers les schémas départementaux de l'autonomie

Objectif: Faciliter l'accès des personnes âgées à des solutions innovantes de mobilité, d'adaptation du logement et d'amélioration du quotidien

- Expérimenter des « bilans d'autonomie » incluant le cadre de vie de la personne âgée
- Étudier l'introduction dans les contrats d'assurance habitation d'une offre de financement de l'adaptation du logement

- Réaliser avant fin 2020 une évaluation du dispositif de logement inclusif prévu par la loi ELAN
- Diffuser et valoriser les bonnes pratiques d'adaptation du cadre de vie au niveau local et national
- Dans le cadre de l'initiative French Mobility, recenser et diffuser les initiatives innovantes de mobilité inclusive
- Mobiliser davantage les maisons de service au public auprès des personnes âgées
- Mettre fin aux zones blanches de la mobilité en rendant obligatoire l'exercice de la compétence d'autorité organisatrice des mobilités par les intercommunalités
- Établir aux personnes âgées le dispositif d'accompagnement solidaire à la mobilité prévu dans le cadre de la loi ELAN
- Faciliter l'accès à l'information en adaptant les portails existant et en améliorant leurs interconnexions
- Mieux prendre en compte dans la conception des objets du quotidien les situations de fragilité et de handicap

Objectif: Affirmer en tout lieu la dignité de la personne âgée en prévenant la maltraitance

- Organiser un réseau départemental d'alerte chargé du recueil des signalements de maltraitance sur les territoires
- Mettre en place des instances de traitement des alertes de maltraitance
- Accompagner les établissements ou services, après chaque fait avéré, dans une analyse systémique des facteurs de risque de maltraitance au sein de l'établissement ou service concerné
- Établir au niveau national un rapport annuel sur la maltraitance des personnes âgées en perte d'autonomie, sur la base des remontées des analyses précédentes

Aider les proches aidants et rompre l'isolement de la personne âgée

Objectif: Simplifier la vie des aidants, faciliter leurs démarches et rendre leurs droits plus effectifs

- Généraliser une offre de service d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives au sein d'un guichet unique.
- Mettre à disposition des aidants des outils d'évaluation de leurs besoins et de simplification du quotidien

Objectif: Améliorer l'accompagnement financier des proches aidants

- Indemniser le congé de proche aidant
- Dans le cadre de la refonte de la prestation autonomie, faciliter l'accès aux solutions de répit pour les proches aidants

Objectif: Mieux concilier le rôle de proche aidant et la vie professionnelle

- Faire de la conciliation du rôle d'aidant et de la vie professionnelle un sujet obligatoire du dialogue social de branche professionnelle et un item du bilan social annuel de l'entreprise
- Promouvoir et diffuser les couvertures assurantielles collectives à destination des aidants
- Mieux repérer les fragilités de l'aidant en mobilisant les services de santé au travail
- Développer un parcours attentionné pour les proches aidants au sein de l'action sanitaire et sociale des travailleurs indépendants
- Inclure le soutien aux proches aidants dans les critères de responsabilité sociale et environnementale des entreprises
- Généraliser les services aux proches aidants dans le cadre des contrats d'assurance dépendance individuels

Objectif: Innover sur les territoires en faveur des proches aidants

- Mobiliser le dossier médical partagé pour améliorer le suivi médical des proches aidants

- Mobiliser les Conférences des financeurs pour la perte d'autonomie sur le soutien aux actions innovantes en direction des aidants
- Expérimenter des bilans de santé systématiques pour les proches aidants

Objectif: Lutter contre l'isolement de la personne âgée en mobilisant les bénévoles de tous les âges

- Lancer une mobilisation nationale des bénévoles auprès des personnes âgées
- Mobiliser le service national universel et le service civique auprès des personnes âgées
- Créer une plateforme nationale de l'engagement citoyen des seniors recensant l'ensemble des offres auprès des acteurs de proximité (associations, CCAS, Conseils départementaux)

Garantir le libre choix de la personne âgée

Assurer la viabilité, l'attractivité et la qualité des soins à domicile

- Réformer le mode de financement des SAAD pour assurer leur viabilité, réduire les disparités en matière de financement et prendre en compte les temps nécessaires à la formation, à la coordination et à la prévention
- Réformer le financement des SSIAD pour garantir la prise en compte des besoins des personnes accompagnées
- Augmenter le nombre de places en accueil familial en confortant leur cadre juridique et en les adossant à des établissements ou services.

Développer des modes d'habitats intermédiaires pour les personnes âgées plus autonomes

- Permettre le financement des résidences autonomie par les prêts locatifs à usage social (PLUS)
- Simplifier la procédure d'ouverture de résidences autonomie en remplaçant l'appel à projets par une procédure d'autorisation
- Identifier l'ensemble des logements sociaux à destination des personnes âgées dans le décompte des logements sociaux au titre de la loi Solidarité et renouvellement urbain et fixer un objectif de construction spécifique à ce public

- Appuyer le développement de l'habitat inclusif
- Améliorer la visibilité de l'offre en résidences services par un référencement sur le portail de la CNSA

Décloisonner les structures pour améliorer la qualité de service et réaliser des gains d'efficience

- Créer d'un nouveau statut pour des établissements territoriaux pour personnes âgées qui recevraient une autorisation et un financement global pour délivrer une palette de services et constituer ainsi des centres de ressources du Grand âge.
- Développer les accueils temporaires et les accueils de jour, en particulier itinérants et ouvrir les établissements sur leur territoire de proximité
- Appuyer le développement de la télémédecine en permettant aux personnes intervenant à domicile de déclencher une téléconsultation
- Accentuer le décloisonnement des SSIAD et des SAAD au sein des SPASAD.
- Structurer une offre publique en envisageant le détachement administratif des EHPAD des plus grands centres hospitaliers et en regroupant progressivement les opérateurs
- Expertiser la sécurisation juridique, pour les établissements habilités à l'aide sociale, d'un financement à la personne et non plus à la place, à travers une modulation encadrée des tarifs hébergement
- Positionner l'ANAP comme référence dans la diffusion des bonnes pratiques et des accompagnements à la réorganisation du secteur
- Créer un fonds d'accompagnement à la restructuration de l'offre géré par la CNSA et délégué aux ARS doté de 150 M€ par an.
- Établir le tarif partiel des EHPAD et développer les pharmacies à usage intérieur

Piloter par la qualité

- Lancer un plan de rénovation des établissements, en particulier publics de 3 Mds € sur 10 ans. Ce plan intégrera des exigences accrues en termes de qualité architecturale et valorisera la réalisation de

petites unités de vie (15-20 personnes) au sein des établissements.

- Créer un fonds qualité pour financer les actions relatives à la qualité de vie au travail, à la prévention ou à la formation préalable à l'obtention de labels.
- Améliorer la qualité de service en EHPAD et à domicile à travers le financement de démarches de labellisation
- Charger la Haute autorité de santé (HAS) d'établir un référentiel national permettant d'évaluer les structures. Celui-ci deviendrait la référence pour toutes les évaluations externes
- Établir rapidement une liste d'indicateurs disponibles dans le tableau de bord des établissements médico-sociaux ou rapidement mobilisables constituant un socle « qualité ». Les structures auraient l'obligation de compléter le tableau de bord, en particulier pour ces indicateurs
- Publier les évaluations et les indicateurs clés sur le site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr
- Charger un organisme tiers de payer et de rémunérer les organismes évaluateurs externes habilités, définir des critères préalables à leur habilitation et encadrer leur rémunération

Rééquilibrer l'offre sur le territoire

- Mesurer la dépense départementale moyenne de soins par personne de plus de 75 ans.
- Accorder en priorité les autorisations nouvelles aux départements carencés au sens de ce nouvel indicateur.

Changer le regard sur les structures pour personnes âgées et valoriser les bonnes pratiques

- Faire évoluer la sémantique officielle. En particulier, changer de nom des EHPAD : « Maison du grand âge » ou « Maison médicalisée des seniors ».
- Instaurer une journée annuelle nationale portes ouvertes en EHPAD
- Créer un concours régional et national de la qualité de prise en charge des personnes âgées, organisé par thèmes : repas et nutrition, maintien de l'autonomie, écoute de la personne, ouverture de l'établissement sur l'extérieur, « chez soi ».

Mettre la personne âgée au cœur de l'accompagnement et partir de ses attentes, dans une logique de « chez soi »

- Expérimenter la mise en place un « projet de vie » de la personne âgée en établissement
- Prendre en compte un nouvel équilibre entre sécurité et liberté

Prévenir la perte d'autonomie pour augmenter l'espérance de vie sans incapacité

Matérialiser une forte ambition en matière de prévention de la perte d'autonomie en fixant un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité

- Fixer un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans
- Déployer l'approche ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé

Proposer une nouvelle offre de prévention et sensibiliser le grand public

- Créer un rendez-vous de prévention de l'avancée en âge
- Lancer une campagne nationale pluriannuelle de sensibilisation à la prévention

Former massivement les intervenants professionnels auprès des personnes âgées aux réflexes de prévention de la perte d'autonomie

- Inscrire dans la formation initiale de tous les professionnels des modules sur la prévention de la perte d'autonomie et le repérage des fragilités de l'avancée en âge
- Développer pour les professionnels des modules de formation continue transversaux afin de créer une culture métier partagée de la prévention
- Imposer dans les CPOM un volet sur la formation des personnels au repérage des fragilités

Diffuser les démarches de prévention dans l'ensemble des structures de prise en charge de la personne âgée

- Conforter et préciser le rôle des intervenants à domicile en tant que lanceurs d'alerte

- Enrichir les pratiques d'évaluation pour enclencher un suivi de l'état fonctionnel de la personne, à domicile comme en établissement
- Mobiliser les Conférences de financeurs pour généraliser les actions préventives à domicile et en établissement
- Renforcer l'implication et le rôle des résidences autonomie dans la diffusion des messages de prévention
- Déployer au sein des hôpitaux une stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation

Renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie

- Renforcer le pilotage national de la politique de prévention
- Moderniser le fonctionnement des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
- Mieux coordonner les actions de prévention conduites par les organismes de sécurité sociale
- Créer un centre de preuves national de la prévention de la perte d'autonomie
- Développer un réseau national d'expertise et de ressources, constitué notamment des gérontopôles et des grands pôles de gériatrie
- Développer les échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale pour mieux repérer les fragilités

Améliorer les conditions de vie de la personne âgée à travers la valorisation des métiers

Accroître le temps de présence humaine en proximité de la personne

- Augmenter de 25 % les effectifs d'encadrement en EHPAD d'ici 2024
- Équilibrer le modèle de financement des services d'aide à domicile pour permettre des temps d'intervention suffisants auprès des personnes
- Construire une méthodologie permettant de fixer des références indicatives de temps nécessaire pour chaque intervention humaine

- Fixer une durée minimale pour les interventions à domicile

Améliorer les conditions de travail des professionnels et la qualité de l'accompagnement des personnes par l'innovation organisationnelle

- Modéliser et diffuser les enseignements tirés des innovations organisationnelles du secteur
- Engager la filière dans un plan de prévention des risques professionnels à domicile et en établissement
- Positionner les ARS en chefs de file du soutien aux démarches de qualité de vie au travail et des échanges de bonnes pratiques entre employeurs
- Sensibiliser les établissements et services aux bonnes pratiques d'accueil des professionnels débutants et développer des formations adaptées
- Réformer la taxe sur les salaires afin de réduire le recours au temps partiel

Avancer vers des hausses de rémunération ciblées pour les métiers du grand âge, à domicile comme en établissement

- Coupler la réforme du financement des SAAD avec des mesures de revalorisation salariale pour ce secteur
- Valoriser, pour les professionnels du domicile, les temps collectifs de coordination des interventions auprès de la personne et d'échanges de pratiques
- Créer des fonctions de responsable d'unité de vie en EHPAD et de cadre qualité, assorties d'une revalorisation salariale
- Engager un chantier de mise à jour et de convergence des conventions collectives

Engager une montée en compétence de l'ensemble des professionnels du grand âge dans une perspective d'amélioration de la justesse relationnelle de l'intervention

- Adapter les capacités de formation au besoin de recrutement pour les années à venir
- Refondre les référentiels de compétences et de formation pour créer une filière « grand âge » commune à l'exercice à domicile et en établissement

- Innover dans les méthodes et les pratiques de formation des métiers de l'âge afin de renforcer les compétences de compréhension et d'empathie

- Adapter les critères de sélection des candidats aux concours des métiers de proximité en renforçant la prise en compte des aptitudes relationnelles et de la capacité d'écoute du candidat.
- Favoriser le développement de l'apprentissage et de l'alternance pour les métiers du grand âge
- Revoir les référentiels de formation de l'encadrement des établissements et services en valorisant les compétences managériales, notamment le management des démarches qualité
- Intégrer fortement la gérontologie dans la formation continue des professionnels de santé

Ouvrir des perspectives de carrière pour les métiers du grand âge, faciliter les reconversions professionnelles et mobiliser des compétences variées auprès des personnes âgées

- Prévoir un abondement incitatif spécifique du CPF pour les formations du secteur du grand âge
- Mobiliser le service public de l'emploi dans la promotion des carrières du grand âge
- Décloisonner les métiers à l'occasion d'une refonte du Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES)
- Organiser une montée en compétences des personnels sur les troubles cognitifs en généralisant la formation d'adaptation à l'emploi d'assistant de soin en gérontologie
- Mobiliser les infirmières en pratiques avancées pour le suivi médical des personnes âgées à domicile et en établissement
- Adapter le périmètre de compétences des personnels infirmiers
- Mobiliser un panel plus large d'expertises auprès de la personne âgée

Piloter une politique transversale de valorisation des métiers du grand âge

- Créer une plate-forme nationale des métiers du grand âge
- Lancer des actions nationales de communication pour valoriser et promouvoir les métiers de l'autonomie

Rénover les prestations

Simplifier la vie des personnes âgées et des proches aidants et faciliter leurs démarches

- Généraliser une offre de service d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives et gestion de cas complexe au sein d'un guichet unique, la « Maison des aînés et des aidants ».
- Développer de nouveaux services en ligne et faciliter l'accès à l'information sur les droits et sur la qualité de prestations fournies par les structures de prise en charge
- Communiquer aux personnes âgées en perte d'autonomie le coût complet de leur accompagnement en faisant apparaître la prise en charge par la solidarité nationale
- Généraliser la télétransmission et la télégestion avec versement direct de la prestation au prestataire et mise en place d'une prestation « tout-en-un » par le CNCESU pour les modes mandataire et emploi direct

Rénover les prestations à domicile et mieux les articuler avec celles qui relèvent du handicap pour assurer l'effectivité des droits

- Créer une nouvelle « prestation autonomie » distinguant trois volets à domicile : aides humaines, aides techniques, répit et accueil temporaire
- Harmoniser les évaluations et les rendre opposables pendant un an
- Décaler la barrière d'âge entre la prestation de compensation du handicap et la prestation destinée aux personnes âgées
- Encourager le développement de la location de matériel plutôt que son acquisition dans le cas du financement des aides techniques

Matérialiser l'affirmation de la perte d'autonomie des personnes âgées comme risque de protection sociale en simplifiant le pilotage des établissements, en assumant la part du financement national et en socialisant le risque long de perte d'autonomie lourde en établissement

- Engager la fusion des sections tarifaires soin et dépendance en établissement afin de simplifier la gouvernance des EHPAD et le pilotage des démarches qualité et de la transformation du modèle de l'établissement.
- Mettre en place un « bouclier autonomie » pour les durées de résidence en établissement en GIR 1 et 2 supérieures à 4 ans.
- Prévoir un financement partagé entre départements et CNSA des nouvelles dépenses relatives à la perte d'autonomie

Mieux prendre en compte la capacité des personnes à assumer financièrement leur perte d'autonomie dans un triple objectif d'équité intergénérationnelle, intragénérationnelle et territoriale

- Créer un volet « établissement » de la prestation autonomie dégressif en fonction des ressources et se substituant à l'allocation logement et à la réduction d'impôt en établissement
- Harmoniser les pratiques en termes d'aide sociale à l'hébergement en supprimant à court terme l'obligation alimentaire pour les petits enfants et en introduisant un barème indicatif national.
- Améliorer le reste à vivre des bénéficiaires de l'ASH de 104 €/mois à 156 €/mois.
- Aligner la prise en compte des ressources du couple dans le cadre de la nouvelle prestation autonomie sur celle des autres prestations
- Mieux valoriser le patrimoine dans les ressources du bénéficiaire de la nouvelle prestation autonomie pour plus d'équité, notamment entre le domicile et l'établissement
- Mettre en extinction progressive l'APA au profit de la nouvelle « prestation autonomie »

Recentrer les dispositifs d'exonération de cotisations sociales ou de crédit d'impôt sur les publics fragiles.

- Décaler progressivement à 75 ans l'âge ouvrant droit à exonération de cotisations patronales pour l'emploi à domicile
- Recentrer le crédit d'impôt sur les services à la personne sur les besoins sociaux en différenciant les plafonds de dépense

Mettre un terme aux réponses en silos

Éviter toute rupture de parcours pour les personnes âgées et engager l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans un décloisonnement de leurs interventions

- Définir par la voie législative un droit commun au parcours de santé et d'autonomie pour les personnes âgées
- Généraliser des plans personnalisés de santé (PPS) à compter de 2020
- Garantir et rendre obligatoires des systèmes d'information partagés, collaboratifs et évolutifs entre les informations médico-sociales, sanitaires ou sociales, accessibles en mobilité pour tous les parcours
- Mettre en place un dispositif de soutien à la logique de parcours
- Faire évoluer l'organisation interne des ARS pour une meilleure prise en compte des logiques de parcours

Prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables

- Contribuer au soutien à domicile dans le cadre de l'organisation territoriale des soins de proximité grâce à la mobilité des équipes hospitalières expertes et par le développement du numérique
- Tendre vers le « zéro passage aux urgences évitable » des personnes âgées en organisant l'admission directe des personnes âgées dans les services hospitaliers

Organiser le séjour de la personne âgée en établissement de santé de manière à éviter les ruptures de parcours

- Limiter l'attente des personnes âgées aux urgences
- Favoriser les admissions directes en soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents ou gériatriques des personnes âgées venant du domicile, des EHPAD ou des services des urgences
- Affirmer et organiser une responsabilité territoriale des hôpitaux de proximité labellisés à l'égard de la personne âgée
- Renforcer le recours à l'expertise gériatrique dans les services de spécialité et renforcer l'offre de gériatrie
- Anticiper, préparer et organiser la sortie d'hospitalisation afin de limiter les réadmissions évitables des personnes âgées
- Expérimenter le financement par l'APA d'1 à 2h hebdomadaires de présence au chevet en cas d'hospitalisation dans une logique de continuité de services et pour faciliter le retour à domicile

Promouvoir un établissement de santé bienveillant pour la personne âgée

- Renforcer la culture de la bienveillance à l'égard des personnes âgées au sein des établissements de santé
- Mieux évaluer la qualité des prises en charge des personnes âgées en établissements de santé

Un risque national à part entière

Reconnaître la perte d'autonomie comme un risque de protection sociale à part entière

- Intégrer le risque perte d'autonomie de la personne âgée dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

Faciliter les remontées d'informations et les traitements statistiques ainsi que l'observation économique pour mieux piloter le risque social de perte d'autonomie des personnes âgées

- Poursuivre les améliorations apportées au compte de la dépendance et l'actualiser plus régulièrement, notamment après des modifications législatives

- Intégrer systématiquement les identifiants nationaux des personnes et des structures dans les systèmes d'information pour faciliter les échanges et les études d'appariement.
- Créer un fichier national des bénéficiaires de l'APA (ou de la nouvelle « prestation autonomie ») hébergé par la CNSA et qui faciliterait les appariements avec le SNIIR-AM
- Améliorer les remontées d'informations statistiques existantes
- Adapter les enquêtes statistiques au vieillissement de la population pour rendre compte de la situation des personnes les plus âgées.
- Créer un observatoire économique de la prise en charge des personnes âgées, rattachée à la DREES

Accélérer et encourager les travaux de recherche liés au vieillissement afin d'éclairer la prise de décision dans le champ du grand âge

- Conduire une politique volontariste pour inciter à la recherche fondamentale et à la recherche clinique sur le vieillissement
- Encourager les recherches en sciences humaines et sociales pour mieux comprendre et appréhender le vieillissement, la vieillesse et la

fin de vie en tant que phénomène social, et favoriser la logique d'interdisciplinarité

Affecter des ressources publiques au financement de la perte d'autonomie de la personne âgée, sans hausse de prélèvement obligatoire

- Créer à partir de 2024 un nouveau prélèvement social dédié en utilisant l'assiette de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS)
- Confier au Fonds de réserve des retraites le placement des excédents de rendement du nouveau prélèvement social finançant la perte d'autonomie des personnes âgées
- Financer les dépenses de 2020 à 2024, en recourant à :
 - L'affectation d'excédents du régime général de la sécurité sociale sous la forme d'affectation à la CNSA d'une quote-part de la CSG. En particulier, une fraction du produit de la sous-

indexation des pensions prévue pour 2020 pourrait être affectée aux mesures d'urgence proposées pour le secteur ;

- La priorisation dans l'arbitrage annuel de l'ONDAM de l'enveloppe de l'objectif général de dépenses personnes âgées ;
- Un décaissement du Fonds de réserve des retraites (FRR).

En complément du financement public du nouveau risque de protection sociale, favoriser la mobilisation des patrimoines financiers et immobiliers

- Ne pas mettre en place d'une assurance privée obligatoire
- Favoriser le développement de produits d'assurance privée facultative en mettant en place un cadre clair et homogène pour ces contrats afin de sécuriser les souscripteurs et de favoriser leur développement
- Développer les instruments de mobilisation des patrimoines, en particulier les sorties en rentes viagères des produits d'épargne, les solutions mutualisées de viager et le prêt viager hypothécaire

Repositionner le Conseil départemental en proximité de la personne âgée et renforcer la

conduite partenariale de la politique du grand âge au niveau départemental

- Conforter le rôle d'animation territoriale du Conseil départemental en matière d'adaptation du cadre de vie de la personne âgée en perte d'autonomie
- Instaurer un co-pilotage des Maisons des aînés et des aidants entre ARS et Conseils départementaux
- Créer des conférences départementales du grand âge intégrant les conférences des financeurs et les CDCA, et dotées de missions élargies
- Expérimenter dans un nombre resserré de départements un pilotage unique des évaluations médico-sociales par les Conseils départementaux

Trois scénarii de pilotage de l'offre médico-sociale sont proposés

- Scénario n° 1 : Pilotage unifié avec possibilité de délégation de compétences
- Scénario n° 2 : L'ARS devient le pilote unique de l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées, à domicile comme en établissement et le Conseil départemental est le pilote de la stratégie départementale et l'interlocuteur de proximité de la personne
- Scénario n° 3 : Le Conseil départemental devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées, à domicile comme en établissement, et l'ARS est recentrée sur ses missions de contrôle

Renforcer les compétences de la CNSA, notamment en matière de pilotage financier et de garanties d'équité entre les territoires

- Conforter les missions de caisse de la CNSA, en lien avec la création d'un nouveau risque de protection sociale intégré dans le PLFSS

- Faire de la CNSA un garant de l'équité territoriale à travers la publication de données départementales de qualité de service à l'utilisateur
- Confier à la CNSA une mission d'animation et d'outillage du réseau des Maisons des aînés et des aidants
- Renforcer les compétences et les moyens de la CNSA dédiés au repérage des innovations à leur diffusion auprès des acteurs
- Confier à la CNSA le pilotage d'un chantier de rapprochement des systèmes d'information dans le secteur

Évaluer la réforme, notamment sur les aspects de gouvernance et de pilotage

- Prévoir une évaluation de la réforme dans un horizon de trois ans, comportant notamment une évaluation du système et des outils de gouvernance et de pilotage