

CONCOURS INTERNE DE COLONEL DE SAPEURS-POMPIERS PROFESSIONNELS

SESSION 2024

**Note d'analyse et de propositions à partir d'un dossier
portant sur les questions sociales**
et permettant de mettre en évidence une problématique
et éventuellement proposer des solutions possibles

EPREUVE n°6

Durée : 4 h
Coefficient 2.

SUJET :

En qualité de directeur(trice) départemental(e) adjoint(e) du SDIS XX, vous êtes invité(e) au congrès de l'association des maires du département. Les débats porteront sur le vieillissement de la population. Le président du département, président du CASDIS, vous interroge à propos du maintien des personnes âgées à domicile.

A partir du dossier joint, vous rédigerez une note générale d'analyse, à destination des élus du département, portant sur les enjeux du maintien à domicile des personnes âgées et de ses conséquences notamment pour les services de secours en faisant ressortir des propositions opérationnelles adéquates appuyées sur vos connaissances.

DOCUMENTS JOINTS

Document n° 1	Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), site du département d'Ille-et-Vilaine, février 2024	Page 3
Document n° 2	Jaeger M., «Aidants professionnels, aidants informels, pairs aidants », in <i>Principes et pratique d'action sociale</i> , Dunod, 2023, extraits	Page 4

Document n° 3	« Personnes âgées : comment faciliter le maintien à domicile ? », site Vie Publique, février 2024	Page 9
Document n° 4	« Déclinaison réglementaire de la loi MATRAS », site Pompiers.fr, avril 2022	Page 10
Document n° 5	Question parlementaire de Breton X. sur le projet de loi « grand âge » et réponse gouvernementale, site de l'Assemblée Nationale, février 2024	Page 11
Document n° 6	« MaPrimAdapt : nouvelle aide pour adapter son logement à la perte d'autonomie », site gouvernemental, février 2024	Page 12
Document n° 7	Jaeger M., «Le virage domiciliaire», in <i>Principes et pratique d'action sociale</i> , Dunod, 2023, extraits	Page 14
Document n° 8	Bex T., « Le secours d'urgence aux personnes fait son bilan », pompiers.fr, août 2017, extraits	Page 20
Document n° 9	Gattuso C., « Système de santé en crise : les ambulanciers à la rescousse ? », Medscape, avril 2022	Page 22
Document n° 10	« Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les 60 ans et plus ? », dossier de la Dress, site de la Dress, février 2023	Page 23
Document n° 11	Morel Senatore A., « Existe-t-il un droit au prompt secours ? », RDSS, 2018, extraits	Page 25

NOTA :

- 2 points seront retirés au total de la note sur 20 si la copie contient plus de 10 fautes d'orthographe ou de syntaxe.
- **Les candidats ne doivent porter aucun signe distinctif sur les copies** : pas de signature ou nom, grade, même fictifs.
- Les épreuves sont d'une durée limitée. Aucun brouillon ne sera accepté, la gestion du temps faisant partie intégrante des épreuves.
- Lorsque les renvois et annotations en bas d'une page ou à la fin d'un document ne sont pas joints au sujet, c'est qu'ils ne sont pas indispensables.

Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Services d'aide à domicile, offre de soins, logement, transports, offre de loisirs... Les 13 centres locaux d'information et de coordination (CLIC) d'Ille-et-Vilaine accueillent et informent les personnes âgées de plus de 60 ans ou les personnes en situation de handicap qui souhaitent améliorer leur quotidien.

Qu'est-ce qu'un Centre local d'information et de coordination (CLIC) ?

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) assurent un premier accueil d'information et de conseil pour les personnes âgées de plus de 60 ans et les personnes en situation de handicap.

Ils s'adressent aussi à leur entourage (parents, amis, proches...) et aux professionnels du secteur social et de la santé. Les CLIC rassemblent toutes les informations pour aider ces personnes dans leur vie quotidienne.

Pourquoi se rendre dans un centre local d'information et de coordination (CLIC) ?

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) peuvent transmettre des informations sur :

- Le soutien à domicile : services d'aides à domicile, services de soins à domicile, de portage de repas, téléalarme.
- Les structures d'hébergement.
- Les aides aux aidants.
- L'accès aux droits liés au maintien de l'autonomie.
- Les demandes auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).
- Des renseignements sur les transports, les loisirs, les échanges intergénérationnel.

Au centre local d'information et de coordination (CLIC), des professionnels apportent une aide personnalisée et gratuite dans les démarches de constitution de dossiers (ex : [dossier d'aide à l'autonomie : APA et caisses de retraite](#), [dossier MDPH](#)).

Ils proposent un accompagnement pour faire valoir les droits et mettre en œuvre, si besoin est, un plan d'aide à domicile. Ils sont soumis au secret professionnel.

Où trouver un centre local d'information et de coordination (CLIC) ?

L'Ille-et-Vilaine compte 13 centres locaux d'information et de coordination répartis sur l'ensemble de son territoire.

Principes et pratiques d'action sociale

Sens et non-sens de l'intervention sociale

Par **Marcel Jaeger** - Année : 2023 - Éditeur : **Dunod**

Chapitre 5. Aidants professionnels, aidants informels, pairs aidants (extraits)

¹ Les travailleurs sociaux sont de plus en plus sollicités pour des alliances élargies à des acteurs qui restaient jusque-là dans la périphérie des interventions spécialisées : les associations de personnes accompagnées et les pairs aidants. Mais ils sont amenés aussi à côtoyer des formes hybrides de professionnels et de bénévoles : les aidants informels.

² Ce phénomène a pris une importance croissante. Il concerne à la fois les proches aidants qui assurent des accompagnements de proximité de manière bénévole et des « usagers » qui, dans certains cas, contribuent aussi à des actions d'entraide, de « pair émulation », voire d'accompagnement spécialisé ou de médiation.

Multiplication des acteurs et coordination

³ Dans l'ensemble du secteur social et médico-social, les entrecroisements entre tous les acteurs n'ont pas cessé de se complexifier. L'augmentation du nombre de personnes identifiées comme étant en risque, voire en situation avérée de perte d'autonomie, a conduit ces dernières années à une prise de conscience collective quant à de nouvelles formes de solidarité, fondées sur la proximité avec l'environnement immédiat et les lieux de vie ordinaires. Dans ce cadre, le rôle des proches est d'autant plus important à prendre en considération que la pression croissante de la demande sociale oblige à intégrer cette problématique dans les réflexions sur l'accompagnement à domicile, y compris dans sa dimension économique, mais aussi sur les conditions pratiques entraînées par la présence, au sein d'un même lieu, de plusieurs

intervenant professionnels et non professionnels.

⁴ En effet, pour une grande partie des personnes accompagnées chez elles, les formes d'aide sont mixtes : elles associent des professionnels et des aidants informels. Hugues Joublin avait déjà montré que pour une personne âgée sur cinq à domicile, l'aide est uniquement formelle, c'est-à-dire émanant de professionnels exclusivement rémunérés. Pour les quatre autres, l'aide est uniquement informelle ou mixte ^[1].

⁵ Or les engagements personnels au sein d'une pluralité d'acteurs et de ressources ne font pas système : ils fluctuent en fonction de la singularité de chaque parcours, tant des personnes accompagnées que de leurs proches et des intervenants.

⁶ De ce fait, la nécessité d'une collaboration réfléchie pour assurer la stabilité des liens entre les personnes et répondre à leurs attentes conduit à interroger les évolutions dans l'accompagnement à domicile et les modalités de coordination entre les acteurs.(...)

Des difficultés sémantiques

¹² La coordination suppose une connaissance des acteurs et une maîtrise des codes. Si les professions paramédicales sont en général assez bien identifiées, il est plus difficile de savoir à quelles compétences spécifiques correspondent les multiples appellations.

¹³ D'abord, les questions de vocabulaire interrogent les professionnels. Ils sont amenés à se positionner par rapport à une nouvelle catégorie d'acteurs sociaux pour lesquels plusieurs termes sont utilisés, non seulement pour intégrer l'environnement des personnes

aidées, mais pour se rapprocher d'acteurs avec qui ils doivent maintenant construire des projets.

« Aidant naturel »

14 L'article 9 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne la possibilité pour une personne durablement empêchée de choisir un « aidant naturel » qui, après formation, pourrait notamment accomplir « des gestes liés à des soins prescrits par le médecin » que la personne ne peut pas faire elle-même, compte tenu de son handicap.

« Aidant familial »

15 Le décret du 19 décembre 2005 relatif à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées, modifiant le Code de l'action sociale et des familles et le Code de la sécurité sociale, considère « comme un aidant familial, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le bénéficiaire a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré du bénéficiaire, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine... et qui n'est pas salarié pour cette aide ».

16 Les services de l'État ont ainsi produit un outil d'autoformation pour les aidants familiaux : le *Guide de l'aidant familial*, destiné aux personnes « qui se consacrent à un proche dépendant ». Diffusé par le ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité à partir de 2008, ce guide explique notamment comment valoriser les acquis de son expérience d'aidant familial pour se reconverter dans le secteur des services à la personne ou pour accéder à une formation diplômante dans les métiers du travail social. Le terme a été repris dans la loi HPST, ainsi que dans l'article 1 de la loi du 26 janvier 2016 « de modernisation de notre système de santé », spécifiquement pour les personnes en situation de handicap.

« Proche aidant »

17 Cette notion se retrouve dans la littérature québécoise depuis de nombreuses années ; elle a été reprise en 2011 dans la *Contribution à l'amélioration et au développement des relais aux proches aidants* du groupement de coopération sociale et médico-sociale Actions pour l'information, le développement et les études sur les relais aux aidants et dans la partie Prospective du rapport de la même année la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : « Accompagner les proches aidants, ces acteurs invisibles ». L'intérêt de cette notion est de mettre l'accent sur l'entourage, dans une approche plus large que l'aide prodiguée par un membre de la famille.

18 Comme l'indiquait en 2011 le Collectif interassociatif des aidants familiaux, « l'aidant est la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités quotidiennes. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Cette aide peut prendre plusieurs formes : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance/veille, soutien psychologique, communication, activités domestiques... ».

19 Mais des aides semblables peuvent être apportées par des voisins, des amis. La clarification est venue, en tout cas pour l'accompagnement des personnes âgées, avec l'article 51 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, parent ou un allié, définis comme aidants familiaux ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».

20 Cette approche a été renforcée plus tard par la loi du 22 mai 2019 « visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants » qui énumère mes « mesures destinées à faciliter la conciliation entre la vie professionnelle et la

vie personnelle des salariés proches aidants ».(...)

« Aidant informel »

²²Cette expression retenue par le Conseil de l'Europe en 1998 contourne les questions précédentes. Elle suggère une absence de cadre qui marque un clivage avec les approches statutaires, mais qui a l'inconvénient d'entériner des prises de risques. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) la reprend, mais elle en donne une définition resserrée. Elle indiquait, dans le volet « Aidants informels » de l'enquête Handicap-Santé 2008 : « personne de 16 ans ou plus apportant régulièrement et à titre non professionnel, à une personne de 5 ans ou plus vivant à domicile, une aide à la vie quotidienne, un soutien financier ou un soutien moral pour des raisons de santé ou de handicap ». En fait, les aidants sont dits « informels » parce qu'ils épousent des formes dans des espaces privés, dans des contextes relationnels singuliers qui échappent pour une grande part à la visibilité de ces autres aidants que sont les professionnels du soin et de l'accompagnement social.

« Aidant non professionnel »

²³L'approche est encore plus large, voire plus floue, mais elle met l'accent sur une frontière qui pourrait sembler infranchissable entre un monde professionnel et un monde non professionnel. Cette position a été adoptée par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), qui a publié en 2014, avant son absorption par la Haute Autorité de santé, une recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée *Le Soutien des aidants non professionnels*. La définition donnée par l'ANESM ressemblait beaucoup à celle de « proche aidant » : pour elle, la notion d'aidant non professionnel ne se limite pas à l'état civil des proches, mais comprend également la qualité des liens interpersonnels ; de ce point de vue, le facteur ou le gardien d'immeuble peuvent jouer un rôle, notamment dans le repérage des situations de risque de perte d'autonomie des

personnes vivant à domicile (courriers qui s'entassent dans la boîte aux lettres, factures impayées, isolement...). (...)

²⁶Ces fluctuations sémantiques illustrent les difficultés pour les concepteurs de la politique d'aide à domicile de déterminer un cadre législatif et réglementaire en phase avec la façon dont, d'une part, les aidants familiaux ou non perçoivent leur action, d'autre part les professionnels se situent face à des tiers qui s'imposent à eux comme des partenaires ou comme des écrans.

²⁷La question de la famille est par ailleurs centrale, dans un contexte de transformations sociales marquées à la fois par la vulnérabilité des liens familiaux (éclatement des familles, isolement des personnes, repli sur soi...) et de nouvelles formes de solidarités primaires. Du point de vue des politiques publiques, les proches aidants sont une ressource à entretenir, y compris en raison de l'intérêt économique d'une coordination avec les aidants professionnels pour éviter les doublons, améliorer la qualité de vie de la personne aidée, faire des économies d'échelle.

²⁸Or, pour une personne âgée sur cinq à domicile et en risque de perte d'autonomie, l'aide est uniquement formelle : elle émane de professionnels exclusivement rémunérés à cet effet. Mais pour les quatre autres, l'aide est uniquement dite informelle ou mixte, avec des interventions assurées en alternance ou parfois en coprésence de professionnels et de proches aidants. Il en résulte que le fait même de parler d'aide mixte conduit à se pencher plus attentivement sur le clivage supposé entre l'aidance formelle et l'aidance informelle.

²⁹Enfin, de nouvelles distinctions s'imposent avec la « pair-aidance ». La CNSA a appuyé des expérimentations dans le champ du handicap psychique et financé leur évaluation, avec le souci de valoriser des formules permettant à des personnes présentant les mêmes difficultés de s'entraider, notamment avec des groupes d'entraide mutuelle, des *clubhouses*, des médiateurs pairs, des associations « d'usagers » et de personnes accompagnées... La question du domicile ne se pose pas ici de manière directe, mais les notions de pair et d'aidant s'enrichissent avec de nouveaux acteurs et de nouvelles pratiques.

Ces subdivisions dans l'ensemble flou, par définition, de l'aide informelle renforcent les interrogations sur les frontières qui nous étaient familières entre le monde des professionnels et celui des proches supposés démunis de compétences spécifiques.

Le doute sur la bipolarisation aidants professionnels/aidants non professionnels

30 Au moment où l'action sociale et médico-sociale s'intègre de plus en plus dans l'économie sociale et solidaire, les distinctions entre les professionnels identifiés par leur statut et les aidants non professionnels, les bénévoles, les militants tendent à laisser place à l'idée d'un continuum où dominent les intrications, les hybridations de formes d'intervention relevant ou susceptibles de relever de l'un ou l'autre de ces mondes.(...)

32 Il existe ainsi des métiers ayant des statuts dérogatoires à la fois au Code du travail et aux catégorisations traditionnelles des professions, qui posent aussi la question du domicile, mais dans une logique inverse. Il s'agit de catégories intermédiaires entre les aidants informels et les professionnels salariés pour lesquelles la distinction est nette entre les espaces privés et les espaces d'exercice professionnels. Ces catégories ont en commun d'être concernées par des relations d'aide au sein d'un espace privé, d'une famille (la leur pour les familles d'accueil). D'autre part, elles sont, elles aussi, à la limite de l'engagement personnel et de la professionnalisation.

33 Ainsi les assistants familiaux, anciennement assistants maternels à titre permanent (l'expression « assistant maternel » étant conservée depuis 2004 pour l'accueil non permanent) sont des professionnels qui accueillent à leur domicile des enfants ou des adultes qui relèvent, pour certains, du handicap. La difficile séparation entre leur vie privée et leur vie professionnelle ainsi que leur niveau de rémunération en fait des salariés au statut particulier : depuis la loi du 11 mai 1977, les assistants familiaux relèvent d'un chapitre spécial du Code du travail (livre VII, « Dispositions particulières à certaines professions »).(…)

35 Autre cas de figure, les « accueillants familiaux à titre onéreux » (dénommés ainsi depuis la loi du 17 janvier 2002 dite « de modernisation sociale ») de personnes âgées ou handicapées. Depuis la loi du 10 juillet 1989, votée à l'initiative du ministre délégué aux personnes âgées, Théo Braun, les personnes qui accueillent à leur domicile, à temps partiel ou à temps complet, des personnes âgées ou handicapées adultes, contre rémunération, doivent être agréées par le président du conseil départemental et faire l'objet d'une convention d'habilitation au titre de l'aide sociale. Chaque personne accueillie passe un contrat écrit avec la personne agréée. La rémunération de cette dernière consiste en une indemnité journalière conforme à un plafond fixé par le président du conseil départemental, ayant le statut juridique d'un salaire, versée par la personne accueillie.

36 Là encore la frontière entre les proches aidants et les accueillants familiaux est poreuse. En effet, la loi HPST a pris acte de la proximité de ces deux catégories.(…)

37 En tout cas, des convergences significatives existent. Elles suggèrent que les clivages hérités de logiques historiques hétérogènes perdent pour partie leur force, voire de leur pertinence. D'où l'hypothèse de la constitution d'un continuum entre aidants informels et professionnels, avec toute une série de formes intermédiaires incluant une redéfinition des « personnes de confiance » au sens de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.(…)

La formation des aidants informels en débat

42 Sans aller jusque-là revendiquer un statut de professionnels, les proches aidants demandent de plus en plus la reconnaissance de leurs compétences et, par conséquent, la construction d'une offre de formation permettant de les renforcer. Aussi, la question du domicile, en soi, n'est pas un élément discriminant pour les professionnels et pour les proches. Leur premier souci commun est de répondre à une attente de personnes vulnérables sur un double registre technique et humain.

43 Dans la plupart des cas, la demande de formation des proches aidants correspond à une demande de soutien, dans le présent ou dans un futur proche. Cela n'exclut pas que ces mêmes aidants envisagent un parcours de formation qualifiante, ce qui est une façon de se projeter dans un avenir en lien avec leur implication dans une relation d'aide.

44 Ainsi, les demandes de formation de la part des aidants se font de plus en plus pressantes.(...)

45 Un premier constat s'impose : sans avoir l'intention de réguler l'offre de formation dans le contexte de l'émergence d'un véritable marché, comme c'est le cas pour l'offre de formations tout au long de la vie et tous secteurs confondus, le législateur a pris position : la pression des associations l'a conduit à proposer plusieurs réponses aux demandes des proches aidants. Certaines de ses décisions ont entraîné des réactions très hostiles vis-à-vis de la perspective d'une concurrence de légitimités pouvant conduire à des pertes de revenus du côté des professionnels de l'aide à domicile. (...)

60 Mais ne doit-on pas craindre une « professionnalisation » des personnes accompagnées et des pairs aidants ? Ni plus ni moins de crainte que pour les aidants familiaux, les assistants familiaux ou pour les militants associatifs. Des formations peuvent être mises en place, sans conduire à des certifications qui engageraient un processus de professionnalisation.

61 Il est le cas de formations mises en place par des associations, dont l'Association française des aidants, sous la forme de modules courts ou de MOOC (*massive online open course*), des formations en ligne, sachant que près de 80 % des 45-59 ans possèdent un ordinateur à domicile et que cette tranche d'âge a pour habitude de se renseigner sur internet.

62 Par exemple, le projet « Savoir être aidant », soutenu par des fonds européens, répond aux besoins des aidants en :

- « offrant des renseignements et des conseils pratiques visant à les accompagner au mieux face aux difficultés du quotidien ;

- leur permettant de dépasser les incompréhensions afin d'offrir une aide plus adaptée à leur proche,

- réduisant leur fatigue physique et psychologique en les formant à une meilleure compréhension de leur rôle, de leurs limites et des dispositifs existants,

- leur communiquant les gestes et les comportements adaptés afin de réduire les risques d'épuisement et de dépression,

- offrant une formation adaptée à leurs emplois du temps et proposant entre autres un forum pour échanger et se faire conseiller par des experts,

- informant les aidants sur les dispositifs publics existants susceptibles de les soulager et de les aider à connaître leurs droits et ceux de leurs proches [3].

64 Par contre, un autre mouvement se dessine. La voie d'une première qualification a été ouverte en 2007 avec la création d'un titre professionnel de « technicien médiation services » niveau bac, délivré par l'AFPA [4].

65 Il existe aussi un diplôme universitaire « assistant aux projets et parcours de vie » (APPV) dédié à l'accompagnement des familles, des aidants et/ou des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive et qui bénéficie, depuis 2021, du soutien du syndicat d'employeurs Nexem. Ce diplôme, situé à bac + 2, est décliné par le Conservatoire national des arts et métiers comme un certificat de compétences. L'idée est de préparer la création d'un nouveau métier.

66 Pour prévenir le risque que des « usagers » deviennent des sortes de notables ne représentant qu'eux-mêmes ou des professionnels qui s'enfermeraient dans un statut, il faut étendre la participation en favorisant des modalités électives, avec un rythme de rotation fixé avec les personnes accompagnées elles-mêmes, tout en leur donnant les moyens d'accroître leurs compétences.

Notes

[1] H. Joublin, *Le Proche de la personne malade dans l'univers des soins. Enjeux éthiques de proximologie*, Toulouse, Érès, 2010, p. 77.

[2] Développé in È. Gardien (dir.), *L'Accompagnement par les pairs. Enjeux de participation et de professionnalisation*, Grenoble, PUG, 2021.

[3] <https://www.savoiretainant.fr/>.

[4] A. Bonnamy, *Le Pair-Aidant : un nouvel acteur du travail social ?*, Paris, ESF, 2019.

(...)

<https://www.vie-publique.fr/en-bref/293126-autonomie-domicile-des-personnes-agees-comment-mieux-faire>

Personnes âgées : comment faciliter le maintien à domicile ?

Publié le 26 février 2024 ; Par : La Rédaction

En 2050, la part des personnes de plus de 60 ans devrait atteindre un tiers de la population (contre 20% en 2000). Face à cet enjeu démographique, les prochaines décennies impliquent de repenser l'organisation de l'espace et de la vie sociale des personnes âgées.

Dans un rapport du 20 février 2024, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge établit un constat des mesures déjà en place et propose des orientations et **adaptations afin de permettre aux personnes âgées de pouvoir continuer à vivre plus facilement à domicile.**

Un accompagnement "insuffisamment" anticipé et adapté

La politique française du vieillissement est marquée par certains défauts d'anticipation et de planifications des besoins futurs notamment sur :

l'augmentation du nombre de personnes âgées souffrant d'incapacités "*modérées ou sévères*" (trois millions d'ici 2040) ;

- la programmation budgétaire ne dépassant pas quatre ou cinq ans ;
- l'accès aux soins encore marqué de disparités ;
- la diminution du nombre d'aidants ;
- l'inadaptabilité des logements lorsque 96% des seniors déclarent vivre dans un logement ordinaire et dont seulement 6% sont adaptés.

Le Haut Conseil appelle à **adopter une politique du "faire domicile"** en plus grande adéquation avec les aspirations actuelles de vivre en "*pleine citoyenneté*".

Si la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 tend à anticiper les conséquences du vieillissement et à en faire "*un impératif national*", l'**adoption d'une approche globale reposant sur une inclusion des personnes âgées dans la cité et la garantie d'un droit de vivre de manière autonome** font partie des recommandations du Haut Conseil dans son rapport.

Vers la création d'une prestation universelle ?

Principal dispositif d'aide à l'accompagnement, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) connaît certaines limites souligne le rapport. Et près d'un allocataire sur deux ne consomme pas l'intégralité des aides qui lui sont allouées.

Face à la complexité du système actuel, le Haut Conseil recommande une **réforme du dispositif du soutien à l'autonomie** à travers la création d'une **nouvelle prestation universelle**, accessible aux personnes atteintes de déficiences **sans distinction des causes et de l'âge**.

Cette prestation étendrait son éligibilité à de nouveaux publics tout en garantissant un niveau d'aide minimum sur tout le territoire.

Néanmoins, dans l'attente d'une réforme globale, le Haut Conseil souligne l'importance de mettre en place les correctifs nécessaires par rapport aux "*faiblesses majeures*" de l'APA à domicile (plans d'aide insuffisants pour des personnes subissant des maladies neurodégénératives ou encore des troubles cognitifs ou de comportement).

<https://www.pompiers.fr/declinaison-reglementaire-de-la-loi-matras>

DÉCLINAISON RÉGLEMENTAIRE DE LA LOI MATRAS

INSTITUTIONNEL - LE 28 AVRIL 2022

Le 22 avril dernier a vu la parution au Journal officiel d'un premier train important de textes réglementaires d'application de la loi n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels, dite loi Matras.

- **Le décret n° 2022-621 relatif aux actes de soins d'urgence relevant de la compétence des sapeurs-pompiers.** Si ce texte ne correspond pas à l'attente initiale des sapeurs-pompiers et résulte d'un compromis avec la Santé, il préserve l'avancée essentielle constituée par l'art. 2 de la loi Matras pour l'évolution du cadre des missions, la reconnaissance des sapeurs-pompiers comme soignants et leur montée en compétences, accompagnés par les différentes composantes – infirmiers, pharmaciens, médecins – de leurs SSSM, dans le service apporté au public. Il conviendra de veiller dans les Codamups (Comités départementaux de l'aide médicale et urgente de la permanence des soins) à ce qu'il n'y ait aucun frein à la mise en œuvre de ces gestes et à ce que l'ensemble des professions de santé des SSSM soient associés à la formation des sapeurs-pompiers à leur pratique.

- **Le décret n° 2022-631 portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde, accompagné de deux arrêtés revalorisant à 200 euros le tarif national d'indemnisation des carences ambulancières et créant une indemnité de substitution (12 euros par heure d'immobilisation) pour l'adaptation de la couverture opérationnelle d'un service d'incendie et de secours (SIS) dans un secteur non couvert par une garde ambulancière.** Il faudra s'assurer, lors de la mise en œuvre de ce texte, de la diminution effective du nombre de carences ambulancières des SIS et de l'absence de remise en cause de la loi Matras par une organisation qui viendrait à donner compétence aux ambulanciers privés dans les secteurs urbains rentables et aux sapeurs-pompiers dans les seuls secteurs ruraux non rentables, au prix d'un brouillage de la chaîne préhospitalière et d'une réponse à deux vitesses dans les territoires.

16ème législature

Question N° : 12403	De M. Xavier Breton (Les Républicains - Ain)	Question écrite
Ministère interrogé > Solidarités et familles		Ministère attributaire > Travail, santé et solidarités
Rubrique > personnes âgées	Tête d'analyse >Orientation et date du projet de loi grand âge	Analyse > Orientation et date du projet de loi grand âge.
Question publiée au JO le : 24/10/2023 Réponse publiée au JO le : 13/02/2024 page : 999 Date de changement d'attribution : 12/01/2024 Date de signalement : 06/02/2024		

Texte de la question

M. Xavier Breton attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et des familles sur l'annonce faite par le Président de la République de la présentation d'un projet de loi sur le grand âge et la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, d'ici la fin de l'année 2023. En effet, le vieillissement de la population, qui résulte d'un allongement de l'espérance de vie et de l'arrivée aux âges élevés des générations du *baby-boom*, constitue un défi en matière d'accompagnement des personnes âgées, en particulier de celles qui rencontrent les restrictions d'activité les plus sévères. Selon les chiffres de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), les plus de 60 ans seront 25 millions en 2050, dont 4 millions en perte d'autonomie. Pour faire face à cette transformation profonde de la société, de nombreux travaux et concertations ont été engagés depuis 2018. Ils ont notamment conduit à la remise du rapport de Dominique Libault sur le grand âge et l'autonomie en mars 2019 et à la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale couvrant le soutien à l'autonomie. Le 30 août 2023, le Président de la République a de nouveau annoncé un texte préparé par le Gouvernement en particulier avec les départements, associant toutes les forces politiques, en vue d'aboutir à la fin de cette année. À ce stade, et vu toutes les données déjà connues sur le sujet, il lui demande de bien vouloir lui indiquer, d'une part, les grandes orientations qu'elle entend privilégier et, d'autre part, les moyens financiers, matériels et humains qu'elle compte y consacrer dans les années à venir.

Texte de la réponse

La proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France a été adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale le 23 novembre 2023. Largement enrichie par l'ensemble des groupes politiques à la fois en commission et en séance publique, elle apporte de nombreuses solutions au défi de l'autonomie. Elle crée ainsi le service public départemental de l'autonomie, préconisé dans le rapport Libault, qui vise à améliorer la coordination des acteurs au niveau local et ainsi faciliter la continuité des parcours pour les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs aidants. Elle veille également à améliorer les conditions d'accueil et d'accompagnement dans les établissements pour personnes âgées avec l'inscription du droit de visite comme droit des résidents, le financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie et l'élaboration d'un cahier des charges relatif à la quantité et à la qualité nutritionnelles des repas proposés. La proposition de loi s'attache aussi à prévenir les cas de maltraitance et à mieux traiter les signalements avec l'adaptation des modalités de contrôle des antécédents judiciaires et la création d'une instance territoriale de recueil et de suivi des signalements de maltraitance. Par ailleurs, les Français souhaitant majoritairement vieillir à leur domicile, il est prévu des mesures pour prendre soin des professionnels de l'aide à domicile avec, en particulier, l'expérimentation par les départements volontaires d'une dotation forfaitaire pour financer les services autonomie à domicile ainsi qu'un fonds de soutien à la mobilité et aux temps d'échange et de partage de bonnes pratiques et la délivrance d'une carte professionnelle. Enfin, dans la continuité de cette proposition de loi ainsi que de la stratégie bien vieillir, présentée le 17 novembre 2023, une loi de programmation sur le grand âge sera co-construite avec l'ensemble des groupes parlementaires. Annoncée par la Première ministre et inscrite dans la proposition de loi, cette loi de programmation sera adoptée avant la fin de l'année 2024. Elle définira les objectifs de financement public nécessaires pour assurer le bien-vieillir des personnes âgées, le recrutement des professionnels et les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs. La ministre chargée des solidarités et des familles, ainsi que tout le Gouvernement, sont ainsi pleinement impliqués pour répondre à la transition démographique et permettre aux personnes de bien vieillir, que ce soit à leur domicile ou en établissement.

MaPrimeAdapt' :**nouvelle aide pour adapter son logement à la perte d'autonomie**

Publié le 02/01/2024 |

Une nouvelle aide unique est effective depuis le 1^{er} janvier 2024 pour financer les travaux d'adaptation des logements : MaPrimeAdapt'. Sous conditions d'attribution, cette aide vise à simplifier les démarches et permettre aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie de rester vivre chez elle.

Le nombre de personnes âgées dépendantes atteindra 2,9 millions en 2027 et 3,9 millions en 2050. Le vieillissement de la population soulève de nouveaux besoins en matière d'aide et d'accompagnement à domicile. Près de 80 % des Français souhaite vieillir chez eux plutôt que dans un établissement. Le virage domiciliaire représente ainsi un enjeu fondamental pour permettre à chacun de vivre confortablement dans son logement malgré une perte d'autonomie ou la survenue d'un handicap.

Une aide unique pour faciliter les démarches et encourager les travaux préventifs

L'adaptation du logement au vieillissement et au handicap est l'une des priorités du Gouvernement, dans le prolongement des engagements de la loi pour l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN). L'objectif est d'adapter 680 000 logements dans les dix prochaines années, dont 250 000 sur le quinquennat 2023-2027. Dans cette volonté de simplifier et d'accélérer l'adaptation des logements, la mise en place de l'aide unique MaPrimeAdapt' prend effet au 1^{er} janvier 2024. Elle remplace trois aides qui coexistaient :

- *Habiter facile* de l'Agence nationale de l'habitat (Anah) ;
- les aides de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) pour l'adaptation du logement des personnes âgées ;
- le crédit d'impôt autonomie.

Au-delà de faciliter le passage à l'acte des Français dans l'amélioration de leur cadre de vie, cette aide vise également à encourager les travaux préventifs des logements.

Elle est distribuée par l'Anah sur l'ensemble du territoire français, départements et régions d'Outre-mer compris.

Qui peut bénéficier de MaPrimeAdapt' ?

Cette aide financière est attribuée sous conditions de ressources (revenus modestes et très modestes).

Elle s'adresse :

- aux personnes âgées de plus de 70 ans, quel que soit leur niveau de dépendance ou d'autonomie ;

- aux personnes âgées de 60-69 ans en perte d'autonomie précoce justifiant d'un niveau de GIR (groupe iso-ressources) de 1 à 6 ;
- aux personnes en situation de handicap sans condition d'âge, justifiant d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 % ou éligibles à la prestation de compensation du handicap (PCH).

MaPrimeAdapt' est destinée aux propriétaires occupants ou aux locataires du parc privé pour des travaux dans leur résidence principale sans condition d'ancienneté, en France métropolitaine et Outre-mer.

Quels types de travaux sont concernés ?

Afin d'assurer la sécurité et le confort des logements en fonction des besoins de chacun, les travaux d'adaptation peuvent concerner l'intérieur ou l'extérieur des logements. Quelques exemples d'aménagements :

- aménagements intérieurs :
 - monte-escalier électrique,
 - douche italienne,
 - WC surélevés et barre d'appui,
 - éclairage à détection de mouvement ;
- aménagements extérieurs :
 - rampe d'accès extérieur,
 - installation de volets roulants électriques,
 - élargissement de la porte d'entrée.

Quel est le montant de l'aide ?

Dans la limite d'un plafond de travaux de 22 000 euros hors taxes, MaPrimeAdapt' donne droit à une subvention de :

- 50 % du montant des travaux pour les ménages aux revenus modestes ;
- 70 % du montant des travaux pour les ménages aux revenus très modestes.

Le dispositif propose également un accompagnement obligatoire par un assistant à maîtrise d'ouvrage (AMO) habilité par l'Anah. Interlocuteur privilégié durant tout le dispositif, il réalise avec la personne un diagnostic et établit un projet de travaux et un plan de financement.

MaPrimeAdapt' est cumulable avec les aides locales et les aides à la rénovation énergétique et la prestation de compensation du handicap (PCH).

L'aide *Habiter facile* reste effective pour toute démarche entamée en 2023.

Comment obtenir MaPrimeAdapt' ?

Cinq étapes pour bénéficier de MaPrimeAdapt' :

1. Prise de RDV avec un conseiller France Rénov' sur [France-renov.gouv.fr](https://france-renov.gouv.fr) ou à un guichet autonomie proche de chez vous (Espace Conseil France Rénov, France services, etc.) ;
2. Mise en relation avec un assistant à maîtrise d'ouvrage (AMO) habilité autonomie ;
3. Dépôt de demande de subvention en ligne ou en format papier ;
4. Réalisation des travaux par un artisan choisi avec l'AMO ;
5. Réception du versement de la subvention.

Principes et pratiques d'action sociale

Sens et non-sens de l'intervention sociale

Par Marcel Jaeger - Année : **2023** - Éditeur : Dunod

Chapitre 11. Le virage domiciliaire (Extraits)

1 Virage pris par qui ? Pour quelles raisons ? Avec quelle amplitude ? Quelles que soient les réponses à ces questions, ce type de virage qui nous est annoncé est le signe d'un changement profond dans les politiques publiques, tout particulièrement dans le secteur de la santé et de l'accompagnement des personnes âgées.

Un virage ou une option parmi d'autres ?

2 La question du domicile n'est pas nouvelle : la notion de « virage domiciliaire » accentue une idée déjà très présente dans les conceptions hygiénistes et dans les stratégies de prévention à l'œuvre dans le champ de la santé, en particulier de la santé mentale. (...)

6 Une distinction plus récente est apparue, entre les notions de « virage domiciliaire » et de « virage ambulatoire ». Elle donne une dimension assez différente à la seule référence au domicile comme option pour l'accompagnement des personnes.

7 Dans le « virage ambulatoire », la priorité est donnée au déplacement, donc à la sortie de l'établissement comme du domicile. La mobilité importe plus que le lieu où la personne vit habituellement ; l'établissement peut même être considéré comme un domicile d'un point de vue administratif, y compris au sens d'un « domicile de secours ». L'essentiel est que la personne puisse choisir en conservant ses droits et son autonomie, dans toute la mesure du possible.

8 C'est le sens de la disposition prévue par l'article 7 de la loi du 2 janvier 2002, devenu

l'article L. 311-3 du Code de l'action sociale et des familles :

9 « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; 2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé. »

10 Les deux options, le domicile comme lieu de destination de services spécialisés et l'établissement, ne sont pas spécifiques à tel ou tel secteur d'intervention sociale ou médico-sociale. Certes l'accent a été mis sur les personnes âgées, dont il est dit que 77 % des moins autonomes continuent de vivre chez elles. Face au rejet croissant des EHPAD, le maintien à domicile appuyé par des aidants et des pairs aidants constitue une orientation forte. (...)

12 L'autre aspect du « virage ambulatoire », dans tous les domaines de l'action sociale et médico-sociale est de souligner la part de la mobilité, donc des parcours des personnes. Le domicile en lui-même peut être un point de départ, un point d'arrivée ; il est aussi un point de passage dans des parcours qui peuvent être linéaires, mais aussi aléatoires, voire chaotiques. Ainsi des étapes possibles sont identifiées, qui intègrent à chaque fois des périmètres d'intervention différents.

13 Le « virage domiciliaire » est d'une autre nature : l'affirmation de la priorité donnée au lieu de vie dans un environnement familial ouvre la voie à une visée inclusive et donc à un nouveau tournant.

Le postulat d'un espace sécurisé

14 Le domicile marque symboliquement le maintien ou le retour à une autonomie permettant à une personne de s'approprier son lieu de vie et de ne pas nécessiter une institution qui la prendrait « en charge ». En l'occurrence, le domicile se présente comme un espace de confiance, d'autant plus important qu'il n'assure pas les mêmes protections qu'une institution, même si, parfois, des formes de maltraitance institutionnelle et entre proches font douter, dans les deux cas, des garanties supposées acquises.

15 Le maintien à domicile peut tout aussi bien favoriser une exposition aux maltraitements du fait de l'invisibilité ou de la visibilité faible d'un espace restreint, sauf à considérer que des tiers « éclairés » sont suffisamment impliqués dans le quotidien pour renforcer la sécurité du cadre de vie. En ce sens, le domicile consolide les relations par une dimension affective moins présente dans l'organisation formalisée d'un établissement.

16 D'une manière générale, il est entendu que l'accompagnement à domicile est une opportunité pour les personnes concernées dans la mesure où il est censé garantir le respect de la vie privée et de l'intimité. Dans le couple autonomie/protection qui caractérise la double finalité de l'action sociale et médico-sociale, le « chez soi » autorise la liberté d'agir à sa façon en préservant un espace personnel protecteur.

17 En ce sens, la pluralité des intervenants assure une garantie supplémentaire. L'espace se sécurise d'autant plus, mais pose de nouveaux problèmes dès lors que les modalités de l'accompagnement perdent de leur lisibilité, y compris pour la personne accompagnée elle-même, en raison parfois d'une inflation d'intervenants.

18 Pendant longtemps, soit les personnes étaient abandonnées à leur solitude quitte à en mourir, soit elles faisaient l'objet, non d'« interventions » sous la forme d'une aide active, mais de visites souvent ponctuelles et réduites à la vérification, pour ne pas dire au contrôle de la satisfaction de besoins élémentaires. Au demeurant, la crise sanitaire provoquée par la Covid-19 a montré que cette problématique pouvait encore être très présente.

19 Cette pratique a joué un rôle très important dans un croisement d'interventions à la fois sanitaires et sociales qui, dans un premier temps, ont été incarnées par une même personne : « la visiteuse », avec la concentration de « l'aide à domicile » sur des relations duelles. Pendant toute cette période, la notion de coordination et celle de « parcours coordonné » ne correspondaient à rien, chacun se retrouvant seul en raison de l'absence d'une équipe pour le professionnel, d'autres membres de la famille pour l'aidant informel quand un seul s'investit par délégation des autres.

20 Que la personne soit seule ou en relation régulière avec un proche qui n'habite pas avec elle, la nécessité d'une coordination ne se justifiait pas. Tel était du moins le raisonnement ancien, fondé sur le clivage dedans-dehors, domicile-institution, quitte à ce que l'idée du chez-soi modélise la pensée de l'institution. Il en est resté de nombreuses traces dans le secteur social et médico-social : les métaphores du nid, de la maison, du logis, du refuge du foyer... ont illustré la priorité donnée à la protection et au resserrement des liens affectifs y compris dans un hébergement collectif.

21 Il s'est produit une inflexion majeure : le passage de la visiteuse unique à une batterie d'acteurs relevant tout à la fois d'interventions par des services spécialisés et d'aidants informels (pairs aidants, aidants familiaux, bénévoles...). Pour le dire autrement, nous sommes passés de la « visite » à l'accompagnement, avec une donnée complètement nouvelle : la multiplication des acteurs impliqués dans le maintien ou le retour à domicile.

22 L'émiettement des formules rend centrale la question de la coordination. Elle est posée, pour l'essentiel, comme une problématique interne à tel ou tel service. Ainsi, l'article 3 du décret du 25 juin 2004 a rendu obligatoire pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), un « infirmier coordonnateur salarié » dont les fonctions incluent notamment des activités de coordination avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

23 Outre qu'une semblable responsabilité n'est pas définie pour les travailleurs sociaux, alors qu'ils ont, eux aussi, ont un rôle essentiel à jouer dans ce domaine, aucune coordination de l'ensemble n'est prévue par les textes officiels. Seule la personne accompagnée elle-même ou, à défaut, ses proches, est en mesure de coordonner les actions.

24 Sous cet angle, la formule a des équivalents dans d'autres secteurs et notamment dans le secteur social et médico-social où se développent les thématiques du *case management*, de la gestion de cas, du référent unique et autres modalités de coordination. En l'occurrence, il s'agit d'une nouvelle façon de penser l'intervention auprès des personnes en difficulté du fait de la maladie, du handicap ou de l'âge. Elle correspond à un changement radical dans la conception de l'accompagnement.

25 Aujourd'hui, l'idée est de sortir des schémas tranchés par une sorte de maillage, d'hybridation des moyens mis en œuvre, d'articuler le respect de la vie privée et les appuis par des services eux-mêmes référés à des institutions comme ultimes recours.

26 Cette approche explique l'intérêt de plus en plus porté aux équipes mobiles expérimentées depuis longtemps par des équipes psychiatriques. Une des illustrations les plus importantes de ce mouvement se trouve maintenant dans la *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté*, avec la création d'équipes mobiles de visite à domicile pour les personnes que les services

sociaux ne parviennent pas à joindre par les moyens traditionnels.

Un éventail d'acteurs

27 Les dispositions prises pour l'accompagnement des personnes s'appuient sur des préoccupations partagées aussi bien par les agences régionales de santé que par les équipes médico-sociales des conseils départementaux, en particulier le renforcement des possibilités de maintien à domicile tout en permettant, selon les demandes et les besoins, des réponses institutionnelles temporaires ou définitives.

28 Pour autant, le paysage est encore marqué par la juxtaposition de dispositifs et d'acteurs. Il existe un fort doute quant aux effets produits sur la pertinence des réponses aux besoins et attente, et surtout sur la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie.

29 Celles qui sont maintenues à domicile et accompagnées du fait de leur âge ont fait l'objet d'un diagnostic particulièrement précis et circonstancié a été établi par le rapport de Dominique Libault en 2019 [3]. Il soulignait tout à la fois la priorité affirmée au maintien à domicile, le besoin d'être « chez soi », mais aussi un pilotage complexe de l'ensemble constitué par les différentes catégories de services, un manque général de coordination, une pénurie de personnel, « des interventions insuffisamment pensées dans une logique de continuité des parcours », un appui aux proches aidants insatisfaisant, « des solidarités du quotidien et un cadre de vie ne parvenant pas à rompre l'isolement ». Le regard porté par ce rapport était sans complaisance et permettait d'envisager une redéfinition complète de la politique de maintien à domicile.

30 Parmi ses propositions, Dominique Libault suggérait notamment de développer le salariat d'accueillants familiaux reliés à des établissements ou services médico-sociaux. Mais l'amélioration des statuts et des salaires semble ne pas suffire pour renforcer les coopérations entre les professionnels, tant les travailleurs sociaux que les personnels de santé, et des aidants, voire d'autres acteurs de la vie civile.

31 Pour développer des « parcours coordonnés » dans l'accompagnement à domicile, il faudrait expérimenter des modalités de coordination acceptées par les uns et par les autres : un numéro de téléphone unique, par exemple, accessible aux personnes accompagnées et à leurs aidants, ainsi qu'aux professionnels et plus particulièrement aux professionnels de santé libéraux, une plateforme d'information et d'orientation recensant les différents dispositifs et structures existant sur le territoire, une préparation de l'entrée et de la sortie d'hôpital ou d'une autre institution, avec des transitions et une circulation des informations entre les professionnels...

32 Une autre idée est très présente : faire assurer une régulation par un tiers, avec une coordination réfléchie, structurée, formalisée, qui passe par le recours à un référent pour chaque personne accompagnée. Cela signifie confier une responsabilité spécifique à un acteur supplémentaire, qu'on l'appelle coordonnateur ou référent de parcours.

33 La notion de référent peut d'autant plus s'imposer que les personnes accompagnées se confrontent à la complexité des situations sociales et familiales ou des dispositifs d'accompagnement à domicile. Il s'agit donc de garantir la plus grande cohérence possible dans une pluralité d'actions à mener, avec des intervenants qui, parfois, s'ignorent.

34 Sur le principe, un consensus assez large peut se faire : la complexité de certaines situations et leur caractère multifactoriel nécessitent souvent une pluralité d'intervenants qui doivent se coordonner pour garantir un accompagnement cohérent, fluide et respectueux du parcours et des projets de la personne. Les difficultés liées à une approche segmentée des besoins de la personne, notamment du fait de l'accumulation, du cloisonnement et de la juxtaposition de dispositifs, avec des conséquences néfastes telles que le non-recours, l'absence d'accompagnement global, voire des incohérences dans le traitement des situations, ont conduit à l'expérimentation du référent de parcours.

35 Aussi, la mise en place du « référent de parcours » a été expérimentée de décembre 2016 à avril 2018, dans quatre départements. L'État s'était engagé, dans le cadre du *Plan d'action en faveur du travail social et du développement social*, élaboré en 2015, après les cinq rapports issus des États généraux du travail social, à expérimenter la mise en place d'un « référent de parcours ». Il s'agissait de répondre au besoin d'une meilleure coordination des différentes interventions sociales, à la fois pour les personnes et les professionnels.

36 Le rapport *Métiers et complémentarités*, en 2015, abordait les parcours de formation et il associait la notion de parcours à celle d'accompagnement global. Or ce dernier, précisait ce rapport, « doit être pensé en termes de parcours de vie et non pas comme la somme des accompagnements spécifiques ». Pour que les institutions et les professionnels se positionnent correctement dans un but de complémentarité, il est nécessaire de prendre en compte la diversité du rôle des acteurs, mais également de mettre en évidence les points de convergence. D'où le recours à un « référent social unique » ou à un référent en charge de la coordination des interventions.

37 Un autre rapport consacré, la même année, à la coordination institutionnelle des acteurs en tirait les conséquences en recommandant la mise en place de référents de parcours, non pour renforcer les dispositifs existant, mais au contraire pour valoriser, dans l'accompagnement des parcours des personnes, la coopération entre les acteurs à travers « des logiques de solidarités d'engagement ».

38 Mais, pour que les professionnels puissent mettre en œuvre des logiques de coopération, d'articulation, de coordination, il est nécessaire que des stratégies institutionnelles convergentes viennent les soutenir et les légitimer. La mise en réseau des partenaires sur un territoire et l'élaboration d'une vision partagée des enjeux de la coordination doivent permettre de mieux répondre aux besoins et aspirations des personnes accompagnées, dans le cadre d'une approche de coconstruction des parcours [4].

39 Cela demande que les coordinations entre les professionnels du service et les autres intervenants chez les personnes accompagnées — y compris les bénévoles — soient formalisées, organisées et périodiquement vérifiées. Il s'agit notamment de restreindre l'impact des relations interpersonnelles et des conflits personnels éventuels dans la manière dont les professionnels organisent ensemble leurs actions et de limiter les risques d'omission ou de contradiction entre les approches adoptées.

40 Il est d'autant plus important de distinguer, comme le fait Yves Couturier, la coordination ordinaire, spontanée, et la coordination « dédiée »^[5], formalisée, sous réserve que l'une et l'autre reposent sur les principes d'engagement et de confiance, autrement dit en se préoccupant de la dimension éthique de la coordination.

41 Restent des questions pratiques, qui attendent toujours des réponses claires : qui choisit le référent ? La personne directement concernée elle-même ? Les proches ? Qui dispose de la compétence nécessaire pour apprécier si tel ou tel acteur choisi est apte à devenir référent ? Faut-il se fier à une « délibération collective » ? Comment l'organiser ? Est-ce qu'il convient plutôt de s'appuyer sur un acteur spécifique ? Avec quelle légitimité, quelle formation, quel statut, quel financement ?

42 Dans tous les cas, un référent devrait pouvoir être identifié pour chaque personne accompagnée ou chaque intervenant, professionnel ou non, sache à qui s'adresser pour obtenir des informations et pour échanger sur des conduites à tenir. Cela suppose de réelles compétences, à plus forte raison quand le cadre institutionnel est flou.

43 On ne saurait, en effet, perdre de vue cette zone d'invisibilité que peut être le domicile : un espace privé où la place de la personne concernée est, par essence, centrale ; plus qu'ailleurs. C'est pourquoi si l'on peut parler de parcours coordonné pour les personnes accompagnées à domicile, cela ne peut être que dans une perspective inclusive et

respectueuse de la singularité du rapport de chaque personne avec sa propre histoire.

Le risque de l'enfermement dans son domicile

44 Le repli sur le domicile permet aux personnes d'échapper à l'errance comme à l'enfermement en institution. Mais plus fondamentalement, lorsque le « chez soi » devient la priorité, les personnes en difficulté tendent à devenir des individus « sans histoires », voire sortis de l'histoire, du fait de l'âge ou du handicap.

45 Le retour à domicile, même s'il se réalise de manière progressive, est un aboutissement : une fin de parcours avec la fin de vie pour horizon ; le maintien à domicile est du même ordre : l'enkystement dans un statut permettant des soins « d'entretien et de maintien de la vie » tel que les définit le *care*, des relations sociales réduites et d'une faible intensité.

46 L'accompagnement à domicile paraît être antinomique avec une logique de parcours : il se fonde sur la stabilisation des personnes qui n'ont pas ou plus besoin de soins aigus. Dans ce cas, la coordination d'acteurs au service d'un parcours nécessitant d'être épaulés par des intervenants professionnels, avec un projet formalisé, ne s'impose pas.

47 Enfin, le risque est de renforcer une approche fixiste, essentialiste, qui finit par mettre à mal les fondements mêmes de l'action sociale et médico-sociale, à savoir le principe de l'appartenance en droit et en fait de toute personne à l'espace citoyen et social ordinaire.

48 La transformation des dispositifs d'accompagnement à domicile se fonde sur deux principes : en premier lieu, les personnes concernées ne sont pas enfermées dans des problématiques homogènes, simples, inscrites dans la longue durée au point de paraître intemporelles ; ensuite, la notion de service introduit un espace tiers entre l'établissement et le milieu social ordinaire ; en ce sens elle est propice à la structuration d'un accompagnement à domicile ; elle permet *in*

fine une jonction souple avec les besoins diversifiés et fluctuant des personnes.

49 Cette évolution correspond à un changement profond dans la façon dont s'organisent les prestations liées aux nouvelles formes de solidarité, à la croisée du développement de services marchands et de l'économie sociale et solidaire. L'aide à la personne en perte d'autonomie est un élément parmi d'autres activités ayant pour cadre le domicile : travaux ménagers, soutien scolaire, préparation de repas, assistance administrative ou informatique... Il existe ainsi un lien étroit, même s'il n'est pas encore tout à fait intégré dans la conception d'une action sociale et médico-sociale très institutionnalisée où l'établissement reste la référence majeure, entre l'accompagnement à domicile des personnes en difficulté et les « relations de service » au sens large du terme.

50 D'autre part, il est désormais possible (...) d'établir un continuum entre les formules contribuant de manière directe ou indirecte à

de l'accompagnement à domicile, sous réserve d'identifier leurs cibles et les spécificités de leur statut ainsi que de leurs modes de financement. (...)

Notes

[1] B. Odier, *Les Sociétés de patronage d'aliénés guéris et convalescents au XIX^e siècle*, Paris, thèse pour le doctorat en médecine, université Paris VI, Faculté de médecine Pitié Salpêtrière, 1982.

[2] M. Gauchet, G. Swain, *La Pratique de l'esprit humain*, op. cit., p. 229.

[3] D. Libault, *Grand Âge, le temps d'agir. Concertation Grand âge et autonomie*, Paris, ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019.

[4] *Guide d'appui à la mise en œuvre de la démarche du « référent de parcours »*, ministère des Solidarités et de la Santé, 2019.

[5] Y. Couturier, D. Gagnon, L. Belzile, M. Salles, *La Coordination en gérontologie*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2013 ; Y. Couturier, L. Belzile, *La Collaboration interprofessionnelle*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2018.

LE SECOURS D'URGENCE AUX PERSONNES (SUAP) FAIT SON BILAN

Thomas Bex(Extraits) - LE 25 AOÛT 2017

[MAGAZINE] D'interventions en marge des compétences des sapeurs-pompiers, le secours d'urgence aux personnes (SUAP) est devenu en quelques décennies la principale activité des services départementaux d'incendies et de secours (SDIS), allant jusqu'à représenter 80% des interventions à l'échelle nationale. Une inversion du cœur de métier des sapeurs-pompiers qui n'est pas sans poser un certain nombre de questions aux états-majors et sur le terrain, à ceux qui l'assurent au quotidien.

Dossier extrait du magazine "Sapeurs-pompiers de France" n°1102 - juillet/août 2017

« Il faut prendre conscience du fait que ce sont les missions de secours d'urgence aux personnes (SUAP) qui structurent nos centres d'incendie et de secours, rappelle le colonel Hugues Deregnaucourt, directeur départemental du service d'incendie et de secours (DDISIS) de l'Ain, ajoutant : Un CS qui dispose du personnel pour armer deux VSAV pourra mathématiquement armer un FPT. »

Ces missions permettent donc le maintien de l'important maillage du territoire national en centres de secours, même si elles peuvent paraître envahissantes et coûteuses pour les SDIS. *« L'activité SUAP répond à une règle des 3 x 80 : elle correspond à 80 % des missions, occupe 80 % des personnels et recouvre 80 % du coût de fonctionnement des unités opérationnelles, poursuit le colonel Grégory Allione, DDSIS des Bouches-du-Rhône. Et les contraintes pour assurer ces missions sont nombreuses. Par exemple, face au vieillissement de la population, les personnes âgées sont maintenues de plus en plus souvent et de plus en plus longtemps à domicile, alors que les visites des médecins ont disparu, ce qui a un impact sur nos interventions, et notamment sur le nombre de relevages. »*

Autre élément qui vient rendre ces missions difficiles à assumer : les réductions budgétaires des SDIS. Car après la réduction des frais généraux, les coûts d'activité apparaissent comme le dernier levier d'action, d'autant plus que les sapeurs-pompiers ne sont pas les seuls acteurs de ces missions.

De la gestion des moyens au pilotage de la mission

Un autre écueil réside dans la mobilisation des agents, parmi lesquels se trouvent les sapeurs-pompiers volontaires. *« Certains d'entre eux me font part de leurs difficultés, témoigne le médecin colonel Fabien Trabold, médecin-chef du Haut-Rhin. (...)*

Définir et maîtriser le périmètre de la mission

Autant de constats et de problématiques auxquels les SDIS tentent d'apporter un ensemble de réponses ou de réflexions, point par point. *« Pour assurer correctement ces missions, nous devons en premier lieu gérer les moyens dont nous disposons, en les envoyant uniquement sur les interventions qui sont de notre ressort, déclare le colonel Deregnaucourt. Pour cela, il faut tout d'abord savoir quelles sont ces missions. Mais on se rend compte que leur définition précise est difficile à appréhender. »*

Leurs limites peuvent en effet être interprétées différemment selon les partenaires. *« Si l'on bascule un appel vers le Samu en estimant qu'il s'agit d'une carence d'ambulance privée, il peut très bien nous revenir en mission urgente. »* La bonne définition est donc capitale pour les SDIS. D'autant que les sapeurs-pompiers ne sont pour le SAMU qu'un partenaire parmi d'autres, mais ils sont l'élément presque exclusif des missions urgentes. *« Globalement, les missions se divisent en trois grandes catégories : les missions urgentes, les missions régaliennes, sur lesquelles nous sommes les seuls intervenants, comme l'incendie ou le secours routier, et tout le reste. Mais le problème est que cette dernière catégorie est déclinée localement », prévient un responsable de SDIS.* Les critères d'une intervention SUAP qui revient aux sapeurs-pompiers sont pourtant établis : il s'agit d'une mission qui nécessite une action technique, c'est-à-dire des gestes de secours et/ou suivie d'une action d'insertion dans une filière thérapeutique urgente. Les

missions hors SUAP sont clairement des interventions sans gestes de secours effectués et/ou des réponses à une incapacité sociale ou relationnelle. Mais, comme nous l'avons vu, certaines missions qui se trouvent à la limite de ces critères sont difficiles à classifier.

(...)

Vers un traitement commun des alertes

Une piste pour améliorer cette maîtrise des interventions serait de recouvrer la maîtrise du déclenchement des engins, en distinguant le traitement de l'alerte SUAP (par le "18") et sa régulation médicale (par le "15"). L'interconnexion réelle des deux services est ainsi un axe d'amélioration. (...) Sans modifier les responsabilités de chaque service, il est aujourd'hui possible d'assurer la conduite des missions de SUAP depuis un CTA-Codis non intégré à une plate-forme commune. Mais selon certains responsables qui le vivent au quotidien, les plates-formes virtuelles peuvent être un leurre car il y a une désynchronisation des différents systèmes d'alertes et des informations entre les intervenants. Cet écueil peut être évité par la mise en place d'une vraie plate-forme commune, qui a le mérite de rapprocher les hommes et peut devenir la clé d'une bonne répartition. Une solution encore plus engagée consiste à regrouper tous les numéros d'urgence sous un numéro unique, le "112", avec une interface entre les services. La question est de savoir jusqu'où l'élargir, notamment en y englobant ou non le "17" ou le "115". L'avantage de ce système serait d'avoir une vue sur la régulation médicale, éventuellement en y associant des membres du SSSM, et d'avoir un lien avec les ambulances privées.

Dans tous les cas, l'emploi d'arbres décisionnels pourra faciliter la tâche des opérateurs, qui ne devront pas se contenter de faire une simple recherche de détresses vitales. Leur rôle doit être de définir le périmètre des missions qui seront assurées par les engins sapeurs-pompiers, dans le respect de la réglementation en vigueur. (...)

La difficulté vient des missions qui sont en dehors du périmètre des sapeurs-pompiers. (...)

Niveau de compétence

Autre question qui mérite d'être approfondie, celle du niveau de compétence. Doit-on aller jusqu'à la paramédicalisation ? Cela permettrait d'agir en ayant un rôle propre, et en utilisant des protocoles infirmiers de soins d'urgence (Pisu) ou des soins préalablement décrits. Dans le Haut-Rhin justement, 20 % des VSAV sont paramédicalisés avec des infirmiers sapeurs-pompiers.

« Nous utilisons par exemple des lots d'intubation "fast track". Ces avancées nous permettent d'avoir aujourd'hui le même taux de survie en zone rurale qu'en zone urbaine », témoigne le docteur Fabien Trabold, médecin-chef du SDIS 68. D'un point de vue technique, une place est libre pour moderniser les enseignements car le matériel a grandement évolué ces dernières années. En revanche, les différentes techniques n'ont pas connu une évolution aussi radicale. « Le secourisme ne représente qu'une petite partie du SUAP, perdue entre le traitement de l'alerte, l'envoi de moyens de protection, le bilan ou encore l'évacuation de la victime. Mais cette place est capitale », souligne le médecin-colonel Didier Pourret, médecin-chef du SDIS de l'Ain. La formation pourrait ainsi évoluer, passant du secourisme à une formation au SUAP, qui intégrerait du matériel aujourd'hui adapté à une utilisation par des secouristes en préhospitalier, ou par des infirmiers sapeurs-pompiers.

Ces nouvelles prérogatives permettraient de mettre en place une réponse graduée plus efficace, intégrant davantage les échelons de paramédicalisation ou les médecins de proximité, dans le but de compléter la couverture opérationnelle des SMUR et de proposer des réponses alternatives. Dans cette optique, l'intérêt du développement des protocoles du Service de santé et de secours médical (SSSM) est primordial, tout comme le recrutement de SPV dans les SSSM.

Il y a une grande variété de missions et diversité d'intervenants. Le SUAP pose de nombreuses questions dont les réponses possibles sont à son image : multiples, de l'échelon national et politique à l'échelon local, qui tiendra compte de la configuration des territoires, de leurs ressources et des hommes et femmes qui les font vivre.

(...)

Système de santé en crise : les ambulanciers à la rescousse ?

Christophe Gattuso

21 juin 2022

Services gagnants

Dans l'optique de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées, les ambulanciers ambitionnent de devenir des relais des familles auprès de nos aînés. Dans le cadre de leur mission de service public, ils se proposent de leur rendre des petits services (hydratation en cas de canicule, achat des médicaments, vérification de la prise du traitement, courses de première nécessité, réassurance des proches...), en intervenant à leur domicile.

Les ambulanciers ambitionnent de devenir des relais des familles auprès de nos aînés.

« Au-delà de la saison estivale, l'ambulancier doit s'imposer comme le professionnel de santé garant de l'accès aux soins et de la prise en charge de la dépendance, affirme la CNSA. Les ambulanciers sont LA solution pour maintenir cette population à domicile. »

Dans un récent livre blanc sur l'avenir du transport sanitaire, la CNSA et la Fédération nationale de la mobilité sanitaire (FNMS) avancent également que les ambulanciers pourraient aussi intervenir en urgence et déclencher un transport sans attendre, en fonction du diagnostic réalisé par les professionnels de santé. Pour l'heure, les pouvoirs publics tablent sur les entreprises, notamment les sociétés d'ambulance, pour assurer un service de garde et des transports sanitaires urgents, comme le prévoit un [récent décret d'avril 2022](#).

Dans le livre blanc d'une vingtaine de pages, les deux syndicats suggèrent que « l'ambulancier de demain sera l'un des interlocuteurs-clés de la santé de proximité dans les territoires. C'est pourquoi il convient de définir rapidement de nouvelles prérogatives qui pourraient lui incomber. »

Ces évolutions pourraient être l'occasion de renforcer l'attractivité de la profession qui peine à recruter, avec un salaire à l'embauche pour les auxiliaires ambulanciers correspondant au Smic et qui n'est pas beaucoup plus élevé pour les ambulanciers diplômés d'Etat (DEA).

Des « réponses potentielles » bien accueillies par l'UNPS

A l'heure où le système de santé est profondément chahuté, ces propositions sont accueillies avec bienveillance par le Dr William Joubert, président de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), qui juge « légitimes » ces « réponses potentielles » aux problèmes d'accès aux soins. Le médecin généraliste préférerait cependant que les propositions ne soient pas mono-catégorielles mais s'inscrivent dans un cadre coordonné.

« Il y a un réel intérêt à connaître le périmètre d'intervention de chaque profession et de voir comment il pourrait évoluer mais il faut que nous le fassions ensemble », confie-t-il à *Medscape édition française*.

Il y a un réel intérêt à connaître le périmètre d'intervention de chaque profession et de voir comment il pourrait évoluer mais il faut que nous le fassions ensemble. Dr William Joubert

Le patron de l'UNPS, qui fédère les représentants de 12 professions de santé rappelle qu'il défend les équipes de soins coordonnées avec le patient (ESCAP) qui doit permettre aux libéraux de santé de mieux se coordonner pour répondre aux besoins des patients. Or, ce dossier est au point mort depuis quelques mois, et l'UNPS espère que l'Assurance maladie aura à cœur de le relancer.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/qui-vit-domicile-qui-vit-en-etablissement-parmi-les-personnes>

Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? - Une comparaison à partir des enquêtes Care-Ménages et Care-Institutions

LES DOSSIERS DE LA DREES N° 104 Paru le 03/02/2023

Delphine Roy (DREES et Institut des politiques publiques)

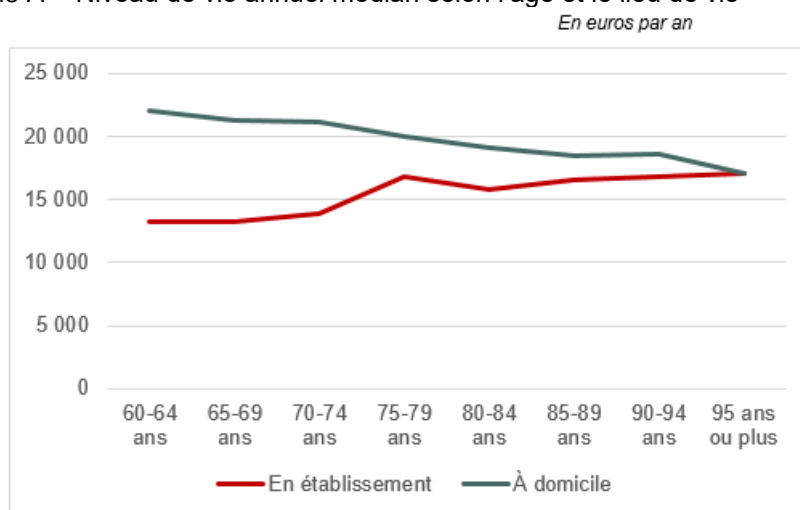
La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une comparaison inédite des caractéristiques des personnes de 60 ans ou plus selon leur lieu de vie, à partir des données des enquêtes Capacités, aides et ressources des seniors (Care) de la DREES. À l'heure où le « virage domiciliaire » constitue une orientation majeure des politiques publiques du grand âge, ce Dossier de la DREES met en lumière les questions posées par la volonté de « désinstitutionnalisation » des personnes âgées.

Les enquêtes Capacités, aides et ressources des seniors (Care) ont été menées par la DREES en 2015 et 2016 auprès de personnes de 60 ans ou plus résidant en France métropolitaine, à domicile ou en établissement pour personnes âgées. Elles ont la particularité d'interroger de façon comparable les personnes quel que soit leur lieu de vie.

Les résidents d'établissement les plus jeunes sont plus isolés et socialement défavorisés. Parmi l'ensemble des seniors de 75 ans ou plus, près d'un sur dix vit en établissement d'hébergement. Les résidents d'établissement ont 86 ans en moyenne, et les trois quarts sont des femmes. Un senior sur quatre en établissement n'a aucun enfant en vie, contre un sur dix à domicile, et un sur trois n'a aucun petit-enfant, contre un sur cinq à domicile. On retrouve donc des résultats connus (Abdoul-Carime, 2021) : les personnes en établissement, surtout les plus jeunes, sont plus isolées sur le plan familial que les personnes à domicile.

Elles sont également socialement plus défavorisées. Les différences sont beaucoup plus marquées parmi les moins de 80 ans. Les anciens ouvriers sont fortement surreprésentés en établissement parmi les hommes, et parmi les hommes de moins de 80 ans vivant en établissement, 11 % n'avaient pas de profession avant l'âge de la retraite, contre 0,2 % à domicile. Ce pourcentage très important peut indiquer qu'il s'agit de personnes ayant eu un handicap avant leur entrée en établissement, ou des difficultés d'insertion les ayant maintenus dans l'inactivité, et souligne encore une fois la plus grande vulnérabilité sociale de ces résidents les plus jeunes. Ces écarts se retrouvent dans la distribution des revenus et des niveaux de vie. En établissement, les personnes les plus jeunes ont les niveaux de vie les plus faibles, puis ceux-ci se stabilisent à partir de 75 ans, âge à partir duquel ils sont plus proches à domicile et en établissement (graphique A).

Graphique A - Niveau de vie annuel médian selon l'âge et le lieu de vie



Lecture > Le niveau de vie annuel médian des personnes de 60 à 64 ans vivant en établissement est de 13 270 euros en établissement, contre 21 980 euros à domicile.

Champ > France métropolitaine, personnes de 60 ans et plus vivant en logement ordinaire ou en institution dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

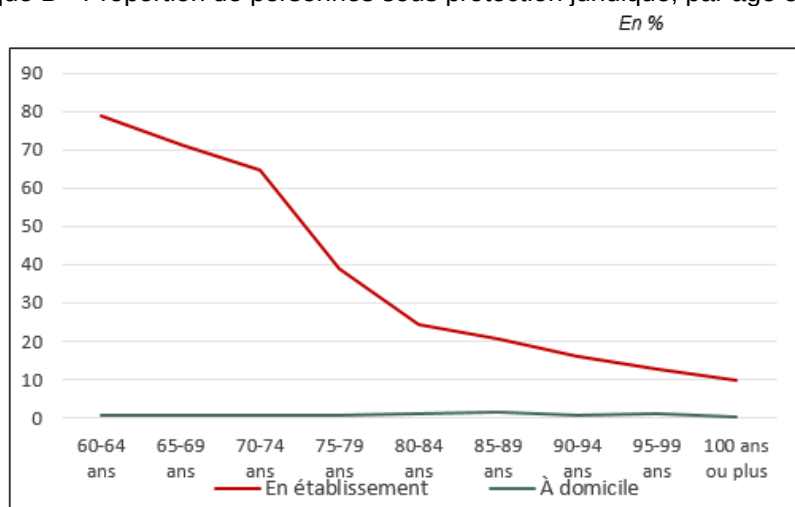
Source > Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2016 ; DREES, enquête Care-Institutions 2016, traitement Insee.

En établissement, des limitations motrices et cognitives importantes à tous les âges. La fréquence des difficultés sensorielles à chaque âge n'est pas très différente selon le lieu de vie : les limitations auditives sont croissantes avec l'âge, au même rythme à domicile et en établissement, et la majorité des personnes âgées entendent sans difficulté dans une pièce silencieuse jusqu'à 90 ans, quel que soit le lieu de vie.

Les difficultés motrices importantes, à tous les âges, sont caractéristiques des personnes en établissement : à tous les âges, et dès 60 ans, une majorité des résidents ont beaucoup de difficultés à se pencher ou s'agenouiller, monter un escalier ou porter 5 kilos sur 10 mètres. Enfin, les limitations cognitives augmentent avec l'âge pour les personnes à domicile, mais les prévalences restent modérées à tous les âges. En établissement en revanche, les trous de mémoire, les difficultés pour comprendre et se faire comprendre, pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne, et les difficultés à nouer des relations sont fréquentes à tous les âges.

Les personnes de moins de 75 ans en établissement ont donc des limitations particulièrement importantes pour leur âge, tandis que les résidents les plus âgés ont des limitations sensorielles et physiques proches des personnes vivant à domicile, mais bien plus de limitations cognitives. Cela explique en partie le taux particulièrement élevé de personnes sous protection juridique en établissement, supérieur aux deux tiers pour les résidents de moins de 75 ans (graphique B).

Graphique B - Proportion de personnes sous protection juridique, par âge et lieu de vie



Champ > Personnes de 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Source > DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016).

Deux types de population sous un même toit

Ces résultats mettent en évidence les différences entre les personnes âgées à domicile et en établissement, à âge comparable (notamment la forte prévalence des limitations cognitives en établissement, à tous les âges), mais aussi certaines ressemblances, surtout aux grands âges, comme sur les limitations sensorielles et physiques ou les caractéristiques socio-économiques. Ils montrent également la dualité des publics accueillis en Ehpad, en deçà et au-delà de l'âge de 75 ans environ. Cette dualité était déjà connue, mais cette étude est la première à la documenter dans toutes ses dimensions : limitations fonctionnelles, caractéristiques démographiques, diplômes, revenus, protection juridique... Elle interroge les politiques publiques, sur l'accueil en un même lieu, et selon les mêmes modalités, de plusieurs publics aux caractéristiques si différentes. On trouve ainsi, parmi les plus jeunes résidents d'Ehpad, des personnes handicapées vieillissantes, aux besoins d'aide assez importants, ou des personnes présentant des troubles psychiques. Les besoins de ces publics sont différents, leur prise en charge n'implique pas les mêmes tâches et pas nécessairement la même charge de travail, ce qui a des conséquences sur l'organisation des établissements et de leur personnel.

Des résultats qui interrogent les conditions d'un « virage domiciliaire »

La comparaison des caractéristiques des seniors vivant en établissement et à domicile permet enfin de préciser les conditions de possibilité concrètes d'un maintien à domicile important, voire total, des publics actuels des Ehpad. Les conditions économiques et sociales du soutien à leur autonomie doivent donc être anticipées, au regard des caractéristiques que l'on vient de décrire : le relatif isolement social et les faibles revenus des plus jeunes, le fait qu'un quart d'entre eux est sous protection juridique, la prévalence très importante des troubles cognitifs et moteurs...

Elles impliquent en particulier l'existence et la viabilité économique d'un important secteur de l'aide à domicile, entendue au sens large : aide ménagère, au repas, à la toilette, etc. mais aussi une prise en charge médicale et paramédicale à domicile, qui correspondrait aux tâches assurées aujourd'hui par le personnel sanitaire des Ehpad : celles-ci vont de l'aide à la prise de médicaments, aux nombreux actes infirmiers ou de kinésithérapie par exemple, jusqu'à la prise en charge de la fin de vie (soins palliatifs).

RDSS 2018 p.238

Existe-t-il un droit fondamental au prompt secours ?

Audrey Morel Senatore, Directrice du Centre d'études et de recherche interdisciplinaires sur la sécurité civile (CERISC- ENSOSP) (extraits)

Les notes de bas de page ne sont volontairement pas communiquées

Cette question pourrait paraître provocante : comment envisager la négative ? Toute personne en détresse doit pouvoir bénéficier des premiers secours !

À l'heure où le seuil d'acceptabilité des risques par le citoyen semble baisser, mais de manière variable dans le temps et dans l'espace - qu'il s'agisse des risques naturels ou technologiques, courants ou exceptionnels, en métropole urbaine ou en village rural -, le service public des secours est aujourd'hui questionné (sur sa gestion, son financement, son fonctionnement opérationnel) et, par là-même, le droit d'être secouru, promptement.

(...)

I - Le droit d'être secouru fondé sur la solidarité existe : il est même fondamental

En droit public, comme du reste en droit privé, l'idée d'un droit d'être secouru prend source dans la notion de solidarité.

Faisons fi quelques instants et au préalable pour les besoins de la démonstration, de la summa divisio entre droit public et droit privé : en droit de la famille on a des droits et des devoirs mutuels. Ainsi, le devoir de secours et d'assistance à l'égard de ses ascendants et descendants, ou entre époux sous peine de commettre un délit d'abandon de famille réprimé par le code pénal dans son article 227-3 crée bien un droit d'être secouru, au moins sur plan matériel.

Ce devoir de solidarité dans la famille élargi à la société se trouve être générateur d'un droit d'être secouru physiquement et matériellement par la collectivité qui, par là, maintient ou rétablit gratuitement l'ordre public au travers des services dont c'est devenu la mission à l'échelon communal puis départemental : les moines et les ribaudes mais surtout l'entraide spontanée suffisait jadis... Le besoin de professionnaliser les acteurs du secours à personnes à l'issue des Trente glorieuses et l'évolution de la société vers davantage d'individualisme a sans doute contribué à ce que l'on se pose aujourd'hui cette question de l'existence juridique, et donc de ses conséquences en terme d'obligation, d'un droit d'être secouru.

En droit positif, le droit d'être secouru peut être arrimé à un certain nombre de sources juridiques internes et externes de rang supra-législatif.

A - Une fondamentalité issue de sources juridiques internes et externes

Après la reconnaissance de droits dits de première génération, on trouve parmi de nouveaux droits, dès la Constitution de 1793, le droit aux « secours publics » : la société doit procurer du travail ou moyens de subsistance à ceux qui sont hors d'état de travailler (art. 21 de la déclaration des droits). Toujours au rang des sources internes de rang constitutionnel, le préambule de la constitution de 1946, dans son alinéa 11, garantit à tous, sans discrimination aucune, le bénéfice d'une protection de sa santé ainsi que sa sécurité matérielle. La Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

Le lien peut s'établir ici entre protection de la santé et protection des personnes et entre sécurité matérielle et protection des biens. La protection des personnes et des biens fait partie des missions majeures que le législateur a assigné aux services de secours dès la loi du 22 juillet 1987 relative à la sécurité civile.

Plus proche de nos préoccupations initiales et exprimant clairement les inquiétudes et les nécessités d'après-guerre, l'alinéa 12 du Préambule de la constitution de 1946 déclare que « la Nation proclame la solidarité et l'égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales ». La solidarité justifie après-guerre l'aménagement d'institutions destinées à réparer les effets néfastes des grands risques sociaux (maladie, vieillesse, enfance abandonnée, accidents du travail, etc.). Le système de protection connaît alors une évolution de ses principes fondateurs (l'aide aux plus démunis correspond désormais à une obligation pour la collectivité et à un droit pour les bénéficiaires) puis un élargissement de son champ d'application : enfant, familles nombreuses, personnes âgées... et, également, victimes de catastrophes naturelles, du terrorisme... Ainsi, faisant suite aux attentats de 2015, naît au sein du gouvernement en 2016 un secrétariat d'État à l'Aide aux victimes, transformé depuis mai 2017 en délégation interministérielle. Les services publics de secours se sont ainsi densifiés, professionnalisés, départementalisés, et diversifiés en demeurant gratuit tandis que les risques de catastrophes naturelles sont couverts par l'État.

Une lecture croisée des alinéas 11 et 12 du Préambule de 1946 induit également que la dignité de la personne humaine, l'égal accès aux soins et par là-même l'égal accès au secours ainsi que la solidarité nationale, qui assure par la redistribution le service gratuit des secours et la réparation des préjudices subi par les victimes de catastrophes, fondent l'idée d'un droit fondamental d'être secouru.

Le législateur et le pouvoir réglementaire ont décliné le cadre juridique de ce droit fondamental d'être secouru dans le code de la santé publique, notamment dans un chapitre préliminaire intitulé « Droits de la personne », de même qu'aux articles L. 6311-1 et suivants et R. 6311-1 et suivants concernant l'aide médicale urgente. La loi du 22 juillet 1987 puis la loi du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile explicitent l'effet utile d'une politique de sécurité civile rendant ainsi effectifs aussi bien le droit d'être secouru que le devoir de secourir : « la politique de sécurité civile doit permettre de s'attaquer résolument aux risques en les anticipant davantage, de refonder la protection des populations et de mobiliser tous les moyens encourageant les solidarités ». Ajoutons la définition de la sécurité civile codifiée désormais à l'article L. 112-1 du code de sécurité intérieure (CSI) : « la sécurité civile a pour objet la prévention des risques de toute nature, l'information et l'alerte des populations ainsi que la protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes par la préparation et la mise en oeuvre de mesures et de moyens appropriés relevant de l'État, des collectivités territoriales et des autres personnes publique ou privées. Elle concourt à la protection des populations en lien avec la sécurité publique au sens de l'article L. 111-1 », lequel dispose que « la sécurité est un droit fondamental et l'une des conditions d'exercice des libertés individuelles et collectives ». Ici naît un glissement sémantique interrogeant alors le fondement juridique du droit à être secouru (par les services de secours et par toute personne car si elle omettait de le faire, elle commettrait une infraction pénale non intentionnelle).

Dans le droit primaire de l'Union européenne, le traité de Lisbonne constitue la base juridique de l'aide destinée aux personnes en détresse, quels que soient leur nationalité, leur religion, leur sexe ou leur origine ethnique. Depuis 2010, la Commission européenne a conçu un mécanisme européen pour faire face aux catastrophes. Pour ce faire, une seule et même structure s'occupe désormais de l'aide humanitaire et de la protection civile. Ce mécanisme européen de protection civile, qui organise une aide coordonnée entre les États membres et d'autres pays participants à la demande de n'importe quel pays dans le monde, par le renfort en moyens humains et l'acheminement de matériels d'urgence, est complété par des fonds alloués à l'aide humanitaire pour répondre aux besoins résultant d'un conflit ou d'une catastrophe, comme l'épidémie d'Ebola qui a éclaté en 2014 ou la crise des réfugiés actuellement en Europe. C'est à nouveau de solidarité qu'il s'agit, à l'échelle européenne, entre États membres et vis-à-vis de pays tiers. Dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000, outre l'article 24 sur les droits de l'enfant, c'est l'article 35, relatif à la protection de la santé, qui pourrait également asseoir le droit de chacun d'être secouru sous réserve du principe de subsidiarité : « toute personne a le droit d'accéder à la

prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en oeuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ». Et l'article 34 d'en assurer la gratuité par la sécurité et l'aide sociales.

Au plan des sources internationales encore, avec la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, en son article 22 et son article 25, c'est encore le devoir de solidarité qui fonde l'idée d'un droit d'être secouru.

B - Un droit fondamental mais programmatique

Ce droit d'être secouru ne peut être mis en oeuvre que par la redistribution et par un mécanisme de protection sociale, mais au-delà de sa prise en charge, ce droit exprime clairement l'envergure sociale de la sécurité civile. Cela se vérifie en pratique dans certaines campagnes françaises où le secours apporté par les pompiers, généralement volontaires, est souvent qualifié de dernier bastion du lien social ou encore, plus prosaïquement, lorsque les pompiers, en l'absence de tout autre service mobilisable, interviennent pour relever une personne âgée chez elle, portent secours quelle que soit l'urgence, et assurent effectivement ce service social nécessaire.

Adosser le droit d'être secouru à celui de la santé, c'est lui reconnaître certes un caractère fondamental mais également une portée très relative. À ce titre, la jurisprudence constitutionnelle impartit au législateur une contrainte négative : celle de ne pas porter atteinte au droit à la santé sous peine d'inconstitutionnalité et d'atteinte au principe d'égalité. Il en irait certainement de même concernant le droit d'être secouru, en sorte que les normes auxquelles on peut adosser la protection de ce droit ne présentent qu'un caractère programmatique : l'État disposant d'un très large pouvoir discrétionnaire, ce droit ne lui est pas opposable, dans sa mise en oeuvre, tant que l'égal accès au secours est respecté. Cela se confirme avec la jurisprudence du Conseil d'État lorsqu'il a été amené à confronter directement l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins à l'alinéa 11 du Préambule de la constitution de 1946. L'instauration d'un objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales est valide dans la mesure où cet objectif se situait à un niveau compatible avec la couverture des besoins sanitaires de la population. Il est à noter que si le Conseil d'État ne consacre pas le droit à la protection de la santé comme une liberté fondamentale au sens de l'article L. 521-2 du code de justice administrative instituant le référé-liberté (et ce, même s'il admet qu'il s'agit d'un principe à valeur constitutionnelle, il reconnaît cependant le droit à un hébergement d'urgence décent et sain comme liberté fondamentale.

(...)

On trouve parmi les droits-créances reconnus la protection de la santé et le droit à la protection sociale. La question du financement du service public des secours ne doit pas faire perdre de vue la solidarité sur laquelle se fonde le droit au secours, lequel doit ainsi être rattaché à ces deux droits-créances fondamentaux. (...)

À l'inverse, le droit au secours n'empêche pas le devoir de secourir ; si le citoyen est le premier acteur de sa propre santé, il est également le premier acteur du secours : que ce soit lorsqu'il décide par exemple de se former aux gestes qui sauvent (premier niveau de secourisme) ; ou que ce soit, plus simplement, lorsqu'il accepte d'assurer une mission de secours en qualité de bénévole ou de volontaire : cette mission devant se saisir non pas seulement comme l'expression directe du principe de solidarité mais aussi comme un instrument permettant de rendre effectif le dernier terme de notre triptyque républicain, à savoir celui de fraternité.

(...)