



SERVICES CULTURE ÉDITIONS
RESSOURCES POUR
L'ÉDUCATION NATIONALE

**Ce document a été numérisé par le CRDP de Bordeaux pour la
Base Nationale des Sujets d'Examens de l'enseignement professionnel.**

Campagne 2012

BTS SERVICES ET PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL

PUBLICS ET INSTITUTIONS (ÉPREUVE E4)

SESSION 2012

Durée: 4 heures
Coefficient: 5

Matériel autorisé :

- Aucun matériel autorisé

Dès que le sujet vous est remis, assurez-vous qu'il est complet.
Le sujet comporte 12 pages, numérotées de 1/12 à 12/12.

BTS SERVICES ET PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL	Session 2012
U4 - PUBLICS ET INSTITUTIONS	Code : SPE4PI
	Page : 1/12

Le vieillissement de la population française et le phénomène de la perte d'autonomie qui lui est associé constituent des défis majeurs pour notre société car ils sollicitent notre capacité à faire vivre le concept de solidarité, solidarité familiale et solidarité publique. De nombreux acteurs se plaignent de difficultés financières et aimeraient une réorganisation du soutien à l'autonomie pour les personnes âgées.

Question 1: Présenter les besoins et les difficultés que rencontrent les personnes âgées dépendantes et leurs familles.

Question 2: Expliquer pourquoi la dépendance est devenue pour les pouvoirs publics une priorité qui nécessite de nombreux dispositifs.

Question 3: Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont été installées par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 22 juillet 2009. Montrer comment celles-ci répondent aux problèmes des personnes âgées dépendantes et de leurs familles.

BARÈME:

Question 1:..... 10 points
Question 2:..... 14 points
Question 3:..... 10 points
Expression – composition:..... 6 points

Annexe 1 : Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA. Premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007, Études et Résultats, N°730, juin 2010.

Annexe 2 : INSEE Première N°1320 - OCTOBRE 2010 (extraits) : projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans, Nathalie Blanpain, Olivier Chardon.

Annexe 3 : La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Données sociales, Insee, édition 2006.

Annexe 4 : Rapport « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », juin 2011. Graphique 1 : Evolution de l'ONDAM médico-sociale « personnes âgées » et de la dépense de l'APA (base 100 en 2006)

Annexe 5 : Baromètre prévoyance dépendance, Étude réalisée par le département Finance de TNS Sofres pour la Banque Postale Prévoyance, du 13 au 18 décembre 2010, auprès d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 35 à 75 ans, selon la méthode des quotas (1010 personnes interrogées) et publiée le 09 02 2011.

Annexe 6 : Les maisons de retraite ont-elles un avenir ? (extraits) - Le journal de l'action sociale, février 2010.

Annexe 7 : Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées, André TRILLARD, Sénateur, juin 2011.

Annexe 8 : Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie adopté à l'unanimité, le 22 avril 2010 "Vieillesse, longévité et assurance maladie" (extraits)

Annexe 9 : ARS de Haute-Normandie, www.ars.haute-normandie.fr,

BTS SERVICES ET PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL		Session 2012
U4 - PUBLICS ET INSTITUTIONS	Code : SPE4PI	Page : 2/12

Annexe 1 : Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA. Premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007, Études et Résultats N°730, juin 2010

En 2007, en France métropolitaine, un bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) sur deux a plus de 85 ans. Un quart des bénéficiaires a plus de 89,5 ans. La proportion de bénéficiaires de l'APA dans l'ensemble des personnes âgées de 75 ans ou plus s'élève à 17 %. Parmi les 1 064 000 personnes bénéficiaires de l'APA en métropole, 61% vivent à leur domicile et 39% en établissement. Qu'ils résident à domicile ou en établissement, un quart des bénéficiaires sont des hommes. Au-delà de 92 ans, les bénéficiaires de l'APA résident majoritairement en établissement.

Les bénéficiaires de l'APA résidant en établissement sont le plus souvent célibataires, divorcés ou veufs : 88 % de femmes sont dans ce cas contre 69 % des hommes. Un bénéficiaire de l'APA sur deux a des ressources mensuelles supérieures à 938 euros, mais pour un bénéficiaire sur quatre, ces ressources sont inférieures à 670 euros. En 2007, 387 000 nouveaux bénéficiaires de l'APA sont rentrés dans le dispositif, dont 294 000 à domicile et 93 000 en établissement. Les personnes évaluées en GIR 1 ou 2 (dépendance lourde) représentent une part beaucoup plus importante des nouveaux bénéficiaires en établissement (45 %) qu'à domicile (26 %).

La population étudiée – bénéficiaires de l'APA – diffère de la population des personnes âgées dépendantes. En effet, certaines personnes âgées dépendantes ne demandent pas à bénéficier de l'APA (phénomène de non-recours), soit parce qu'elles ne souhaitent pas en bénéficier, soit par méconnaissance des aides existantes. Par ailleurs, le dénombrement et les caractéristiques de la population dépendante sont étroitement liés à la définition retenue pour qualifier la dépendance. En l'occurrence, l'éligibilité à l'APA est déterminée grâce à la grille AGGIR : seules les personnes évaluées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'allocation.

Annexe 2 : INSEE Première N° 1320 - OCTOBRE 2010 (extraits) : projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans, Nathalie Blanpain, Olivier Chardon.

Évolution de la population de la France métropolitaine de 1960 à 2060 (scénario central de projection)

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	75 ans et +		
1960	45 465	32,3	51,0	5,1	7,3	4,3	298,9	140
1970	50 528	33,1	48,8	5,2	8,1	4,7	308,1	180
1980	53 731	30,6	52,4	3,0	8,3	5,7	253,3	44
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	7,1	6,8	236,2	80
2000	58 858	25,6	53,8	4,6	8,8	7,2	243,9	70
2007	61 795	24,8	53,8	4,9	8,1	8,5	263,9	100*
2015	64 514	24,2	51,0	6,2	9,3	9,3	201,5	100
2020	65 962	23,9	49,6	6,0	11,0	9,4	173,2	100
2025	67 285	23,5	48,4	6,1	11,1	10,9	154,1	100
2030	68 532	23,0	47,5	6,0	11,1	12,3	142,1	100
2035	69 705	22,6	46,7	5,9	11,1	13,6	120,0	100
2040	70 734	22,4	46,6	5,3	11,1	14,7	82,4	100
2050	72 275	22,3	45,9	5,6	10,2	16,0	31,9	100
2060	73 557	22,1	45,8	5,4	10,5	16,2	+ 30,6**	100

* Solde migratoire issu de la projection.

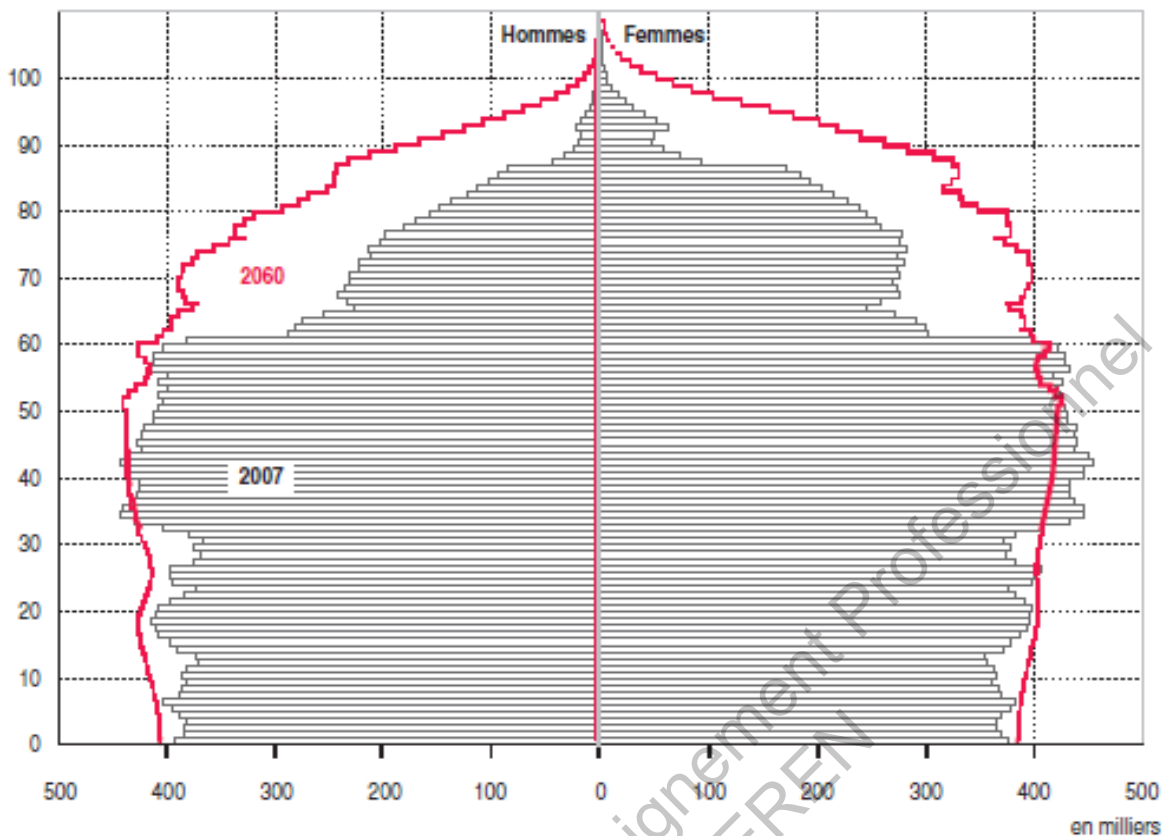
** Chiffre pour l'année 2059. Les projections s'arrêtent au 1^{er} janvier 2060. Le solde naturel de l'année 2060, différence entre les naissances de 2060 et les décès de cette année n'est donc pas projeté.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil jusqu'en 2007 et projection de population 2007-2060.

BTS SERVICES ET PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL	Session 2012
U4 - PUBLICS ET INSTITUTIONS	Code : SPE4PI Page : 3/12

âge

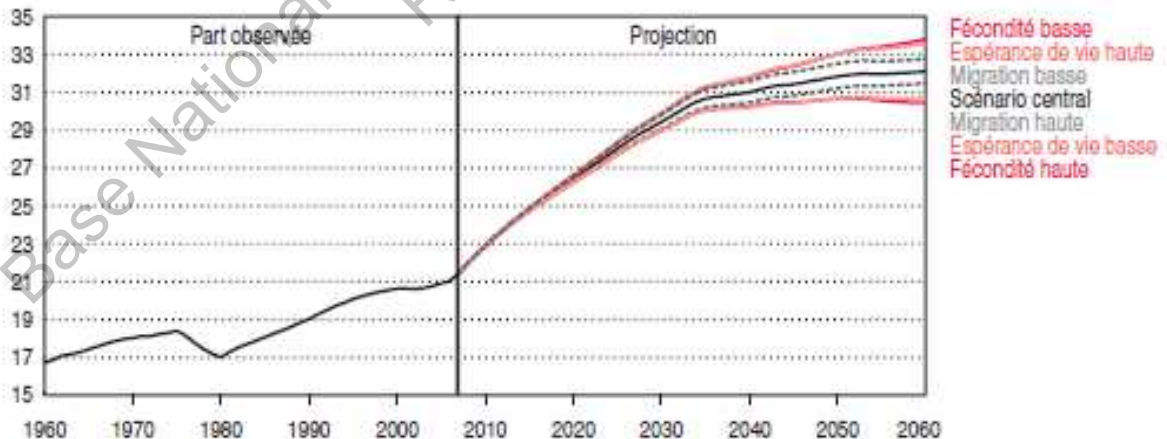


Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060.

③ Évolution de la part des 60 ans ou plus

en %



Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population et projection de population 2007-2060.

Annexe 3 : La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Données sociales, Insee, édition 2006

L'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom ainsi que l'allongement de l'espérance de vie vont conduire à une hausse sensible du nombre de personnes âgées : selon les hypothèses retenues dans les projections de population de l'Insee, la population des 75 ans et plus sera ainsi multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, pour atteindre plus de 10 millions de personnes. Ce vieillissement rapide de la population amène à s'interroger sur l'évolution des politiques publiques en direction des personnes âgées : retraites, dépenses de santé, mais aussi prise en charge des personnes dépendantes, dont le nombre augmentera dans les années à venir. Se pose notamment le problème de l'équilibre à trouver entre solidarité familiale et solidarité collective pour la prise en charge de la dépendance.

L'enquête "Handicaps-Incapacités-Dépendance" (HID), réalisée de 1998 à 2001 à domicile et en institution, permet de dénombrer 795 000 personnes âgées dépendantes en 1999. Les deux tiers sont des femmes : elles sont plus nombreuses parmi les personnes âgées mais sont aussi, à partir de 80 ans, plus souvent dépendantes à âge égal que les hommes. Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans, puis augmente rapidement avec l'âge. L'âge moyen des dépendants est de 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes.

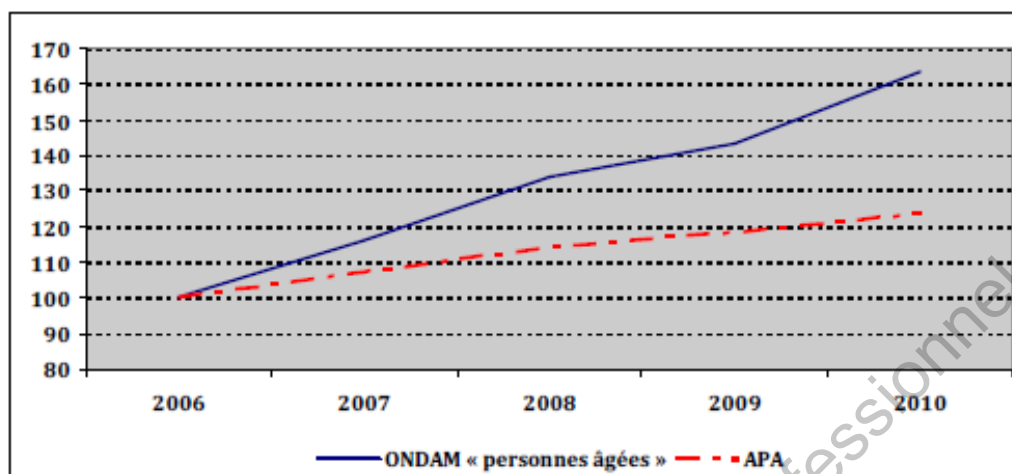
En dehors du sexe et de l'âge, d'autres caractéristiques influent sur la dépendance. Ainsi, avoir fait des études longues diminue significativement le risque de dépendance. De même, les femmes ayant deux ou trois enfants encore vivants sont, jusqu'à 80 ans, moins souvent dépendantes que les autres.

50 % de personnes dépendantes en plus d'ici 2040

Les progrès médicaux et l'amélioration des conditions de vie conduiront sans doute à retarder l'apparition de la dépendance, mais la question est de savoir à quelle vitesse se réalisera ce décalage. [...] Le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 50 % entre 2000 et 2040, pour atteindre alors 1 230 000 personnes. Ce chiffre varie entre 1,1 et 1,5 million de personnes dépendantes. Dans tous les cas, l'augmentation deviendrait plus rapide à partir de 2030 : c'est en effet vers cette date que les générations du baby-boom atteindront 80 à 85 ans, âge où la dépendance est forte. [...]

BTS SERVICES ET PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL		Session 2012
U4 - PUBLICS ET INSTITUTIONS	Code : SPE4PI	Page : 5/12

Annexe 4 : Rapport « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », juin 2011. Graphique 1 : Évolution de l'ONDAM médico-sociale « personnes âgées » et de la dépense de l'APA (base 100 en 2006).



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale ; CNSA.

Annexe 5 : Baromètre prévoyance dépendance

Étude réalisée par le département Finance de TNS Sofres pour La Banque Postale Prévoyance, du 13 au 18 décembre 2010, auprès d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 35 à 75 ans, selon la méthode des quotas (1010 personnes interrogées) et publiée le 09 02 2011.

La dépendance des personnes âgées : un sujet qui touche fortement les français âgés de 35 à 75 ans.

8 français sur 10 (35-75 ans) se sentent concernés par la dépendance des personnes âgées, 4 sur 10 se déclarant "très concernés", que ce soit pour eux-mêmes ou pour leurs proches.

Concrètement, 6 sur 10 ont actuellement ou ont eu par le passé une personne âgée dépendante dans leur foyer ou leur entourage familial.

Cette situation d'être ou d'avoir été "face" à la dépendance d'un proche est ressentie comme particulièrement difficile d'un point de vue psychologique ou affectif pour plus de la moitié d'entre eux (55 %).

Dans cette situation, c'est d'abord le maintien de la personne âgée à domicile qui est privilégié (67 %), qui s'accompagne bien souvent d'une implication forte des proches, devant l'hébergement en établissement spécialisé (46 %).

Parmi les français confrontés actuellement à la dépendance, près de la moitié (47 %) déclare apporter une aide à la personne dépendante, principalement sur le plan matériel (37 %) devant l'aide financière (20 %). Ainsi, les "aidants" représentent 13 % des français de 35 à 75 ans.

Pour autant, les français restent peu préparés à cette échéance.

Seulement 1 français sur 3 s'est déjà renseigné sur les solutions disponibles pour faire face au risque de dépendance.

Lorsqu'on se renseigne, c'est en premier lieu sur l'aide à domicile (72 %), puis l'hébergement en établissement spécialisé (53 %) et les possibilités d'aide financière (49 %). La téléassistance (43 %) suscite davantage d'intérêt cette année (+ 9 points par rapport à 2007).

BTS SERVICES ET PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL		Session 2012
U4 - PUBLICS ET INSTITUTIONS	Code : SPE4PI	Page : 6/12

En pratique, les français âgés de 35 à 75 ans ne sont qu'un quart (23 %) à se préparer pour faire face à ce risque, niveau stable depuis 4 ans. Parmi les plus âgés (65-75 ans), ils sont 1/3 (32 %) à avoir pris des dispositions.

Parmi eux, 3 sur 4 déclarent avoir souscrit un produit financier, en majorité un contrat de prévoyance (53 %) devant d'autres produits financiers "non spécialisés" (39 %). Soit sur l'ensemble de la population des 35-75 ans, 12 % ont souscrit un contrat de prévoyance pour la dépendance.

Parallèlement, d'autres dispositions liées au logement ont été prises : 26 % des français ayant pris des dispositions l'ont fait en matière de logement, à la fois des aménagements spécifiques du logement (15 %) ou l'achat d'un bien mieux adapté (15 %).

Actions prioritaires de l'État : soutien pour le maintien à domicile de la personne dépendante.

Pour 8 français sur 10 (83 %), aider à maintenir leurs proches le plus longtemps possible à domicile ou à développer l'hospitalisation à domicile est une action prioritaire que l'État doit mettre en œuvre, nettement devant l'augmentation du nombre de places dans les maisons de retraite.

Projets de mesures sur la dépendance :

Parmi les différents travaux annoncés sur la prise en charge de la dépendance : concernant la mise en place d'une assurance dépendance obligatoire à partir de 50 ans, 4 français sur 10 (35-75 ans) y sont favorables, 56 % parmi les plus âgés (65-75 ans) ; Concernant des aides publiques avec ensuite un recours sur la succession, 1/3 des français y est favorable, mais près d'un sur deux (46) y est très défavorable.

Ils sont en revanche particulièrement favorables à certaines mesures, relatives à la prévention :

- Le bilan de prévention systématique (bilan mémoire, bilan autonomie ou prévention des chutes) est une mesure vivement appréciée, par 8 français sur 10 (31 % très favorables)
- Les propositions d'aide aux aidants remportent également l'adhésion, en particulier la possibilité pour la personne aidante d'aménager son temps de travail (46 % très favorables) et de bénéficier d'une formation (40 %).

Annexe 6 : Les maisons de retraite ont-elles un avenir ? (extraits) - Le journal de l'action sociale, février 2010.

Si l'on se réfère aux prévisions démographiques, l'avenir des maisons de retraite ne peut être que grandiose. Mais si on introduit dans la prospective une dimension plus qualitative du vieillissement, on peut très vite déboucher sur des conclusions moins optimistes. La proportion de personnes âgées très dépendantes (GIR 1 et 2) en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui était de 47 % en 2003, serait aujourd'hui proche de 53 % (chiffres DREES). Et comme les prestations de maintien à domicile s'améliorent chaque jour, l'entrée en établissement n'est plus que l'ultime solution quand tous les autres recours ont été épuisés.

Ainsi chaque année, l'âge moyen d'entrée en établissement recule, pour atteindre près de 84 ans, et se rapprocher dans les toutes prochaines années de 85 ans. Ce qui s'accompagne naturellement de la réduction moyenne du temps de séjour, qui n'est plus aujourd'hui que de deux ans et demi. D'où le constat encore trop souvent dissimulé pour des raisons commerciales ou politiques : la France ne manque pas de places ; c'est le cas pour les maisons de retraite à but lucratif, mais les structures publiques et associatives connaissent des difficultés du même ordre, même si le taux de remplissage reste encore supérieur à 95 % pour l'ensemble du pays.

BTS SERVICES ET PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL		Session 2012
U4 - PUBLICS ET INSTITUTIONS	Code : SPE4PI	Page : 7/12

L'avenir des maisons de retraite est aujourd'hui confronté à un redoutable challenge : résister au développement du maintien à domicile boosté par de nombreux atouts (organisation du secteur, professionnalisation des métiers, soutien technologique, adaptation de l'habitat...) alors que l'image de marque des maisons de retraite est de plus en plus impactée par la médiatisation de faits de négligence, voire de maltraitance.

Des clients oui, mais à quel prix ?

Il existe aujourd'hui en France près de 10 000 établissements d'hébergements pour personnes âgées (EHPA) dont plus des trois quarts sont dorénavant fortement médicalisés, les EHPAD ; le nombre de personnes que ces derniers accueillent s'élève à environ 500 000, avec une légère progression ces dernières années due au développement du secteur commercial, secteur représentant 25 % du parc alors qu'il était quasiment inexistant il y a vingt ans.

Le doute s'installe quant à la rentabilité de l'investissement avec la flambée des tarifs due à la progression du coût du foncier, des charges salariales et des adaptations liées aux normes. Or le secteur lucratif ne peut pas être épaulé par les pouvoirs publics en matière d'acquisition foncière. Pour des tarifs quotidiens de 50 à 100 € à la charge du résident, l'offre du secteur commercial ne peut concerner qu'une population très minoritaire, puisque la retraite moyenne est de l'ordre de 1 200 €.

Le secteur public, qui représente 45 % du parc des maisons de retraite médicalisées, n'est pas à l'abri du risque tarifaire, comme le secteur associatif qui en gère 30 %. En cause la progression du taux d'encadrement global (nombre d'emplois en équivalent temps plein pour cent places) qui s'élève à 50 pour l'ensemble du secteur, soit six points de plus qu'en 2003. En cause également l'élévation et l'empilement des normes de confort, d'hygiène, de sécurité et d'adaptation à la dépendance (d'où des investissements coûteux avec une augmentation du prix de journée).

Les pouvoirs publics aux abonnés absents ?

Comment réduire les coûts laissés à la charge du résident et de son entourage, qui représentent aujourd'hui 60 % des dépenses, alors que l'assurance maladie en assume 30 % et les conseils généraux 10 % ?

L'IGAS prône l'imputation sur les sections tarifaires "soins" ou "dépendance" de dépenses aujourd'hui incluses dans le "forfait hébergement".

À la recherche des économies d'échelle

Il va donc falloir rechercher du côté des dépenses les pistes permettant de préserver l'économie des EHPAD sans augmentation des tarifs. Et pour cela, un des premiers leviers réside dans le développement de coopérations avec d'autres établissements du territoire, afin de mutualiser certaines activités. Des coopérations qui permettent aussi de développer sur un territoire des plateformes de services qui lient domicile et établissements.

BTS SERVICES ET PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL		Session 2012
U4 - PUBLICS ET INSTITUTIONS	Code : SPE4PI	Page : 8/12

Annexe 7 : Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées, André TRILLARD, Sénateur (juin 2011)

1. Des gains d'espérance de vie en bonne santé sont encore possibles.

L'augmentation de l'espérance de vie n'est plus comme par le passé la traduction de la réduction de la mortalité aux premiers âges de la vie (mortalité infantile), mais elle est de plus en plus liée au maintien en vie après 75 ans d'une partie croissante de la population.

Alors que l'espérance de vie des français s'accroît chaque année, un autre indicateur, l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitations d'activité ou sans incapacités majeures, augmente aussi de façon régulière. En 2008, celle-ci s'élevait à 62,4 ans chez les hommes (pour 77,5 ans d'espérance de vie globale) et 64,2 ans chez les femmes (pour 84,3 ans d'espérance de vie globale : sources Eurostat 2010). Cela laisse ainsi une période théorique de 15,1 ans pour les hommes et 20,1 ans pour les femmes pendant laquelle le risque de dépendance est statistiquement plus élevé.

Ces résultats sont comparables à ceux des pays voisins. Ils sont toutefois inférieurs à ceux des pays du nord de l'Europe dans lesquels la « culture de la prévention » est solidement ancrée.

Des mesures de prévention ont par exemple été mises en place depuis plusieurs dizaines d'années notamment sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et la définition de « priorités stratégiques de prévention en santé » dans les années 1980. Ainsi, en 2008, en Suède par exemple l'espérance de vie en bonne santé était de 69,2 ans pour les hommes, soit 6,8 années de plus qu'en France (pour 79,2 ans d'espérance de vie globale) et 68,7 ans pour les femmes soit 4,5 années supplémentaires par rapport aux françaises (pour 83,3 ans d'espérance de vie globale). La période de risque accru de dépendance est ainsi respectivement de 10 ans pour les hommes et de 14,6 ans pour les femmes, soit 5 ans de moins qu'en France.

Ces exemples montrent que d'importants progrès sont possibles en France.

2. La difficulté du dépistage.

La prévention de la dépendance est difficile à mettre en œuvre, à la fois en termes de repérage des populations vulnérables et sur la question d'un âge intangible comme l'observe le Dr Jean-Pierre Aquino. « L'âge n'est jamais responsable en soi de la dépendance. Le très grand âge peut être responsable de fragilité, mais pas de la dépendance. Celle-ci est toujours liée à une maladie ».

Le Pr Françoise Forette affirme que la majorité des dépendances est consécutive aux maladies dites « liées à l'âge » (elles sont pour la plupart liées à des facteurs de risque, donc accessibles à la prévention). La deuxième cause de dépendance serait la « fragilité » (avec des symptômes comme la perte de poids, l'anorexie, la fatigue, la faiblesse musculaire, la lenteur). La troisième de ces causes est l'inactivité ou, de façon plus générale, le mode de vie (la persistance de l'activité professionnelle, bénévole, associative est un puissant garant de l'autonomie). La quatrième regroupe la maladie d'Alzheimer et les troubles cognitifs apparentés. Ce sont ces quatre puissants vecteurs sur lesquels doivent reposer prioritairement les politiques publiques de prévention de la dépendance des personnes âgées.

3. Encourager le maintien dans le milieu de vie ordinaire

La mission considère que l'aide formelle en direction du maintien des personnes âgées à domicile se caractérise actuellement par une structuration trop complexe et un financement insuffisant. Ainsi, une personne âgée sollicitant une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne est confrontée à une multiplicité d'acteurs, relevant de différents financeurs : le Conseil général pour l'APA, les caisses de retraite pour l'aide ménagère, l'assurance maladie pour les soins, les mutuelles pour les aides temporaires. Les formes d'aides professionnalisées proposent des prestations différentes et hétérogènes. Les écarts de prix de ces services se répercutent sur le nombre d'heures dont peut bénéficier la personne âgée.

BTS SERVICES ET PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL	Session 2012
U4 - PUBLICS ET INSTITUTIONS	Code : SPE4PI Page : 9/12

L'approche globale de la personne âgée a fait les preuves de son efficacité en termes de diminution de la mortalité, d'institutionnalisation et réhospitalisation précoce. La prévention de la dépendance s'inscrit ainsi dans un système plus global avec une mise en réseau de tous les spécialistes concernés.

La politique de l'habitat, comme celle en faveur des personnes âgées relève en grande partie des compétences du Département, même si certaines croisent celles de l'État, de la Région et des Communes. Pour répondre à une nouvelle demande, il conviendrait de développer l'offre de logements adaptés permettant le maintien à domicile pour toutes les catégories de population, tant en accession à la propriété qu'en locatif, tant dans le secteur privé que dans le parc social.

Annexe 8 : Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie adopté à l'unanimité, le 22 avril 2011 « Vieillesse, longévité et assurance maladie » (extraits).

C'est d'abord dans l'écoute de plusieurs histoires individuelles, subjectivement vécues par des personnes très âgées ou ceux qui vivent auprès d'elles, que le Haut conseil a cru pouvoir poser le diagnostic d'inadaptations structurelles.

L'addition pas toujours cohérente d'actes et de prescriptions, la succession d'hébergements parfois trop longs, ou trop courts, ou inadaptés, l'accumulation d'examen non conclusifs, sont autant de réalités vécues où s'expriment à la fois une intense mobilisation de moyens, et des conséquences humaines et thérapeutiques décevantes – quelquefois dramatiques.

L'attention portée à des « tranches de vie », au demeurant corroborées par l'expérience des professionnels soignants, est donc un premier témoin très sûr des dysfonctionnements d'organisation propres à la prise en charge du grand âge.

La surreprésentation des personnes très âgées aux « lits-porte » des urgences hospitalières est un symptôme qu'il faut écouter.

On trouve une autre mesure, quantitative, de ces dysfonctionnements d'organisation dans le taux de recours des personnes très âgées aux services d'urgence, qu'il s'agisse des simples passages aux urgences ou, beaucoup plus significativement, du taux des admissions en hospitalisation qui ont transité par un service d'urgence : plus de 40 % après 85 ans, alors qu'il n'est que de 15 % pour toutes les tranches d'âge situées entre 30 et 70 ans. Un écart aussi fort est anormal.

Le Haut conseil considère que, pour une grande part des personnes très âgées qui s'y présentent les services d'urgence hospitalière constituent le réceptacle – indispensable en l'état des choses – de demandes de soins qui n'ont pas su ou pas pu trouver à temps, soit une réponse préventive adaptée, soit un cheminement plus direct vers l'intervention requise en services aigus de médecine ou de chirurgie.

Même s'il est normal que le recours aux urgences s'accroisse avec la complexité des situations, l'expérience concrète et quotidienne de la surreprésentation des personnes très âgées aux urgences hospitalières offre une sorte de mesure visible de leur prise en charge sous-optimale en amont de l'hôpital.

Les dysfonctionnements du système de soins naissent de la complexité des situations à gérer.

Ce que disent en réalité ces « histoires vécues » et le recours trop fréquent aux services d'urgence, c'est que notre système de soins, performant dans le traitement en quelque sorte « vertical » de pathologies isolées, est très vite désemparé lorsqu'il s'agit de prendre en charge des sujets polypathologiques et fragiles, qui appellent au contraire un travail d'une très grande transversalité.

BTS SERVICES ET PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL		Session 2012
U4 - PUBLICS ET INSTITUTIONS	Code : SPE4PI	Page : 10/12

Car les besoins de soins du grand âge n'ont pas pour principale caractéristique d'être coûteux ou mobilisateurs de moyens lourds, mais plutôt d'être très complexes.

Le grand âge est ainsi un formidable amplificateur des conséquences de tous les manques de « transversalité » de notre système de soins : assimilation trop exclusive de la qualité médicale à la sur-spécialisation disciplinaire, tendance à sous-estimer l'importance du concours des soins d'accompagnement et d'entretien à tout processus soignant, sans oublier la gestion séparée des questions sanitaires et des questions sociales.

La réponse aux défis que les personnes très âgées adressent à notre système de soins et d'assurance maladie rejoint, par conséquent, l'orientation générale qui doit être préconisée pour le système de soins dans son ensemble : il faut à la fois plus de coopération, et plus de coordination.

Le Haut conseil regrette toutefois qu'il ne soit pas encore possible de disposer d'un système d'information permettant une vision du « coût complet » des soins délivrés à une personne âgée accueillie en institution. L'optimisation du soin, et du même coup de la dépense d'assurance maladie, dépend donc, pour les personnes les plus âgées, de la capacité à déployer simultanément l'effort de solidarité sur les trois volets que sont la prise en charge des soins, de la perte d'autonomie, et des frais d'hébergement.

C'est la raison pour laquelle le Haut conseil considère que la création des ARS constitue, si ces dernières se saisissent véritablement de cet enjeu en développant notamment des relations étroites et construites avec les conseils généraux, une réponse d'une extrême pertinence.

Annexe 9 : ARS de Haute-Normandie, www.ars.haute-normandie.fr.

Présentation

Ouverte début avril 2010, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Haute-Normandie met en œuvre la politique régionale de santé, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires. Ses actions visent à améliorer la santé de la population et à rendre le système de santé plus efficace. Elle est la clef de voûte de la nouvelle organisation prévue par la Loi « Hôpital Patients Santé Territoires » du 21 juillet 2009 (article 118).

Organisation

L'ARS de Haute-Normandie est dirigée par Claude d'Harcourt, entouré d'une équipe rapprochée. L'organisation garantit la transparence et la transversalité pour s'adapter aux enjeux de la santé. Les instances de l'ARS assurent la coordination des politiques de santé et la concertation avec les acteurs et les représentants des usagers.

Nos missions

La loi de juillet 2009 a confié deux grandes missions aux ARS : d'une part, améliorer l'état de santé et l'accès aux soins, d'autre part, améliorer l'efficacité de notre système de soins et la prise en charge médico-sociale. Les priorités de l'ARS seront exprimées dans le Contrat d'objectifs et de moyens qui devra être signé avec les Ministres de tutelle.

Objectifs pluriannuels nationaux

1. Améliorer le niveau de santé des populations,
2. Accroître la performance des services de santé dans les domaines ambulatoire, hospitalier, médico-social.

BTS SERVICES ET PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL		Session 2012
U4 - PUBLICS ET INSTITUTIONS	Code : SPE4PI	Page : 11/12

Objectifs de mise en place

- Sur le plan des MÉTIERS :

1. Définir la stratégie de santé à travers la création du « Projet Régional de Santé », qui constituera le cadre d'actions de l'ARS vis-à-vis de ses partenaires ;
2. Améliorer le niveau de santé des populations ;
3. Améliorer la performance des services de santé : ambulatoire, hospitalier, médico-social. Il faut noter le caractère transversal des actions futures de l'ARS, qui intégreront l'ensemble des dimensions du secteur de la santé.

- Concernant les ressources internes de l'ARS :

1. Adapter et professionnaliser les ressources humaines pour accompagner la transformation ; la nouvelle agence rassemble des personnels des secteurs public et privé. Il importera donc de valoriser la richesse d'apports aussi divers en créant une nouvelle culture ;
2. Construire un système d'information de santé performant partagé avec les principaux acteurs.

PRS - Projet Régional de Santé

L'Agence Régionale de Santé a pour mission de définir et mettre en œuvre la politique de santé dans sa région. Pour ce faire, elle élabore un PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ, dans une démarche partenariale. Le PRS s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et définit les objectifs pluriannuels de l'Agence Régionale de Santé ainsi que les mesures permettant de les atteindre.

Périmètre

L'enjeu principal du PRS est de développer, en cohérence avec le parcours de vie des personnes, des coopérations transversales entre des secteurs jusqu'ici séparés : promotion de la santé, prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers et prises en charge médico-sociales et d'articuler la stratégie santé avec les autres politiques pour favoriser les synergies favorables à la santé.

L'architecture du projet régional de santé

Il se compose :

- du **Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)** qui définit les priorités de santé de la région et les objectifs associés pour les cinq prochaines années.
- des schémas d'organisation :
 - schéma régional de prévention,
 - schéma régional d'organisation des soins,
 - schéma régional d'organisation médico-sociale.
- des programmes déclinant les modalités d'application des schémas.

Réalisation d'un diagnostic stratégique

Dans le cadre du PSRS, un diagnostic stratégique est en préparation par l'ORS (Observatoire Régional de santé) : « Données sanitaires et sociales régionales et déclinaisons territoriales ».

BTS SERVICES ET PRESTATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL		Session 2012
U4 - PUBLICS ET INSTITUTIONS	Code : SPE4PI	Page : 12/12