

## UNE REFORME DE SOLIDARITE POUR LES PERSONNES DEPENDANTES

***Le Gouvernement annonce aujourd'hui une réforme historique : la création d'une nouvelle branche de notre protection sociale qui va désormais couvrir le risque de la dépendance.***

***A ce risque vont correspondre des institutions, une organisation et un financement nouveaux et modernes, à travers la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.***



Le plan du gouvernement ouvre de **droits nouveaux personnalisés** pour les personnes âgées et les personnes handicapées, **aisément accessibles** et **garantis** par cette nouvelle caisse.

La montée en charge de cette grande réforme sera progressive et fera l'objet d'une concertation approfondie avec les élus, les partenaires sociaux et les responsables associatifs et professionnels.

Le financement de ce plan nécessite des ressources nouvelles : le remplacement d'un jour férié par une journée nationale de solidarité doit le rendre possible.

### 1- De nouveaux droits personnalisés

► **Pour les personnes âgées :**

- mieux prendre en charge les personnes âgées par la mise en place de services polyvalents à caractère sanitaire et social : il ne s'agit plus seulement de donner les moyens d'existence mais d'assurer les conditions d'une meilleure existence ;
- renforcer les solidarités et les dispositifs d'alerte ;
- accroître dès 2004, et dans le cadre d'un plan pluri-annuel le nombre de place de services de soins infirmiers à domicile et dans les établissements d'hébergement.

► **Pour les personnes handicapées :**

- prendre en charge les surcoûts de toutes natures liés au handicap dans le cadre d'un Plan Personnalisé de Compensation du Handicap (PPCH) ;
- promouvoir la participation des handicapés dans la vie sociale et rendre plus effectifs les droits reconnus : accessibilité, accès à l'emploi, à l'éducation (ex : droit de l'enfant handicapé à pouvoir s'inscrire à l'école la plus proche de son domicile) ;
- accroître dès 2004 et dans le cadre d'un plan pluri-annuel le nombre de places en centres d'aide par le travail et en maisons d'accueil spécialisé.

<p><b>2- Un accès aux droits facilité pour les personnes âgées et les personnes handicapées</b></p>
---

A l'issue des concertations nécessaires avec l'ensemble des partenaires concernés, en particulier les élus locaux ...

► **Engager un vaste mouvement de simplification et de décentralisation :**

- simplification des modalités de tarification des établissements pour personnes âgées : le président du conseil général devient l'interlocuteur unique des établissements pour personnes âgées ;
- pour les personnes handicapées, décentralisation en 2005 des auxiliaires de vie, des centres d'aides par le travail et des centres de rééducation professionnelle ; engagement de la réflexion sur la réforme de la tarification des établissements.

► **Mettre en place une logique de « guichet unique »** pour faire reconnaître les droits des personnes handicapées et des personnes âgées. Tel sera notamment le cas des maisons départementales des personnes handicapées prévues dans le cadre de la réforme de la loi de 1975.

<p><b>3- Des droits garantis par une Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)</b></p>
---

En 1945, la sécurité sociale a été créée pour faire face aux risques maladie, vieillesse, famille et accidents du travail. Aujourd'hui, un nouveau risque est apparu – la dépendance – et appelle des réponses nouvelles. Avec la création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, le gouvernement vise à mieux prendre en charge les conséquences du grand âge et du handicap en mobilisant des ressources nouvelles dans un cadre simplifié et décentralisé.

► **Ses missions :**

- rassembler en un lieu unique des moyens mobilisables par l'Etat et l'assurance maladie pour prendre en charge la dépendance des personnes âgées et des personnes handicapées;
- veiller à l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire ;
- fixer les orientations nationales pour la prise en charge de la dépendance ;
- mener les études, recherches et évaluation sur les phénomènes de dépendance.

► **Son mode d'action :**

- déléguer les moyens financiers aux départements responsables de la mise en œuvre globale des outils de prise en charge de la dépendance (aides financière à la personne dépendante, aide technique, aide humaine, structures d'hébergement ou de travail) ;
- assurer la transparence de l'affectation des fonds et en garantir l'utilisation au profit des personnes âgées et des handicapés.

<b>4 – Le calendrier de mise en place de la réforme :</b>
---

► **1<sup>er</sup> trimestre 2004** : vote de la loi créant la nouvelle contribution nationale de solidarité et, créant la CNSA afin de garantir l'affectation des recettes aux dépenses en faveur des personnes âgées et des handicapés. Lui sera également affecté le produit de la CSG représentant la participation de l'Etat au financement de l'APA.

► **Mai 2004** : remise au Premier Ministre des propositions de MM BRIET, conseiller maître à la Cour des Comptes, et JAMET (directeur général des services du département du Rhône) et préparation des textes législatifs et réglementaires nécessaires en vue d'élargir le rôle de la CNSA et d'engager le mouvement de décentralisation et de simplification.



**UNE REFORME DE LA SOLIDARITE  
POUR LES PERSONNES DEPENDANTES**

**LA JOURNEE DE SOLIDARITE POUR LA DEPENDANCE**

L'idée de financer un programme en faveur des personnes âgées et handicapées par une journée de solidarité a été avancée par plusieurs associations qui ont proposé pour cela la suppression d'un jour férié. Un tel choix a déjà été opéré en Allemagne il y a quelques années pour assurer notamment le financement d'une assurance dépendance.

**1/ Pourquoi instituer une journée de solidarité ?**

Le projet du gouvernement est de réaliser une grande avancée sociale en faveur des personnes âgées et des handicapés. Dès lors qu'il y a accord sur l'objectif, la question est celle du financement :

**Deux possibilités ont été écartées par le Gouvernement :**

- une première possibilité aurait été de creuser le déficit et l'endettement public. Pour ce Gouvernement, ce n'est pas une option acceptable, ni à court terme, ni dans la durée ;

- une deuxième possibilité aurait été d'accroître les taxes et impôts à la hauteur des besoins nouveaux. On en connaît les inconvénients : le niveau anormalement élevé du chômage français trouve sans doute pour une large part son origine dans le niveau trop élevé des impôts et cotisations sociales. Un nouveau prélèvement, qui ne trouverait pas son origine dans une création de richesse supplémentaire, ne pourrait donc que pénaliser le pouvoir d'achat des salariés.

**C'est pourquoi le Gouvernement propose aux Français de faire reposer le financement de la réforme de la dépendance sur la création de richesses :** ceux qui travaillent donneront une journée de travail ; les entreprises donneront une journée de profit. Les revenus du capital seront associés à cette action de solidarité. Chaque Français aura ainsi l'occasion, au-delà du financement collectif de la protection sociale, de faire personnellement un geste de fraternité.

**2/ Comment la solidarité se manifestera-t-elle ?**

La suppression d'un jour férié permettra d'augmenter la production nationale de 0,3% environ. Le surcroît de valeur ajoutée servira au financement des dépenses de

vieillesse, dépendance et handicap par le biais d'une hausse affectée des cotisations patronales dans le secteur public et privé.

Avec la suppression du jour férié, les salariés contribueront à l'amélioration de la protection sociale par leur travail et non pas une baisse de leur pouvoir d'achat. Une cotisation de 0,3 % sera prélevée sur les employeurs afin que les profits supplémentaires générés par la journée de travail supplémentaire soient affectés à une caisse nationale spécifique, dédiée à la dépendance et au handicap.

Le taux de 0,3% a été choisi de façon à garantir aux Français qui travailleront davantage que le fruit de leur travail ira bien au financement de la dépendance, sans pénaliser toutefois la situation financière des entreprises.

L'Etat et les institutions qui en dépendent choisiront le lundi de Pentecôte comme journée de solidarité. Il en sera de même pour les autres secteurs d'activité, sauf s'ils venaient à en décider autrement.



### **Ressources procurées par la contribution de solidarité** (en année pleine, en milliards d'euros)

- Taux de 0,3% -

Entreprises privées	1,2
Employeurs publics	0,4
Revenus du patrimoine	0,3
Total	1,9

**UNE REFORME DE LA SOLIDARITE  
POUR LES PERSONNES DEPENDANTES**

**POURQUOI RETENIR UN TAUX  
DE COTISATION EMPLOYEUR DE 0,3%**

(fiche du Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie)

- 1- **Le jour travaillé en plus conduira à terme à un surcroît de valeur ajoutée dans le secteur marchand de l'ordre de 0,3%**
  
- 2- **Le calcul du taux de cotisation d'équilibre suppose de résoudre deux types de difficultés** : des difficultés de mesure et l'incertitude sur l'ampleur et le "*timing*" du surcroît de valeur ajoutée qui sera dégagé.

**a. Les difficultés de mesure**

La bonne référence n'est pas celle d'une captation complète de la valeur ajoutée créée, car si c'était le cas il y aurait baisse durable du taux de marge, c'est-à-dire de la rentabilité des entreprises et donc de notre compétitivité extérieure. Sachant que la part des salaires dans la valeur ajoutée est de près de 2/3, il faudrait capter au maximum les 2/3 de la valeur ajoutée créée.

Il faut également tenir compte de l'usure supplémentaire du capital induit par une journée de travail supplémentaire. La dépréciation du capital est difficile à chiffrer et varie fortement d'une entreprise et d'un secteur à l'autre, mais elle est non négligeable (15% de la valeur ajoutée brute marchande produite chaque année d'après les comptes nationaux).

**b. L'incertitude sur l'ampleur et le "timing" du surcroît de valeur ajoutée**

A court terme, et dans une situation de retard de demande, un jour de travail en plus se traduira vraisemblablement par une hausse seulement graduelle de la valeur ajoutée produite.

A long terme, c'est-à-dire au-delà de quelques années, les modèles confirment l'effet indéniablement positif de la mesure sur la valeur ajoutée. Le partage de la valeur ajoutée entre les entreprises et les salariés resterait également inchangé sous l'hypothèse d'une bonne acceptation de la mesure, ce qui suppose notamment que les salariés acceptent de donner une journée de travail supplémentaire à rémunération annuelle inchangée.

**3 - Au total, du côté des entreprises, il y a un coût certain et immédiat de la mesure** : la hausse des cotisations. En face, il y a une opportunité : celle de s'organiser et de produire davantage de richesses pour que ce jour férié en moins se transforme en plus de production et de valeur ajoutée pour la collectivité.

Lorsque l'on intègre ces différents paramètres – potentiel d'augmentation de la production de 0,3% se matérialisant progressivement, usure du capital et nécessité de ne pas dégrader le taux de marge des entreprises - les modèles économiques indiquent qu'un taux de cotisation de 0,3% à la charge des employeurs est approprié.

## UNE REFORME DE SOLIDARITE POUR LES PERSONNES DEPENDANTES

### FINANCEMENT SUPPLEMENTAIRE

(chiffres en millions d'euros)	<b>2004</b> première année du plan	<b>2008</b> dernière année du plan
<b>Recettes :</b> contribution de solidarité	<b>980</b>	<b>2100</b>
<b>Emplois :</b>	<b>980</b>	<b>2100</b>
Financement de l'APA	400	400
Plan dépendance	580*	850
Plan handicap	/	850

\*dont le remboursement de l'emprunt contracté pour financer l'APA en 2003

La montée en charge des plans sera progressive

**UNE REFORME DE SOLIDARITE  
POUR LES PERSONNES DEPENDANTES**

**QUELQUES CHIFFRES-CLES**

► **Dépendance des personnes âgées : 850 M€/an :**

- **Renforcer la médicalisation des établissements pour personnes âgées :**

- **augmentation de 20% du taux d'encadrement** des personnes dépendantes en établissements (plus de 15 000 emplois)

- **10 000 nouvelles places en établissements créées**

- **Accentuer l'effort en faveur de la vie à domicile :**

- **17 000 nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile** permettant d'atteindre près de 100 000 places en 2007 , soit une augmentation de 20% par rapport à la situation actuelle

- **création de 13 000 places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour**

► **Dépendance des personnes handicapées : 850 M€/an**

La loi qui sera examinée en 2004 visera en particulier à :

- améliorer le maintien à domicile : augmentation du nombre d'auxiliaires de vie social,

- réduire le coût des aides techniques,

- faciliter l'adaptation des logements.

**UNE REFORME DE SOLIDARITE  
POUR LES PERSONNES DEPENDANTES :**

**PROGRAMME D'ACTION POUR LES PERSONNES AGEES**

**La canicule estivale et ses dramatiques conséquences a rappelé à notre société la fragilité et l'isolement d'un très grand nombre de personnes âgées.** Elle a mis aussi en évidence ce qui jusqu'à présent avait été insuffisamment perçu : la révolution de la longévité. Les projections de l'INSEE dessinent une augmentation inéluctable de la part des personnes très âgées en raison de la pyramide démographique et de l'amélioration continue de l'espérance de vie.

**Les politiques publiques de la vieillesse n'ont pas su jusqu'à présent anticiper, voire même s'adapter suffisamment à cette évolution. Ce programme d'action pour les personnes âgées présente une première réponse sur la période 2004-2007 en s'appuyant sur les travaux des groupes de travail mis en place en septembre dernier.**

**Ce programme ne présente pas seulement des mesures techniques et financières. Il est d'abord un projet de société où chaque âge, et notamment le grand âge, a sa place et la reconnaissance qui lui est due.**

C'est pourquoi ce programme :

- **repose sur une approche globale** qui associe étroitement prévention et médicalisation, prise en charge sanitaire et sociale. Il intègre également les personnes âgées dans un lien intergénérationnel renforcé au sein d'une « société pour tous les âges » ;
- **développe l'autonomie personnelle** en favorisant le plus longtemps possible la vie à domicile ;
- **accroît la responsabilité des principaux acteurs publics ou associatifs de la prise en charge** en coordonnant leurs interventions en cas d'alerte, en simplifiant les procédures d'autorisation et de financement et en favorisant le pilotage de proximité à l'initiative des conseils généraux.

**Dans ce contexte le programme « vieillissement et solidarités » réoriente et rénove la politique en faveur des personnes âgées :**

## **1/ Le programme accentue l'effort en faveur de la vie à domicile**

**Cet objectif répond à la demande prioritaire des personnes âgées et de leurs familles. Il est en totale cohérence avec les orientations croissantes des autres Etats de l'Union européenne.**

**Sa mise en œuvre mobilise ici encore l'action des collectivités territoriales, des caisses de sécurité sociale et des associations au titre de l'aide à domicile.**

L'Etat a déjà pris l'initiative de cette nouvelle orientation de la politique en faveur des personnes âgées par :

- **l'agrément de l'accord de branche de l'aide à domicile** en janvier 2003. Cet agrément a revalorisé de façon très importante des salaires (+24% sur 4 ans) et renforce par là-même l'attractivité de ces métiers. De plus la pérennisation de l'APA accroît de façon significative les possibilités de recours à une aide professionnelle ;
- **l'amélioration de l'équipement des logements** grâce à une aide fiscale (PLF 2004) et à l'assouplissement des conditions d'octroi des interventions de l'ANAH, notamment par un élargissement de la liste des travaux subventionnables ;
- **le développement de la filière gériatrique**. Le programme « urgences » du ministère de la santé prévoit la création de consultations de prévention et de consultations gériatriques avancées des hôpitaux ainsi que le développement de l'hospitalisation à domicile en lien avec les SSIAD<sup>1</sup> et des réseaux gérontologiques.

L'Etat renforce cette nouvelle orientation par la **création accélérée de services médicalisés** permettant de prolonger la vie à domicile. A ce titre, le programme « vieillissement et solidarités » se fixe un objectif proche de 100 000 places de SSIAD en 2007 et une augmentation importante du nombre de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour.

Un **effort de formation en alternance**, d'apprentissage et de valorisation des acquis de l'expérience (VAE) accompagne cette orientation à domicile ainsi qu'en établissement (ci-après).

## **2/ le programme renforce la médicalisation des établissements pour personnes âgées**

- les projections démographiques liées à l'augmentation de l'espérance de vie et du nombre des personnes âgées de plus de 80 ans soulignent la nécessité de créer des places supplémentaires en établissement après la baisse relative des

---

<sup>1</sup> Services de soins infirmiers à domicile

années 1996-2002 . Le programme d'action pour les personnes âgées prévoit la création de 10 000 places supplémentaires d'ici 2007.

- dans les établissements existants le programme a pour objectif d'augmenter le taux d'encadrement en personnel soignant pour renforcer progressivement leur sécurité et pour parvenir dans les délais prévus (2005–2006) à la signature des conventions destinées à poursuivre la médicalisation d'environ 6500 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

### **3/ le programme consolide le financement de la perte d'autonomie**

La montée en charge beaucoup plus rapide que prévue de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) confirme l'existence d'un réel besoin, mais souligne également l'imprévoyance du financement initial, qui est apparu nettement insuffisant dès 2003. Pour faire face à un besoin de financement très important (1 200 M€ en 2003), la loi du 31 mars 2003 a modifié les conditions dans lesquelles la solidarité nationale contribue à la charge financière incombant aux départements sans modifier l'équilibre général de l'APA.

**La création d'un fonds affecté notamment à la prise en charge des personnes âgées pérennise la participation de l'Etat au financement de l'APA par une contribution supplémentaire.**

### **4/ le programme accroît la responsabilité des acteurs de la prise en charge**

**Le programme « vieillissement et solidarités » rénove également les orientations de la politique en faveur des personnes âgées en renforçant la responsabilité des partenaires**, c'est-à-dire d'une part des gestionnaires d'établissements et, d'autre part, des services chargés d'autoriser et de financer ces établissements. Le programme présente à ce titre des mesures de :

- **simplification de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes** avec l'objectif de mettre un terme au copilotage actuel trop déresponsabilisant entre l'autorité départementale et le préfet ainsi qu'à un conventionnement jugé beaucoup trop complexe. Le programme présente à ce titre une simplification de la tarification en vigueur.
- 
- **globalisation des dépenses** par l'intégration des frais pharmaceutiques au sein de la dotation d'assurance maladie ;
- 

### **5/ le programme organise l'alerte en cas d'évènement imprévu**

La canicule a révélé l'insuffisante préparation collective à des évènements exceptionnels. Elle a aussi montré les conséquences d'un trop grand morcellement des responsabilités publiques exercées par l'Etat, les départements, les communes ou les caisses de sécurité sociale. La création d'un programme d'alerte, dont le

déclenchement et la gestion de crise seront confiés au préfet de département, permettra la coordination des acteurs publics et des initiatives associatives.

**Un programme d'alerte sera préparé au niveau national et adapté à chaque département.** Destiné aux personnes les plus isolées ou les plus fragiles en raison de leur situation médicale ou de leur perte d'autonomie, le programme reposera sur les principes suivants :

- la mise en place d'une chaîne d'alerte associant les services météorologiques et les autorités sanitaires ;
- les modalités de mobilisation au niveau national, départemental, intercommunal ou communal des principaux intervenants ;
- le repérage et le suivi à domicile des personnes âgées fragiles ou en situation d'isolement ;
- la mise au point de programmes internes à chaque institution accueillant des personnes âgées ainsi que des conventions entre ces établissements et les hôpitaux ;
- la diffusion de bonnes pratiques préventives.



**Au total le programme personnes âgées dans le cadre de la réforme de la dépendance ...**

- **est financé** : il renforce les moyens traditionnels de l'assurance maladie grâce à la contribution supplémentaire d'un fonds affecté de façon transparente au renforcement de la prise en charge des personnes âgées. Ce fonds assure aussi un financement désormais pérenne de l'APA ;
- **réoriente** la politique en faveur des personnes âgées par un renforcement de la vie à domicile, par la médicalisation accrue des établissements, par des créations de places, par l'anticipation des charges liées à la dépendance en complément de l'APA et par un meilleur pilotage financier des établissements ;
- **exerce un levier d'action** pour un projet de société impliquant un très grand nombre d'acteurs. Le programme associe la solidarité nationale et la solidarité familiale, les services publics et l'initiative locale. Il prend toute sa signification et amplifie sa dimension avec le concours et la démultiplication des relais de proximité que constituent les collectivités départementales, les organismes de protection sociale et les associations.



## FICHE 1 –Prévention et vie sociale

La perte des liens et des rôles sociaux ainsi que l'isolement ou sentiment d'inutilité sont préjudiciables aux personnes âgées vulnérables. Or l'épanouissement individuel et la cohésion sociale reposent sur la découverte de la valeur de chacun des âges de la vie. Il suppose que chacun puisse bénéficier de dispositifs alliant étroitement prévention, promotion de la santé et développement de la vie sociale.

### 1- Développer la prévention

- *Mettre en œuvre le programme « Bien vieillir »*

Ce programme lancé par le Premier Ministre en mars 2003 prévoit des mesures concrètes facilitant le maintien d'une vie sociale et du bien être des personnes de plus de 55 ans. Les premiers résultats de l'expérimentation sur les sites pilotes seront présentés en février 2004 dans le cadre d'un colloque.

- *Installer le Comité européen de prévention*

Ce Comité va permettre des échanges sur les pratiques mises en œuvre par les différents pays pour favoriser un vieillissement en bonne santé.

- **Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes âgées dans le cadre du programme national élaboré avec le Comité National de Vigilance**

### 2-Développer l'animation et la vie sociale des personnes âgées

Au cours des vingt dernières années, des programmes d'animation et de vie sociale se sont développés dans les institutions pour personnes âgées et, depuis quelques années, des expériences sont menées en direction des personnes vivant à domicile. Conçue encore trop souvent comme une succession d'activités destinées à lutter contre l'ennui, l'animation doit évoluer vers une réelle intégration de ces personnes à la société et leur participation à la vie sociale.

Face à ce constat, les actions suivantes seront mises en œuvre :

- proposer aux personnes âgées dépendantes des aides adaptées et la mise en place de projets de vie individuels respectueux de leurs choix grâce à l'élaboration de guides de bonnes pratiques relatifs à la construction au suivi et à l'évaluation des projets de vie ;
- identifier dans le budget des établissements une ligne dédiée aux activités d'animation et de vie sociale ;
- favoriser la qualité de l'accompagnement social en établissement.

### **3- Multiplier les échanges entre les générations**

- Développer la vie culturelle des personnes âgées : l'expérimentation interministérielle conduite en 2003 sur le thème du cinéma à l'hôpital et en établissement pour personnes âgées constitue une première référence en la matière, tout en confirmant l'intérêt du cinéma de fiction comme support de débats et d'échanges. Cette opération sera étendue en 2004 à l'ensemble des régions.
- faire des actions intergénérationnelles un élément structurant du lien social : partout en France, des habitants, des associations, des élus, des professionnels œuvrent au quotidien pour tisser des liens entre les générations dans tous les domaines de la vie collective. Malgré l'impact très positif de ces initiatives, celles-ci restent néanmoins trop peu nombreuses, trop limitées dans leurs réalisations et insuffisamment valorisées. Afin de pallier ces difficultés, deux mesures seront lancées dès 2004 : repérage et valorisation des actions intergénérationnelles les plus pertinentes et novatrices par le lancement d'un concours ; diffusion d'un guide de bonnes pratiques à usage des porteurs de projets.
- impulser et/ou soutenir la création dans la cité de nouveaux lieux d'échanges et de rencontres intergénérationnels privilégiant créativité et engagement citoyen.
- faire des nouvelles technologies de l'information un levier des échanges intergénérationnels : quel que soit l'âge, les nouvelles technologies, et plus particulièrement internet, sont devenues des outils indispensables de communication et d'ouverture sur le monde, d'acquisition et de transfert des connaissances.

### **4- Développer la solidarité entre les générations en facilitant le rôle des familles et des bénévoles**

L'action sociale, vocation traditionnelle du mouvement associatif, est un des vecteurs privilégiés de l'engagement bénévole. L'essor de la formation des bénévoles intervenant auprès des personnes âgées est un enjeu de qualité et de motivation pour ces personnes.

- organiser des journées régionales d'échanges et de formation pour les bénévoles,
- mobiliser la société civile et notamment les jeunes : par exemple, mobiliser les conseils de quartier des villes sur des thématiques de vie quotidienne et y inscrire, par exemple, le développement d'un pôle de veille en faveur des personnes âgées faisant intervenir à tour de rôle des jeunes volontaires, ou encore développer la mise en place du "*passport du bénévole*" permettant de reconnaître les compétences acquises et les responsabilités exercées.

## FICHE 2 - Favoriser la vie à domicile

Permettre aux personnes âgées qui le souhaitent de vivre à domicile dans de bonnes conditions constitue une priorité : c'est la première demande des personnes âgées et de leur famille. Plusieurs Etats de l'Union européenne ont déjà renforcé cette orientation.

Or l'arbitrage entre sécurité et liberté, compte tenu des moyens actuels de soutien à la vie à domicile conduit parfois à des décisions délicates en matière d'orientation des personnes âgées.

De plus, le recours à l'hospitalisation est de fait lié parfois à l'impossibilité de renforcer, pour une période limitée, les soins à domicile.

Enfin, la notion de domicile ne peut plus se concevoir de façon limitée aux seuls murs du logement : les personnes âgées doivent pouvoir aller et venir, continuer à vivre à l'extérieur de leur domicile, à tisser des liens sociaux pour rester pleinement intégrées à la société.

### **1- Augmenter et diversifier l'offre**

Le programme prévoit une série de mesures concrètes pour atteindre ces objectifs, notamment :

- ***création de 17 000 places de services de soins infirmiers à domicile permettant d'atteindre près de 100 000 places en 2007 ;***
- ***création de 4 500 places d'hébergement temporaire ;***
- ***création de 8 500 places d'accueils de jour dédiés à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées.***

***L'enveloppe de ces 13 000 nouvelles places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour sera également affectée à des dispositifs innovants, notamment : places d'accueils de jours itinérants, d'accueils de nuit, gardes itinérantes de nuit.***

## **2 – Développer l'innovation pour mieux personnaliser la réponse aux attentes et aux besoins**

Il s'agit donc de permettre aux personnes âgées et à leurs proches de pouvoir disposer d'une offre de services enrichie :

- *développement de services polyvalents d'aide et de soins à domicile afin d'améliorer la coordination et l'adaptation des réponses à domicile en termes d'aide et de soins ;*
- *développement d'un accueil familial adapté ;*
- *facilitation de l'aide au déplacement et au transport accompagné des personnes âgées ;*
- *développement de l'hospitalisation à domicile en gériatrie ;*
- *mesures incitatives en faveur de l'amélioration de l'accessibilité et de l'adaptation de l'habitat des personnes âgées ;*
- *utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées à domicile ;*
- *création de relais d'écoute et de lieux de parole destinés aux aidants ;*
- *mise à l'étude d'un congé d'accompagnement de 3 mois maximum pour s'occuper d'un ascendant.*

### FICHE 3 - Améliorer l'hébergement collectif et médicaliser les établissements

Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes dans les années à venir auront des conséquences importantes sur les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Une politique du « tout-établissement » ne correspondrait pas aux évolutions à venir et aux aspirations profondes des personnes âgées et de leurs familles. Toutefois, la qualité de prise en charge des personnes âgées dans des structures collectives doit être améliorée, et, au plan quantitatif, les moyens adaptés aux perspectives démographiques.

En effet, l'amélioration de l'hébergement collectif constitue l'un des éléments de la variété des réponses offertes aux problèmes de la prise en charge des personnes âgées. C'est pourquoi l'accueil en établissement doit être amélioré, pour offrir une prestation adaptée en particulier lorsque le maintien au domicile n'est plus possible ou n'est plus souhaité.

#### 1. Améliorer la médicalisation en hébergement collectif

- **augmenter l'encadrement des personnes dépendantes** : une première étape permettra de recruter environ 13 200 emplois de personnels soignants, et d'accroître ainsi de 20% le taux d'encadrement des personnes en établissements;
- créer de nouvelles places en établissements : il existe actuellement 430 000 places en maison de retraite (6 500 établissements) et 158 000 places en foyers-logements (3 000 établissements). Compte tenu de l'augmentation des besoins dans les années à venir le plan prévoit d'augmenter le nombre de places disponibles. Ainsi la médicalisation des établissements existants sera complétée par un **programme de médicalisation de places nouvelles**. Une première étape sera consacrée à la création de **10 000 nouvelles places** médicalisées d'ici 2007 (soit 1 800 emplois).
- simplifier la tarification : afin d'accélérer le rythme des conventions tripartites et de simplifier des dispositifs jugés par tous les acteurs comme trop complexes, une **simplification de la tarification** sera adoptée. Plus généralement il conviendra de réformer le mode d'allocation des crédits de médicalisation aux établissements dans la perspective à terme d'une **décentralisation** complète des crédits pour l'hébergement des personnes âgées.
- Au total, sur la période ces mesures de médicalisation des établissements permettront de créer environ 15 000 emplois.

## **2. La rénovation du cadre bâti**

**Au-delà des actions programmées dans le cadre des contrats de plan Etat-Région, la rénovation du cadre bâti reposera sur un recensement et un suivi des établissements concernés par la mise aux normes. Elle devrait se traduire, en outre, par l'installation dans chaque établissement, d'une pièce à température maîtrisée. Les pouvoirs publics veilleront à fixer les normes utiles afin que chaque établissement dispose d'au moins une salle climatisée.**

Les blocages actuels à la mise en sécurité des établissements hébergeant des personnes âgées devront être levés à partir d'une analyse concrète de l'existant. La réglementation actuelle est considérée comme trop stricte. Elle conduirait les gestionnaires à retarder des travaux d'adaptation ou de modernisation indispensables, car ils conduisent à l'obligation de respect de l'ensemble des normes techniques et donc à un volume de travaux très important.

Un groupe de travail Intérieur – Equipement - Affaires sociales examinera les blocages actuels à la mise en sécurité des établissements à partir d'une analyse concrète de l'existant et proposera des adaptations pour le second semestre 2004

**Plus généralement, le plan s'attachera à encourager l'amélioration de l'architecture du grand âge.**

## **3. La création de structures de type résidences intégrées et de petites unités de vie, qui demeure encore limitée, sera encouragée**

Ces unités sont encore en nombre très limité, alors même qu'elles permettent d'apporter de meilleures réponses aux aspirations des personnes âgées par l'accès à des structures d'accueil de qualité et au meilleur coût.

Le fonctionnement des ces structures pourra être envisagé sous différentes formes :

- S'appuyer sur une convention de partenariat avec les services de soins infirmiers à domicile, avec une présence permanente de jour comme de nuit ;
- S'apparenter, mais de façon très simplifiée, au fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en prévoyant une graduation de la médicalisation pour tenir compte du niveau de dépendance des personnes accueillies.

## FICHE 4 - L'amélioration de la filière de soins gériatriques

### *(plan « urgences » du ministère de la santé)*

L'objectif est de garantir à la personne âgée, et tout particulièrement à la personne âgée fragile, des soins de qualité adaptés à l'évolution de son état de santé, au plus près de son lieu de vie, en assurant le fonctionnement d'une filière gériatrique complète sur la base d'une approche territoriale et graduée.

Les différentes actions proposées sont pour la plupart engagées et leur renforcement ou leur accélération ont été décidées dans le cadre du plan "Urgences" déjà annoncé par le Gouvernement.

En amont de la prise en charge sanitaire, il apparaît nécessaire de **développer la prévention et le repérage des personnes âgées fragiles**. Cette action nouvelle pourrait reposer sur une consultation de prévention prévue dans le cadre du projet de loi relatif à la politique de santé publique.

Pour la prise en charge sanitaire des personnes âgées, il importe **d'améliorer les capacités d'accueil et les compétences gériatriques**.

Pour cela, **le programme de développement des services de court séjour gériatriques** va être accéléré et amplifié.

Ces services devraient permettre une **approche globale** de la personne âgée dépassant la logique de spécialisation médicale et adaptée à la polypathologie et/ou au risque de dépendance ainsi que des admissions directes.

Ils constitueront un **lieu ressource** en matière de compétences gériatriques à la fois pour les autres services de l'hôpital, mais aussi pour le dispositif ambulatoire de prise en charge.

Pour renforcer l'offre de soins gériatriques à proximité du domicile de la personne âgée **les compétences gériatriques à l'hôpital seront déployées, dans un cadre pluriannuel**. Il s'agit de doter les établissements disposant de lits de médecine et de soins de suite et de réadaptation, des moyens adaptés. Le développement des **équipes mobiles gériatriques** viendra renforcer l'expertise indispensable en matière de gériatrie.

Au-delà du renforcement des compétences gériatriques, il est nécessaire de **renforcer** les dispositifs permettant en **aval de l'hospitalisation** d'assurer dans la mesure du possible un retour à domicile.

Les services de soins de suite médicalisés offrent ainsi aux patients gériatriques des soins de qualité leur permettant de recouvrer un maximum d'autonomie à la suite

d'une hospitalisation de court séjour. Aujourd'hui insuffisantes, **les capacités d'accueil en soins de suite médicalisés seront accrues.**

**Le rôle de premier niveau de l'hôpital local sera également renforcé** au plus près des patients. Les hôpitaux locaux, qui en sont actuellement dépourvus (103 établissements concernés), verront leur capacité de lits de médecine accrue. La présence des soignants dans les établissements sera également renforcée.

Dans la même logique, **l'hospitalisation à domicile (HAD) sera développée.** Elle permet de maintenir les personnes âgées à leur domicile en prodiguant des soins équivalents à ceux dispensés à l'hôpital. Elle facilite également le retour à leur domicile des personnes hospitalisées.

**L'accélération du développement des réseaux gérontologiques** permettra d'améliorer la réponse médico-sociale et sanitaire, coordonnée, pour la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. L'objectif est de susciter leur création et d'assurer une synergie avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Enfin, des mesures d'amélioration de la qualité des pratiques permettront de mieux prendre en compte la spécificité de la prise en charge sanitaire des personnes âgées.

Une réflexion est engagée avec les sociétés savantes de gériatrie et de gérontologie visant à développer, notamment au travers des réseaux de soins, **des recommandations de pratiques cliniques pour la prise en charge du patient âgé.**

## FICHE 5 - Mieux prendre en charge la dépendance

### 1- Améliorer l'évaluation des besoins des personnes âgées

Plusieurs évaluations sont actuellement réalisées. L'évaluation médico-sociale permet de déterminer l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie à l'aide de la grille AGGIR. Les évaluations peuvent également être effectuées dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche de soins infirmiers ou de l'attribution de prestations par différents organismes. L'amélioration des outils d'évaluation constitue une nécessité afin notamment de mieux prendre en compte les besoins des personnes souffrant de troubles cognitifs.

### 2- Professionnaliser l'aide, rendre les métiers plus attractifs

Le secteur des personnes âgées souffre d'une pénurie de vocations. Il a encore trop souvent l'image de professions difficiles et peu valorisantes.

L'avenir de la prise en charge des personnes âgées repose en grande partie sur des professionnels qualifiés et en nombre suffisant.

Il conviendra d'augmenter les flux de personnels qualifiés dans les années à venir.

Il convient aussi de valoriser l'expérience et de former les nombreuses personnes non qualifiées qui exercent actuellement dans les établissements et à domicile : **la validation des acquis de l'expérience (VAE)** leur permettra à cet effet l'acquisition de tout ou partie d'un diplôme.

Par ailleurs les modes d'accès aux formations qualifiantes de niveau 5 seront élargis, notamment en **ouvrant la formation d'aide soignant à l'alternance, ou en encourageant l'apprentissage**. Il conviendra également de faciliter les passerelles entre les formations pour permettre des allègements de formation et de certification pour les professionnels qui souhaitent diversifier leur formation et pour faciliter la mobilité professionnelle.

Enfin, les métiers d'aide à la personne âgée seront valorisés par une campagne nationale, programmée sur plusieurs années, et fortement relayée au programme local.

### 3- Améliorer la coordination gérontologique

L'organisation d'une réponse coordonnée, globale adaptée aux besoins sanitaires et médico-sociaux des personnes âgées constitue un enjeu majeur :

- organiser l'articulation des coordinations gérontologiques de proximité avec les professionnels de santé libéraux ;
- accélérer le développement des réseaux ;
- mettre à disposition des acteurs locaux et des coordinations gérontologiques de proximité des guides méthodologiques ;
- favoriser la prise en compte de la dimension habitat par les coordinations gérontologiques.

#### **4- Pérenniser le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**

La très rapide montée en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, confirme l'existence d'une réelle attente des personnes âgées.

Prestation à caractère universel, servie par référence aux mêmes règles sur l'ensemble du territoire, elle est conçue pour permettre un choix réel de prise en charge par les personnes âgées, en prenant en compte leurs besoins et leurs aspirations sur le programme de leur autonomie.

Dès son entrée en fonction, le gouvernement a souligné que la pérennisation de cette réforme s'imposait. Celle-ci dépend toutefois d'un financement qui n'avait pas été prévu de manière satisfaisante à son origine, parce qu'il reposait sur des prévisions qui n'étaient pas réalistes.

Le constat dressé dès le mois de juillet 2002 d'une sous-évaluation de l'incidence de la réforme s'est en effet confirmé. L'étude d'impact présentée au Parlement au printemps 2001 prévoyait, pour 2002 et 2003, 500 000 bénéficiaires. Or fin 2002, le nombre de bénéficiaires a dépassé de plus de 20 % les prévisions, pour s'établir à 605 000, tandis que pour la fin de l'année 2003 la projection s'établit à 870 000 personnes.

Cette évolution a entraîné une très vive croissance des dépenses, qui se serait traduite par une impossibilité de financer l'APA dès 2003 sans l'adoption en mars 2003 de mesures législatives et réglementaires d'urgence, qui ont permis d'assurer la continuité de la prestation sans remettre en cause son équilibre général.

Avant prise en compte de ces mesures le coût de l'APA aurait atteint en 2003 1,2 Md€ de plus que la prévision initiale de 2001

Aujourd'hui il convient de pérenniser cette prestation.

Le nombre de bénéficiaires de l'APA en moyenne annuelle serait compris entre 870 000 et 940 000 en 2004. Le coût correspondant serait compris entre 3,6 et 3,9 Mds.

En 2003, le financement de l'APA est assuré à hauteur de 1,9 Md€ par les départements et de 1,4 Md€ par l'Etat (y compris 400 M€ d'emprunt).

A partir de 2004, 400 M€ seront financés chaque année par la Caisse nationale de solidarité pour l'autisme, permettront d'assurer la pérennité du financement de l'APA.

- le financement de la part à la charge de l'Etat sera désormais pérennisé et stabilisé.
- parallèlement l'amélioration de la gestion de l'APA sera poursuivie et les mécanismes de péréquation entre les départements seront révisés.

## FICHE 6 - Mise en place d'un plan d'alerte

Le plan d'alerte concerne plus particulièrement les personnes très âgées ou atteintes d'une polyopathie, d'une incapacité (incluant l'incapacité de communication sans aide), ou qui sont en situation d'isolement.

### 1. L'alerte repose sur un partenariat avec les autorités sanitaires (et avec Météo-France en cas d'alerte climatique) :

- **La définition de seuils sanitaire critiques** : 3 niveaux d'alerte peuvent être distingués :
  - **la pré-alerte** (anticipation de 3 à 7 jours) : il existe un risque de vague de chaleur dans la semaine à venir ;
  - **l'alerte** (anticipation de 0 à 72 heures) : une vague de chaleur va s'installer ;
  - **l'annonce d'une situation de danger** (anticipation de 0 à 72 heures) : le risque sanitaire s'avère important, notamment en raison de températures minimales élevées ou d'un fort degré de pollution atmosphérique associée.
- **La mise en place d'une chaîne d'alerte entre Météo France, l'InVS et le ministère de la santé (direction générale de la santé)**
- **L'élaboration de référentiels de bonnes pratiques préventives des risques sanitaires liés à la canicule et à la pollution** : ces référentiels concerneront la régulation des échanges thermiques, l'hydratation, la ventilation, la climatisation, les modes d'alimentation, la prise de médicaments, les aménagements temporaires des locaux individuels et collectifs, les comportements individuels pertinents pour faire appel aux aides nécessaires.

#### Le renforcement de l'alerte sanitaire

Plusieurs actions sont menées en parallèle dans le but de renforcer le système existant de circulation des alertes sanitaires et leur prise en compte par l'institut de veille sanitaire (InVS) et par les autorités sanitaires.

Un premier volet de mesures nouvelles est prévu dans le cadre du projet de loi de santé publique. Il s'agit des mesures qui prévoient notamment que :

- les services de l'Etat, les collectivités territoriales, leurs établissements publics les observatoires régionaux de la santé, ainsi que tout médecin et directeur de laboratoire sont tenus de signaler à l'autorité sanitaire les menaces imminentes pour la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée.
- Le certificat de décès peut être utilisé à des fins de veille sanitaire et d'alerte par les services de l'Etat ou l'InVS.

Par ailleurs, un travail d'amélioration du système d'alerte existant est en cours. L'InVS poursuit son travail sur les alertes ascendantes en collaboration avec Météo-France, avec la Direction de la défense et de la sécurité civiles, avec les Centres 15 et avec des groupements de médecins libéraux.

## **2. Le déclenchement et l'organisation du plan d'alerte (plan Vermeil)**

- **le niveau national** : les ministres chargés de la santé et des personnes âgées mobiliseront tout ou partie des préfets de département et des directeurs d'agence régionale d'hospitalisation, en fonction des différents seuils d'alerte. Le protocole précisant les modalités de cette mobilisation sera élaboré au cours du premier trimestre de l'année 2004.
- **le niveau départemental**
  - Le département constitue le niveau d'élaboration et de mise en œuvre du plan. Ce programme sera conçu de manière décloisonnée entre les champs sanitaire et social.
  - Le plan départemental sera élaboré et appliqué sous l'autorité du préfet de département avec le double appui du président du conseil général, responsable de la politique gérontologique dans le département, et du directeur de l'ARH.
- **Le niveau communal ou intercommunal** : c'est le niveau d'application concrète du plan et de coordination des opérateurs locaux.

## **3. Le repérage et le suivi à domicile des personnes âgées fragiles et en situation d'isolement**

Lors de l'épisode de canicule des personnes âgées n'ayant plus aucun lien familial et social, confinées à leur domicile, n'ont pu être sauvées faute de contacts ou de secours appropriés.

L'objectif de l'opération est de connaître ces personnes et pouvoir intervenir rapidement auprès d'elles, y compris à titre préventif, par un recensement des personnes âgées isolées et la mobilisation de relais de proximité.

#### **4. La mise en place de « plans bleus » dans toutes les institutions accueillant des personnes âgées**

Toutes les institutions et structures collectives accueillant des personnes âgées, publiques ou privées, associatives ou lucratives, devront instaurer des plans bleus et une convention entre l'établissement et un établissement de santé.

Ces plans devront prévoir un mode général d'organisation de l'établissement pour toute situation de crise sanitaire.

**UNE REFORME DE SOLIDARITE  
POUR LES PERSONNES DEPENDANTES :**

**PROGRAMME D'ACTION POUR LES PERSONNES HANDICAPEES**

Le 14 juillet 2002, le Président de la République a annoncé qu'il faisait de la situation des personnes handicapées dans notre société **l'une des trois priorités sociales** de son quinquennat.

*La politique en direction des personnes handicapées est au cœur de notre pacte républicain et de solidarité. Elle a pris son essor grâce à la grande loi d'orientation du 30 juin 1975.*

***Aujourd'hui, elle a besoin d'être adaptée et modernisée :***

- *la notion de handicap évoque désormais les entraves à la participation à la vie sociale et le rôle que l'environnement peut jouer dans leur aggravation ou leur atténuation;*

- les évolutions de la science et des techniques ont ouvert aux personnes handicapées de nouvelles perspectives de vie et de nouveaux espaces ;

- les exigences d'autonomie et de participation aux décisions qui les concernent sont mises en avant par les personnes handicapées, leurs familles et les associations ;

- des insuffisances particulières de prise en charge apparaissent tout particulièrement pour les nombreuses personnes handicapées, psychiques ou polyhandicapées.

**C'est l'ambition du Président de la République.**

**C'est celle du Gouvernement qui sera traduite dans la prochaine réforme de la loi d'orientation de 1975.**

Cette réforme aura pour ambition de **concrétiser l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées** quelle que soit la nature de leur handicap, de **créer les conditions de leur pleine participation à la vie sociale et du plein exercice de leur citoyenneté** et, enfin, de **leur garantir l'effectivité des droits reconnus** par la législation mais restés trop souvent lettre morte.

*Elle se développera selon trois axes :*

- ***garantir en toute circonstance aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation personnalisée des handicaps et à un revenu d'existence qui permette une vie autonome digne ;***

- **promouvoir une participation effective et entière des personnes handicapées à la vie sociale** grâce à l'organisation de la cité autour du principe d'accessibilité généralisée, qu'il s'agisse de l'accès à l'école, à l'emploi, au cadre bâti, aux transports, à la culture ou aux loisirs ;

- **mettre la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent** en substituant une logique de service à une logique administrative grâce à la clarification des compétences, à la simplification des procédures et à la réorganisation des institutions.

## **1. Au cœur de la réforme : le droit à une compensation personnalisée des handicaps**

*Une attente forte des associations*

**Le Comité d'entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés** a apporté sa contribution à la définition de ce nouveau concept dans sa plate forme d'avril 2002 : la compensation est un processus d'évaluation des besoins de la personne handicapée destiné à apporter une réponse adaptée à des besoins individuels évalués par une équipe pluridisciplinaire indépendante selon un référentiel national. Plus précisément, elle est « *la mise en œuvre coordonnée de moyens indissociables et complémentaires tels que, notamment, les aides humaines, les aides techniques, les aides animalières et l'adaptation des lieux de vie. La compensation repose sur une évaluation individualisée des moyens de compensation à mettre en place, contractualisés dans le respect du libre choix de la personne et de son entourage en tenant compte de son environnement et de ses habitudes de vie* ».

*Une compensation qui s'attache à la situation de handicap dans sa globalité*

**Le droit à la compensation des conséquences des handicaps est l'expression de l'égalité de droit des citoyens.** Il vise à garantir une égalité des chances pour l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière. Inscrit dans la loi dite de modernisation sociale, il est resté à ce jour sans contenu.

Désormais, **des droits seront attachés à la situation de handicap** afin de garantir à toute personne handicapée le maximum d'autonomie dont elle est capable.

**En outre, le nouveau droit à compensation renversera la logique de l'ayant droit** ou du remboursement et lui substituera une **logique du besoin**. Les aides techniques ne seront plus considérées sous leur seul aspect matériel mais **dans leur fonctionnalité et leur complémentarité** avec les aides humaines.

*Une compensation personnalisée*

Le projet de loi entend **apporter à chaque personne handicapée la réponse appropriée à ses besoins spécifiques**, qu'il s'agisse d'orientation en établissement, de services d'accompagnement à la vie sociale pour les personnes handicapées psychiques ou de prestations en nature ou en espèces destinées au maintien à domicile.

Un **plan personnalisé de compensation des handicaps (PPCH)** sera élaboré par une équipe médico-sociale avec **la participation de la personne** ou de son représentant, en s'appuyant sur des **référentiels d'évaluation nationaux** établis par type de handicap qui prendront en compte **les potentialités et les aptitudes** de la personne.

*Les surcoûts liés aux aides nécessaires pour compenser les conséquences des handicaps seront couverts, qu'il s'agisse d'aides humaines ou techniques, d'aides à l'aménagement du logement, d'aides juridiques, d'aide aux aidant, ou d'autre aide.*

## **2. Le projet de réforme du Gouvernement comportera également plusieurs autres avancées majeures**

Le droit à compensation est au cœur du projet de loi sur le handicap. Il ne l'épuise pas.

**Plusieurs autres avancées majeures** sont prévues dans le cadre de la réforme de la loi de 1975. Elles concernent notamment l'accessibilité, l'emploi et l'école, les ressources des personnes handicapées :

- la mise en œuvre du principe d'accessibilité généralisée, décliné dans différentes dispositions contraignantes et incitatives destinées à rendre l'accès à la cité effectif pour les personnes handicapées ;
- une plus grande proximité pour la gestion des dispositifs d'aide aux personnes handicapées, notamment grâce à des maisons départementales du handicap ;
- un effort tout particulier en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées, notamment dans la fonction publique ;
- des mesures nouvelles dans le domaine de la scolarité qui clarifient les responsabilités respectives de l'éducation nationale et de l'assurance maladie et prennent appui sur un projet individuel élaboré avec les parents pour organiser la continuité de la scolarité et la coordination des réponses pédagogiques et médico-sociales ;
- une réforme de l'allocation aux adultes handicapés, revenu d'existence pour toute personne handicapée sans emploi mais qui permettra un meilleur cumul avec un revenu d'activité pour les personnes handicapées qui peuvent travailler ;
- une réforme de la garantie de ressources en CAT (GRTH) faisant place à une aide au poste qui simplifie le dispositif actuel et vise à mieux assurer la promotion des travailleurs handicapés dans leur CAT ou leur passage en milieu ordinaire de travail.

Enfin, le projet du gouvernement engage une réforme ambitieuse des institutions avec le triple objectif de simplifier les démarches de l'usager; de rapprocher l'usager et le décideur ; de garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire et d'assurer la qualité de services.

Y contribueront tout particulièrement les nouvelles Maisons des personnes handicapées, leur décentralisation contractuelle ainsi que celle des centres d'aide par le travail (CAT).

Au delà des futures dispositions législatives, des programmes d'action pluriannuels seront mis en oeuvre, en particulier en ce qui concerne :

- **le développement pluriannuel des services et la création de places en établissements** par la poursuite des efforts budgétaires de l'Etat et de l'assurance maladie ;
- **des programmes spécifiques** à destination des personnes qui sont le plus souvent sans solution, et tout particulièrement les personnes polyhandicapées, autistes, handicapées psychiques.



Au total, les actions déjà entreprises, le projet de loi et les programmes qui l'accompagneront visent ensemble à apporter un soutien efficace aux personnes ou aux parents qui éprouvent souvent des difficultés à exprimer leurs besoins pour leur enfant handicapé et, plus encore, à obtenir une réponse précise, cohérente, efficace de la part de professionnels dévoués mais trop souvent insuffisamment formés à une approche globale du handicap.

Aux uns et aux autres, le projet de loi entendra offrir les bons interlocuteurs, une connaissance précise de l'ensemble de l'offre disponible et des projets des équipes, un soutien efficace dans leurs démarches et une réponse juste aux attentes exprimées dans leur projet de vie.

Notre société ne peut continuer à exclure, *de facto*, des centaines de milliers de nos concitoyens de l'école, du travail, de la culture, des loisirs, en un mot de la Cité, sous le seul prétexte qu'ils sont handicapés, ni laisser leurs familles dans le désarroi.

La pleine participation des personnes handicapées à la vie de la Cité est une « ardente obligation ». Elle est un facteur majeur de cohésion sociale. Elle est plus encore **un acte de citoyenneté partagée**.

## FICHE 1 – L'action du gouvernement depuis dix-huit mois

Depuis dix-huit mois, le Gouvernement a pris les mesures immédiates qui s'imposaient tout en engageant, dans la concertation, une refonte d'ampleur de la législation sur le handicap.

**Dès juin 2002, le Gouvernement a enclenché un processus de rattrapage des retards observés dans de nombreux domaines.** Les lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2003 ont dégagé des moyens nouveaux très importants, à hauteur de 450 millions d'euros, et, en 2004, cet effort a été reconduit et amplifié. Ces moyens ont notamment permis de doubler le nombre de créations annuelles de places en établissement : celles-ci sont ainsi passées de 1.500 à 3.000 par an en centre d'aide par le travail et de 1.100 à 2.200 par an dans les maisons d'accueil spécialisé.

Un effort de même ampleur a été consacré à l'amélioration de l'autonomie des personnes handicapées dans leur vie quotidienne : 1000 postes d'auxiliaires de vie sociale ont été créés, notamment pour les personnes très lourdement handicapées qui n'en bénéficiaient pas jusque là.

Avec le délégué interministériel aux personnes handicapées, les ministres se sont mobilisés pour apporter **des réponses concrètes aux personnes handicapées** :

- meilleur accès à l'habitat, aux lieux publics, aux transports ;
- formation obligatoire des architectes à l'accessibilité ;
- accès plus aisé aux pratiques sportives et culturelles et au tourisme ;
- ouverture d'un site Internet public spécifique au handicap ;
- simplification de plusieurs procédures de la vie courante.

**Quatre textes ont apporté une amélioration notable à la situation des personnes handicapées :**

- ▶ La loi du 21 août 2003 sur la réforme des retraites :
  - Possibilité de retraite anticipée pour des assurés lourdement handicapés.
  - Majoration de la durée d'assurance prise en compte pour les parents d'enfants lourdement handicapés.
  - Extension de la prise en charge de l'assurance vieillesse du parent au foyer pour s'occuper d'un parent handicapé.

▶ Le décret du 11 juillet 2003 relatif au respect des emplacements de stationnement réservés aux personnes handicapées, qui porte l'amende correspondante de 35 à 135 euros.

▶ La loi du 2 juillet 2003 sur l'urbanisme et la solidarité : passage de la majorité absolue à la majorité simple des copropriétaires pour décider des travaux d'accessibilité des parties communes nécessaires à une personne handicapée.

- ▶ Le projet de loi de finances pour 2004, qui porte de 15 % à 25 % le crédit d'impôt pour les dépenses d'aménagement des logements engagées par les

personnes handicapées et réalisées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 31 décembre 2005.

**En 2003, l'année européenne des personnes handicapées** a donné lieu à des centaines d'actions de sensibilisation et de projets concrets sur le terrain, en même temps que le Premier ministre consacrait le **handicap comme une grande cause nationale**.

## FICHE 2 – Une large concertation

1. Le nouveau **Conseil national consultatif des personnes handicapées**, lieu privilégié d'échange et de dialogue avec les associations, a joué un rôle essentiel dans la concertation voulue par le Gouvernement :

- Il a été dotée d'**une composition élargie** pour améliorer sa représentativité et pour tenir compte de la grande diversité des situations de handicap.
- **Sept commissions** ont été constituées sur des thèmes essentiels :
  - Limites d'âge - âges de transition – vieillissement
  - Prévention et aide précoce – dépistage
  - Education – scolarisation
  - Formation professionnelle
  - Choix de vie - évaluation - compensation – autonomie
  - Accessibilité à la cité - sports culture - vie ordinaire
  - Répartition des compétences
- **Une assemblée plénière s'est tenue chaque mois.**

2. **De nombreux rapports et travaux d'expertise** ont été remis aux ministres sur des thèmes aussi variés que les aides techniques, les transports, le projet d'agence nationale du handicap, l'autisme, l'intégration scolaire ou encore l'accueil temporaire.

3. **Une concertation locale** a été organisée par les préfets dans chaque département.

4. **Les ministres eux-mêmes ont consulté largement** les élus, les partenaires sociaux, les grandes caisses (CNAM, CNAF, CNAVTS, MSA) et les fédérations de parents d'élèves

## **Fiche 3 - Les principes qui gouvernent la réforme de la législation en faveur des personnes handicapées**

Ces principes sont au nombre de quatre :

### **1. Le libre choix du mode de vie**

Permettre aux personnes handicapées de choisir leur mode d'hébergement et de mener une vie familiale, sociale et professionnelle conforme à leurs aspirations.

### **2. La compensation personnalisée**

Rendre effectif le droit de toute personne handicapée, à la compensation des conséquences de toute nature de son handicap et créer ainsi pour elle les conditions financières d'une vie autonome digne.

### **3. La participation à la vie sociale**

Rendre effectif l'accès à l'école, à l'emploi, au cadre bâti, aux transports, à la culture et aux loisirs.

### **4. La simplification des démarches des personnes handicapées dans une plus grande proximité**

*Dans chaque département, une Maison des personnes handicapées, intégrant les sites de la vie autonome et les équipes techniques labellisées, dotée d'antennes locales, constituera un lieu privilégié d'écoute et d'accompagnement et mettra à disposition de la personne ou de sa famille l'interlocuteur unique qui prendra en charge les démarches complexes qui leur sont aujourd'hui imposées.*

Organiser les institutions et les prestations relatives aux personnes handicapées dans un souci de simplification et de proximité ainsi que d'écoute et d'accompagnement

## **Fiche 4 - Au cœur de la réforme : le droit à compensation**

### **1. Un droit à compensation : pourquoi ?**

- pour garantir une égalité des chances et une citoyenneté pleine et entière.
- pour apporter une réponse individualisée à chaque personne handicapée.

### **2. Un droit à compensation : pour qui ?**

- Le besoin de compensation sera apprécié par une équipe médico-sociale qui s'appuiera sur des référentiels spécifiques à chaque type de handicap prenant en compte les aptitudes de la personne et ses limitations fonctionnelles
- l'équipe médico-sociale établira un plan personnalisé de compensation des handicaps (PPCH) en tenant compte autant que possible des souhaits de la personne handicapée ou de sa famille

### **3. Un droit à compensation : comment ?**

Il s'agit d'aider à compenser des dépenses supportées par les seules personnes handicapées : aménagement spécialisé de véhicule automobile, aménagement du logement, frais techniques d'appareillage, taxi, transport adapté, tierce personne, etc.

Quelques exemples dans la vie quotidienne :

- un fauteuil roulant électrique verticalisateur peut coûter jusqu'à 20 000€
- un livre scolaire peut coûter jusqu'à 150 € s'il est en braille.
- le dressage d'un chien guide d'aveugle coûte environ 20 000 €.

## ***Fiche 5 - Une pleine participation à la vie sociale***

*L'objectif du gouvernement est de permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale dans toutes ses dimensions.*

### **1. L'école : assurer une véritable intégration scolaire**

*Le gouvernement consacrera le devoir de l'éducation nationale d'accueillir tous les enfants handicapés à l'école ou d'assurer, si nécessaire, leur scolarisation dans des établissements adaptés. Il garantira à chaque enfant un parcours scolaire sans discontinuité lui permettant de développer toutes ses capacités.*

### **2. L'emploi : faciliter l'insertion professionnelle**

**La priorité sera donnée, dans toute la mesure du possible, au travail en milieu ordinaire.** Le gouvernement entend :

- **mobiliser les partenaires sociaux** sur cet enjeu dans le cadre de la négociation collective,
- **imposer des aménagements raisonnables des postes et du milieu de travail,**
- **inciter les entreprises** à recruter des personnes handicapées et **sanctionner** celles qui ne font aucun effort,
- **augmenter le recrutement des personnes handicapées dans la fonction publique**

Le gouvernement valorisera par ailleurs **le travail en milieu protégé** pour les personnes handicapées qui ne peuvent pas travailler en milieu ordinaire et prévoira des passerelles améliorant la fluidité entre les milieux de travail protégé et ordinaire.

### **3. Le cadre de vie : le rendre plus accessible**

*Il s'agit de :*

- **réaffirmer l'obligation d'accessibilité** à toute personne, quelle que soit la nature de son handicap, des espaces publics, des transports et du cadre bâti,
- **renforcer les contrôles** et les sanctions en cas de non respect de ces obligations,
- **subordonner le versement d'aides publiques au respect des règles d'accessibilité.**

## Fiche 6 - Chiffres clés du handicap (2002)

### 1/ ADULTES HANDICAPES

#### Nombre de bénéficiaires d'allocations

Allocation aux adultes handicapés (AAH) : 753 000

Allocation d'éducation spéciale (AES): 121 000

Allocation compensatrice de tierce personne (ACTP): 99 000 (dont 17 000 en établissement)

#### Nombre de places en établissements

CAT : 98 000

Ateliers protégés : 17 000

Foyers d'hébergement : 39 000

Foyers occupationnels : 34 500

Maisons d'accueils spécialisé: 14 000

Foyer d'accueil médicalisé : 9 100

#### Décisions d'orientation par les COTOREP

**1/ en établissement médico-social** : 33 178 Foyer d'hébergement : 5665

Foyer occupationnel : 12 655

Foyer d'accueil médicalisé : 4114

Maison d'accueil spécialisé : 6059

Autres: 4 685

Ensemble : 33 178 (+ 3,5% para rapport à 2001)

#### **2/ orientation professionnelle**

Atelier protégé : 9579

Centre d'aide par le travail : 38 818

Ensemble : 48 397 (-0,1% par rapport à 2001)

## **2/ ENFANTS HANDICAPES**

### ***Décisions d'orientation par les CDES en établissements et services médico-éducatifs***

Pour enfants déficients intellectuels : 47 200  
Pour enfants polyhandicapés : 3400  
Instituts de rééducation : 13 400  
Pour enfants déficients moteurs : 4 800  
Pour enfants déficients visuels : 2 000  
Pour enfants déficients auditifs : 4 600  
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile : 19 400  
Ensemble : 94 800

Mode de scolarisation des enfants et adolescents en établissements et services médico-sociaux (au 1<sup>er</sup> janvier 2002)

Non scolarisé : 22%  
Temps plein dans l'établissement d'éducation spéciale : 55%  
Intégration scolaire partielle : 4%  
Intégration scolaire totale : 19%  
Ensemble : 100%

### ***Prises en charge des enfants et adolescents handicapés : capacités installées***

Etablissements d'éducation spéciale : 103 800 places  
SESSAD : 23 000 places