

Editorial par Hubert Brin ➤ Le thème de la responsabilisation de familles et des usagers connaît un regain de faveur depuis quelques mois.

Il a été d'abord évoqué à la suite de la surmortalité parmi les personnes âgées provoquée par la canicule du mois d'août. Certains responsables politiques ont cru bon de lier cette catastrophe à l'affaiblissement des liens familiaux, voire à l'abandon par les familles de leurs parents très âgés. Le thème du "déclin" s'appliquerait-il aussi à la solidarité familiale ? Qu'on se rassure ! Celle-ci se porte bien ! Toutes les études démontrent la vivacité des liens familiaux sans lesquels le maintien à domicile serait rendu plus difficile et qui perdurent lorsque la personne âgée est placée en établissement.

Le thème de la responsabilité est également cité dans le cadre du débat, récemment ouvert, sur l'assurance maladie. En fait, c'est à la responsabilité de l'utilisateur final du système de santé, c'est-à-dire l'assuré, à laquelle il est fait le plus souvent allusion. Pourtant, dans un domaine où les régulations, quand elles existent, sont très faibles et basées sur le bon vouloir des acteurs, il est un peu court de montrer du doigt celui qui, en tout état de cause, va être appelé, d'une façon ou d'une autre, à contribuer davantage à ses dépenses de santé.

On voit que les débats sur la responsabilisation peuvent avoir des aspects pernicieux. Ils ne doivent pas en tout cas faire oublier que la responsabilité implique l'information et la participation des intéressés. Toute chose que l'UNAF ne manquera pas de rappeler lors des débats sur le plan "vieillesse et solidarités" et sur la "modernisation" de l'assurance maladie.

L'Allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2003

p.2

Europe : une étude comparative sur les prestations familiales en espèces versées en 2000

p.3

Quatre ans après : bilan de la CMU

p.4

"Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2002 : l'impact de l'APA

p.5

L'aide sociale à l'enfance

p.7

Plan expérimental de préservation de l'autonomie des personnes âgées

p.7

En bref

p.8



Hubert Brin

Unaf

L'Allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2003

Dix-huit mois après son entrée en vigueur, un bilan peut être fait sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

723 000 bénéficiaires de l'APA

En juin 2003, on estime que 723 000 personnes âgées dépendantes auraient bénéficié de l'APA. Parmi elles, 54 % vivent à domicile et 46 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

44 % des bénéficiaires de l'APA relèvent du GIR 4, c'est-à-dire d'une dépendance modérée ; c'est le cas de 53 % des personnes à domicile et de 24 % des bénéficiaires de l'APA en établissement. À l'opposé, 18 % des bénéficiaires hébergés en maison de retraite relèvent du GIR 1 (la dépendance la plus lourde), contre 4 % de ceux qui demeurent à leur domicile.

Les bénéficiaires de l'APA sont généralement des personnes très âgées : 84 % d'entre eux ont plus de 75 ans. Ceux qui vivent en établissement sont plus âgés que ceux vivant à leur domicile : 88 % ont 75 ans ou plus contre 81 % à domicile. Les personnes de 85 ans ou plus représentent même 55 % des bénéficiaires en établissement, contre 38 % de ceux vivant à domicile. Trois bénéficiaires de l'APA sur quatre sont des femmes (74 % à domicile, 77 % en établissement).

L'APA à domicile

Le montant mensuel moyen du plan d'aide pour les personnes qui résident à domicile est d'environ 478 € par mois. Ce montant varie avec le degré de perte d'autonomie. En moyenne, un bénéficiaire évalué en GIR 1 s'est vu proposer, en juin 2003, un plan d'aide d'environ 827 €, celui en GIR 2 un plan d'aide d'environ 702 €, celui en GIR 3 un plan d'aide d'environ 528 € et celui en GIR 4 un plan d'aide d'environ 342 €.

La part du plan d'aide prise en charge par l'APA est estimée, en moyenne, à 93 % ; les participations financières des personnes âgées correspondent donc, toujours en moyenne, à environ 7 % du plan d'aide valorisé. Toutefois, si l'on ne tient pas compte dans ce calcul moyen des bénéficiaires qui sont exonérés, en raison de la faiblesse de leur revenu, de toute participation financière au plan d'aide, la contribution moyenne des bénéficiaires ayant à en acquitter une, s'élève à près de 80 €, soit 16 % de leur plan d'aide valorisé.

On remarquera, non sans intérêt, que les montants moyens des plans d'aide par GIR demeuraient, en juin 2003, inférieurs de 27 % aux plafonds maxima du barème national fixé pour l'APA.

CAR, VOYEZ-VOUS, CHAQUE JOUR
JE FAIBLIS D'AVANTAGE
AUJOURD'HUI PLUS QU'HIER
ET BIEN MOINS QUE DEMAIN...



L'APA permet de prendre en charge des dépenses autres que des dépenses de personnel (services de téléalarme, de portage de repas, achat de matériel, recours à un hébergement temporaire...). Cette possibilité offerte dans le cadre de l'APA est largement exploitée par certains départements. Si, en juin 2003, seulement 6 % des plans d'aide étaient en moyenne consacrés à des dépenses autres que des dépenses de personnel, dans certains départements cette proportion pouvaient s'élever à plus de 12 %.

L'APA en établissement

En établissement, le montant mensuel moyen du tarif dépendance est d'environ 346 € (411 € en GIR 1 ou 2,257 € en GIR 3 ou 4). L'APA versée par le Conseil général correspond au tarif dépendance afférent au GIR du bénéficiaire, diminué d'une participation laissée à la charge de la personne âgée en fonction de ses revenus. Le montant de l'APA ainsi versé permet d'acquitter en moyenne 68 % du tarif dépendance appliqué dans la maison de retraite d'accueil (73 % pour les GIR 1 ou 2,59 % pour les GIR 3 ou 4).

Les répercussions de l'APA sur l'aide ménagère

La mise en œuvre de l'APA n'a pas été sans conséquence sur le nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère. En effet, une partie de ceux-ci a pu prétendre à la nouvelle prestation. À cet égard, ce premier bilan de l'APA est cohérent avec celui des bénéficiaires de l'aide sociale départementale qui, en 2002, faisait apparaître le passage d'une partie des bénéficiaires de l'aide ménagère vers le régime de l'APA (cf. "Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2002 ; l'impact de l'APA" dans ce même numéro). C'est ainsi qu'entre le 31 décembre 2001 et le 30 juin 2003, le nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère accordée au titre de l'aide sociale départementale a chuté d'environ 23 %. On retrouve le même ordre de grandeur dans la diminution du nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère financée par les caisses de retraite : diminution de 24 % pour la CNAVTS pour la même période. ■

Source : Ministère des Affaires sociales - DRESS

Europe : une étude comparative sur les prestations familiales en espèces versées en 2000

Eurostat a publié une série statistique sur les prestations familiales en espèces en Europe. Ces chiffres concernent les prestations suivantes : prime de naissance, congé parental, allocations familiales et autres prestations en espèces. Les dépenses sont enregistrées sans aucune réduction d'impôts. Ne sont pas comprises les prestations en espèces versées au titre du remplacement de revenu pendant le congé de maternité. Ne sont pas comprises non plus les prestations en nature comme les équipements d'accueil de la petite enfance (crèches, assistantes maternelles...), l'hébergement (institutions, familles d'accueil...), l'aide à domicile...

La part de prestations familiales en espèces s'élève à plus de 5 % des prestations totales de protection sociale dans l'Union européenne (UE). Les pourcentages les plus élevés ont été observés au Luxembourg (13 %), en Irlande (11 %) et en Autriche (8 %), tandis que les valeurs les plus basses ont été enregistrées en Espagne (1 %), en Italie (2 %), au Portugal, aux Pays-Bas et en Suède (3 % chacun), la France se situant dans une position intermédiaire (7 %). Cette situation reflète d'abord l'organisation du dispositif des prestations fami-

liales dans les différents pays, avec une importance plus ou moins grande des prestations en espèces par rapport aux prestations en nature et à celles liées à la maternité.

Au cours de la dernière décennie, les prestations familiales en espèces se sont accrues de près de 36 % avec, là aussi, de fortes disparités selon les pays : Pays-Bas (- 14 %), Allemagne (+ 81 %). La France enregistre, pour sa part, une progression relativement modeste (+ 15,4 %), inférieure à la moyenne UE.

Exprimées en proportion du PIB, ces prestations varient entre 0,2 % (Espagne) et 2,6 % (Luxembourg), la France se situant à 2 % (moyenne UE : 1,4 %). Les dépenses par habitant de ces prestations représentaient en 2000 une moyenne de 1 361 unités SPA (standard de pouvoir d'achat : monnaie virtuelle qui intègre les écarts entre les niveaux de prix nationaux) sur l'ensemble des pays de l'UE. Le Luxembourg (4 687), l'Autriche (2 599) et l'Allemagne (2 391) constituent le trio de tête ; l'Italie (581), le Portugal (386) et l'Espagne (160) ferment la marche. Quant à la France, ses dépenses par habitant s'élèvent à 1 820 unités SPA. ■

Quatre ans après : bilan de la CMU

Le CERC-Association' vient de publier un bilan de la CMU quatre ans après sa mise en place.

Le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMU-C) est actuellement de 4,1 millions de personnes (chiffre au 31 juillet 2003). Ce chiffre est à comparer aux 6 millions de bénéficiaires escomptés lors de sa mise en place.

Des données relativement anciennes (premier trimestre 2000) permettent de dégager quelques éléments du profil des bénéficiaires.

Globalement, la population des bénéficiaires de la CMU est jeune et féminine. Alors que les moins de 20 ans représentent moins de 26 % de l'ensemble des patients du régime général de sécurité sociale, ils représentent plus de 40 % des bénéficiaires de la CMU-C. À l'inverse, les plus de 60 ans, qui forment plus de 20 % de la population des patients du régime général, représentent moins de 6 % des bénéficiaires de la CMU-C. Quant aux femmes, entre 20 et 40 ans, elles représentent plus de 60 % de la population des bénéficiaires de la CMU-C.

Parce que le nombre de personnes dans le ménage fait diminuer le revenu par unité de consommation, les ménages ayant au moins trois enfants occupent une place importante dans la population des bénéficiaires de la CMU. On note également une présence plus fréquente de familles monoparentales. L'étude s'intéresse également au recours aux organismes complémentaires pour la CMU-C. Pour la partie complémentaire de la CMU, les bénéficiaires ont la possibilité de recourir soit à la caisse de base de la Sécurité sociale, soit à un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, assurance) de leur choix. Il apparaît que le choix s'effectue majoritairement au profit des caisses de sécurité sociale et que seulement 15 % des bénéficiaires de la CMU-C se tournent vers des organismes complémentaires.

Comme la couverture complémentaire est la même quel que soit l'organisme choisi, le choix n'a en fait qu'une portée symbolique, et bien des bénéficiaires de la CMU-C semblent estimer plus simple que la couverture de base et la couverture complémentaire soient assurées par le même organisme.

Quelle est alors l'utilité de ces organismes qui étaient censés permettre aux bénéficiaires de la CMU-C l'accès à une complémentaire maladie comme n'importe quel autre assuré social ? Selon l'auteur de l'étude, l'implication des organismes complémentaires dans le dispositif relève plus d'une logique financière que d'un "libre choix" proposé aux bénéficiaires ; il s'agissait de faire

participer les mutuelles, les institutions de prévoyance, les assurances au coût de la CMU-C en évitant ainsi la hausse des prélèvements obligatoires (CSG, cotisation).

L'étude présente d'intéressants développements sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU. On sait que la santé des personnes les plus pauvres est plus mauvaise que celle de la population plus aisée. La CMU ayant pour objet de faciliter l'accès aux soins à des personnes qui avaient auparavant des difficultés pour se soigner, une plus forte consommation de soins de ses bénéficiaires était prévisible. À âge et sexe identiques, la dépense totale moyenne d'un patient du régime général a été de 1 071 € en 2000 (595 € en médecine ambulatoire et 476 € à l'hôpital) alors que celle d'un patient bénéficiaire de la CMU était de 1 953 € (794 € en médecine ambulatoire et 1 159 € pour l'hôpital). Comme pour l'ensemble des assurés sociaux, les dépenses de soins sont fortement concentrées ; 10 % de patients ressortissant de la CMU induisent 71 % des dépenses totales, alors que 10 % de patients du régime général engendrent 65 % des dépenses.

Comme les populations les plus consommatrices de soins sont celles qui recourent le plus aux soins hospitaliers, l'écart de consommation de soins entre les bénéficiaires de la CMU et les autres s'expliquerait par les dépenses hospitalières.

Ce dernier élément nous renseigne sur la structure des dépenses de soins. Les bénéficiaires de la CMU recourent, en effet, plus fréquemment à l'hôpital (35,1 %) que les autres patients (18 %). À l'inverse, ils consultent moins auprès des spécialistes. En fait, les données disponibles pour la CMU sont cohérentes avec ce que l'on sait déjà de l'utilisation du système de soins en fonction de la catégorie sociale ; la population la moins favorisée fréquentant plus souvent l'hôpital et les consultations externes, alors qu'une population plus aisée se tournera davantage vers la médecine ambulatoire spécialisée.

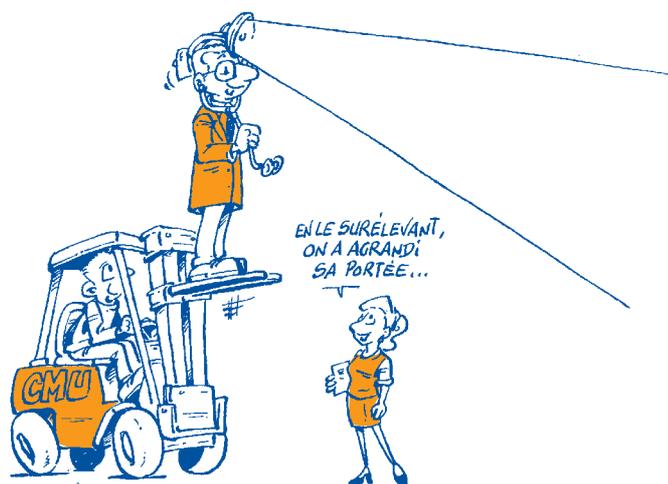
La CMU a-t-elle un impact sur la consommation de soins ? Plus précisément, ses bénéficiaires ont-ils une consommation de soins supérieure à celle des assurés sociaux, en raison de la gratuité des soins dont ils bénéficient ?

Si l'on tient compte des caractéristiques socio-démographiques et des états de santé, les bénéficiaires de la CMU ont une dépense totale de soins supérieure de 21 % à la dépense totale des assurés sociaux sans couverture complémentaire.

Les assurés sociaux qui disposent d'une couverture complémentaire autre que la CMU ont, en reprenant les mêmes caractéristiques sociales et sanitaires, une dépense totale de soins supérieure de 13 % à la dépense totale des assurés sociaux sans couverture complémentaire. Cette consommation de soins plus forte des bénéficiaires de la CMU-C par rapport aux autres assurés sociaux bénéficiant d'une complémentaire santé a souvent été expliquée par un effet "rattrapage" effectué par les bénéficiaires de la CMU.

Cependant, si l'on intègre également dans la comparaison certaines caractéristiques réglementaires (tarifs plafonds CMU souvent supérieurs à la base de remboursement de la sécurité sociale de droit commun) ou économiques (dépenses de soins non prises en compte pour les assurés sociaux en raison des dépassements de tarifs auprès de professionnels), on constate que l'influence de la CMU-C sur les dépenses de soins est quasiment identique à celle des autres complémentaires sur la consommation de soins des assurés sociaux. ■

1. Les dossiers de CERC-Association n° 4 - 2003, réalisé par Pierre Volovitch.
CERC-Association : 10, rue Jacques-Mawas - 75015 Paris.



Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2002 : l'impact de l'APA

L'aide sociale départementale consiste en des prestations et des services dispensés dans trois principaux secteurs : l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance. Elle est destinée à aider les personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de faire face à un état de besoin qui peut être lié au handicap, à la vieillesse ou à des difficultés sociales.

Les personnes âgées constituent désormais 64 % des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Le nombre total des bénéficiaires de ces trois catégories d'aide sociale s'élevait au 31 décembre 2002 à près de 1 300 000, alors qu'il n'était que de 810 000 à la fin de 2001.

Les effectifs de bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes handicapées et de l'aide sociale à l'enfance varient peu entre 2001 et 2002, augmentant respectivement de 3 % et de 1 %. En revanche, le nombre de personnes concernées par l'aide sociale aux personnes âgées augmente considérablement avec la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), le nombre de ces bénéficiaires étant multiplié par 2,3.

La structure de l'aide sociale départementale est ainsi profondément modifiée en 2002. L'aide aux personnes handicapées, qui représentait le quart des bénéficiaires, n'en représente plus aujourd'hui que 16 %. De même, l'aide sociale à l'enfance qui représentait près du tiers des bénéficiaires passe à 20 %. A l'inverse, l'aide sociale aux personnes âgées progresse de 43 % à 64 % de l'ensemble des bénéficiaires.

En 2002, l'APA concerne à elle seule 74 % des bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées, 47 % de l'aide sociale totale et entraîne des bouleversements dans les attributions des autres types d'aides à la dépendance servies par le département.

Une aide sociale aux personnes âgées ou une aide à la dépendance ?

Fin 2002, 816 000 personnes bénéficiaient d'une aide sociale aux personnes âgées. A la même date, on estimait à 655 000 le nombre de personnes âgées bénéficiaires d'une prise en charge au titre de la dépendance. Parmi celles-ci, la très grande majorité (600 600) percevait l'APA¹, les autres personnes âgées recevant la prestation spécifique dépendance (PSD) et l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) qui sont des allocations en voie d'extinction ou ne sont plus attribuées à cette population.

Plus de la moitié, soit 430 000 personnes, des bénéficiaires d'une aide sociale au titre des personnes âgées sont accueillies en établissement ou par des particuliers. Pour le placement en établissement d'hébergement social ou médico-social public ou privé, cette aide va acquitter tout ou partie du tarif dépendance de l'établissement (c'est le cas de l'APA) ou tout ou partie des frais de séjour grâce au versement d'une aide à l'hébergement. Cette dernière est en diminution constante en raison notamment de l'élévation du niveau de vie des personnes âgées vérifiée par la diminution des "bénéficiaires" du minimum vieillesse. En ce qui concerne l'accueil par des particuliers, le nombre de personnes âgées placées à ce titre reste stable : environ un millier. Dans ce cas, le département verse une allocation de placement familial à la personne ou à la famille d'accueil agréée qui reçoit la personne âgée.

Aide à domicile : moins d'aide ménagère

Fin 2002, 386 000 personnes âgées bénéficiaient d'une aide à domicile. Afin de faciliter le maintien à domicile, l'aide sociale accorde aux personnes âgées la prise en charge financière d'une tierce personne pour les aider dans les actes de la vie quotidienne. Quatre prestations sont versées à ce titre : l'APA, l'aide ménagère, l'ACTP ou la PSD.

Les bénéficiaires de l'APA à domicile étaient estimés, fin 2002, à 297 100, représentant près de la moitié des bénéficiaires de cette prestation. Quant aux bénéficiaires de la PSD (23 500) et de l'ACTP (19 700), ils sont en diminution très sensible puisqu'il n'est plus ouvert de droit au titre de ces prestations.

Enfin, 45 800 personnes âgées bénéficiaient, fin 2002, de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale. Depuis le milieu des années 1980, on constate une diminution constante du nombre de bénéficiaires pour les raisons déjà évoquées à propos de l'aide à l'hébergement (le barème de ressources pour bénéficier de l'aide ménagère correspond à celui du minimum vieillesse). La mise en oeuvre de l'APA accentue cette tendance puisqu'en 2002 la diminution atteint 20 % par rapport à 2001.

L'APA, en effet, ouvre des droits à un public plus large ; une partie des personnes prises en charge par l'aide ménagère départementale a ainsi pu prétendre à la nouvelle allocation. Cette diminution du nombre de bénéficiaires se retrouve également pour l'aide ménagère servie et financée par les Caisses de retraite (CNAVTS et MSA en particulier).

L'aide sociale aux personnes handicapées : 207 000 bénéficiaires

Près d'une aide sur deux en faveur des personnes handicapées prend la forme d'une ACTP. Cette prestation est accordée à toute personne handicapée dont l'état nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ou qui se voit imposer des frais supplémentaires liés au handicap dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle (prise en charge de frais de transport, d'achat de matériel, d'aménagement de locaux...). Quelques 95 000 personnes bénéficiaient, fin 2002, d'une aide à domicile au titre du handicap. Il s'agit essentiellement de l'ACTP qui a été versée à 81 300 bénéficiaires. Leur nombre est en très légère baisse (- 1 %) par rapport à 2001. Il existe également la prise en charge partielle d'un quota d'heures d'intervention d'aides ménagères ou d'auxiliaires de vie employées par un service habilité. Ce type d'aide a doublé depuis 1992 mais il ne représente que 6,5 % de l'aide sociale aux personnes handicapées prise en charge par les départements.

A la fin de l'année 2002, 112 000 personnes handicapées étaient accueillies en établissements ou par des particuliers. Les établissements d'accueil et d'hébergement pour les adultes handicapés financés partiellement ou totalement par l'aide sociale sont de trois types : les foyers d'hébergement, les foyers occupationnels et les foyers à double tarification. La première catégorie est constituée d'établissements sociaux assurant l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée en centre d'aide par le travail (CAT), en atelier protégé ou en milieu ordinaire. Les foyers occupationnels, également appelés foyers de vie, sont des établissements médico-sociaux qui accueillent la journée des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle. Enfin, les foyers à double tarification sont destinés à accueillir des personnes lourdement handicapées.

Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale hébergés dans ces établissements est en augmentation régulière depuis dix ans : + 17% de 1992 à 2002. Les solutions alternatives à l'hébergement en établissement tels que l'accueil de jour ou le placement familial, bien qu'en développement, ne représentent que 12 % des bénéficiaires accueillis en 2002 en établissement.

263 000 bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance

En 2002, la part des enfants accueillis à l'aide sociale à l'enfance (ASE), c'est-à-dire ceux faisant l'objet d'une mesure de placement hors du milieu familial, demeure légèrement supérieure à la part des enfants bénéficiant d'actions éducatives : 51 % contre 49 %. Toutefois, de 2001 à 2002, l'écart entre le nombre des enfants accueillis à l'ASE et le nombre de ceux qui bénéficient d'une action éducative continue de se réduire passant de 9 300 en 2001 à 6 900 en 2002. Cette tendance répond à la politique des pouvoirs publics d'éviter dans la mesure du possible le placement de l'enfant en dehors de son environnement familial. 135 000 enfants ont été accueillis en 2002 à l'ASE. Parmi ceux-ci, 111 317 ont été confiés spécifiquement, soit par le biais de décisions administratives, soit à la suite d'une décision judiciaire. Pour les 23 470 enfants restants, il s'agit de placements directs effectués par un juge. (Pour la définition des mesures d'ASE, cf. encart).

Concernant les 111 317 enfants confiés à l'ASE, 2002 confirme les tendances des années précé-

dentes. En effet, le nombre d'enfants faisant l'objet d'une mesure judiciaire continue de progresser (+ 2 %), alors que le nombre d'enfant bénéficiant d'une mesure administrative continue de décroître (- 3%).

Les enfants confiés à l'ASE sont placés principalement soit en famille d'accueil, soit dans un établissement public de l'ASE ou du secteur associatif habilité et financé par elle. En 2002, la part des familles d'accueil représente environ 55 % de l'ensemble des modes d'hébergement des enfants confiés à l'ASE. Ce type de placement croît régulièrement (63 000 enfants en 2002), alors que le placement en établissement diminue (40 000 enfants en 2002). Là aussi, c'est le résultat d'une politique qui privilégie les placements s'effectuant dans un cadre familial.

Enfin, les actions éducatives (actions éducatives à domicile, actions éducatives en milieu ouvert) ont augmenté de 2 % en 2002. Parmi les actions éducatives, les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) représentent les trois-quarts de l'ensemble. ■

Source : Ministère des Affaires sociales-DRESS : "Études et Résultats" n° 255 - Août 2003 Claire Baudier-Lorin ; Benoît Chastenet.

GAGNÉ !



L'aide sociale à l'enfance : quelques définitions

Les actions éducatives

L'action éducative à domicile (AED) est une décision administrative prise par le Président du Conseil général à la demande ou en accord avec les parents.

L'AED a pour but :

- d'apporter un soutien éducatif, psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux jeunes majeurs de moins de 21 ans ;
- d'éviter le placement hors du milieu familial, de préparer un placement ou à l'issue de celui-ci de préparer le retour dans la famille.

Note : L'action éducative en milieu ouvert (AEMO), exercée en vertu d'un mandat judiciaire (décision du juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative du Code civil), poursuit le même but que l'AED du code de l'action sociale et des familles mais, contrairement à cette dernière, elle est contraignante à l'égard des familles.

Les mesures de placement

Les mesures de placement de l'ASE sont de trois types :

- les mesures administratives décidées par le Président du Conseil général sur demande ou en accord avec la famille (accueil provisoire des mineurs, de jeunes majeurs, pupilles de l'État) ;
- les mesures judiciaires décidées par le juge des enfants ; l'enfant est alors confié au service de l'ASE qui détermine les modalités de son placement ;
- les placements directs : ils comprennent le placement par un juge auprès d'un établissement ou auprès d'un tiers digne de confiance, et la délégation de l'autorité parentale à un particulier ou à un établissement. Dans le cas d'un placement direct, le service de l'ASE n'est que le payeur de la mesure.

Plan expérimental de préservation de l'autonomie des personnes âgées

La CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) et la CNAVTS (Caisse nationale vieillesse des travailleurs salariés) ont élaboré un programme commun d'actions répondant à l'objectif de préservation de l'autonomie des personnes âgées.

Ce plan s'organise autour de trois grands objectifs :

- la mise en valeur des actions de prévention ; Seront notamment privilégiées les thématiques concernant la mobilité corporelle et l'équilibre nutritionnel ;
- la coordination de la sortie d'hospitalisation ; Il s'agira de développer l'information des

personnes âgées (et de leur entourage) à la sortie de l'hôpital, d'organiser les services de suite et le suivi médical post-hospitalisation ;

- l'amélioration de la prise en charge médico-sociale via une politique d'aide aux aidants ; Le service social des organismes des branches maladie et vieillesse favorisera des actions collectives d'aides aux aidants. De plus, le conseil et l'aide au financement et au montage de dossiers permettant d'accroître l'offre de soins, d'accueil de jour et en hébergement temporaire, d'une part, et d'améliorer la qualité d'évaluation des besoins des personnes âgées, d'autre part, seront mis en avant. ■

EN BREF...



Canicule : une réaction de l'UNAF

Dans un communiqué de presse publié le 13 août, l'UNAF "s'associe aux équipes médicales et aux chefs d'établissement qui réclament la mise en application d'un plan d'urgence" dans les hôpitaux, afin de faire face à l'afflux des personnes victimes de la très forte chaleur qui s'est abattue sur le pays durant la première quinzaine d'août.

L'UNAF demande également qu'un "bilan sanitaire soit dressé, rendu public et que des procédures soient établies pour l'avenir lorsque de tels événements climatiques se renouvelleront".

Un plan "Vieillesse et solidarités"

La canicule a révélé les insuffisances des politiques de prise en charge des personnes âgées. Pour y remédier, le Gouvernement a annoncé la mise en place, courant octobre, d'un plan quinquennal interministériel "Vieillesse et solidarités". Pour le préparer, des groupes de travail réunissant l'ensemble des acteurs concernés ont été institués.

CMU : revalorisation des plafonds de ressources

À compter du 1^{er} juillet 2003 (1^{er} septembre pour les DOM), les plafonds de ressources pris en compte pour l'attribution de la CMU complémentaire sont revalorisés de la façon suivante :

	Métropole (par mois)	DOM (par mois)
Personne seule	566,50 €	627,68 €
Deux personnes (+ 50 %)	849,75 €	941,52 €
Trois personnes (+ 30 %)	1 019,70 €	1 129,83 €
Quatre personnes (+ 30 %)	1 189,65 €	1 318,13 €
Par personne supplémentaire (+ 40 %)	+ 226,60 €	+ 251,07 €

Aide ménagère : taux de participation de la CNAVTS

Depuis le 1^{er} juillet 2003, la participation de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés au paiement des heures d'aide ménagère à domicile s'élève aux montants suivants :

- Jours ouvrables : 14,25 € (14,48 pour l'Alsace-Moselle) ;
- Dimanches et jours fériés : 16,92 € (17,15 € pour l'Alsace-Moselle).

Projet de loi sur l'accueil et la protection de l'enfance

Parmi les mesures proposées, on relèvera la mise en place d'un observatoire national de l'enfance maltraitée, composé de professionnels de la protection de l'enfance et intégré au groupement d'intérêt public (GIP) déjà responsable du 119, le service national d'accueil téléphonique de l'enfance maltraitée. L'observatoire aura pour vocation de recueillir et d'analyser les données chiffrées et les études concernant la maltraitance envers les mineurs, en provenance de toutes les autorités publiques, des établissements publics (donc des CCAS), des fondations ou encore des associations. Par ailleurs, le projet de loi prévoit que les assistantes maternelles pourront désormais accueillir non plus un maximum de trois enfants nominativement désignés, mais au maximum trois enfants simultanément. Cette mesure permettra d'augmenter le revenu des assistantes maternelles, ainsi que leur capacité d'accueil. L'offre de garde pourrait ainsi progresser de 15 % selon le ministère de la Famille.