

CONCOURS INTERNE SPÉCIAL DE CONTRÔLEUR DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES

ANNÉE 2025

**ÉPREUVE DE RÉPONSES À DES QUESTIONS
PORTANT SUR UN OU PLUSIEURS TEXTES À CARACTÈRE ADMINISTRATIF**

Novembre 2024

(Durée : 3 heures, coefficient: 1)

Le sujet comporte 40 pages (y compris celle-ci)

Textes à étudier :

1. Extrait de la Proposition de loi : Bâtir la société du bien vieillir en France – Assemblée Nationale – N° 643 – décembre 2022 (6 pages)
2. Rapport du défenseur des droits : Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD – mai 2021 – (Extraits) (17 pages)
3. Les principales mesures de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement – février 2020 (5 pages)
4. Fondation Robert Schuman, analyse comparée du 28 février 2011 : la prise en charge de la dépendance dans l'union européenne (8 pages)

Questions :

Vous pouvez répondre aux questions dans l'ordre que vous souhaitez en précisant à chaque fois le numéro de la question. Il sera tenu compte de la présentation, de la qualité de la rédaction et de l'orthographe.

Partie A (11 points sur 20)

Vous préciserez le **numéro du document** servant de référence à la rédaction de votre réponse et, chaque fois que nécessaire, **le ou les article(s)** des textes.

- Q1. Quel est le nouveau nom des logements-foyers ?
- Q2. Le projet personnalisé d'accueil en Ehpad comprend 5 volets, lesquels ?
- Q3. En 2010, en Espagne, combien de personnes percevaient une allocation destinée à couvrir les frais d'hébergement dans un établissement spécialisé ?
- Q4. Dans la proposition de loi relative à la société du bien vieillir en France, quels seraient les membres des instances départementales chargées du recueil, du traitement et de l'évaluation des alertes relatives aux personnes majeures vulnérables ?
- Q5. D'après la défenseure des droits, quelle est l'administration qui devrait renforcer ses contrôles sur la présence de clauses abusives dans les contrats de séjour, signés par les personnes accueillies en EHPAD ?
- Q6. Au Danemark, quelles sont les conséquences de la loi sur les services sociaux de 1987 ?
- Q7. Pour bâtir une société du bien vieillir, quelle expérimentation l'État prévoit-il de mettre en place concernant les prestations d'aides à domicile ?
- Q8. D'après la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, quelle est la définition d'un proche aidant ?
- Q9. A combien d'équivalents temps-plein s'élève la norme d'encadrement par résident en EHPAD, telle que fixée par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge ?
- Q10. Qu'est-ce que la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) ?
- Q11. Dans quel pays européen la part des personnes âgées de plus de 80 ans est la plus faible par rapport à la population totale du pays ?
- Q12. Selon le code de l'action sociale et des familles, quels sont les documents qui doivent être remis par le directeur à une personne accueillie en EHPAD au moment de son admission ?
- Q13. Comment est financée l'assurance dépendance en Allemagne ?
- Q14. A quelles exigences {européennes}, l'usage de la vidéosurveillance, au sein d'un EHPAD doit-il satisfaire ?
- Q15. Dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie, qui évalue la perte d'autonomie d'une personne âgée ? Comment ?

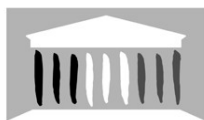
Q16. Quelles sont les propositions contenues dans le rapport gouvernemental à l'attention du parlement sur l'évaluation de l'organisation et des modalités de financement de l'offre de soutien à domicile ?

Q17. Donner une définition des mots soulignés dans le texte « Extrait du rapport du défenseur des droits : Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD » : « ratifiée, prohibition, entravée, compromis ».

Partie B (9 points sur 20)

Selon vous, quelles mesures pourraient être mises en place pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées ?

Vous rédigerez une réponse structurée en une trentaine de lignes maximum.



N° 643

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 décembre 2022.

PROPOSITION DE LOI

portant mesures pour **bâtir la société du bien vieillir en France**,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PROPOSITION DE LOI TITRE IER RENFORCER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES ET LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL

Article 1^{er}

Le chapitre III du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au début, est ajoutée une section 1 ainsi rédigée :

« Section 1 « Conférence nationale de l'autonomie

« Art. L. 233-1-A. – Une conférence nationale de l'autonomie assure le pilotage national de la politique de prévention. Elle est chargée de définir, dans le cadre d'un plan pluriannuel, les axes prioritaires pour l'élaboration des programmes coordonnés de financement des conférences des financeurs mentionnés à l'article L. 233-1. À cet effet, elle s'appuie sur un centre national de preuves de prévention de la perte d'autonomie et de ressources gérontologiques piloté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui évalue et labellise les équipements et aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile ou la prévention de la perte d'autonomie en établissement ;

« La composition de cette conférence est définie par décret. »

2° Est créée une section 2 intitulée : « Conférence des financeurs » et comprenant les articles L. 233-1 à L. 233-6.

3° L'article L. 233-1 est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « dans le respect des axes prioritaires définis par le plan pluriannuel établi par la conférence nationale de l'autonomie mentionnée à l'article L. 233-1-A » ;

b) Le 1° est ainsi modifié :

– le mot : « favorisant » est remplacé par les mots : « et notamment ceux évalués et labellisés ou recensés par le centre national de preuves de prévention de la perte d'autonomie et de ressources gérontologiques mentionné à l'article L. 233-1 A » ;

– Après le mot : « par », sont insérés les mots : « la mise en place de plateformes de location, » ;

c) Après le mot : « services », la fin du 4° est ainsi rédigée :

« autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du présent code. »

Article 2

L'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

2° Après le même alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Ces données sont notamment utilisées par les services sociaux et sanitaires :

« 1° Pour organiser un contact périodique avec les personnes répertoriées lorsque le plan d'alerte et d'urgence prévu à l'article L. 116-3 est mis en œuvre ;

« 2° Pour proposer aux mêmes personnes des actions visant à lutter contre l'isolement social. »

TITRE II PRÉSERVER L'EXERCICE DE LA CITOYENNETÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ EN LUTTANT CONTRE LES MALTRAITANCES

Article 3

I. – Le chapitre 1er du titre 1er du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au 1° de l'article L. 311-1, après la deuxième occurrence du mot : « sociaux », sont insérés les mots : «, prévention et lutte contre les maltraitances » ;

2° L'article L. 311-3 est ainsi modifié :

a) Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :

« 1° bis Un droit de visite de ses proches et un droit au maintien d'un lien social et à une vie familiale normale ; » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la personne majeure est dans l'impossibilité partielle ou totale de s'exprimer, elle est assistée ou représentée par la personne qui exerce à son égard une mesure de protection juridique, ou par la personne de confiance désignée selon les conditions prévues par la loi, ou à défaut, par un proche. »

II. – Le chapitre préliminaire du titre 1er du livre 1er de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1110-14 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-14. – Le patient accueilli au sein d'un établissement de santé bénéficie d'un droit de visite de ses proches, sauf à ce que ce patient s'y oppose. »

Article 4

Après l'article L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 116-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 116-2-1. – Une instance territoriale instituée dans chaque département est chargée du recueil, du traitement et de l'évaluation des alertes relatives aux personnes majeures en situation de vulnérabilité en raison de leur âge, leur maladie, leur handicap ou leur qualité de majeur protégé et victimes de maltraitance.

« Cette instance rassemble le président du conseil départemental, le représentant de l'État dans le département, le représentant de l'agence régionale de santé et les partenaires institutionnels ou associatifs concernés.

« L'instance conduit les enquêtes pluridisciplinaires nécessaires à sa mission d'évaluation et est dotée d'une structure de pilotage pour établir une synthèse des situations de maltraitance déclarées dans le département.

« Sa mission d'évaluation donne lieu, si nécessaire, à un signalement à l'autorité judiciaire.

« Les informations collectées dans le cadre de l'exercice de sa mission ne peuvent être conservées et utilisées que dans le strict cadre de cette mission.

« La composition, et les modalités de fonctionnement de cette instance sont définies par décret. »

Article 5

Le chapitre Ier du titre VII du livre IV du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 471-1 est ainsi modifié :

a) L'article L. 471-1 est complété par les mots : « , ou qui leur sont confiées dans le cadre du mandat de protection future. »

b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« Leur mission vise à garantir les libertés fondamentales de la personne protégée et l'exercice de ses droits. Elle consiste également à promouvoir son autonomie et son aptitude à décider, en s'assurant de l'expression de sa volonté. Elle est d'assurer, dans le cadre du mandat qui leur a été confié, la protection juridique de la personne, de protéger ses intérêts patrimoniaux et de contribuer à son accompagnement en lien avec les autres professionnels et intervenants.

« Cet accompagnement de la personne, qui s'effectue sans préjudice de l'accompagnement social auquel elle peut avoir droit, est destiné principalement à conforter la sécurité juridique de certains actes accomplis par cette dernière ou qui lui sont opposables, vérifier l'existence et la manifestation de son consentement, et aider la personne à faire valoir ses droits fondamentaux. Les modes d'intervention et limites de cet accompagnement sont déterminés par le mandat judiciaire confié au mandataire et mises en œuvre conformément au référentiel national fixé par voie réglementaire après avis de la Haute Autorité de Santé.

« Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs s'engagent à respecter une charte éthique et de déontologie portant sur les principes éthiques afférents à leurs modes de fonctionnement et d'intervention et leurs pratiques professionnelles. La charte est définie par voie réglementaire en associant notamment les mandataires professionnels et les représentants des usagers. »

2° Après l'article L. 471-8, il est inséré un article L. 471-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 471-8-1. – Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs informent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, l'autorité administrative et le juge des tutelles compétents de tout dysfonctionnement ou événement grave portant atteinte aux droits des personnes protégées, à leur santé, leur sécurité. Ils les informent également des démarches entreprises de nature à y remédier, en lien avec les différents intervenants auprès de la personne protégée. En présence d'une maltraitance au sens l'article L. 116-1 du présent code, les mandataires judiciaires à la protection des majeurs en informent également le procureur de la République. »

TITRE III

GARANTIR A CHACUN UN HEBERGEMENT AINSI QUE DES PRESTATIONS DE QUALITE ET ACCESSIBLES, GRACE A DES PROFESSIONNELS ACCOMPAGNES ET SOUTENUS DANS LEURS PRATIQUES

Article 6

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, l'État peut autoriser la mise en place d'une carte professionnelle pour les professionnels des services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que des professionnels des services mentionnés au 1° de l'article L. 7232-6 du code de travail et des professionnels intervenant en emploi direct, assurant des prestations d'aide à domicile.

II. – Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, ainsi que la liste des territoires concernés, sont déterminés par décret.

III. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation, aux fins notamment d'apprécier l'opportunité de son extension à l'ensemble du territoire et de sa pérennisation.

Article 7

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie verse une aide financière annuelle aux départements afin de contribuer au soutien à la mobilité des professionnels assurant des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile, intervenant au sein des services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles. Les modalités du versement de l'aide aux départements sont fixées par décret.

Article 8

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'organisation et les modalités de financement de l'offre de soutien à domicile, et appréciant l'équité du soutien public et de la régulation tarifaire entre les différentes formes de services à domicile existantes, notamment entre les services prestataires, associatifs et lucratifs, les services mandataires et l'emploi direct. Le rapport formule des propositions pour améliorer la lisibilité et l'équité de traitement des bénéficiaires de plan d'aide d'allocation personnalisée pour l'autonomie. Il formule également des propositions pour assurer une rémunération convergente des salariés de l'aide à domicile et soutenir leur mobilité, indépendamment du statut de leur employeur.

Article 9

L'article L. 132-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« S'agissant de l'aide sociale à l'hébergement aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 231-4 du présent code, les petits-enfants et leurs descendants sont dispensés de fournir cette aide à leurs grands-parents. »

3° Au début de la première phrase du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « II. – ».

Article 10

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport établissant le bilan de la mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement. Ce rapport évalue notamment l'opportunité de relever le seuil de recouvrement sur la succession des bénéficiaires.

Article 11

Avant la dernière phrase du 1° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Il peut financer, concurremment avec le forfait dépendance, des actions de prévention ».

Article 12

Le titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

A. – Le chapitre II est ainsi modifié :

1° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

b) Les deuxième et troisième alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les organismes pouvant procéder à cette évaluation sont accrédités par l'instance nationale d'accréditation mentionnée à l'article 137 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie ou par tout organisme européen équivalent signataire de l'accord multilatéral pris dans le cadre de la coordination européenne des organismes d'accréditation, dans des conditions prévues par décret.

« La Haute Autorité de santé définit le cahier des charges relatif aux exigences spécifiques, complémentaires à la norme d'accréditation, auxquelles sont soumis les organismes chargés des évaluations. L'instance nationale d'accréditation vérifie le respect de la norme d'accréditation et du cahier des charges.

« La Haute Autorité de santé peut informer l'instance nationale d'accréditation ou tout organisme européen mentionné au deuxième alinéa du présent article des manquements au cahier des charges mentionné au troisième alinéa dont elle a connaissance. L'instance nationale d'accréditation lui indique les mesures mises en œuvre à la suite de cette information. » ;

c) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « du cahier des charges mentionné au même premier alinéa et de leur habilitation par la Haute Autorité de santé » sont remplacés par les mots : « de l'accréditation mentionnée au deuxième alinéa » ;

d) Au dernier alinéa, les mots : « , les référentiels et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles au regard desquelles la qualité des prestations délivrées par les établissements et services est évaluée » sont remplacés par les mots : « et le référentiel au regard desquels la qualité des prestations délivrées par les établissements et services est évaluée, ainsi que d'élaborer ou de valider les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour l'accompagnement des publics énumérés au I de l'article L. 312-1 du présent code. » ;

b) L'article L. 312-8-1 est abrogé ;

2° L'article L. 312-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sont également fixées par décret les modalités de publication, par la même caisse, d'indicateurs applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du présent code, dans un format clair et accessible aux usagers et à leurs familles. Ces indicateurs

portent notamment sur l'activité et le fonctionnement de ces établissements et services, y compris en termes budgétaires et de ressources humaines, ainsi que sur l'évaluation de la qualité au sein de ces structures. ».

B. – Le chapitre III est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 313-1 est ainsi modifiée :

a) Le mot : « exclusivement » est remplacé par le mot : « notamment » ;

b) Les mots : « de l'évaluation mentionnée » sont remplacés par les mots : « des évaluations mentionnées » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 313-5, les mots : « de l'évaluation externe » sont remplacés par les mots : « des évaluations ».

Article 13

Le I de l'article L. 442-8-1-2 du code de la construction et de l'habitation est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La location de ces logements peut s'accompagner de celle de locaux communs situés dans le même immeuble ou groupe d'immeubles pour y mettre en œuvre le projet de vie sociale et partagée mentionné à l'article L. 281-1 du code de l'action sociale et des familles. »

Article 14

I. – La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

II. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

III. – La charge pour les collectivités territoriales est compensée à due concurrence par la majoration de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

TEXTE 2



Rapport | Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD 2021

La protection des droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD repose sur un ensemble de textes internationaux et européens ratifiés par la France et destinés à protéger tous les êtres humains, et en particulier les plus vulnérables d'entre eux.

S'il n'existe à ce jour aucun instrument international en matière de droit de la personne qui traite spécifiquement des droits des personnes âgées, l'ensemble des traités internationaux relatifs aux droits humains s'applique à tous de la même manière, y compris aux personnes âgées.

En ce sens, notamment, le Pacte international des droits civils et politiques (PIDCP) et le Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) imposent aux États l'obligation de garantir à tous l'exercice des droits qu'ils énoncent, parmi lesquels, le droit à un recours effectif, à la protection de la vie privée et familiale et à la jouissance du meilleur état de santé physique et mentale possible.

Plus spécifiquement, même si la vieillesse n'est pas synonyme de handicap, il n'en reste pas moins que les personnes âgées en situation de handicap ou de perte d'autonomie peuvent se prévaloir de la protection offerte par la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH).

En effet, au sens de la CIDPH, on entend par personnes handicapées les « *personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres* ».

La plupart des personnes âgées accueillies en EHPAD, même si elles ne jouissent pas d'une reconnaissance administrative au titre du handicap, répondent à cette définition.

La CIDPH fait d'ailleurs référence à l'âge concernant, par exemple, la mise en place d'aménagements adaptés en fonction de l'âge, l'importance de services d'assistance et de protection adaptés à l'âge ou encore dans le cadre des services de soins de santé destinés à réduire et à prévenir les nouveaux handicaps.

Ratifiée par la France en 2010, la CIDPH vise à réaffirmer le caractère universel, indivisible, interdépendant et indissociable de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales, et la nécessité d'en garantir la pleine jouissance aux personnes handicapées sans discrimination.

Cette Convention se fonde, entre autres, sur le respect de la différence, de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle et de l'indépendance des personnes, la participation et l'intégration pleines et effectives à la société, et l'égalité des chances. Elle proclame la prohibition des discriminations fondées sur le handicap, la reconnaissance de la personnalité juridique des personnes handicapées dans des conditions d'égalité, le droit d'être protégé contre la maltraitance et le droit de jouir du meilleur état de santé possible.

Au niveau européen, les personnes accueillies en EHPAD peuvent se prévaloir de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés *fondamentales* (CESDH) qui consacre, notamment, le droit de toute personne au respect de sa vie privée et familiale, l'interdiction de toute discrimination ainsi que le respect de la propriété.

La Charte sociale européenne révisée affirme également le droit à la protection de la santé et le droit des personnes âgées à une protection sociale incluant, pour celles vivant en établissement, la garantie d'une assistance appropriée dans le respect de la vie privée et la participation à la détermination des conditions de vie dans l'institution. Ces droits doivent être exercés sans discrimination.

En droit interne, l'exercice des droits et libertés individuels est garanti par l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Il est ainsi précisé que la personne accueillie a droit : au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité ; à aller et venir librement ; au libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes notamment dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ; à une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, *respectant son consentement éclairé* ; à la confidentialité des informations la concernant ; à l'accès à l'information relative à sa prise en charge ; à une information sur ses droits fondamentaux et les protections légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ; à la participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

En vue d'assurer l'exercice effectif de ces droits « *et notamment de prévenir tout risque de maltraitance* », une Charte des droits et des libertés de la personne accueillie (ci-après « *la Charte des droits* ») a été établie, laquelle doit être communiquée à chaque résident et affichée dans l'établissement. Y sont proclamés, notamment, les droits à la non-discrimination, à une prise en charge adaptée, à l'information, et le principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne accueillie.

Il existe donc un cadre juridique contraignant qui offre une protection élevée aux personnes âgées accueillies en EHPAD. Toutefois, il ressort nettement de l'examen des situations portées à la connaissance du Défenseur des droits que l'effectivité de ces droits n'est pas assurée.

A• Principe du libre choix, du consentement éclairé et droit à l'information de la personne accueillie

Toute personne, quel que soit son degré d'autonomie, a le droit d'exercer son libre arbitre et son droit de regard pour toutes les décisions qui concernent sa vie, avec le maximum d'autodétermination et d'indépendance au sein de la société.

Le libre choix du lieu de résidence

Les personnes âgées en perte d'autonomie doivent avoir la possibilité de choisir leur lieu de résidence et de mener une existence indépendante dans leur environnement habituel aussi longtemps qu'elles le souhaitent et que cela est possible.

Choisir librement son lieu de vie suppose, pour la personne âgée en perte d'autonomie, une offre couvrant un large spectre de réponses adaptées à ses besoins, allant du logement individuel, avec ou sans accompagnement par des services spécialisés, jusqu'à l'accueil en EHPAD, en passant par d'autres formules intermédiaires, tel le logement collectif ou inclusif.

Or, aujourd'hui la décision de vivre en EHPAD résulte moins souvent d'un libre choix de la personne âgée, que de contraintes liées à l'impossibilité pour elle de rester à son domicile en raison, notamment, de l'insuffisance des réponses apportées en matière de compensation aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie ou handicapées.

Le droit au libre choix du lieu de résidence s'entend également de la possibilité pour la personne âgée en perte d'autonomie de choisir l'établissement dans lequel elle souhaite être hébergée. Or, là aussi, ce choix est mis à mal par l'insuffisance de l'offre adaptée. L'indisponibilité de places dans les structures peut en effet conduire à un éloignement géographique et par conséquent familial.

Elle peut également se traduire par un accueil dans un établissement, certes plus proche de la famille, mais dont la prise en charge est inadaptée aux besoins de la personne âgée.

Enfin, peu d'établissements développent l'hébergement temporaire qui permet à la personne d'alterner les séjours en EHPAD et au domicile. Pourtant, ce court séjour offrirait à la personne la possibilité d'être accueillie pour une durée limitée, de se familiariser avec son futur lieu de vie et, ce faisant, de prendre une décision davantage éclairée.

La recherche du consentement éclairé

L'article L.311-3 du CASF pose le principe du libre choix de la personne accueillie en établissement entre les prestations qui lui sont offertes et du respect de son consentement éclairé quant aux conditions et aux modalités de sa prise en charge et de son accompagnement.

L'article 4 alinéa 2 de la Charte des droits oblige à rechercher le consentement éclairé de la personne en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et des conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

Conformément à l'article 12 de la CIDPH, les personnes placées sous un régime de protection juridique doivent bénéficier d'un régime de décision assistée qui respecte leur autonomie, leur volonté et leurs préférences, de sorte que leur consentement doit être recherché dès lors qu'elles sont dans la capacité d'exprimer leur volonté.

Dans les faits, les possibilités de recueillir le consentement effectif de la personne et de s'assurer des conditions d'un libre choix sont d'autant plus complexes à mettre en œuvre que l'entrée en établissement a souvent lieu en urgence, sans préparation préalable. La demande émane fréquemment des proches familiaux, ou des professionnels si la personne âgée est isolée.

Par ailleurs, les EHPAD accueillent une population de plus en plus dépendante, dont une proportion non négligeable de personnes atteintes de troubles cognitifs, ce qui représente une difficulté supplémentaire au recueil du consentement et à la participation des résidents. La faculté à consentir librement apparaît ainsi « inversement proportionnelle à la vulnérabilité des personnes. Lorsque les capacités physiques et cognitives déclinent ou sont altérées, les individus ne sont plus en mesure d'exprimer et de faire respecter leurs choix ». Face aux difficultés liées au recueil du consentement des personnes âgées à un hébergement en EHPAD – processus qui peut s'avérer long et qui nécessite un

accompagnement –, le Défenseur des droits constate un recours très fréquent à des demandes de mise sous protection juridique du futur résident – sans analyse de l’opportunité ni de la proportionnalité de cette mesure – se traduisant notamment par des mesures de mise sous tutelle, par nature restrictives de droits. En outre, la question du libre choix et du consentement de la personne accueillie *« se pose dans des termes d’autant plus complexes que les relations entre résidents et soignants sont marquées par une profonde asymétrie d’information et de pouvoir, ce qui peut inciter les premiers à s’en remettre à la volonté des seconds »*.

La formalisation du consentement par le contrat de séjour

Lors de son admission, le consentement du futur résident sur les objectifs et la nature de sa prise en charge et de son accompagnement doit être recueilli.

Afin de formaliser le consentement, l’article L.311-4 du CASF dispose qu’un contrat de séjour doit être conclu avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal.

Par ailleurs, en application de l’article D.311, I du CASF, seule la personne qui sera accueillie et, le cas échéant, son représentant légal peuvent signer le contrat de séjour.

Dans les situations dont il est saisi, le Défenseur des droits observe un non-respect fréquent de la procédure de conclusion du contrat de séjour telle qu’établie par la loi. Indépendamment de la capacité à consentir du résident, son consentement n’est pas formalisé et de nombreux contrats ne sont pas signés ou le sont par une personne autre que le résident ou son représentant légal.

Concernant la procédure de conclusion du contrat de séjour, l’alinéa 5 de l’article L. 311-4 du CASF prévoit un entretien du futur résident avec le directeur de l’établissement, ou toute autre personne formellement désignée par lui, et *« chaque fois que nécessaire »*, avec la participation du médecin coordonnateur de l’établissement. Le but de cet entretien est d’informer la personne *« de ses droits et s’assure[r] de leur compréhension »* ainsi que de rechercher le consentement. Il doit se faire *« hors de la présence de toute autre personne, sauf si la personne accueillie choisit de se faire accompagner par la personne de confiance »*.

Compte tenu de l’asymétrie d’information et de pouvoir évoquée plus haut, le Défenseur des droits considère que l’accompagnement de la personne doit être privilégié. Dès lors qu’une personne de confiance est désignée, elle devrait par conséquent être invitée à participer à l’entretien sauf si la personne accueillie s’y oppose.

Par ailleurs, si la recherche du consentement de la personne à son admission en EHPAD se matérialise par la signature du contrat de séjour, la délivrance d’informations erronées par le biais de stipulations abusives affaiblit la protection offerte par l’instrument contractuel.

En effet, il ressort des saisines du Défenseur des droits que certaines clauses abusives perdurent dans les contrats de séjour : clause indiquant que l’établissement ne peut être tenu responsable en cas de vol, perte ou détérioration des biens des résidents, clause concernant la date de départ de la facturation des prestations d’hébergement ou encore celle ayant trait à la facturation automatique de frais de remise en état des lieux.

La rétention de la caution pour cause de dégradation est au surplus fréquente alors qu’aucun état des lieux contradictoire n’a été réalisé, ni à l’entrée, ni à la sortie du résident, obligation pourtant prévue à l’article L.311-7-1 du CASF.

Le droit à une information claire, compréhensible et adaptée

Si le consentement libre et éclairé du résident constitue le fondement de la relation d'accompagnement, il ne peut y avoir de véritable consentement sans information. Or, le Défenseur des droits remarque que la prise de décision est souvent entravée par le manque d'informations du résident.

Le droit à l'information sur les modalités de prise en charge du résident, ses droits, les protections particulières, légales et contractuelles, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition est consacré à l'article L.311-3 alinéa 6 du CASF et à l'article 3 de la Charte des droits. Cette information doit être claire, compréhensible et adaptée aux besoins de la personne.

L'article L.311-4 du CASF traduit notamment ce droit par l'obligation de remise, au moment de l'admission, d'une copie des documents suivants : le livret d'accueil, la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour. Lors de la conclusion de ce contrat, le directeur de l'établissement doit informer le résident de ses droits et s'assurer de leur compréhension.

Or, le Défenseur des droits constate que ces documents ne sont pas systématiquement remis. Plus spécifiquement, l'information sur la tarification mise en place et les aides auxquelles la personne peut prétendre est rarement délivrée ou accessible. Ce défaut d'information concerne également le droit pour la personne accueillie de désigner une personne de confiance.

Le droit à la désignation d'une personne de confiance

Depuis la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, la personne âgée accueillie en EHPAD dispose du droit de désigner une personne de confiance qui dispose d'attributions propres dans le secteur médico-social : accompagner le résident et veiller au respect de ses droits dans le cadre de sa prise en charge médico-sociale.

La personne de confiance peut ainsi être consultée par le résident lorsque ce dernier rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits ; l'accompagner lors de l'entretien en vue de la conclusion du contrat de séjour afin de s'assurer de la validité de son consentement ; proposer des modifications de l'éventuelle annexe au contrat de séjour dédiée aux aménagements des conditions d'accueil. De plus, le résident peut lui confier expressément les attributions classiques de la personne de confiance dans le secteur sanitaire, telles que prévues à l'article L.1116-1 du code de la santé publique (CSP) : l'assister dans ses démarches, en tant que patient, et l'accompagner aux entretiens médicaux afin de l'aider dans les décisions sur la prise en charge de sa santé.

Conformément à l'article L. 311-5-1 du CASF, l'établissement doit l'informer, avant la conclusion du contrat de séjour, de son droit de désigner une personne de confiance. Les conditions dans lesquelles l'information sur ce droit doit être fournie sont établies par le décret du 18 octobre 2016.

Or, le Défenseur des droits perçoit, au fil de l'instruction des réclamations dont il est saisi, que le résident n'est souvent pas informé de ce droit et, surtout, que le rôle de la personne de confiance n'est pas bien compris par les parties prenantes, fréquemment confondu avec celui du représentant légal.

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la Santé

Recommandation n°1

De veiller à ce que les directions de tous les EHPAD planifient, dans les meilleurs délais, un audit externe portant sur la validité des contrats de séjour de toutes les personnes accueillies et de procéder, le cas échéant, à leur régularisation.

Recommandation n°2

D'inciter les directions des EHPAD à proposer, lorsque cela possible, au futur résident d'alterner, dans un premier temps, les séjours en établissement et au domicile, afin de permettre un choix éclairé.

Recommandation n°3

D'inscrire dans une disposition réglementaire l'obligation d'intégrer dans le livret d'accueil, la Charte des droits, le règlement de fonctionnement et les contrats de séjour de l'EHPAD, un volet en « *facile à lire et à comprendre* » (FALC) pour tous ceux qui rencontrent des difficultés de compréhension.

Recommandation n°4

D'engager des actions de sensibilisation auprès des professionnels, des résidents et de leurs proches sur le rôle de la personne de confiance dans le secteur médico-social.

Recommandation n°5

De prévoir, par une disposition réglementaire, l'obligation d'inscrire le nom et les coordonnées de la personne de confiance désignée par le résident dans son dossier administratif.

Recommandation n°6

De modifier l'article L. 311-4 du CASF relatif à la présence de la personne de confiance lors de la conclusion du contrat de séjour afin que la personne de confiance désignée soit systématiquement invitée à participer à l'entretien sauf si la personne accueillie s'y oppose.

La Défenseure des droits recommande aux agences régionales de santé (ARS) et aux conseils départementaux (CD)

Recommandation n°7

De veiller à ce que les directions des EHPAD renforcent l'information du résident et de ses proches sur les modalités de prise en charge, les prestations proposées, les mesures de protection, les voies de recours ainsi que le droit pour la personne accueillie de désigner une personne confiance.

Recommandation n°8

D'inciter les directions des EHPAD à désigner un référent chargé de veiller à la recherche effective du consentement des résidents, la nomination de ce référent « *consentement* » s'inscrivant dans le projet d'établissement.

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance

Recommandation n°9

De renforcer les contrôles des EHPAD par la Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes (DGCCRF) portant sur la vérification de l'absence de clauses abusives dans les contrats de séjour.

B• Le droit à une prise en charge et à un accompagnement adaptés

L'article 19 de la CIDPH garantit aux personnes âgées en situation de handicap, résidant en établissement, l'accès aux services nécessaires pour « *leur permettre de vivre dans la société et de s'y insérer et pour empêcher qu'elles ne soient isolées ou victimes de ségrégation* ». La Charte sociale européenne assure quant à elle, dans son article 23, « *aux personnes âgées vivant en institution l'assistance appropriée dans le respect de la vie privée, et la participation à la détermination des conditions de vie dans l'institution* ».

Tout comme l'article L. 311-3 3° du CASF, l'article 2 de la Charte des droits affirme le droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté de la personne accueillie qui doit se voir proposer une prise en charge individualisée et la plus adaptée possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

La mise en place du projet personnalisé

Le droit à une prise en charge et à un accompagnement adaptés se traduit par la mise en place, pour chaque personne accueillie en EHPAD, d'un projet personnalisé qui comprend différents volets, tels que vie quotidienne, vie sociale, soins, soutien psychologique et accompagnement en fin de vie.

Le projet personnalisé permet de poser clairement les termes du compromis entre le respect de la liberté de choix des prestations par le résident et la mission de protection des personnes qui relève de l'institution. Son élaboration doit être l'occasion de proposer un accompagnement et des activités en adéquation avec les attentes et les besoins de chaque résident.

Alors que les EHPAD sont tenus d'élaborer un projet personnalisé pour chaque résident, cette obligation n'est assortie d'aucun texte *réglementaire contraignant précisant les conditions et modalités de sa mise en œuvre*. Seules existent des recommandations de bonnes pratiques formulées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), aujourd'hui intégrée à la Haute Autorité de santé (HAS). Ce cadre apparaît insuffisant.

Le Défenseur des droits observe en effet que, bien que les établissements élaborent des documents nommés « *projets personnalisés* », ces derniers sont souvent réalisés unilatéralement par les professionnels, sans la participation du résident. Les EHPAD publics, en particulier ceux rattachés à

un établissement hospitalier associent ainsi rarement les résidents au projet personnalisé, probablement en raison de la prédominance de la culture sanitaire.

En conséquence, ce projet est souvent inadapté aux besoins de la personne accueillie et est loin de constituer un contrat d'accompagnement traduisant la volonté et les choix exprimés par la personne elle-même.

De surcroît, alors que les règles de bonnes pratiques établissent que l'actualisation des projets personnalisés des résidents devrait être réalisée chaque année, dans la majorité des cas, ces projets ne sont pas réévalués, même en cas de dégradation de l'état de santé du résident.

Pourtant, impliquer le résident dans l'élaboration de son projet personnalisé et être à son écoute dès lors que ce dernier souhaite qu'il soit réévalué est déterminant. En effet, différentes études mettent en évidence le fait qu'encourager les personnes à exprimer leurs attentes et les faire participer aux prises de décisions non seulement renforcent leur satisfaction mais « *favorisent même leur rétablissement* ».

Les freins institutionnels à la prise en charge et à l'accompagnement adaptés

Une prise en charge individualisée suppose une formation ou au minimum une sensibilisation du personnel et, dans le cas où le personnel est habitué à une prise en charge sanitaire de type hospitalier, un certain renversement de perspective est nécessaire.

Le Défenseur des droits constate que le droit à l'accompagnement individualisé et adapté est compromis par le manque de moyens, humains et financiers, des établissements. Même certains soins, comme ceux qui relèvent de la toilette, sont organisés dans une logique comptable pour réduire les effectifs du personnel.

En vertu du II de l'article D.312-155-0 du CASF, les EHPAD doivent, pour assurer leurs missions, disposer d'une équipe pluridisciplinaire comprenant – outre le directeur et le personnel administratif – au moins un médecin coordonnateur, un professionnel infirmier, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques (AMP), des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs. Or, le Défenseur des droits remarque qu'une telle équipe n'est pas toujours mise en place au sein des établissements, ce qui compromet la qualité de la prise en charge, notamment paramédicale, de la personne accueillie.

Le Défenseur des droits souligne l'existence d'un décalage important entre les besoins des résidents et les effectifs réellement proposés par les EHPAD. La présence humaine – mesurée à travers le taux d'encadrement – est largement insuffisante pour une prise en charge respectueuse des droits du résident. Ces taux d'encadrement ne sont pas satisfaisants et ne correspondent pas aux besoins réels de la prise en charge. De plus, le ratio comprend le personnel soignant mais aussi le personnel administratif de l'EHPAD, qui n'accompagne pas directement les résidents.

Par ailleurs, le manque d'attractivité des métiers du secteur du grand âge (conditions de travail difficiles, salaires trop faibles, manque de reconnaissance, formation insuffisante...) *reste un facteur important des difficultés* chroniques en matière de recrutement. Les établissements se voient dès lors trop souvent contraints d'embaucher du personnel non formé et non qualifié.

L'absence de formation continue du personnel, notamment en matière de lutte contre la maltraitance, se surajoute à ces difficultés. Or, la formation des professionnels sur des sujets tels que

les spécificités du public accueilli, la bientraitance, la douleur... permet de répondre de manière plus adéquate aux besoins des personnes accompagnées. Elle favorise une consolidation des compétences et des pratiques professionnelles sur les aspects complexes de l'accompagnement.

Au grand nombre de postes vacants s'ajoute un important taux d'absentéisme qui touche massivement les métiers du grand âge, en lien avec la pénibilité des postes et le découragement lié aux conditions de prise en charge des résidents. Sont rapportés au Défenseur des droits des témoignages de professionnels qui affirment préférer quitter leur poste plutôt que continuer à travailler dans des conditions qui les rendent eux-mêmes maltraitants ou complices de certains actes.

Les conséquences sur la prise en charge et l'accompagnement des résidents

Au regard des réclamations dont est saisi le Défenseur des droits, plusieurs aspects de la prise en charge du résident, affectés par l'insuffisance des moyens des EHPAD, doivent faire l'objet d'une vigilance particulière.

Le glissement des tâches

Afin de pallier le manque de personnel, d'importants glissements de tâches – attribution de nouvelles tâches sans que les fiches de poste n'aient évolué – se mettent en place dans plusieurs établissements.

Il est fréquent d'observer des aides-soignants effectuant des actes infirmiers, des aides médico-psychologiques exécutant des tâches d'aides-soignants au lieu d'animer des activités culturelles, sociales, des loisirs, *ou encore des « dames de compagnie »* se substituant au personnel de l'établissement (aide au repas, toilettes, changes), voire même s'immisçant dans les soins aux résidents, sans aucun contrôle de la part de certaines directions d'établissement.

Ces glissements de tâches sont facilités par les nombreuses défaillances dans la gestion des ressources humaines, comme le manque d'élaboration des fiches de poste ou leur imprécision, la non vérification des diplômes, un défaut de planning, des entretiens annuels d'évaluation insuffisants et non formalisés, comme le soulèvent certaines ARS dans leur contribution écrite au Défenseur des droits.

La sécurité alimentaire des résidents

La protection du résident nécessite, tout d'abord, la satisfaction de ses besoins les plus fondamentaux. La sécurité alimentaire est primordiale.

S'agissant de l'organisation de la distribution des repas, selon les informations transmises au Défenseur des droits par plusieurs ARS, certains EHPAD s'exposent à des risques en ne disposant pas de protocoles définissant les échanges entre l'équipe de cuisine, le diététicien et les services sécurisant la chaîne alimentaire, notamment pour les personnes qui doivent suivre des régimes spéciaux.

Le Défenseur des droits a pu également relever que l'alimentation proposée aux résidents n'est pas toujours adaptée à leur degré d'autonomie. Par exemple, certains proches de résidents regrettent que les repas soient servis moulinés ou mixés plutôt qu'une aide humaine soit octroyée au résident qui ne peut plus couper seul ses aliments. Les régimes alimentaires sont aussi rarement pris en compte. Or,

le manque de qualité et l'inadéquation de la nourriture ainsi que l'insuffisance d'apport hydrique sont à l'origine de nombreux cas de malnutrition et de déshydratation, quand ils ne viennent pas plus directement dégrader l'état de santé.

Concernant les rythmes alimentaires, certaines ARS ont confirmé les informations issues des réclamations dont est destinataire le Défenseur des droits : certains établissements ne respectent pas les recommandations de bonnes pratiques relatives aux intervalles entre les repas – intervalle minimum de 12 heures entre le dîner et le petit déjeuner et intervalle minimum de 3 heures entre le goûter et le dîner. Il semble pourtant évident que l'organisation des repas doit être centrée autour des besoins des résidents et non des contraintes organisationnelles de l'établissement.

L'accès aux aides techniques

Le Défenseur des droits constate des difficultés récurrentes concernant l'obtention, la réfection ainsi que l'entretien des aides techniques nécessaires à la compensation du handicap ou de la perte d'autonomie (lunettes, appareils auditifs, prothèses dentaires...) de nature à porter atteinte à la dignité et à l'autonomie des personnes concernées. La déficience visuelle ou auditive, bien qu'elle ne soit pas visible, peut avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie des résidents en EHPAD ainsi que sur leurs fonctions cognitives. En pratique, l'accès à ces aides techniques dépend principalement de l'action individuelle, en particulier des familles. Les besoins des résidents isolés, n'ayant pas de proches pouvant se charger de ces démarches, sont rarement pris en compte par les établissements. Les fréquentes pertes et parfois vols d'appareils, suivis des difficultés de réfection, aggravent la situation, d'autant que le déplacement de la personne âgée est la plupart du temps nécessaire (pour réaliser des empreintes chez le dentiste, consulter l'ophtalmologue).

L'accès à la vie culturelle et aux activités de loisirs

La personne accueillie en EHPAD a le droit de participer, sur la base de l'égalité avec les autres, à la vie culturelle et à des activités de loisirs. La participation des personnes âgées aux activités culturelles et de loisirs est d'autant plus importante que ces activités sont créatrices de liens sociaux. Des personnes ayant différents niveaux d'autonomie se côtoient au sein d'un même EHPAD. Il revient dès lors à l'établissement de proposer des activités compatibles avec l'état de santé et le degré d'autonomie de chaque résident. La palette des activités proposées doit donc être suffisamment variée. De plus, les activités n'ont pas vocation à se dérouler exclusivement dans l'EHPAD.

Or, dans la pratique, les obstacles sont nombreux. Si l'individualisation de l'accompagnement du résident, dans la *perspective de favoriser son autonomie* personnelle, suppose une diversification des activités proposées, le financement de l'accompagnement de la dépendance en établissement, prévu par le décret du 21 décembre 2016, est basé sur la grille nationale AGGIR (autonomie-gérontologie-groupe iso ressources). Cette grille permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie mais l'évaluation se limite à l'accomplissement des actes essentiels à la vie quotidienne : s'habiller, faire sa toilette, se déplacer à l'intérieur du lieu de vie, en dehors du lieu de vie. Ainsi, les difficultés d'accès à d'autres droits – activité culturelle, inclusion dans la cité – résultant de leur perte d'autonomie ne sont pas compensées par ce financement.

Dès lors, le Défenseur des droits constate que c'est davantage une prise en charge standard, non individualisée, avec des activités définies uniquement en fonction des moyens de l'établissement qui

sont proposées. Les contraintes organisationnelles et les contingences du quotidien ne permettent pas, en général, une personnalisation de l'accompagnement. Si la personne accueillie est écoutée dans ses choix et habitudes, une distorsion se produit dès lors que les professionnels doivent y adjoindre l'impératif de continuité du service. En conséquence de cette offre inadaptée, près de la moitié des résidents ne participe pas chaque semaine aux activités proposées.

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la Santé

Recommandation n°10

D'adopter, au-delà des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), un cadre réglementaire définissant les conditions d'élaboration du projet personnalisé du résident.

Recommandation n°11

De fixer un ratio minimal de personnels travaillant en EHPAD en fonction du niveau d'autonomie et des soins requis des résidents. Elle recommande de suivre la proposition du Conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) qui fixe un objectif de norme d'encadrement de 0,8 effectif à temps plein (ETP) par résident.

Recommandation n°12

De revaloriser les diplômes et les parcours professionnels liés aux métiers de l'accompagnement à l'autonomie, comme préconisé dans le rapport El Khomri « *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge* ».

La Défenseure des droits recommande aux ARS et aux CD de s'assurer, lors des contrôles et des inspections

Recommandation n°13

Que le rôle et l'intervention des tiers, notamment des « *dames de compagnie* », au sein des EHPAD sont clarifiés dans le règlement intérieur de l'établissement.

Recommandation n°14

Que les directions des EHPAD proposent des activités accessibles et adaptées aux résidents les moins autonomes.

Recommandation n°15

Que le projet personnalisé est élaboré dans les délais et réévalué périodiquement avec la participation du résident. Une attention particulière sera portée aux aides techniques.

La Défenseure des droits recommande aux ARS

Recommandation n°16

De soutenir toute démarche initiée par les directions des EHPAD visant à mettre en place le marquage des appareils (prothèses auditives, dentaires...) afin de limiter les pertes d'appareillages.

Recommandation n°17

De s'assurer, lors des contrôles et inspections, de la mise en place à l'attention du personnel d'actions de sensibilisation et de prévention relatives aux risques de dénutrition et de déshydratation, ainsi que de l'adéquation de la nourriture et des solutions d'hydratation au degré d'autonomie du résident.

[...]

D• La liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir est une liberté fondamentale reconnue par les textes internationaux, notamment consacrée par l'article 13 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, l'article 12 du PIDCP et l'article 2 du protocole n°4 de la CESDH. Elle est, par ailleurs, consubstantielle au droit à l'autonomie de chaque personne en situation de handicap, consacré par les articles 3 et 19 de la CIDPH et par l'article 15 de la Charte sociale européenne, qui suppose que chaque personne ait le droit de se déplacer librement.

Composante de la liberté personnelle, elle est en outre un principe à valeur constitutionnelle, rattachée aux articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen et qualifiée de liberté fondamentale par le Conseil d'État.

Le Défenseur des droits rappelle que les mesures consistant à restreindre une liberté fondamentale ne peuvent être qu'exceptionnelles et, dans tous les cas, strictement nécessaires et proportionnées.

Les entraves fondées sur la sécurité des résidents

Le droit de toute personne accueillie en établissement médico-social d'aller et venir librement est rappelé à l'article L.311-3 1° du CASF.

Les personnes accueillies en EHPAD et présentant un besoin accru de surveillance, comme ceux atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, ont également le droit de circuler librement.

En 2004, la Conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir, rappelant que la liberté d'aller et venir est un droit inaliénable, a mis en exergue la problématique principale en ces termes : « *réussir à concilier pour chaque personne deux principes apparemment opposés : respecter la liberté et assurer la sécurité. L'ajustement continu à ces impératifs a pour but de permettre au personnel soignant d'assumer sa responsabilité de garantir la sécurité sanitaire des personnes et de respecter leur liberté* ».

Pourtant, les réclamations reçues par le Défenseur des droits font état d'atteintes à la liberté d'aller et venir des résidents, tant pour circuler au sein de l'EHPAD que pour en sortir. Certains témoignages évoquent l'interdiction de se rendre dans la chambre d'un autre résident, d'autres au restaurant avec des amis, sans qu'aucune contre-indication médicale n'ait été posée.

Plusieurs établissements imposent également des horaires d'entrée et de sortie pour les résidents et établissent des limitations de sortie, voire des interdictions. Le plus souvent, les contraintes organisationnelles de l'établissement – horaires des repas ou des soins, par exemple – sont à l'origine

de ce type de règles. Par ailleurs, tous les EHPAD ne disposent pas de la même configuration architecturale – accès sécurisé à un espace extérieur ; en centre-ville sans jardin ou patio, etc. – et ne permettent de ce fait pas la même liberté d’aller et venir.

De fait, le Défenseur des droits constate que le cadre réglementaire en vigueur, applicable aux établissements médico-sociaux, auquel les responsables et les professionnels des EHPAD se réfèrent pour définir les règlements de fonctionnement des structures et fonder leurs pratiques, est insuffisant pour garantir la liberté d’aller et venir des résidents.

Ainsi, l’article L. 311-4-1 du CASF et le décret du 15 décembre 2016 fixent le cadre normatif de référence, en créant notamment l’annexe 3-9-1 du CASF, relatif aux mesures individuelles permettant d’assurer l’intégrité physique et la sécurité du résident tout en favorisant l’exercice de sa liberté d’aller et venir. La procédure de mise en place de ces mesures est décrite à l’article R. 311-0-7 du CASF.

Si l’annexe 3-9-1 du CASF se réfère explicitement aux dispositions constitutionnelles garantissant la liberté d’aller et venir des personnes et prévoit que *« les mesures prises par l’établissement ne doivent pas être disproportionnées aux risques encourus par le résident et sont prévues seulement lorsqu’elles s’avèrent strictement nécessaires »*, il n’en reste pas moins que certaines dispositions du décret sont attentatoires à la liberté individuelle des résidents.

En effet, le décret permet l’adoption de mesures individuelles restrictives de liberté d’aller et venir, pouvant durer jusqu’à six mois, sans réévaluation ni contrôle judiciaire. Cette faculté concerne les résidents y ayant consenti mais également les résidents dans l’impossibilité de donner leur consentement, tant que la mesure apparaît nécessaire pour garantir leur sécurité. En organisant une telle privation de liberté, le cadre réglementaire actuel méconnaît la liberté individuelle.

Le recours aux dispositifs de géolocalisation

Certains établissements décident de recourir à des dispositifs de géolocalisation de leurs résidents, ce qui n’est pas sans conséquence sur leur liberté d’aller et venir.

En 2013, le Comité national de bientraitance et des droits (CNBD) a présenté une charte sur les bonnes pratiques relatives à l’emploi des dispositifs de géolocalisation en gérontologie au bénéfice de personnes âgées présentant des troubles des fonctions intellectuelles. Suivant le principe général de cette charte (article 1^{er}), le recours à la géolocalisation ne peut s’inscrire que dans le cadre d’un projet personnalisé de soins et d’accompagnement. Neuf autres articles énoncent des garanties pour la personne.

La Commission nationale de l’informatique et des libertés (CNIL) a également formulé des recommandations sur les systèmes de suivi et d’assistance électroniques des personnes âgées ou désorientées, le 24 juillet 2013. Selon la CNIL, les dispositifs de suivi et d’assistance électroniques ne doivent pas se substituer à l’intervention humaine. Ainsi, en aucun cas, il ne doit s’agir d’un substitut au manque de personnel. Il convient de tenter de recueillir l’accord de la personne concernée pour la mise en place du dispositif.

Les dispositifs doivent pouvoir être désactivés et réactivés aisément. La procédure de gestion des alertes doit être formalisée. Lorsque l’initiative de la surveillance émane de tiers, la mise en œuvre des dispositifs doit reposer sur une logique de prévention individuelle du risque. Plus généralement,

la pertinence de la mise en œuvre des dispositifs doit être analysée au cas par cas, notamment sur avis médical.

Si le recours aux dispositifs de géolocalisation est susceptible de permettre une certaine liberté en favorisant la sécurité de la personne, il comporte des risques pour le respect de la vie privée et pour la liberté de circuler. En conséquence, au regard de son caractère potentiellement attentatoire aux droits fondamentaux et aux libertés fondamentales des personnes concernées, le Défenseur des droits considère que le recours à un dispositif de géolocalisation pour les personnes accueillies en EHPAD devrait être encadré par la loi. La liberté d'aller et venir doit demeurer la règle ; la mise en place d'un dispositif de géolocalisation doit être exceptionnelle et ne concerner que les personnes désorientées. De plus, la mesure doit être nécessaire et proportionnée, et donc individualisée. Enfin, le consentement du résident doit être obtenu.

Le recours aux mesures de contention

La torture et les peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants sont prohibés par divers textes internationaux et européens. La Convention internationale contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants du 10 décembre 1984, ratifiée par la France en décembre 1986, définit la torture dans son article premier comme « *tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne (...)* ».

S'agissant de la contention en psychiatrie, la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a considéré que le fait de sangler un homme à un lit pendant une durée de 23 heures, alors qu'il n'est pas prouvé qu'il était strictement nécessaire de maintenir cette *mesure pendant toute cette durée*, caractérise pour la Cour un traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la CEDH.

En droit interne, sans vouloir justifier le bien-fondé de telles dispositions, il convient de souligner que le législateur n'attribue un cadre juridique à la contention que dans le seul secteur sanitaire psychiatrique.

Or, le Défenseur des droits note que la pratique de la contention physique – attachement, installation de barrières, *etc.* – et médicamenteuse – sédation – est répandue en EHPAD sur tout le territoire. Elle est notamment utilisée pour pallier le manque de personnel ou encore l'inadaptation de l'établissement à l'état de la personne. Le recours aux moyens de contention peut ainsi avoir pour simple origine des installations qui ne sont pas suffisamment sécurisées ou adaptées aux besoins du résident. De plus, le recours aux mesures de contention au sein de ces établissements est laissé à la libre appréciation des équipes. Il peut ainsi s'effectuer sans analyse de la proportionnalité, sans prescription médicale, sans limite dans le temps et sans être tracé.

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la Santé

Recommandation n°31

De modifier le cadre réglementaire en vigueur afin de garantir la liberté d'aller et venir des résidents, en prévoyant notamment une réévaluation des mesures individuelles restrictives de liberté avant six mois.

Recommandation n°32

D'inscrire dans le plan de contrôle des ARS de s'assurer que les restrictions de la liberté d'aller et venir de la personne désorientée sont nécessaires à la préservation de sa sécurité, strictement proportionnées au but poursuivi et limitées dans le temps.

Recommandation n°33

De diligenter une mission de l'IGAS sur le recours aux mesures de contention dans les établissements médico-sociaux.

La Défenseure des droits appelle l'attention du ministre des Solidarités et de la Santé

Recommandation n°34

Sur l'absence de fondement législatif autorisant le recours à la géolocalisation de personnes accueillies en EHPAD et lui recommande d'adopter, le cas échéant, un cadre législatif spécifique.

E· Le droit à la vie privée, à l'intimité et au maintien des liens familiaux

Le droit à la vie privée et à l'intimité pour les résidents en EHPAD est protégé en droit international par l'article 17 du PIDCP, l'article 22 de la CIDPH, l'article 8 de la CESDH et l'article 23 de la Charte sociale européenne, qui dispose que les États parties s'engagent « à garantir aux personnes âgées vivant en institution l'assistance appropriée dans le respect de la vie privée, et la participation à la détermination des conditions de vie dans l'institution ». Le droit au respect de la vie privée est également affirmé par l'article 9 du Code civil, l'article L.311-3 1° du CASF ainsi que l'article 12 de la Charte des droits. S'agissant des majeurs protégés, l'article 459 alinéa 3 du Code civil précise que « *sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intimité de la vie privée de la personne protégée* ».

Matériellement, chaque personne accueillie doit, au minimum, avoir à disposition un espace qui lui permette de se préserver du regard d'autrui lorsqu'elle le souhaite. Comme l'a indiqué l'ANESM : « *En collectivité, le risque d'atteinte à la dignité est multiplié par la proximité et le regard des autres. Alors que le corps constitue la base et le support privilégié du sentiment d'identité, le respect de l'intimité corporelle est déterminant. Le respect de la vie privée suppose qu'elle soit protégée activement et que l'on prévienne ses éventuelles atteintes* ».

Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD énumère les lieux qui relèvent d'un usage collectif et ceux qui sont exclusivement réservés à un usage privatif. Le logement, généralement la chambre et la salle de bain, constitue cet espace privé. Ainsi, même s'il a été jugé que la chambre du résident n'est pas considérée comme son domicile, elle demeure son logement et un lieu privatif et d'intimité.

Or, les saisines adressées au Défenseur des droits révèlent de fréquentes atteintes à l'intimité et à la dignité des résidents, telles que les toilettes et changes réalisés avec la porte de la chambre ouverte, l'absence de paravent dans les chambres doubles, l'impossibilité pour le résident de fermer sa chambre à clé, etc.

Le recours aux dispositifs de vidéosurveillance

La question du respect de la vie privée se pose de manière de plus en plus prégnante du fait du recours croissant aux dispositifs de vidéosurveillance au sein des EHPAD. En effet, l'installation de caméras à la demande des familles – dans le but de prévenir le risque de maltraitance – ou à l'initiative des directions d'établissement pour la sécurité du résident, se confronte au droit à la vie privée, à l'intimité et à l'image de la personne hébergée.

Dans les lieux ouverts au public, c'est-à-dire les lieux accessibles à toute personne tels les abords de l'EHPAD, l'usage de la vidéosurveillance ou vidéoprotection est encadré par les articles L. 251-1 et suivants du code de la sécurité intérieure et doit satisfaire aux exigences de protection des données issues des textes européens, notamment du règlement général sur la protection des données (RGPD). Le code de la sécurité intérieure prévoit que l'installation d'un système de vidéoprotection doit faire l'objet d'une demande d'autorisation adressée au préfet territorialement compétent et une *analyse d'impact* sur la protection des données peut-être conduite pour évaluer la nécessité et la proportionnalité du dispositif au regard des finalités poursuivies. En outre, les personnes susceptibles d'être filmées doivent en être informées par voie d'affiches. Les caméras installées dans les lieux dont l'accès est limité sont, quant à elles, soumises aux dispositions de la loi « *informatique et libertés* ».

L'article 226-1 du code pénal établit une présomption de consentement de la personne si les actes susceptibles de porter atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui ont été accomplis au vu et au su des intéressés, ce qui implique que la personne soit en mesure de s'y opposer en raison de sa compréhension de la situation.

Tel ne peut être le cas lorsque l'altération des facultés de la personne compromettent sa bonne compréhension et l'expression de son consentement. Ainsi, selon le cas, il peut s'avérer nécessaire de rechercher le consentement éclairé de l'intéressé et, le cas échéant, de solliciter l'accord du tuteur. À défaut, l'article 226-1 2° du code pénal sanctionne les atteintes à la vie privée par la voie de l'image, l'infraction étant constituée lorsque l'image d'une personne est fixée, enregistrée ou transmise, sans son consentement, alors qu'elle se trouve dans un lieu privé.

Par ailleurs, l'article 226-18 du même code sanctionne le fait de collecter des données à caractère personnel par un moyen frauduleux, déloyal ou illicite et l'article 226-21, le détournement de la finalité du dispositif.

En tout état de cause, le Défenseur des droits rappelle que la mise en place d'un système de vidéosurveillance à l'initiative de l'établissement ne peut en aucun cas se substituer à l'accompagnement humain et suppléer le manque d'effectifs. Il rappelle également que toute mesure de nature à porter atteinte au droit à la vie privée et familiale ne doit pas excéder ce qui est nécessaire à la protection de la santé ou des droits et libertés d'autrui, conformément au principe de proportionnalité précisé par la jurisprudence européenne. *Surtout, le résident doit donner son consentement à la surveillance de sa chambre, lieu de vie privatif, d'intimité.*

Le droit à une vie personnelle et familiale

Le droit au maintien des liens sociaux et familiaux est garanti aux personnes accueillies en EHPAD par l'article 23 de la CIDPH et par l'article L. 311-9 du CASF. S'agissant des majeurs protégés, l'article 459-2 du Code civil précise que toute personne sous mesure de protection juridique

entretient librement des relations personnelles avec tout tiers, parent ou non, et qu'elle a le droit d'être visitée par lui.

La Charte des droits rappelle l'importance accordée au maintien des liens entre le résident et sa famille ou ses proches. Selon son article 6 – *Droit au respect des liens familiaux* –, la prise en charge doit favoriser le maintien des liens familiaux et la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé ainsi que du souhait de la personne. L'article 8 – *Droit à l'autonomie* – précise dans le cadre de la liberté de circuler : « À cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées ». Enfin, l'article 9 – *Principe de prévention et de soutien* – énonce clairement que les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge doivent être prises en considération et que le rôle des familles ou des proches doit être facilité par l'institution.

Toutefois, les limitations de visites observées par le Défenseur des droits sont très fréquentes. Les jours, les horaires, les lieux – dans les parties communes de l'établissement, par exemple – peuvent être imposés. Des restrictions de visites, voire des interdictions de visites sans motif médical, sont parfois édictées en guise de représailles pour les familles considérées comme trop exigeantes. Or toute restriction au droit de visite ne peut qu'être exceptionnelle et justifiée au regard du bénéfice qu'elle peut apporter au résident. *Il est également important de souligner que* la vie affective des résidents n'est pas prise en considération. Très peu d'établissements offrent une prise en charge adaptée à la vie de couple. Le manque de chambres doubles ou de places au sein d'un même établissement conduit trop souvent à un hébergement séparé des conjoints.

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la Santé

Recommandation n°35

D'inscrire dans une disposition du CASF le droit de visite quotidien du résident par ses proches s'il le souhaite.

Recommandation n°36

D'élaborer un guide à l'usage des professionnels explicitant le cadre juridique de la mise en place des systèmes de vidéosurveillance.

La Défenseure des droits recommande aux ARS et aux CD

Recommandation n°37

De mener des actions de sensibilisation des personnels des EHPAD sur le respect du droit à l'intimité et à la vie privée.

[...]

TEXTE 3



Portail national d'information
pour les personnes âgées et
leurs proches

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Mis à jour le 14/02/2020

Le 1er janvier 2016, la loi publiée au journal officiel du 29 décembre 2015 entre en vigueur. Voici un tour d'horizon des principales mesures de cette loi, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, portée par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat chargée de la Famille, de l'Enfance, des Personnes âgées et de l'Autonomie.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement.

La loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions.

Enfin, en renforçant les droits et libertés des personnes âgées, elle vise à leur apporter une meilleure protection.

Des mesures concrètes pour améliorer le quotidien des personnes âgées et de leurs proches

Des mesures concrètes vont permettre aux personnes âgées de préserver au mieux leur autonomie et à leurs proches aidants de recevoir un soutien adapté à leur situation.

Ce sont principalement les départements, en charge de l'aide à l'autonomie des personnes âgées, qui vont être chargés d'appliquer ces nouvelles mesures.

Une réforme de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement se traduit par une réforme de l'APA à domicile dont la mise en place date de 2002.

Qu'est ce que l'APA à domicile ?

L'APA à domicile aide à financer le maintien à domicile des personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie (frais d'aide à domicile, aides techniques, hébergement temporaire, accueil de jour). Toutes les personnes qui remplissent ces conditions peuvent bénéficier de l'APA quels que

soient leurs revenus. En revanche, le montant d'aide attribué dépend des revenus. Une participation progressive est demandée à la personne bénéficiaire de l'APA au-delà d'un certain niveau de revenus.

Donner plus d'aide à ceux qui en ont besoin en revalorisant les plafonds des plans d'aide

Les plafonds nationaux des plans d'aide seront augmentés. Cette mesure permettra d'augmenter le nombre d'heures d'aide à domicile des personnes qui en ont le plus besoin, en particulier celles qui atteignent actuellement le plafond de leur plan d'aide alors qu'elles auraient besoin d'un nombre d'heures d'intervention supérieur.

Qu'est-ce qu'un plan d'aide ?

Une fois la demande d'APA réalisée, une équipe médico-sociale du conseil départemental se rend au domicile de la personne âgée. Cette équipe va évaluer le niveau de perte d'autonomie. Elle va classer ainsi la personne âgée dans le groupe iso-ressources (GIR) qui correspond à sa perte d'autonomie et déterminer avec elle l'ensemble de ses besoins.

Si le GIR est compris entre 1 et 4, la personne est éligible à l'APA et l'équipe va faire une proposition de plan d'aide adapté à la situation. Les montants des plans d'aide sont plafonnés en fonction du GIR. La proposition de plan d'aide indiquera :

- le classement GIR,
- les aides proposées, par exemple : le nombre d'heures d'aide à domicile accordées, le nombre de repas portés à domicile...,
- le coût de ces aides,
- la participation financière laissée à la charge de la personne.

Renforcer l'accès à l'APA

Les bénéficiaires de l'APA gagnant moins de 800 € (ce qui correspond au niveau actuel de l'ASPA, l'allocation de solidarité aux personnes âgées) seront désormais exonérés de participation financière.

Le montant de la participation financière des bénéficiaires de l'APA ayant les plans d'aide les plus importants va également être diminué. Cela permettra d'éviter qu'en raison d'un reste-à-charge trop important à payer, les personnes âgées renoncent à l'aide dont elles ont besoin.

Mieux prendre en compte les besoins et les attentes des bénéficiaires

Lors de l'évaluation à domicile, l'équipe médico-sociale APA mettra en oeuvre une évaluation globale de la situation et des besoins de la personne, y compris en matière d'aides techniques ou de travaux d'adaptation du logement.

L'évaluation prend en compte aussi la situation et les besoins propres des proches aidants. Ces derniers bénéficieront également d'une information plus précise et plus complète sur l'ensemble des aides qui pourraient leur être utiles, et notamment le droit au répit (cf. ci-après).

A noter : Un décret d'application va préciser comment la réforme de l'APA sera mise en oeuvre concrètement.

La reconnaissance et le soutien des proches aidants

Une reconnaissance de l'action des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie

La loi reconnaît tout d'abord l'action du proche aidant en lui donnant une définition et lui reconnaissant des droits. Une personne qui vient en aide de manière régulière, à titre non professionnel, pour accomplir une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne d'une personne âgée en perte d'autonomie peut être considérée comme un proche aidant. Ainsi, peut être considéré comme proche aidant de la personne aidée :

- son conjoint,
- le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin,
- un parent,
- un allié ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables.

Des temps de repos facilités pour les proches aidants

Afin de soutenir les proches aidants, la loi instaure **un droit au répit**, intégré à l'APA, pour permettre aux proches aidants qui ne peuvent pas être remplacés et dont la présence ou l'aide est indispensable à la vie au domicile du bénéficiaire de l'APA de prendre un temps de repos. L'accueil de la personne aidée dans un accueil de jour ou un hébergement temporaire pourra être financé jusqu'à 500 € par an au-delà des plafonds de l'APA. Cette enveloppe pourra aussi servir à financer des heures d'aide à domicile supplémentaires.

La prise en charge des bénéficiaires de l'APA dont le proche aidant est hospitalisé

En cas d'hospitalisation d'un proche aidant qui ne peut être remplacé et dont la présence ou l'aide est indispensable à la vie à domicile, une aide ponctuelle pourra être accordée. Son montant pourra atteindre jusqu'à 992 euros au-delà des plafonds de l'APA.

Un soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Une nouvelle organisation et des financements supplémentaires pour la prévention de la perte d'autonomie au niveau du département

Dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie va adopter un programme coordonné de financement des actions de prévention pour toutes les personnes âgées de 60 ans et plus. La conférence a vocation à financer à la fois des actions collectives de prévention et de lutte contre l'isolement, mais aussi des aides individuelles pour faciliter l'accès aux aides techniques pour les personnes âgées à revenus modestes. Cette conférence des financeurs, présidée par le président du conseil départemental et vice-présidée par le directeur général de l'ARS (agence régionale de santé), réunit toutes les institutions impliquées dans la prévention : caisses de retraite, organismes régis par le code de la mutualité,

ANAH (Agence nationale de l'habitat)...

Les logements-foyers rebaptisés résidences-autonomie et modernisés

La loi donne un nouveau souffle aux logements foyers renommés « résidences autonomie » et renforce leur rôle dans l'offre d'habitat intermédiaire entre le domicile et l'institution pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes.

Pour mieux valoriser leur mission de prévention de la perte d'autonomie, les résidences-autonomie pourront bénéficier d'un financement spécifique pour les actions individuelles ou collectives de prévention à destination de leurs résidents, et de personnes extérieures. De plus, le rapport annexé à la loi prévoit de soutenir certaines résidences autonomie dans leurs travaux de rénovation et de réhabilitation au travers d'un plan d'aide à l'investissement.

À noter : les résidences-autonomie (ex-logements-foyers) seront prochainement référencées dans l'annuaire du portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

Un renforcement de la transparence et de l'information sur les prix pratiqués en EHPAD

L'annuaire du portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr comportera d'ici fin 2016 :

- les prix de l'hébergement pratiqués par l'ensemble des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) publics, associatifs et privés commerciaux. Les prix affichés correspondront à un socle de prestations liées à l'hébergement défini par un décret en cours de publication, ce qui facilitera la comparaison des prix des établissements.
- les tarifs dépendance en vigueur dans l'établissement.

Le calcul du reste-à-charge en EHPAD, déjà possible grâce au simulateur proposé sur le portail, sera également simplifié. Les internautes auront un accès direct à une information claire sur les tarifs appliqués et les aides financières possibles. Enfin, ils n'auront plus à téléphoner aux EHPAD pour récupérer les tarifs pratiqués avant de lancer la simulation.

Afin de renforcer les droits des résidents en EHPAD, la loi définit par ailleurs les sanctions encourues par les établissements qui ne respecteraient pas certaines obligations, alors même qu'ils opèrent dans un secteur où par essence le consommateur est généralement vulnérable.

Par ailleurs, la loi prévoit une réforme du financement des EHPAD pour poursuivre les efforts de médicalisation de ces derniers (présence de personnels soignants), pour mieux prendre en compte la perte d'autonomie des personnes âgées accueillies.

À noter : La création du portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr est une mesure de la loi, concrétisée avant même sa promulgation. Sept mois après sa mise en ligne, plus de 500 000 personnes ont visité le portail.

Une réaffirmation des droits et libertés des personnes âgées

Les personnes âgées résidant dans des établissements médico-sociaux ou faisant appel à un service médico-social auront désormais la possibilité de désigner une personne de confiance dans le cas où elles rencontreraient des difficultés dans la compréhension de leurs droits. La désignation de la personne de confiance était jusqu'alors uniquement réservée aux personnes hospitalisées.

La loi renforce également la procédure d'acceptation du contrat de séjour au moment de sa signature à l'entrée en maison de retraite, permettant de mieux s'assurer du consentement de la personne accueillie, de la connaissance et de la compréhension de ses droits.

Enfin, des actions de communication pour faire connaître le mandat de protection future qui permet d'anticiper sa perte d'autonomie et organiser à l'avance sa propre protection, seront mises en place.

Comment les mesures de la loi seront-elles financées ?

Des mesures concrètes vont améliorer la vie quotidienne des personnes âgées et de leurs proches, comme la réforme de l'APA à domicile (allocation personnalisée d'autonomie) ou la création d'un droit au répit pour les proches aidants.

Ces mesures seront financées en rythme de croisière par l'affectation à la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) d'une partie de la recette de la CASA (contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie), soit environ 700 millions d'euros par an. Ce financement permettra aux départements de couvrir les dépenses nouvelles liées à la mise en oeuvre des mesures prévues par la loi.

La CASA, Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie

La CASA est un prélèvement social de 0,3 % sur les prestations retraites et les pensions d'invalidité, instauré par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. C'est l'équivalent du prélèvement de 0,3 % effectué sur les salaires au titre de la journée de solidarité, créée après la canicule de 2003. Pour en savoir plus sur la CASA, consulter [le site de la CNSA](#).

Analyse comparée

La prise en charge de la dépendance dans l'Union européenne

Résumé Le vieillissement de la population conjugué à l'affaiblissement des solidarités familiales, lui-même lié au travail des femmes et à l'urbanisation croissante, font de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées un problème commun à tous les pays européens.

L'analyse de la manière dont six d'entre eux traitent ce problème (Allemagne, Angleterre¹, Danemark, Espagne, Italie et Pays-Bas) illustre la diversité des solutions possibles. L'Allemagne et l'Espagne ont mis en place des dispositifs spécifiques et globaux de prise en charge de la dépendance, à la différence du Danemark, où les prestations des services sociaux locaux ont progressivement évolué pour tenir compte des besoins de la population vieillissante. L'Angleterre, l'Italie et les Pays-Bas établissent une distinction entre les soins et les autres prestations dont les personnes en perte d'autonomie ont besoin, les premiers relevant du système de santé et les secondes étant fournies par les collectivités locales.

Introduction En France, où un débat national est en cours, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 16,6 % de la population et les plus de 80 ans 5,2 %² en 2010. Le « taux de dépendance vieillesse³ », c'est-à-dire le nombre de personnes de plus de 65 ans rapporté au nombre de personnes âgées de 15 à 64 ans, était de 25,81 % pour 2010. Il est estimé à 39,02 % pour 2030 et à 45,2 % pour 2060. Actuellement, les personnes âgées dépendantes peuvent percevoir l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui est versée par le département et dont le montant mensuel dépend du degré de dépendance, du mode d'hébergement (à domicile ou en établissement) et des revenus du bénéficiaire. Ainsi, pour les personnes qui vivent chez elles, le montant maximal varie entre 530 et 1 235 € selon le degré de dépendance.

Plus d'un million de personnes de plus de 60 ans bénéficient de l'APA, mais les sommes octroyées sont généralement insuffisantes, en particulier pour que les intéressés puissent supporter les frais d'hébergement dans un établissement spécialisé. Ce sont donc les familles qui assurent encore pour l'essentiel le financement de la dépendance. Comme la prise en charge de la dépendance par la sécurité sociale - au même titre que les autres risques déjà couverts (maladie, vieillesse, famille et accidents du travail) - entraînerait une augmentation des cotisations sociales, la création d'une cinquième branche paraît actuellement exclue, et il semble que l'on s'oriente vers un double dispositif faisant appel à la solidarité pour les plus modestes et à l'assurance privée pour les autres.

L'APA serait donc réformée : ses modalités d'attribution seraient modifiées et le budget qui lui est affecté serait augmenté, par le biais d'une deuxième journée de solidarité ou d'un accroissement du taux de la CSG payée par les retraités. Quant à la souscription, facultative, d'une assurance privée pour les personnes exclues du régime de solidarité, elle serait encouragée par l'octroi d'un crédit d'impôt.

Néanmoins, aucune piste n'est encore définitivement arrêtée. Du reste, c'est en juillet 2011 que les quatre groupes de travail chargés de réfléchir à la prise en charge de la perte d'autonomie, qui ont été mis en place en janvier 2011, doivent rendre au président de la République leurs conclusions, sur lesquelles le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 devrait se fonder.

Ces quelques données justifient le débat actuel relatif à la mise en place d'une cinquième branche de la sécurité sociale - avec les questions que pose le financement de cette assurance dépendance - et conduisent à s'interroger sur les dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées dans plusieurs États membres de l'Union européenne choisis parce que leurs systèmes de protection sociale relèvent d'inspirations différentes et offrent une couverture plus ou moins généreuse.

¹ Dans le cadre de la dévolution des pouvoirs, l'Écosse et le pays de Galles ont mis en place des mesures différentes, de sorte que plusieurs dispositifs coexistent au Royaume-Uni.

² Sauf mention contraire, dans l'ensemble du document, les données démographiques sont celles d'Eurostat.

³ Cet indicateur, strictement démographique, ne tient compte ni du nombre réel de personnes âgées dépendantes ni de la survenance de plus en plus tardive de la dépendance.

Allemagne

→ Les données démographiques

En 2010, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 20,7 % de la population et les plus de 80 ans 5,1 %. Le taux de dépendance vieillesse était de 31,17 % pour 2010. Il est estimé à 46,23 % pour 2030 et à 59,08 % pour 2060.

→ Le dispositif public de prise en charge de la dépendance

La loi du 26 mai 1994 sur l'assurance dépendance, entrée en vigueur le 1er janvier 1995, couvre toutes les formes de pertes d'autonomie, indépendamment de l'âge. L'assurance dépendance a été réformée en juillet 2008, mais sans subir aucun changement fondamental. Les prestations ont alors été revalorisées. En contrepartie, les cotisations sociales grâce auxquelles le dispositif est financé ont été augmentées.

Obligatoire, l'assurance dépendance est adossée au régime d'assurance maladie : toute personne affiliée au régime légal d'assurance maladie ou à un régime privé est automatiquement affiliée à la caisse dépendance rattachée à son régime d'assurance maladie.

La loi de 1994 distingue trois niveaux de dépendance, en fonction desquels les prestations (soins corporels, aide ménagère, etc.) sont octroyées. Les bénéficiaires de l'assurance dépendance légale peuvent choisir entre des prestations en nature, dispensées à domicile ou en établissement, et des prestations en espèces. Ils peuvent aussi combiner les prestations en nature et les prestations en espèces. En revanche, les assurés d'une caisse privée ne peuvent percevoir que des prestations en espèces. L'octroi des prestations est indépendant des ressources des intéressés.

Par ailleurs, l'assurance dépendance prend en charge les dépenses de matériel spécialisé (lit médicalisé par exemple) ainsi que, dans la limite d'un forfait, les frais liés à l'aménagement du logement.

Le financement est assuré par des cotisations sociales, partagées de façon égale entre les salariés et les employeurs, et dont le taux est de 1,95 %. Afin de compenser la part patronale, un jour férié a été supprimé en 1995. Les personnes qui n'ont pas d'enfants paient une cotisation supplémentaire de 0,25 % et les retraités participent au financement de l'assurance dépendance par le versement d'une cotisation égale à 1,95 % de leur pension.

→ Le nombre de bénéficiaires

D'après le ministère de la santé, en décembre 2009, 2,37 millions de personnes bénéficiaient de l'assurance dépendance, parmi lesquelles 2,24 millions au titre du régime légal. Bien que le montant des prestations en nature soit plus important que celui des prestations en espèces (pour éviter tout détournement), environ 70 % des bénéficiaires optent pour la seconde formule. Depuis 1995, le nombre des bénéficiaires de l'assurance dépendance légale a évolué de la manière suivante :

1995	1 061 418
2000	1 822 169
2005	1 951 953
2009	2 240 077

Environ 70 % des bénéficiaires de l'assurance dépendance légale vivent à domicile. Parmi eux, un tiers reçoivent des prestations d'opérateurs privés, tandis que les autres sont assistés par un proche en partie rémunéré grâce à l'assurance dépendance.

→ Les perspectives

Les dépenses de l'assurance dépendance légale, exprimées en milliards €, ont augmenté ainsi :

1999	15,6
2002	16,5
2006	17,1
2009	19,3

Les résultats de la branche dépendance, négatifs entre 1999 et 2007 (sauf en 2006), s'établissaient à + 0,99 milliard € en 2009.

On estime qu'il y aura plus de 3 millions de personnes dépendantes en 2040. Le ministre de la santé a annoncé en octobre 2010 qu'une réforme de l'assurance dépendance aurait lieu en 2011. Il juge nécessaire de compléter le dispositif actuel, qui repose sur la répartition, par un système par capitalisation permettant à chacun de financer son propre risque.

Angleterre

→ Les données démographiques

En 2009, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 16,3 % de la population et les plus de 80 ans 4,6 %. Le taux de dépendance vieillesse était de 24,72 % en 2010. Il est estimé à 33,23 % pour 2030 et à 42,14 % pour 2060.

→ Le dispositif public de prise en charge de la dépendance

La loi de 1990 sur le Service national de santé et sur l'assistance (National Health Service and Community Care Act) établit une nette distinction entre les soins, qui relèvent de la compétence du Service national de santé, et l'assistance, confiée aux collectivités locales. Elle donne, à ces dernières, pleine compétence pour l'ensemble de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les collectivités locales doivent planifier et organiser l'offre de services, mais n'ont pas l'obligation de les fournir directement : elles peuvent recourir à des prestataires privés ou financer les intéressés pour qu'ils achètent les services dont ils ont besoin. En règle générale, ces services sont totalement à la charge des personnes dont le patrimoine dépasse un certain niveau, fixé pour 2010-2011 à 23 250 £ (soit environ 27 000 € d'après le cours de change au 1er janvier 2011). Les autres bénéficiaires doivent payer un ticket modérateur, dont le mode de calcul varie d'une collectivité à l'autre.

Les personnes âgées d'au moins 65 ans et qui ont besoin d'une aide peuvent percevoir la prestation d'assistance (attendance allowance). Le montant de cette prestation dépend du degré de dépendance. Depuis le 6 avril 2010, il s'établit à 71,40 ou 47,80 £ par semaine (soit environ 84 € ou 56 € d'après le cours de change au 1^{er} janvier 2011). Cette prestation est attribuée sans condition de ressources et son utilisation n'est pas contrôlée : elle constitue un supplément de revenus.

→ Le nombre de bénéficiaires

En 2008-2009, 1,22 million de personnes âgées de plus de 65 ans bénéficiaient d'une assistance en nature des collectivités locales : environ un million sous forme de prestations à domicile, tandis que les autres étaient hébergées en établissement spécialisé.

À la fin du mois de février 2010, 58 523 personnes recevaient la prestation d'assistance. Elles étaient 65 864 en 2001. Les trois quarts des bénéficiaires perçoivent le montant maximal.

→ Les perspectives

Le dispositif actuel est considéré comme peu satisfaisant : il est jugé coûteux (9 milliards £ en 2008-2009 pour les seules dépenses des collectivités locales, soit environ 10,5 milliards € d'après le cours de change au 1^{er} janvier 2011) et opaque. Il n'est en effet pas certain qu'il serve les objectifs d'indépendance et de libre choix des personnes âgées. On critique aussi la disparité du ticket modérateur selon les collectivités, le fait que les ménages supportent une part importante du coût de la dépendance et que le système pénalise indirectement l'accumulation de l'épargne.

Sa réforme est envisagée depuis plusieurs années. La création d'un socle de soin gratuits pour tous et financés par l'impôt a été proposée par plusieurs commissions.

Obligatoire, l'assurance dépendance est adossée au régime d'assurance maladie : toute personne affiliée au régime légal d'assurance maladie ou à un régime privé est automatiquement affiliée à la caisse dépendance rattachée à son régime d'assurance maladie.

La loi de 1994 distingue trois niveaux de dépendance, en fonction desquels les prestations (soins corporels, aide ménagère, etc.) sont octroyées. Les bénéficiaires de l'assurance dépendance légale peuvent choisir entre des prestations en nature, dispensées à domicile ou en établissement, et des prestations en espèces. Ils peuvent aussi combiner les prestations en nature et les prestations en espèces. En revanche, les assurés d'une caisse privée ne peuvent percevoir que des prestations en espèces. L'octroi des prestations est indépendant des ressources des intéressés.

Danemark

→ Les données démographiques

En 2010, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 16,1 % de la population et les plus de 80 ans 4,1 %. Le taux de dépendance vieillesse était de 24,98 % pour 2010. Il est estimé à 37,85 % pour 2030 et à 42,66 % pour 2060.

→ Le dispositif public de prise en charge de la dépendance

La prise en charge de la dépendance n'a pas nécessité l'instauration d'un dispositif spécifique. Elle s'inscrit dans la logique du système de protection sociale : elle résulte d'une extension et d'une adaptation progressive des services sanitaires et sociaux aux besoins d'une population vieillissante.

La loi sur les services sociaux prévoit que toute personne peut bénéficier gratuitement des services dont elle a besoin pour préserver sa qualité de vie, rester à son domicile aussi longtemps que possible et maintenir ses capacités, physiques autant qu'intellectuelles.

Ce sont les communes qui ont la responsabilité de mettre en place ces services (aide à domicile, aménagement du domicile ou fourniture d'un logement adapté équivalent, soins de jour en établissement, etc.), qui sont octroyés gratuitement et indépendamment de la situation financière des intéressés. Les services sociaux de la commune décident de la nature des services nécessaires, mais il n'existe pas d'outil formel d'évaluation des besoins. Depuis 2002, les bénéficiaires ont le libre choix du prestataire, qui peut être une entreprise privée.

Par ailleurs, afin que les intéressés soient au courant des aides existantes, les communes ont l'obligation d'offrir deux visites annuelles à toute personne âgée de plus de 75 ans et qui ne bénéficie d'aucune assistance. Depuis 1987, la loi sur les services sociaux interdit la construction de nouvelles maisons de retraite⁴. En revanche, des logements adaptés ont été construits. De plus, tous les logements nouveaux doivent être accessibles aux personnes handicapées, et donc aux personnes âgées.

Aucune prestation en espèces n'est versée aux personnes âgées dépendantes, mais une allocation peut être octroyée aux membres de la famille qui prêtent leur concours aux personnes âgées.

Depuis 1996, dans chaque commune, les citoyens de plus de 60 ans élisent un « conseil des seniors », que le conseil municipal a l'obligation de consulter avant de prendre une décision concernant les personnes âgées. Le financement de l'ensemble du dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes est assuré par les impôts locaux et par des subventions de l'État.

→ Le nombre de bénéficiaires

En 2009, 182 265 personnes âgées de plus de 65 ans (c'est-à-dire 20 % des plus de 65 ans) ont bénéficié d'une aide à domicile. Ces prestations représentaient 668 108 heures par semaine, soit 3,7 heures hebdomadaires par bénéficiaire. Environ 80 % des prestations sont fournies sous forme de soins personnels, et les personnes âgées déplorent de ne pas recevoir suffisamment d'aide pour les tâches domestiques.

Environ 4 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivent dans un établissement spécialisé. Dans ce cas, les intéressés paient une contribution égale à 10 % ou 20 % de leurs revenus selon l'importance de ces derniers.

→ Les perspectives

Les dépenses consacrées aux personnes âgées ont évolué ainsi au cours des dernières années :

Année	Dépenses exprimées en milliards de couronnes, à prix constants (valeur de 2010)	Équivalent en milliards d'euros (d'après le cours de change moyen de la couronne en 2010)
2001	32,9	4,42
2003	33,3	4,47
2005	33,8	4,54
2007	35,7	4,79
2009	37,0	4,97

⁴ Il n'y avait plus que 9 436 places en maison de retraite en 2009, alors qu'il y en avait encore 27 635 en 2001.

Espagne

→ Les données démographiques

En 2010, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 16,9 % de la population et les plus de 80 ans 4,9 %. Le taux de dépendance vieillesse était de 24,43 % pour 2010. Il est estimé à 34,32 % pour 2030 et à 59,07 % pour 2060.

→ Le dispositif public de prise en charge de la dépendance

La loi n°39 du 14 décembre 2006 relative à la promotion de l'autonomie individuelle et à l'assistance aux personnes dépendantes prévoit la mise en place progressive, depuis le 1er janvier 2007, d'un dispositif de prise en charge de la dépendance qui couvre toutes les formes de perte d'autonomie, quelles qu'en soient les causes (âge, maladie, etc.).

La loi définit trois stades de dépendance et subdivise chacun d'eux en deux niveaux. Elle détermine aussi la liste des prestations en nature (depuis les dispositifs techniques visant à faciliter le maintien à domicile jusqu'à l'hébergement dans un établissement spécialisé) qui doivent être proposées aux personnes dépendantes par les services sociaux des communautés autonomes et, à défaut, par des prestataires privés accrédités. Selon la loi, c'est seulement si la fourniture directe de ces prestations est impossible que des allocations financières sont attribuées.

Le dispositif repose sur la coopération de l'État et des communautés autonomes : la loi nationale détermine le cadre dans lequel les communautés autonomes organisent la prise en charge des personnes dépendantes et l'État conclut avec les communautés autonomes des conventions pour l'application des dispositions nationales.

Sur le plan financier, la loi nationale prévoit également la coopération de l'État et des communautés autonomes, les crédits des communautés autonomes pour le financement de la dépendance devant être au moins égaux à ceux de l'État.

Les crédits de l'État se subdivisent en deux fractions : d'une part une contribution par personne dépendante et d'autre part un montant négocié avec chaque communauté autonome. Par ailleurs, les bénéficiaires participent au financement du dispositif en fonction de leur capacité contributive (revenus et patrimoine).

Pour chaque personne dont la dépendance a été reconnue, la contribution mensuelle minimale de l'État, fixée par voie réglementaire, s'établit ainsi :

	2010	2011
DÉPENDANCE GRAVE		
Niveau 2	266,57 €	266,57 €
Niveau 1	181,26 €	181,26 €
DÉPENDANCE SÉVÈRE		
Niveau 2	103,02 €	103,02 €
Niveau 1	70,70 €	70,70 €
DÉPENDANCE MODÉRÉE		
Niveau 2	Néant *	60,00 €
Niveau 1	Néant *	Néant *

* Entrée en vigueur progressive de la loi

Par ailleurs, un décret détermine chaque année le niveau mensuel maximal des prestations en espèces susceptibles d'être attribuées aux personnes dépendantes. Pour 2011, ces prestations s'établissent comme suit :

	Pour rémunérer une aide à domicile	Pour rémunérer un aidant familial	Pour payer d'autres services
DÉPENDANCE GRAVE			
Niveau 2	833,96 €	520,69 €	833,96 €
Niveau 1	625,47 €	416,98 €	625,47 €
DÉPENDANCE SÉVÈRE			
Niveau 2		337,25 €	462,18 €
Niveau 1		300,90 €	401,20 €
DÉPENDANCE MODÉRÉE			
Niveau 2		60,00 €	300,00 €
Niveau 1		Néant *	Néant *

* Entrée en vigueur progressive de la loi

Quant aux contributions des intéressés, elles sont déterminées par les communautés autonomes dans le cadre de règles fixées au niveau national et qui dépendent de la nature de la prestation fournie, de sorte qu'elles sont très diverses.

→ Le nombre de bénéficiaires

Au 1er décembre 2010, 654 499 personnes bénéficiaient d'au moins une prestation dépendance : 77 % d'entre elles étaient âgées d'au moins 65 ans, et 55 % de plus de 80 ans.

La prestation la plus souvent octroyée est l'allocation servant à rémunérer un aidant membre de la famille : quelque 380 000 personnes en bénéficiaient au 1er décembre 2010. Environ 130 000 personnes percevaient une allocation destinée à couvrir les frais d'hébergement dans un établissement spécialisé.

→ Les perspectives

En 2006, il avait été prévu que les crédits nationaux pour le financement de la dépendance augmentent progressivement et passent de 400 à 2 212 millions € entre 2007 et 2015, les contributions des communautés autonomes augmentant de façon parallèle.

En 2010, les crédits nationaux pour la dépendance ont été de quelque 1 500 millions €. Ils sont considérés comme insuffisants. L'Observatoire pour la dépendance a publié le 15 décembre 2010 une étude dans laquelle il souligne notamment l'insuffisance des crédits nationaux, qui ne couvrent que le tiers du coût total du dispositif.

L'étude insistait aussi sur la disparité de la prise en charge de la dépendance selon les communautés autonomes et sur l'absence de prise en charge de plus de 200 000 personnes.

Italie

→ Les données démographiques

En 2010, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 20,3 % de la population et les plus de 80 ans 5,8 %. Le taux de dépendance vieillesse était de 30,99 % pour 2010. Il est estimé à 42,45 % pour 2030 et à 59,32 % pour 2060.

→ Le dispositif public de prise en charge de la dépendance

Le dispositif public de prise en charge de la dépendance, secondaire par rapport à l'aide informelle assurée dans le cadre familial, est complexe et fait intervenir divers acteurs : les prestations en espèces sont versées par

l'État, tandis que les prestations en nature sont fournies par les régions et les communes.

Depuis 1988, les personnes de plus de 65 ans qui éprouvent des « difficultés persistantes » à accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne peuvent bénéficier d'une mesure auparavant réservée aux handicapés : elles peuvent percevoir l'indemnité d'accompagnement, prestation en espèces, versée par la sécurité sociale. L'indemnité d'accompagnement est versée quelles que soient les ressources des intéressés. En 2010, son montant mensuel était de 480 €. L'utilisation de l'indemnité d'accompagnement n'est pas contrôlée : elle constitue un supplément de revenus.

Les prestations en nature sont fournies par les régions et les communes : les services sanitaires (hébergement en établissement spécialisé, centres de jour, etc.) par les premières, et les autres par les

régions et les communes (aménagement du logement, aide à domicile, aide à la mobilité, etc.). Certaines régions fournissent également des prestations en nature, en général affectées.

En 2007, les dépenses publiques consacrées à la dépendance étaient estimées à quelque 17,3 milliards €, soit 1,13 % du PIB. L'indemnité d'accompagnement représente environ la moitié de ces dépenses, l'hébergement en établissement spécialisé environ 27 % et l'assistance à domicile 23 %.

→ **Le nombre de bénéficiaires**

On estime que 9,5 % des personnes de plus de 65 ans perçoivent l'indemnité d'accompagnement, que 3 % sont hébergées en établissement spécialisé et que 4,9 % bénéficient d'une assistance à domicile.

→ **Les perspectives**

L'indemnité d'accompagnement est critiquée pour son caractère forfaitaire : son montant ne tient pas compte du degré de dépendance.

Quant aux prestations en espèces, elles sont très différentes d'une région à l'autre et d'une commune à l'autre. De façon schématique, les structures et les prestations d'assistance aux personnes âgées sont beaucoup plus développées dans les régions du Nord que dans celles du Sud.

Le gouvernement considère que les dépenses publiques consacrées à la dépendance sont trop importantes et il envisage d'encourager les assurances privées. Le Fonds national pour la dépendance, créé par la loi de finances pour 2007 et que l'État mettait à la disposition des régions pour leur permettre de garantir un niveau minimum d'assistance, a été supprimé pour 2011.

Pays-Bas

→ **Les données démographiques**

En 2010, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 15,3 % de la population et les plus de 80 ans 3,9 %. Le taux de dépendance vieillesse était de 22,82 % pour 2010. Il est estimé à 40 % pour 2030 et à 47,18 % pour 2060.

→ **Le dispositif public de prise en charge de la dépendance**

Il a été réformé en 2007. Jusqu'à la fin de l'année 2006, la prise en charge de la dépendance des personnes âgées reposait sur une branche de l'assurance maladie, l'assurance pour frais exceptionnels de maladie (AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), qui constitue une assurance nationale obligatoire⁵, conçue initialement pour couvrir les risques lourds et inassurables. Le système garantissait aux personnes âgées dépendantes non seulement les soins de longue durée et les séjours en établissement, mais aussi la fourniture de soins infirmiers et d'aide à domicile. Pour les soins et l'assistance à domicile, les assurés pouvaient, depuis 1995, opter non pour des prestations en nature, mais pour une allocation financière leur permettant de choisir leur prestataire. Les dépenses AWBZ sont financées par des cotisations sociales. Elles ont beaucoup augmenté au cours des dernières années, en particulier celles du volet assistance sociale et ménagère. Cette évolution résulte de la politique de maintien à domicile des personnes âgées⁶ et de la jurisprudence, datant de 2001, selon laquelle les personnes confrontées à une perte d'autonomie sur une longue période pouvaient exiger des prestations d'assistance au titre de l'AWBZ.

La loi sur l'accompagnement social (Wet maatschappelijke ondersteuning : WMO), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, a transféré aux communes, la responsabilité de toutes les prestations d'assistance à caractère non médical, recentrant ainsi le dispositif AWBZ sur la prise en charge sanitaire des personnes atteintes des pathologies lourdes.

Les communes ont l'obligation d'établir un plan quadriennal organisant leurs activités d'accompagnement social. Elles doivent en particulier compenser la dépendance des personnes âgées et handicapées en fournissant des prestations destinées à faciliter l'autonomie (en particulier aménagement du logement, livraison de repas, assistance ménagère à domicile⁷ et aide aux déplacements) et en offrant aux intéressés le choix entre des prestations en nature et une allocation en espèces. Elles doivent mettre en place un

⁵ L'assurance maladie néerlandaise se compose de deux branches : une assurance nationale universelle et obligatoire pour les gros risques (longs séjours hospitaliers, maladies chroniques, etc.) et une assurance des soins courants. Pour l'assurance des soins courants, les Néerlandais ont, depuis le 1er janvier 2006, l'obligation de s'assurer auprès d'une caisse privée.

⁶ Entre 1975 et 1995, le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans vivant en établissement est passé de 9,6 % à 6,9 %.

guichet unique qui examine les demandes, définit les mesures et, le cas échéant, fixe le niveau des allocations en espèces. Les communes peuvent demander aux usagers une participation financière, dont elles sont libres de fixer à la fois le niveau, dans la limite d'un plafond fixé par voie réglementaire, et les modalités (forfaitaire ou proportionnelle aux revenus, plafonnée ou non, etc.). Ainsi, la quote-part d'une personne de plus de 65 ans, qui vit seule et dont les revenus annuels ne dépassent pas 15 256 €, est limitée à 17,60 € pour une période de 4 semaines.

L'État verse aux communes une dotation calculée en fonction des caractéristiques de leur population. Si elles réussissent à limiter les dépenses sociales, les communes peuvent utiliser les crédits disponibles à d'autres fins.

→ **Le nombre de bénéficiaires**

On estimait à presque 400 000 le nombre de personnes âgées bénéficiant de la loi AWBZ à la fin de l'année 2008. Quant au nombre des bénéficiaires de l'aide à domicile dans le cadre de la loi WMO, s'il n'est pas établi définitivement, on estime que 55 % des personnes dépendantes ont d'ores et déjà soit pris contact avec un guichet municipal WMO soit bénéficié d'au moins une prestation. Le dernier rapport d'évaluation de la loi WMO, publié en mars 2010, indique que les communes ont fourni 600 000 nouvelles prestations individuelles en 2008, et que 250 000 d'entre elles étaient des prestations d'aide à domicile.

→ **Les perspectives**

En 2010, la dotation de l'État pour l'aide aux personnes dépendantes au titre de la loi WMO s'est établie à 1,3 milliard €. Pour 2011, elle doit être réduite de 200 millions. L'État justifie cette diminution par le fait que les communes n'ont, en moyenne, dépensé en 2009 que 86,6 % de la dotation qui leur avait été attribuée.

Les usagers regrettent la démedicalisation de certaines interventions à domicile qui a suivi l'entrée en vigueur de la loi WMO. Nombre de prestations sont désormais fournies par des aides ménagères ou par des aides-soignants, et non plus par des infirmières.

Si l'on excepte l'Espagne, où la loi relative à l'assistance aux personnes dépendantes n'est pas encore totalement entrée en vigueur, les pays qui assurent la meilleure prise en charge de la dépendance des personnes âgées sont l'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas. En revanche, le dispositif public italien de prise en charge de la dépendance reste secondaire par rapport à la solidarité familiale. Quant au système anglais, il est particulièrement complexe, et l'organisation des services par les collectivités locales s'y traduit par une grande disparité des services offerts aux personnes âgées.

Auteur : Florence Kamette
Consultant, spécialiste de l'analyse comparée
des droits étrangers

Retrouvez l'ensemble de nos publications sur notre site : www.robert-schuman.eu

Directeur de la publication : Pascale JOANNIN

LA FONDATION ROBERT SCHUMAN, créée en 1991 et reconnue d'utilité publique, est le principal centre de recherches français sur l'Europe. Elle développe des études sur l'Union européenne et ses politiques et en promeut le contenu en France, en Europe et à l'étranger. Elle provoque, enrichit et stimule le débat européen par ses recherches, ses publications et l'organisation de conférences. La Fondation est présidée par M. Jean-Dominique GIULIANI.

7 L'assistance à domicile couverte par la loi WMO concerne uniquement la tenue du logement : l'aide à la toilette par exemple continue à relever de la loi AWBZ.