

SUJET 1

A partir de vos connaissances et des documents joints en annexe :

- 1) Présenter les principaux critères caractérisant la dépendance des personnes âgées et montrer leurs incidences dans leur vie quotidienne.
- 2) Exposer les différents modes de prise en charge institutionnels des personnes âgées dépendantes. Préciser le rôle que joue la solidarité familiale en réponse aux problèmes rencontrés par les personnes âgées.

Annexes

1. TEF INSEE, 2000 – 2001
2. Le Monde du 14 novembre 2000
3. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1999

BTS ECONOMIE SOCIALE ET FAMILIALE		
Session 2001	Vie sociale	
Préparation : 1 heure	Epreuve : 30 minutes	Page : 1/3

ANNEXE 1

DOCUMENT 1

Depuis le début du siècle, la population française vieillit. Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 21% de la population au 1^{er} janvier 2000 contre 13% en 1901. Un peu moins d'un métropolitain sur six a plus de 64 ans, contre un sur huit il y a trente ans ; dans le même temps, la part des moins de 20 ans est passée d'un tiers à un quart. En 1999, la durée de vie augmente de deux mois et demi. Les gains d'espérance de vie à la naissance sont irréguliers mais continus : les plus gros progrès proviennent actuellement, après le cap de la première année, de la baisse des taux de mortalité autour de la trentaine et de 55 à 65 ans pour les hommes, et de 75 à 85 ans pour les femmes. A partir de 2020, la population âgée dépassera en nombre, la population des moins de 20 ans. La part des plus de 60 ans devrait continuer de croître pour atteindre 27% en 2020 et 34% en 2050, alors que celle des moins de 20 ans serait respectivement de 23% et 21%.

TEF – INSEE 2000-2001

DOCUMENT 2

Le soutien aux personnes âgées repose encore sur la solidarité familiale

Le tiers des ménages comptant au moins une personne de soixante-cinq ans ou plus (soit 2,3 millions de ménages) recourt aujourd'hui selon l'Insee, à une aide extérieure à domicile. Et pour un sur cinq, cette aide est dispensée par un professionnel. Au cours des dix dernières années, le recours à une aide à domicile professionnelle s'est beaucoup développé, sous l'effet du vieillissement de la population, mais également des mesures prises en faveur des emplois familiaux.

Pour avoir recours à un tel soutien professionnel, les ménages dépensent en moyenne 900 francs par mois. Ce montant ne couvre cependant pas toutes les dépenses occasionnées par les aides en faveur des personnes âgées. En effet, une partie des heures d'intervention des professionnels est, sous certaines conditions de revenus et de dépendance, partiellement ou totalement financées par les caisses de retraite, l'assurance-maladie ou les conseils généraux.

Selon l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS), les dépenses des départements dans ce domaine s'élèvent à 4,8 milliards de francs. Celles engagées par les caisses de retraite atteignent quelques 8 milliards.

On ne saurait toutefois réduire le coût supporté par les individus aux seules dépenses occasionnées par le recours à une aide professionnelle payante. La solidarité familiale joue encore un rôle essentiel dans l'accompagnement du vieillissement. Au total, 1,3 millions de ménages – soit un sur cinq de ceux comptant au moins une personne de plus de soixante-cinq ans – bénéficie de l'aide d'un proche. Et le temps d'aide moyen consacré par celui-ci est de quatre heures et demie par semaine.

Ce soutien familial joue un rôle d'autant plus crucial que le ou les parents sont dépendants. Alors que deux tiers des ménages bénéficiant d'une aide comptent au moins une personne dépendante, un tiers d'entre eux sont exclusivement soutenus par leur famille. Et quand bien même six de ces mêmes ménages sur dix bénéficient d'une aide professionnelle, celle-ci est quasiment toujours complétée par un soutien familial.

Une solidarité familiale qui, avec l'éclatement des familles, risque de s'essouffler. en augmentant les plafonds de ressources et en diminuant le degré de dépendance conditionnant l'ouverture de droits, la future prestation autonomie soulagera un peu les ménages.

Reste que si l'Allemagne a fait le choix en 1995 de créer une cotisation spécifique pour couvrir la dépendance, la France, elle, a jusqu'alors renoncé à faire de celle-ci un nouveau risque assumé par la solidarité nationale, par crainte d'aggraver plus encore le déficit de la sécurité sociale. Ce qui aurait conduit à augmenter les cotisations sociales et à mettre à contribution la branche retraite. Mais soutenir pleinement le développement du réseau d'aide à domicile ne supposerait-il pas de reconnaître la dépendance comme un enjeu de solidarité nationale ?

Laetitia Van Eeckhout

Le Monde – 14 Novembre 2000

ANNEXE 2

DOCUMENT 3

Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Capacité d'accueil				
		CAPACITE D'ACCUEIL		
		1992	1994	1996
HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES	Sections hospice-maison de retraite des hôpitaux publics	103 774	100 079	97 655
	Hospices et maisons de retraite publics	108 063	112 848	115 979
	Hospices et maisons de retraite privés	162 196	179 600	190 916
	Logements-foyers	148 422	153 050	155 365
	Autres établissements autonomes	4 416	4 109	3 533
	Etablissements d'hospitalisation privés	416	691	1 801
	SOUS-TOTAL HEBERGEMENT	527 287	550 377	565 249
HOSPITALISATION EN SERVICES DE SOINS DE LONGUE DUREE	Hôpitaux publics	68 277	71 770	74 115
	Etablissement d'hospitalisation privés	5 495	6 051	6 585
	Hospices et maisons de retraite publics	80	-	-
	SOUS-TOTAL LONGUE DUREE	73 852	77 821	80 700
TOTAL	601 139	628 198	645 949	

Champ : France métropolitaine

Source : ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales - 1999

Clients des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Dépendance physique			
	Hébergement pour personnes âgées	Services de soins de longue durée	Ensemble
Confinés au lit ou au fauteuil	12,4	52,2	16,9
Aidés pour la toilette et l'habillage	30,7	40,5	31,8
Aidés pour sortir de l'établissement	15,4	5,3	14,3
Pas ou peu de dépendance physique	41,5	2,0	37,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Clients des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Dépendance psychique			
	Hébergement pour personnes âgées	Services de soins de longue durée	Ensemble
Dépendance psychique	35,3	79,9	40,4
Pas ou peu de dépendance psychique	64,7	20,1	59,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0

* La dépendance psychique est définie en fonction des troubles du comportement des personnes et de leur orientation dans l'espace et le temps.

Champ : France entière

Source : ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES

SUJET 2

A partir de vos connaissances et des documents joints en annexe,

- 1) Présenter les mesures et les structures qui permettent de scolariser les enfants handicapés.
- 2) Analyser les difficultés rencontrées par les familles face à la scolarisation d'un enfant handicapé.

Annexes

1. « Davantage de bénéficiaires des politiques en faveur des enfants et adolescents handicapés ».
Extraits de : Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 1999 – Edition 2000 « La Documentation Française »
2. « Les structures médico-sociales »
Extraits de : Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 1999 – Edition 2000 « La Documentation Française »

BTS ECONOMIE SOCIALE ET FAMILIALE		
Session 2001	Vie sociale	
Préparation : 1 heure	Epreuve : 30 minutes	Page : 1/3

ANNEXE 1

DAVANTAGE DE BÉNÉFICIAIRES DES POLITIQUES EN FAVEUR DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS

Depuis la loi d'orientation du 30 juin 1975, la situation de l'enfant ou de l'adolescent handicapé est examinée dans son ensemble, aussi bien sur le plan éducatif que médical. Un enfant reconnu handicapé doit pouvoir bénéficier d'une éducation spéciale, associant des actions pédagogiques, psychologiques, sociales, médicales et paramédicales. La commission départementale d'éducation spéciale (1) reconnaît le handicap, définit le taux d'incapacité, attribue une allocation d'éducation spéciale et oriente vers un établissement ou service médico-éducatif.

Fin 1998, environ 340 000 enfants et adolescents (soit 2% de la population de cette tranche d'âge) ont un dossier ouvert en commission départementale d'éducation spéciale. Le nombre de dossiers examinés par ces commissions est en augmentation régulière depuis 1989 ; toutefois, le pourcentage de nouveaux inscrits est en diminution de 20% dont 65% de garçons en 1997-1998.

Pour cette même année, sur l'ensemble des décisions d'orientations en direction du milieu médico-éducatif, près de la moitié se fait vers des établissements pour déficients intellectuels. Néanmoins, on observe depuis neuf ans une baisse relative du nombre d'orientations vers les établissements pour déficients intellectuels et polyhandicapés, au profit d'une hausse du nombre d'orientations vers les instituts de rééducation et d'une augmentation importante du nombre de prises en charge par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile. Ces deux types de structures accueillent d'ailleurs davantage d'enfants venus pour la première fois : 30% contre 16% pour les établissements pour déficients moteurs ou pour les établissements pour déficients auditifs.

Le nombre d'enfants placés hors de leur département d'origine (8,5%) continue de décroître, et ce depuis 1992/1993 où l'on en recensait 13%.

(1) Catherine Sahut d'Izam : « L'activité des commissions départementales d'éducation spéciale en 1997-1998 », *Etudes et Résultats* n°25, juillet 1999, DREES.

ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE	
Année	Familles bénéficiaires (en milliers)
1980	69
1985	85
1990	91
1992	95
1993	96
1994	98
1995	99
1996	101
1997	103
1998	106
Champ : France métropolitaine	
Source : CNAF	

Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 1999 – Edition 2000 « La Documentation Française »

ANNEXE 2

LES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES

Les enfants ou adolescents handicapés sont accueillis, autant que faire se peut, dans des classes ordinaires ou dans des classes ordinaires ou dans des classes spécialisées relevant du ministère de l'Éducation nationale, une prise en charge à domicile ou ambulatoire pouvant être effectuée simultanément pour permettre le maintien dans le milieu familial et l'intégration scolaire. Cependant, certains enfants ont besoin d'une éducation et de soins adaptés à leur déficience dans le cadre d'un établissement médico-éducatif spécialisé (pour enfants déficients intellectuels, moteurs, visuels, auditifs...).

Ces établissements connaissent actuellement une double évolution :

* par la nature des déficiences prises en charge. Si, globalement, les déficiences intellectuelles continuent à prédominer, le besoin de répondre spécifiquement à certains types de déficiences apparaît fortement, soit en raison de leur gravité, tel le polyhandicap, soit en raison de leur identification croissante, tels les troubles dits du « caractère et du comportement ».

* dans les modalités de prise en charge, vers davantage de souplesse et de maintien au domicile en favorisant l'intégration scolaire.

De 1985 à 1998, la capacité des établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants et adolescents a globalement peu évolué, restant aux alentours de 127 500 places, alors que le nombre de personnes accueillies s'est accru, passant de 117 000 à 125 000.

Cette évolution s'explique par le développement de nouvelles formes de prises en charge ; davantage de places en services d'éducation spécialisée et soins à domicile (SSES), par reconversion de places en établissement. Alors qu'en 1985, les SSES représentaient moins de 4% de la capacité totale, ils en représentent plus de 14% en 1998. Dans le même temps, la part de l'internat continue de baisser : majoritaire en 1985 (51,2% de la capacité totale des établissements), elle n'atteint plus que 44,2% en 1998.

En termes de clientèle, ce mouvement s'accompagne d'une reconversion des établissements et places destinées aux enfants déficients intellectuels : vers l'accueil des jeunes polyhandicapés d'une part (le nombre de places correspondant à 2 600 en 1996 et à 4 000 en 1998) et celui des jeunes présentant des troubles de caractère et du comportement, en institut de rééducation d'autre part (près de 17 000 places en 1998).

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX POUR ENFANTS HANDICAPÉS						
Catégorie	Établissements			Places		
	au 31 oct. 1985	au 1 ^{er} janv. 1994	au 1 ^{er} janv. 1998	au 31 oct. 1985	au 1 ^{er} janv. 1994	au 1 ^{er} janv. 1998
Etablissement pour enfants déficients intellectuels	1 329	1 244	1 194	89 268	79 897	73 518
Etablissement pour enfants polyhandicapés	10	56	132	423	1 782	4 057
Instituts de rééducation	258	285	345	13 901	14 804	16 880
Etablissements pour enfants déficients moteurs	122	125	125	7 900	7 826	7 767
Etablissement pour enfants déficients sensoriels	145	156	138	13 028	13 301	11 777
France entière	1 864	1 866	1 934	124 520	117 610	113 999
<i>Dont : DOM</i>	20	35	41	1 459	2 178	2 397
Champ : France métropolitaine						
Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – DREES, enquête ES						

Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 1999 – Edition 2000 « La Documentation Française »