

# EXAMEN PROFESSIONNEL D'AGENT SOCIAL DE 1<sup>ère</sup> CLASSE TERRITORIAL

Mercredi 18 juin 2008

EPREUVE ECRITE A CARACTERE PROFESSIONNEL PORTANT SUR LES MISSIONS INCOMBANT AUX MEMBRES DU CADRE D'EMPLOIS ET CONSISTANT, A PARTIR DE DOCUMENTS SUCCINCTS REMIS AU CANDIDAT, EN TROIS A CINQ QUESTIONS APPELANT DES REPNSES BREVES OU SOUS FORME DE TABLEAUX ET DESTINEES A VERIFIER LES CAPACITES DE COMPREHENSION DU CANDIDAT ET SON APTITUDE A RETRANSCRIRE LES IDEES PRINCIPALES DES DOCUMENTS

Durée : 1 heure 30  
Coef : 2

*Ce sujet comporte 4 feuilles recto-verso numérotées de la page 1 à la page 7. Assurez-vous qu'il est complet. Dans le cas contraire, réclamez-en un au responsable de salle.*

*Il vous est rappelé que votre identité ne doit figurer que dans la partie supérieure droite de la copie (ou des copies) mise(s) à votre disposition (partie à coller pour respecter l'anonymat). Toute mention d'identité (nom, signature, paraphe, ...) portée sur toute autre partie de la copie (ou des copies) que vous remettrez en fin d'épreuve entraînera l'annulation de votre épreuve.*

*L'énoncé du sujet et les feuilles de brouillon ne sont pas considérés comme faisant partie de la copie et ne font, par conséquent, pas l'objet d'une correction : ils ne seront donc pas ramassés.*

*Vous pouvez traiter les questions dans l'ordre qui vous convient.*

*L'utilisation d'une calculatrice conforme au règlement du concours ou de l'examen est autorisée.*

*Les surveillants ne sont pas habilités à répondre aux demandes d'éclaircissement concernant le sujet.*

- Copie négligée (soin, calligraphie, présentation) : - 1 point
- Plus de 15 fautes d'orthographe : - 2 points

---

Après avoir pris connaissance des documents ci-joints, répondez aux 5 questions suivantes en prenant soin de préciser le numéro de la question avant d'y répondre.

## Question 1 (5 points) :

En une dizaine de lignes et grâce aux documents fournis, veuillez donner les grandes orientations du plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer.

## Question 2 (3 points) :

Dans l'article « Lutte contre la maladie d'Alzheimer : Nicolas Sarkozy présente un plan quinquennal doté de 1.6 milliard d'euros », il est précisé « 1.6 milliard d'euros sera dépensé entre 2008 et 2012, dont 1.2 milliard d'euros pour le médico-social et 200 millions pour le volet soins. L'Etat financera la recherche à hauteur de 200 millions d'euros ».

- Quelle somme globale sera dépensée chaque année entre 2008 et 2012 ?
- Quelle est la part en pourcentage dépensée globalement pour le médico-social ? Pour les soins ? Pour la recherche ?

**Question 3 (4 points) :**

Listez de façon succincte, les principales dispositions faites pour aider les aidants.

**Question 4 (4 points) :**

Quelles sont les principales critiques apportées au plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer ?

**Question 5 (4 points) :**

Dans l'article « les apports et les manques du plan Alzheimer sous la loupe des intéressés », expliquez les expressions :

- « structures de répit pour les familles »,
- « franchises médicales ».

Dans l'article « Grand angle : Plan Alzheimer », expliquez le terme « incurable et très invalidante ».

Santé

**LE SOCIAL EN ACTION** **Les apports et les manques du plan Alzheimer sous la loupe des intéressés**

Auteur: M.-J. M.

« La voiture est lancée, son pilote est le président de la République, et c'est une bonne chose. Mais elle n'a pas beaucoup de carburant », résume Pascal Champvert, président de l'AD-PA (Association des directeurs au service des personnes âgées). Après l'annonce du plan Alzheimer par Nicolas Sarkozy le 1er février et les premières réactions exprimées à chaud <sup>(1)</sup>, cinq organisations, représentant à la fois des professionnels et des usagers, ont tenu à en livrer ensemble une analyse détaillée.

Les qualités d'abord. « Ce plan prend bien en compte le binôme malade-aidant, il décroïsonne le sanitaire et le médico-social, il inclut un suivi annuel, il renforce la recherche », se réjouit Guy Le Rochais, vice-président délégué de l'association France-Alzheimer. « Il insiste lourdement sur la nécessaire professionnalisation, donc sur la formation, pour tous les types de prise en charge », approuve Jean-Marie Vetel, président du Syndicat national de gérontologie clinique. « Il n'oublie pas de demander le recueil du consentement de la personne âgée fragilisée, car il n'y a pas d'un côté des gens capables de décider de tout et de l'autre des personnes condamnées à ne plus décider de rien », relève Pascal Champvert.

Mais ce plan présente aussi des insuffisances. « Il parle d'expérimentation à propos des structures de répit pour les familles, mais l'expérience, elle est faite ! Ce qui manque, c'est le nombre ! », s'exclame Guy Le Rochais, qui s'inquiète aussi fortement du concept d'« unités renforcées », où interviendrait un psychiatre. « Il ne faut pas gérer les troubles du comportement, mais les éviter. » Le plan, « ou plutôt les arbitrages financiers qui l'accompagnent », n'assure pas un accompagnement suffisant en établissement, là où « il faudrait, en gros, doubler le taux de personnels pour parvenir ne serait-ce qu'à l'objectif, fixé par le précédent plan « solidarité grand âge », d'un salarié pour un résident dépendant », rappelle Pascal Champvert. « Dans le champ sanitaire, le plan comporte deux grosses failles, ajoute Jean-Marie Vetel : il fait l'impasse sur les unités de soins de longue durée [USLD], maillon indispensable au système quand l'obsession de l'hôpital est de faire sortir le malade le plus vite possible, et il oublie complètement le médecin généraliste qui, une fois correctement formé, pourrait jouer un rôle-clé de consultant et de primo-prescripteur. » On va manquer d'USLD pour assurer le continuum des prises en charge, reconnaît aussi Gérard Vincent, délégué général de la Fédération hospitalière de France, qui balaie devant sa porte en regrettant les réactions péjoratives des professionnels et des élus quand il est question de transformer un petit hôpital chirurgical en structure de soins pour personnes âgées...

Autre problème : celui du manque de carburant déjà évoqué. Le plan n'inclut que peu de moyens nouveaux, surtout pour le secteur médico-social, pour lequel il ne recycle que ce qui était déjà programmé par le plan « solidarité grand âge ». « Il ne propose rien pour réduire le reste à charge des malades et des familles », regrette notamment Guy Le Rochais. Selon les calculs de France-Alzheimer, en 2005-2006, celui-ci représentait, déduction faite de la participation de 22 % de l'assurance maladie et de 17 % des conseils généraux, 61 % de la facture. « Et depuis, avec les franchises médicales, la situation s'est aggravée. » Janine Dujay-Blaret, vice-présidente du CNRPA (Comité national des retraités et personnes âgées), va dans le même sens en pointant la différence entre le traitement réservé aux personnes handicapées de moins de 60 ans et celui offert aux plus de 60 ans. « Ces derniers payent même, dans les maisons de retraite, l'investissement dans le foncier et le bâti, rappelle-t-elle. Il faut aller vers la convergence prévue par la loi pour 2010. »

laquelle le gouvernement doit faire des propositions au deuxième trimestre. « Celle-ci doit assurer à tous - et pas seulement aux malades Alzheimer - la définition d'un plan d'aide de qualité et son financement », explique Jean-Marie Vetel. « Elle doit fournir à tous la 2 CV, grâce à la solidarité nationale. Ceux qui veulent une Rolls pourront y ajouter une assurance individuelle », précise Janine Dujay-Blaret, en rappelant le vote unanime du conseil de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sur ce point crucial « qui, les débats en cours au Sénat le prouvent, n'est pas encore acquis ».

« *Sans les franchises, c'eût été un déficit supplémentaire.* » En présentant, le 1er février, son plan quinquennal de lutte contre la maladie d'Alzheimer <sup>(1)</sup>, le président de la République a fermement défendu l'instauration des franchises médicales <sup>(2)</sup>, dans lesquelles il voit « *l'expression de la responsabilité et de la solidarité* » pour « *un engagement financier majeur qui ne devait pas se faire au détriment des comptes de l'assurance maladie, qui sont déjà déficitaires* ». Au total, 1,6 milliard d'euros sera dépensé **entre 2008 et 2012, dont 1,2 milliard d'euros pour le « médico-social » et 200 millions d'euros pour le volet « soins »**, principalement financés par les franchises médicales. L'Etat financera la recherche à hauteur de 200 millions d'euros. Chargée de la mission interministérielle d'animation et de coordination de la mise en oeuvre du plan, c'est l'inspecteur général des finances Florence Lustman qui préparera son évaluation, prévue en 2011.

Le plan, qui reprend l'essentiel des préconisations du rapport Ménard <sup>(3)</sup>, se décompose en 44 mesures dont **10 « mesures phare »** qui permettront d'« *améliorer le diagnostic* », de « *mieux soigner et mieux accompagner* », d'« *aider plus et mieux* », de « *chercher plus vite* ». Outre un « *effort sans précédent pour la recherche* », avec notamment la création d'une fondation de coopération scientifique pour stimuler et coordonner la recherche <sup>(4)</sup>, et un axe consacré à l'information du grand public et à la réflexion éthique, près de la moitié des mesures du plan portent sur l'amélioration de la qualité de la vie des malades et des aidants.

### **Répit, formation et retour à l'emploi des aidants familiaux**

Premier objectif : **apporter un soutien accru aux aidants**. Pour y parvenir, les structures de répit seront développées et diversifiées. Une première étape consistera à « *expérimenter une large palette de services de répit et d'accompagnement, comme la garde itinérante de jour et de nuit, la garde à domicile..., afin de voir celles qui sont les plus profitables à la fois pour la personne atteinte et pour l'aidant* ». Dans un deuxième temps, « *les formules plébiscitées seront généralisées, en veillant à ce que pour un territoire donné, toutes les formules adaptées soient disponibles* ».

Cette mesure s'inscrit dans un contexte d'accélération des créations de places. En 2008, 2 125 places d'accueil de jour et 1 125 places d'hébergement temporaire doivent être créées. Sur toute la durée du plan, **11 000 places d'accueil de jour et 5 600 places d'hébergement temporaire** devraient voir le jour. Le financement du transport des patients vers les accueils de jour sera également mis en oeuvre. En partenariat avec la Haute Autorité de santé, l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale établira des cahiers des charges pour donner aux structures de répit une dimension thérapeutique.

Par ailleurs, chaque aidant familial pourra bénéficier de **deux jours de formation par an** visant notamment à lui enseigner les comportements adaptés permettant de limiter certains impacts de la maladie. A partir de 2009, les aidants ayant abandonné leur activité professionnelle pour s'occuper d'un proche pourront également bénéficier d'une **aide au retour à l'emploi de 1 000 EUR**.

### **De nouveaux outils de coordination**

Pour mettre fin au désarroi des familles qui ne savent pas à qui s'adresser après l'annonce du diagnostic puis au cours des différentes étapes de la maladie, le plan prévoit de «

*construire un véritable parcours de prise en charge et d'accompagnement en se plaçant du point de vue de la personne malade et de sa famille, afin d'organiser le système autour de leurs besoins* ». Une « porte d'entrée unique », ou « guichet unique », labellisée « **maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer** » (MAIA) sera mise en place. Ce lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur social s'appuiera sur l'existant, sans superposition de nouvelle structure. Les premières expérimentations se dérouleront de 2008 à 2010. Elles pourront non seulement partir d'un centre local d'information et de coordination (CLIC), d'un réseau gérontologique, d'une plate-forme de soins et services pilotée par des infirmiers libéraux... mais aussi, pour les départements qui le souhaitent, s'appuyer sur la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) « *pour expérimenter la viabilité de la création de maisons départementales de l'autonomie* ». En effet, certaines MDPH ont d'ores et déjà entamé un rapprochement avec les CLIC, notamment par le biais d'équipes communes d'évaluation. La phase de généralisation sur tout le territoire commencera en 2010.

Par ailleurs, des **coordonnateurs**, professionnels chargés d'assurer la **liaison entre les interventions médicales et sociales**, seront responsables, pour les personnes malades dont le cas est complexe, du **suivi sur le long terme**. « *Ce système, destiné en premier lieu aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, sera ensuite élargi à l'ensemble des personnes âgées dépendantes.* » A partir de 2009, les coordonnateurs seront joignables par la personne atteinte et par son entourage à partir d'un numéro de téléphone national unique. Il pourra s'agir d'infirmières coordinatrices de service de soins à domicile, de responsables de service d'aide à domicile, de personnels de CLIC ou d'équipes médico-sociales de l'allocation personnalisée d'autonomie, de travailleurs sociaux, d'acteurs des réseaux de santé ou encore d'infirmières libérales. Objectif : parvenir à **1 000 coordonnateurs répartis sur tout le territoire en 2012**.

### **Des interventions adaptées à domicile et en établissement**

Afin de renforcer le soutien à domicile, l'intervention d'équipes spécialisées comprenant des assistants en gérontologie, des psychomotriciens ou des ergothérapeutes sera favorisée. Le plan identifie les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) comme des structures particulièrement adaptées pour la prise en charge pluridisciplinaire. Pour mémoire, un Spasad regroupe des services qui assurent les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile et d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). La tarification des SSIAD devrait donc être adaptée pour permettre le recrutement entre 2009 et 2012 de 500 équipes spécialisées représentant **5 000 places nouvelles de services d'aide et de soins à domicile**.

Des mesures sont également prévues pour renforcer la prise en charge au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : généralisation des unités spécifiques pour atteindre 30 000 places dotées d'un projet adapté à la gravité des troubles du comportement, moyens renforcés en personnel, formations... De même, des unités cognitivo-comportementales pour malades d'Alzheimer seront créées au sein des services de soins de suite et de réadaptation.

# Grand angle

## plan Alzheimer 2008-2012

La commission sur le plan Alzheimer, présidée par le professeur Joël Ménard, a remis le 8 novembre son rapport au chef de l'État. Elle était chargée de formuler des propositions pour mieux connaître, mieux diagnostiquer et mieux prendre en charge la maladie.

**E**n préambule, la commission rappelle le nécessaire respect du malade. La maladie d'Alzheimer, qui touche quelque 860 000 personnes et dont la particularité est d'être incurable et très invalidante, nécessite de respecter au plus près les capacités de décision de la personne. Étroitement liée au vieillissement de la population et à l'allongement de la durée moyenne de vie, cette affection devrait continuer à progresser dans les prochaines années.

La commission affirme la nécessité d'un choix clair de financement public, tout en assurant que "le succès du plan ne saurait se mesurer aux seuls efforts financiers qui seront engagés par les pouvoirs publics".

La priorité est de garantir des soins de qualité à tous les stades de la maladie, en assurant leur continuité. Le diagnostic, "dont l'accès demeure un problème en France", doit être facilité par le renforcement des consultations

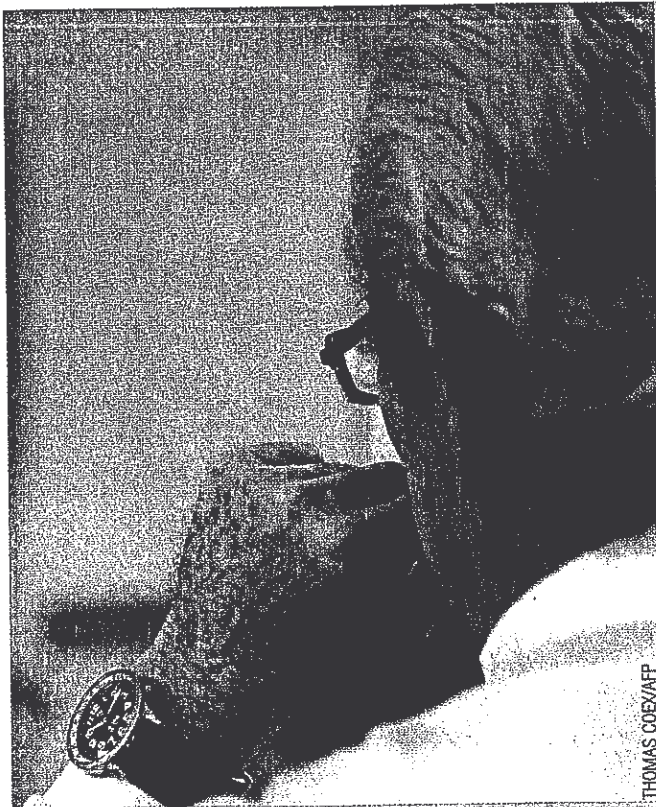
mémoire, qui seront soumises à une nouvelle tarification hospitalière "bilan Alzheimer" ; par l'expérimentation d'un "forfait Alzheimer" rémunérant le médecin traitant pour une prise en charge globale ; et par l'informatisation du recueil de données sur le malade.

Pour mettre fin au désarroi des familles perdues dans une multitude de dispositifs, le rapport propose la mise en place d'une "porte d'entrée unique" dans chaque département pour tous les dispositifs d'aide et de soins. Rester à domicile est le souhait d'une grande majorité des malades ; aussi, la commission propose des aides à l'aménagement des logements et une meilleure formation des personnels de soins et d'aide à domicile, jugée insuffisante aujourd'hui.

Lorsque la maladie s'aggrave et que la famille ne peut plus faire face, l'accueil en établissement spécialisé s'impose. La commission pointe les difficultés d'accueil des patients dans ces institutions, étant donné leur faible nombre. Par ailleurs, elle plaide pour la création d'unités spécifiques pour les nombreux malades souffrant de troubles du comportement (errance ou agitation) qui rendent particulièrement difficile la vie en collectivité, avec des espaces rassurants permettant la déambulation. Elle insiste sur la nécessité d'avoir, au sein de ces unités, des professionnels spécialement formés à cette pathologie, sur la base d'une spécialisation d'assistants en gérontologie, et dont il convient de revaloriser les métiers.

Enfin, un soutien accru doit être apporté aux aidants familiaux - 70 % d'entre eux passent plus de six heures par jour à prendre soin du malade : les structures de répit, encore au stade de l'expérimentation, doivent être développées. Les propositions de la commission Ménard serviront de base à une concertation avec les professionnels, qui s'achèvera par l'annonce du plan national de lutte contre la maladie d'Alzheimer qui entrera en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et couvrira la période 2008-2012. ■

En savoir plus : [www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr)



En France, près de 350 000 personnes bénéficient d'une prise en charge pour affection de longue durée de type maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

THOMAS COEVAFF

**Examen agent social 2008- CDG 25**

**QUESTIONS**

1. En une dizaine de lignes et grâce aux documents fournis, veuillez donner les grandes orientations du plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer. (5 points)

2. Dans l'article « lutte contre la maladie d'Alzheimer : Nicolas Sarkozy présente un plan quinquennal doté de 1.6 milliard d'euros », il est précisé « 1.6 milliard d'euros sera dépensé entre 2008 et 2012, dont 1.2 milliard d'euros pour le médico-social et 200 millions pour le volet soins. L'Etat financera la recherche à hauteur de 200 millions d'euros »

- Quelle somme globale sera dépensée chaque année entre 2008 et 2012 ?
- Quelle est la part en pourcentage dépensée globalement pour le médico-social ? Pour les soins ? Pour la recherche ?

(3 points)

3. Listez de façon succincte, les principales dispositions faites pour aider les aidants.

(4 points)

4. Quelles sont les principales critiques apportées au plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer ? (4 points)

5. Dans l'article « les apports et les manques du plan Alzheimer sous la loupe des intéressés », expliquez les expressions :

- « structures de répit pour les familles »
- « franchises médicales »

Dans l'article « Grand angle : Plan Alzheimer », expliquez le terme « incurable et très invalidante ».

(4 points)

**ELEMENTS DE CORRECTION**

1. Le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est aujourd'hui estimé à 860 000, chacun connaît les effets importants de cette maladie sur la personne touchée mais aussi sur la famille.

Le principal objectif du plan Alzheimer 2008-2012 basé sur le travail de la commission présidée par le docteur Ménard, est d'apporter plus de soutien aux malades et aux aidants.

Créations de places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire doivent renforcer l'accueil des malades.

Renforcements des moyens humains et financiers doivent permettre de mieux soigner et mieux accompagner les malades.

La recherche autour du diagnostic et du traitement de la maladie est aussi un des axes forts de ce plan grâce aussi à de nouveaux crédits.

## 2. Financement du plan Alzheimer :

- 1.6 milliard d'euros entre 2008 et 2012 soit 5 années, soit 320 millions d'euros par an.
- 1.6 milliard d'euros soit :
  - o 1.2 milliard € pour le médico-social (75 %)
  - o 200 millions € pour les soins (12.5 %)
  - o 200 millions € pour le recherche (12.5 %)

## 3. Les principales dispositions faites pour aider les aidants :

- expérimenter les structures d'accompagnement et de répit
- création de 11 000 places d'accueil de jour et 5 600 places d'hébergement temporaire.
- 2 jours de formation pour les aidants
- aide au retour à l'emploi

## 4. Les principales critiques portent sur l'insuffisance de moyens en personnel et en financement. Certains pensent qu'il ne s'agit que d'un redéploiement des crédits du plan de solidarité grand âge et non de crédits nouveaux.

L'expérimentation concernant les structures de répit est aussi dénoncée puisque ces dispositifs existent déjà.

L'absence d'implication du médecin généraliste dans le parcours de soins est mise en avant tout comme l'oubli de renforcer les unités de soins longue durée.

## 5.

➤ Les structures de répit pour les aidants sont les accueils de jour et les accueils temporaires qui permettent aux familles de se reposer en faisant « garder » leurs malades dans ces institutions.

➤ Les franchises médicales consistent au non remboursement d'une certaine somme sur certains médicaments.

➤ Les conséquences de la maladie d'Alzheimer sont une invalidité complète physique et psychologique puisque les fonctions motrice et cérébrales de la personne sont touchées. Au fur et à mesure de l'avancée de la maladie.

Elle est incurable puisqu'aujourd'hui aucun traitement ne permet de guérir.