

Colloque du vendredi 22 avril 2022

Le vieillissement, un défi social

Un colloque organisé par la section sociale
et la section du rapport et des études du Conseil d'État



Sommaire

PROGRAMME	3
PRÉSENTATION DU COLLOQUE.....	4
SÉANCE D'OUVERTURE.....	4
TABLE RONDE 1 : LE VIEILLISSEMENT, UN ENJEU DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIÉTAL	5
Élèments de problématique	5
Intervenants.....	5
TABLE RONDE 2 : LES ENJEUX ACTUELS DES POLITIQUES SOCIALES DU VIEILLISSEMENT	7
Élèments de problématique	7
Intervenants.....	7
TABLE RONDE 3 : UNE NOUVELLE BRANCHE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : LA BRANCHE AUTONOMIE ...	9
Élèments de problématique	9
Intervenants.....	9
DOCUMENTATION JURIDIQUE	11
I. Données.....	11
1.1 INSEE, France, portrait social : Seniors, édition 2019	11
1.2 INSEE, Tableaux de l'économie française : population par âge, édition 2020.....	12
1.3 DRESS, L'aide et l'action sociales en France – Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion, édition 2020	14
II. Normes applicables.....	15
2.1 Code de l'action sociale et des familles	15
2.2 Code de la sécurité sociale.....	16
2.3 Textes sur la branche autonomie.....	16
III. Eléments de jurisprudence.....	18
3.1 Jurisprudence du Conseil constitutionnel.....	18
3.2 Jurisprudence du Conseil d'État	19
IV. Articles et notes.....	24
V. Rapports.....	24
5.1 Rapports d'institutions publiques	24
5.2 Autres rapports.....	25
VI. Quelques ouvrages	30

PROGRAMME

9h30 - 10h00 - Séance d'ouverture
Didier-Roland Tabuteau, vice-président du Conseil d'État

10h00 - 11h15 – Table ronde n° 1
Le vieillissement, un enjeu démographique et sociétal

Présidente

Anna Kuhn Lafont..... déléguée générale de Matières Grises

Intervenants

Claude Jeandel professeur, CHU/université de Montpellier, président du Conseil national professionnel de gériatrie

Jean Viard sociologue, directeur de recherches CNRS au CEVIPOF

Emmanuel Vigneron ... professeur émérite des universités (géographie de la santé et aménagement sanitaire du territoire)

11h15 - 12h45 - Table ronde n° 2
Les enjeux actuels des politiques sociales du vieillissement

Président

Denis Piveteau président de la 5^e chambre de la section du contentieux du Conseil d'État

Intervenants

Michel Borgetto professeur émérite de l'université Panthéon-Assas

Martine Gaboyer vice-présidente de l'Union nationale ADMR

Claire Granger directrice des ressources pour l'accompagnement, Petits Frères des Pauvres

Virginie Lasserre directrice générale de la cohésion sociale, ministère des solidarités et de la santé

Philippe Verger directeur d'hôpital honoraire, professeur à l'université de Limoges

14h30 - 16h00 - Table ronde n° 3
Une nouvelle branche de la sécurité sociale : la branche autonomie

Président

Christophe Devys président de la section sociale du Conseil d'État

Intervenants

Dominique Libault directeur général de l'EN3S, ancien directeur de la sécurité sociale

Martine Vignau vice-présidente du Conseil économique, social et environnemental

Jérôme Voiturier directeur général de l'Uniopss

16h00 - 16h30 - Séance de clôture
Christophe Devys, président de la section sociale du Conseil d'État

PRÉSENTATION DU COLLOQUE

Les Entretiens du Conseil d'État en droit social

Ce colloque s'insère dans le cadre des **Entretiens du Conseil d'État en droit social**.

L'objet de ce cycle est de favoriser les échanges entre les juridictions administratives, les acteurs du secteur social, les praticiens et les universitaires. En prenant appui sur les travaux menés au sein du Conseil d'État et en particulier ceux de la section sociale, il a l'ambition de permettre une meilleure évaluation des acquis et des perspectives de la législation et de la réglementation dans les domaines du travail, de la sécurité sociale, de la santé, des solidarités et de la famille.

Le colloque sur *Le vieillissement, un défi social*

Le vieillissement de la population est une préoccupation grandissante car il affecte notre société dans toutes ses dimensions. Il représente toutefois plus un défi auquel la société doit s'adapter de façon durable, qu'un problème. C'est à ce défi qu'est consacrée la 11^{ème} édition des Entretiens en droit social.

La notion du vieillissement sera tout d'abord appréhendée en tant qu'enjeu démographique et sociétal à travers les exposés successifs d'un médecin, d'un géographe de la santé et d'un sociologue (table ronde n°1). Les débats porteront ensuite sur les enjeux actuels des politiques sociales du vieillissement et notamment sur les métiers sociaux du grand âge, la pauvreté et le grand âge ou encore l'EHPAD de demain (table ronde n°2). Seront enfin abordés les enjeux tant de la création que du fonctionnement de la branche autonomie de la sécurité sociale (table ronde n°3).

SÉANCE D'OUVERTURE

Didier-Roland Tabuteau Vice-président du Conseil d'État



Diplômé de l'École Polytechnique, ancien élève de l'École nationale d'administration (ENA), promotion « Louise Michel », Didier-Roland Tabuteau est également docteur en droit et titulaire de l'habilitation à diriger des recherches. À l'issue de sa scolarité à l'ENA, il rejoint le Conseil d'État, où il exerce les fonctions de rapporteur à la section du contentieux (1984-1988) et à la section sociale (1987-1988). Il occupe ensuite trois ans les fonctions de conseiller technique puis de directeur adjoint du cabinet du ministre de la solidarité, de la santé et de la protection civile (1988-1991), avant de revenir au Conseil d'État au poste de commissaire du Gouvernement, désormais dénommé rapporteur public (1991-1992). À partir de 1992, il est successivement directeur du cabinet du ministre de la santé et de l'action sociale (1992-1993), directeur général de l'Agence du médicament (1993-1997), directeur adjoint du cabinet du ministre de l'emploi et de la solidarité (1997-2000) et directeur de cabinet du ministre de la santé (2001-2002). Lors de ses deux retours au Conseil d'État en 2000 et 2002, il est nommé assesseur à la section du contentieux. Il prend ensuite la tête de la fondation « Caisses d'épargne pour la solidarité », qu'il dirige pendant plus de sept années (2003-2011). En 2011, Didier-Roland Tabuteau revient au Conseil d'État à la section du contentieux et à la section sociale, dont il est président-adjoint (2017-2018) puis président (2018-2022). Il est nommé vice-président du Conseil d'État le 5 janvier 2022.

Parallèlement à ses fonctions au Conseil d'État et dans l'administration, Didier-Roland Tabuteau a poursuivi des activités universitaires. Il a notamment créé et dirigé la chaire « santé » à l'Institut d'études politiques de Paris (2006-2018), et a été co-directeur de l'Institut Droit et Santé de l'université Paris Cité (unité INSERM UMRS 1145 depuis 2014), de 2006 à juin 2018. Il est actuellement professeur affilié à l'Institut d'études politiques de Paris, professeur associé à l'université Paris Cité et rédacteur en chef de la revue *Les Tribunes de la santé*. Il a publié ou coordonné une quarantaine d'ouvrages, parmi lesquels *Droit de la santé* (avec A. Laude et B. Mathieu, PUF, 4e éd. 2020), *Traité de santé publique* (avec G. Brücker et F. Bourdillon, Lavoisier, 3e éd. 2016), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (avec P.-L. Bras et G. de Pourville, Presses de Sciences Po, Éd. de santé, 2009), trois « Que-sais-je ? » (PUF) - *La santé publique*, avec A. Morelle (3e éd. 2017), *Les assurances maladie* avec P.-L. Bras (2e éd. 2021) et *Les droits des malades* avec A. Laude (2e éd. 2018), ainsi que *Démocratie sanitaire, Les nouveaux défis de la politique de santé* (Odile Jacob, 2013).

TABLE RONDE 1 : LE VIEILLISSEMENT, UN ENJEU DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIÉTAL

Élément de problématique

60 ou 65 ans est l'âge retenu pour l'entrée dans de nombreux dispositifs réservés aux « seniors ». Néanmoins, les situations individuelles au-delà de ces seuils varient fortement, de la retraite active à la grande dépendance. Au plan national, après l'enjeu de l'adaptation de la société au vieillissement des 75-84 ans, le défi de la dépendance deviendra prépondérant à partir de 2030, avec l'arrivée de la génération du *baby-boom* aux âges de 85 ans et plus. La première table ronde explorera ces multiples facettes du vieillissement, sous un angle démographique, médical, géographique et sociologique.

Intervenants

Présidente

Anna Kuhn Lafont



Déléguée générale de Matière Grises

Avec près de 15 ans d'expérience de conseil stratégique auprès d'opérateurs du grand âge, Anna Kuhn Lafont dispose d'une vision stratégique, opérationnelle et transversale de l'offre d'hébergement, de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées en France. Elle est aujourd'hui déléguée générale du Think Tank Matières Grises, qui, avec l'appui d'opérateurs majeurs du secteur, ambitionne depuis 2018 d'alimenter les débats et être force de proposition sur les grands sujets liés au vieillissement. Dans le cadre du Think Tank, Anna Kuhn Lafont a notamment co-signé les rapports suivants : *Personnes âgées en 2030 : portrait-robot de la génération qui vient* (2018); *Objectif grand âge : éviter l'hôpital* (2019); *L'Ehpad du futur commence aujourd'hui. Propositions pour un changement radical de modèle* (2021) et plus récemment un ouvrage sur les résidences services seniors à destination des élus locaux (mars 2022). En complément de ce parcours dans la silver économie, Anna Kuhn Lafont a accompagné durant 4 ans au Mexique des entreprises sociales dans le développement opérationnel de leur activité et la recherche de financements responsables (Ashoka Mexico et Agora Partnerships).

Intervenants

Claude Jeandel



Professeur, CHU/université de Montpellier, président du Conseil national professionnel de gériatrie

Professeur des universités, Claude Jeandel, spécialiste de médecine interne et de gériatrie à l'université de Montpellier, est président du Conseil national professionnel de gériatrie (CNP). Coordonnateur du département hospitalo-universitaire du CHU de Montpellier, il dirige l'École de gériatrie et gérontologie de l'université de Montpellier et deux masters de gérontologie. Auteur de plus de 250 publications internationales, il a coordonné la rédaction des deux livres blancs de la gériatrie française. Il est conseiller auprès de la fondation d'utilité publique Partage & Vie. Il est aussi l'auteur de plusieurs rapports ministériels dont *Un programme pour la gériatrie* (2006), *13 mesures pour meilleure prise en soin des résidents en EHPAD* (2009), *Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)* (2012) et plus récemment en 2021, *Pour une prise en soin adaptée des patients et des résidents d'EHPAD et d'USLD*.

Jean Viard**Sociologue, directeur de recherches CNRS au CEVIPOF**

Jean Viard est sociologue et directeur de recherches CNRS au CEVIPOF, Centre de recherches politiques de Sciences Po Paris. Ses domaines de recherche sont les temps sociaux (vacances, 35 heures), mais aussi l'aménagement du territoire, l'agriculture et les comportements politiques. Il est par ailleurs co-fondateur et directeur de collection aux éditions de l'Aube. Il est l'auteur de nombreux ouvrages parmi lesquels : *Le Sacre du temps libre, la société des 35 heures et la France des temps libres et des vacances* (direction) (2002), *Le Nouvel âge du politique - Le temps de l'individu-monde* (2005), *Éloge de la mobilité : essai sur le capital temps libre et la valeur travail* (2006), *Le Président a promis...une France qui change* (dir., 2007), *Lettre aux paysans (et aux autres) sur un monde durable* (2008), *Nouveau portrait de la France, la société des modes de vie* (2012), *La France dans le monde qui vient, la grande métamorphose* (2013), *Le Sacre de la terre* (en coll., 2020), *La Révolution que l'on attendait est arrivée* (2021), *La France telle que je la connais* (2022).

Emmanuel Vigneron**Professeur émérite des universités (géographe de la santé et aménagement sanitaire du territoire)**

Professeur d'aménagement sanitaire à l'université de Montpellier, agrégé de géographie et docteur en histoire et en géographie, HDR, Emmanuel Vigneron a été directeur scientifique du Groupe de Prospective Santé et Territoires de la DATAR, (1998- 2003) conseiller scientifique du même organisme et membre du Haut Conseil de la santé publique. À partir de 2001, il a fondé et animé le groupe Santé des auditeurs de l'Institut des hautes études de l'aménagement et du développement durable des territoires (IHEDATE). Il est conseiller scientifique de plusieurs associations nationales d'élus locaux. Il participe aux comités de nombreuses revues scientifiques et intervient à la demande des élus locaux dans les territoires. Il est membre du CESER Occitanie comme personnalité qualifiée extérieure. Depuis le début des années 1990, il a écrit plus d'une trentaine d'ouvrages sur la santé et les territoires. Il a consacré sa carrière professionnelle à l'approche territoriale de l'organisation du système de santé et des inégalités de santé ainsi que des autres services publics. En 2013 et 2014, il a participé à la mission sur « Les juridictions du XXI^e siècle » au ministère de la justice. Il a dirigé entre 2015 et 2018 une mission qui lui a été confiée par la DGOS du ministère de la santé sur l'impact territorial des recompositions et coopérations hospitalières entreprises en France depuis trente ans, ainsi que d'évaluation des GHT. Il est l'auteur de nombreux ouvrages, parmi lesquels, sur les questions de santé : *Hommes et Santé en Polynésie française, essai de géographie humaine*. Paris, CNRS, 1999 - Col. Mémoires et Documents ; *Géographie et Statistique*, Paris PUF, 1997 QJ? n°3177 ; *Une typologie des paysages socio sanitaires en France* (avec V. Lucas et F. Tonnellier), Paris, CREDES 1998 ; *Géographie de la Santé en France*, Paris, PUF, 1999, QJ? N° 3435 (en col. Avec F. Tonnellier) ; *Distance et santé - La question de la proximité des soins*, Paris PUF (septembre 2001) ; *Pour une approche territoriale de la santé* (dir.) Paris, DATAR/Aube, Bibliothèque des Territoires. Préface de Claude Evin, 2003 - 287p. ; *Santé et territoires : une nouvelle donne*, (dir.) Paris, DATAR/Aube, Bibliothèque des Territoires. Préface de Jacques Barrot, 2003 - 239 p.

TABLE RONDE 2 : LES ENJEUX ACTUELS DES POLITIQUES SOCIALES DU VIEILLISSEMENT

Élément de problématique

Malgré plusieurs réformes, des crédits publics en hausse et de nombreux rapports dédiés au sujet depuis deux décennies, les politiques sociales du vieillissement, qu'il s'agisse de l'adaptation de la société aux personnes âgées, de la prévention de la perte d'autonomie ou de la prise en charge de la dépendance, doivent encore évoluer pour répondre aux besoins d'une population croissante et de plus en plus fragile.

La deuxième table ronde s'intéressera aux enjeux actuels de ces politiques sociales, en particulier celui des métiers sociaux du grand âge, et celui de la pauvreté et du grand âge.

Le modèle actuel de l'EHPAD semble concentrer ces difficultés et devient même, dans certains cas, maltraitant. Cette table ronde envisagera également les différents leviers pour faire émerger l'EHPAD de demain *via* notamment une meilleure intégration entre domicile et établissement, un renforcement de la place du résident et de ses proches, ou encore, une réforme de la gouvernance et des contrôles.

Intervenants

Président

Denis Piveteau



Président de la 5^e chambre de la section du contentieux du Conseil d'État

Membre du Conseil d'État depuis 1992 où il a exercé plusieurs fonctions au sein de la section du contentieux et de la section sociale, Denis Piveteau a également occupé plusieurs postes de direction dans les administrations sociales, notamment comme directeur délégué de la Caisse nationale d'assurance maladie (1998-2000), directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2005 - 2008) et secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales (2013). Denis Piveteau a été professeur associé à l'université Paris-Nanterre entre 2014 et 2017.

Intervenants

Michel Borgetto



Professeur émérite de l'université Panthéon-Assas

Docteur en droit et agrégé de droit public, Michel Borgetto est professeur émérite de l'université Panthéon-Assas, où il a fondé et dirigé le Master 2 Droit sanitaire et social (2001-2020) et dirigé le Centre d'études et de recherches de sciences administratives et politiques (2012-2019). Ses travaux ont porté pour l'essentiel d'une part sur l'histoire de l'idée républicaine (*La notion de fraternité en droit public français*, LGDJ, 1993 ; *La devise « Liberté, égalité, fraternité »*, PUF, 1997), d'autre part sur les politiques sociales et le droit de la protection sociale. Il a dirigé et coordonné plusieurs ouvrages parmi lesquels (pour la période récente), *Le tiers secteur au Royaume-Uni et en France : déclin ou perfectionnement de l'État-providence ?* (avec G. Gadbin-George, Ed. Panthéon-Assas, 2021), *La protection sociale au Maghreb et en France. Regards croisés* (avec M. Chauvière, 2021, Mare et Martin), ou *Quelle(s) protection(s) sociale(s) demain ?* (avec A.-S. Ginon et F. Guiomard, 2016, Dalloz). Directeur de la Revue de droit sanitaire et social (Dalloz), il est notamment l'auteur (avec R. Lafore) de *La République sociale* (2000, PUF), du Précis Domat *Droit de l'aide et de l'action sociales* (LGDJ/Lextenso, 11^e éd., 2021) et du Précis Dalloz *Droit de la sécurité sociale* (19^e éd., 2019).

Martine Gaboyer**Vice-présidente de l'Union nationale ADMR**

Martine Gaboyer a eu un parcours de vie professionnelle dans le social, le commerce, et le médico-social. Les 15 dernières années de son activité se sont orientées vers la création d'un service d'intégration et d'insertion de personnes en situation de handicap en entreprises. Parallèlement, en 2003, elle a intégré l'ADMR 72 en tant que bénévole et membre de la commission Handicap avec un projet de création de Petites Unités de Vie (habitat partagé) pour héberger des personnes vivant avec un handicap ; et en 2^{ème} projet l'ouverture d'un SSIAD spécifiquement dédié aux personnes (18-60 ans) vivants avec un handicap à domicile. Martine Gaboyer est devenue présidente de la Fédération ADMR 72 en 2009 et a rejoint le conseil d'administration national en 2013, année de sa retraite. Les formations suivies au cours de son parcours bénévole lui ont permis de prendre la présidence de la commission RH nationale et le groupe national Handicap.

Claire Granger**Directrice des ressources pour l'accompagnement, Petits Frères des Pauvres**

Claire Granger a débuté son parcours professionnel en qualité d'assistante sociale auprès de personnes âgées de plus de 50 ans sans domicile fixe. Elle a passé successivement le CAFERUIS (Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale) et le CAFDES (Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale). Elle est ensuite devenue chef du service habitat, puis directrice du centre parisien des Petits Frères des Pauvres dédié à ce public. En 2009, Claire Granger a pris la direction des 7 départements autour de Paris pour les Petits Frères des Pauvres et a accompagné la mise en place du nouveau projet associatif, le développement de nouvelles équipes de l'association sur ce territoire. En 2018, après un master management des associations à l'IAE Paris Sorbonne, elle a rejoint l'équipe nationale de l'Association et pris la direction des ressources pour l'accompagnement qui pilote le pôle bénévolat et engagements, le centre de formation et le pôle accompagnements dont la mission est de formaliser les pratiques des Petits Frères des Pauvres, les transmettre tant par la formation des acteurs, que par la participation à des rencontres internes et externes et par l'élaboration de référentiels et fiches de bonnes pratiques, et enfin soutenir le réseau associatif sur les situations d'accompagnements complexes ou pour les accompagnements qui se déroulent dans certains lieux particuliers.

Virginie Lasserre**Directrice générale de la cohésion sociale, ministère de la santé et des solidarités**

Diplômée de l'Institut d'études politiques de Bordeaux (1991), Virginie Lasserre obtient l'année suivante un DEA d'anthropologie sociale à l'EHESS, ainsi que le prix Liotard pour ses expéditions ethnologiques en Irian-Jaya (Indonésie). Elle démarre sa carrière en 1992 au service de l'action humanitaire du Ministère des affaires étrangères puis à Médecins du Monde. Elle dirige dès 1996 les bureaux politique de la ville des préfectures du Val-d'Oise et du Val-de-Marne et devient en 2004 directrice adjointe des solidarités, des actions éducatives et familiales et de la rénovation urbaine à la mairie d'Athis-Mons (dans l'Essonne). À partir de 2008, elle est conseillère du maire de Paris chargée de la politique de la ville, de l'intégration, de la lutte contre les discriminations, des droits de l'Homme, de l'égalité Femme/Homme et de la jeunesse. Devenant sous-préfète en 2012, elle est nommée sous-préfète de Château-Thierry (dans l'Aisne) puis sous-préfète chargée du développement économique dans les Hauts-de-Seine. Elle dirige ensuite le pôle Migrants à la délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, avant de devenir en 2017 cheffe du département de l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés à la direction générale des étrangers en France (DGEF) du ministère de l'intérieur. Virginie Lasserre est, depuis septembre 2019, directrice générale de la cohésion sociale (DGCS).

Philippe Verger**Directeur d'hôpital honoraire, professeur associé à l'université de Limoges**

Secrétaire général du GIP Groupement Inter Établissements Gériatriques et Handicap 87, directeur d'hôpital honoraire, ancien élève de l'École des hautes études en santé publique (AHESP), Philippe Verger est professeur associé des universités de l'IAE, École universitaire de management de Limoges. Il est titulaire de trois Masters spécialisés dans le domaine de la santé et du médico-social. Il est intervenant à l'EHESP Rennes à l'INSEEC Bordeaux et à Sciences Po Paris. Il a été précédemment directeur adjoint de CHU en charge de la politique gérontologique hospitalière de 2005 à 2017. Il a exercé plusieurs mandats d'élu régional de la Fédération hospitalière de France, de 1995 à 2012 et a par ailleurs été rapporteur de la mission sur la politique du médicament en EHPAD de 2012 à 2013, auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé. Philippe Verger est actuellement membre de l'Instance de médiation en établissements de santé et médico-sociaux inter-régionale Centre-Val-de-Loire-Bourgogne-Franche-Comté et chef de pôle des usagers au Centre hospitalier Esquirol à Limoges.

TABLE RONDE 3 : UNE NOUVELLE BRANCHE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : LA BRANCHE AUTONOMIE

Élèments de problématique

Pour la première fois depuis 1945, une nouvelle branche de la sécurité sociale a été créée, consacrant symboliquement le défi que représente le risque de perte d'autonomie. La troisième table ronde reviendra sur le sens de la création de cette 5^{ème} branche et sur les choix qui ont présidé à sa mise en place dans le cadre de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, et des lois de financement de la sécurité sociale pour 2021 et 2022. Seront également interrogées les perspectives d'évolution qui peuvent encore être envisagées, en termes de périmètre de la branche, de financements, ou de gouvernance locale et nationale, compte-tenu des ambitions retenues pour cette nouvelle branche.

Intervenants

Président

Christophe Devys**Président de la section sociale du Conseil d'État**

Agrégé et docteur en mathématiques, ancien élève de l'École normale supérieure de Cachan et l'Institut d'études politiques de Paris, Christophe Devys intègre le Conseil d'État à sa sortie de l'École nationale d'administration (ENA) en 1990, à la section du contentieux. En 1994, il devient directeur du cabinet du directeur général de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, avant d'intégrer le cabinet du Premier ministre comme conseiller technique en 1997, puis le cabinet du ministre de la justice au poste de directeur en 2000. De retour au Conseil d'État, à la section du contentieux, il occupe notamment le poste de rapporteur public puis, en 2007, de secrétaire général de l'institution pendant cinq ans. Après deux ans passés en qualité de conseiller social du Premier ministre (2012-2014), il devient directeur général de l'ARS d'Ile-de-France (2015-2018). Il est nommé président de la mission d'inspection des juridictions administratives en 2019, puis président de la section sociale en février 2022.

Intervenants

Dominique Libault**Directeur général de l'EN3S, ancien directeur de la sécurité sociale**

Directeur de l'École nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S) depuis 2012, et président du Haut Conseil du financement de la protection sociale depuis 2018, Dominique Libault est ancien élève de l'École nationale d'administration (ENA), diplômé de l'Institut d'études politiques de Paris et titulaire d'une licence en droit, il a occupé, à partir de 1993, la fonction de conseiller technique au cabinet de Simone Veil, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Dominique Libault a exercé l'essentiel de sa carrière au sein de la direction de la sécurité sociale. Il a notamment été sous-directeur de l'accès aux soins avant d'être nommé, en décembre 1995, sous-directeur du financement et de la gestion de la sécurité sociale. En 2000, il devient adjoint du directeur. Il exerce les fonctions de directeur de la sécurité sociale de 2002 à 2012. De 2018 à 2019, il pilote la concertation grand Âge et Autonomie et depuis 2021 pilote une mission sur la coordination des services de proximité auprès des personnes âgées et handicapées.

Martine Vignau**Vice-présidente du Conseil économique, social et environnemental**

Investie dans des responsabilités syndicales depuis 1987, Martine Vignau a toujours œuvré à la défense des salariés en participant à la construction de solidarités justes et équitables pour toutes et tous. Elle est vice-présidente du Conseil économique social et environnemental (CESE), en charge des relations avec le Parlement depuis mai 2021 et membre de la section des affaires sociales et de la santé. Martine Vignau est présidente du groupe UNSA depuis 2015. Au cours de la mandature 2015-2020, elle a présidé la commission temporaire « Grande Pauvreté » qui a porté 2 avis : *Les personnes vivant dans la rue : l'urgence d'agir et Éradiquer la Pauvreté à l'horizon 2030*. En 2017, elle est rapporteure de l'avis « revenu minimum social garanti ». Martine Vignau est par ailleurs secrétaire nationale UNSA depuis 2009 en charge de l'action sociale, des familles, des personnes handicapées et des personnes âgées, de l'insertion et administratrice à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) depuis 2004, membre du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, vice-présidente du Conseil consultatif des personnes handicapées (CNCPH), en charge de l'emploi depuis 2020.

Jérôme Voiturier**Directeur général de l'Uniopss**

Diplômé de sciences politiques et d'économie de la protection sociale, Jérôme Voiturier a commencé comme assistant parlementaire, puis conseiller de groupe parlementaire sur les questions sanitaires, sociales et médico-sociales. Il a ensuite intégré le cabinet de Bernard Kouchner pour participer à la préparation de la discussion parlementaire en vue de la loi dite Kouchner du 4 mars 2002. Il a ensuite été chargé de mission auprès du directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en charge du développement international et des interventions territoriales en promotion de la santé. Pendant 5 ans, il a été chargé de mission auprès du directeur général de la Fondation des Caisses d'Épargne pour la solidarité, puis délégué de l'association Pasteur International Network. Directeur de la Fédérasif (fédération des réseaux d'accès aux soins en Ile-de-France), il a intégré le cabinet de Ségolène Neuville, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de lutte contre l'exclusion comme conseiller. Depuis 2017, Jérôme Voiturier est directeur général de l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux) qui représente 34.000 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; 750.000 salariés et 1 million de bénévoles. Il est par ailleurs vice-président du Mouvement associatif.

DOCUMENTATION JURIDIQUE

I. Données

1.1 INSEE, France, portrait social : Seniors, édition 2019

Extraits :

Au 1^{er} janvier 2019, 13,4 millions de personnes résidant en France ont 65 ans ou plus, soit 20 % de la population. Cette proportion a progressé de 4 points en 20 ans et place la France au niveau de la moyenne de l'Union européenne. 57 % des seniors sont des femmes et, du fait de leur plus grande longévité, leur part croît avec l'âge : elles représentent 53 % des personnes âgées de 65 ans, mais près des deux tiers de celles de 85 ans et les trois quarts de celles de 95 ans.

La vie à domicile demeure le mode de vie majoritaire des seniors (96 % des hommes et 93 % des femmes en 2016), y compris parmi les nonagénaires (figure 1). Toutefois, des changements accompagnent l'avancée en âge, avec des différences importantes entre femmes et hommes. Les femmes, davantage touchées par le veuvage, vivent d'autant plus souvent seules qu'elles sont plus âgées : 28 % à 65 ans, 38 % à 75 ans et 55 % à 85 ans. Aux mêmes âges, cette part ne varie que de 18 % à 25 % pour les hommes, leur mode de vie majoritaire restant la vie en couple (75 % à 65 ans, 76 % à 75 ans et 64 % à 85 ans). Les hommes sont aussi deux fois moins souvent que les femmes amenés à vivre en ménage avec leurs enfants ou des proches autres que leur conjoint. L'hébergement en institution, plus fréquent pour les femmes, concerne une minorité de seniors à tous les âges (sauf à partir de 100 ans). Il progresse rapidement avec l'âge à partir de 80 ans : à 95 ans, 42 % des femmes et 27 % des hommes vivent en institution, contre respectivement 5 % et 4 % à 80 ans. L'âge à l'entrée en institution est en moyenne de 85 ans et 2 mois en 2015.

L'avancée en âge augmente le risque de perte d'autonomie des personnes. La perte d'autonomie découle naturellement d'une dégradation de leur état de santé, mais dépend également de leur environnement – aménagement du logement par exemple – pour faire face aux limitations fonctionnelles et aux restrictions d'activité qu'elles subissent. Le niveau d'autonomie peut être mesuré à l'aide de différents indicateurs, dont le groupe iso-ressources (GIR), qui détermine le droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et permet de définir les personnes âgées dépendantes.

Sous l'effet du vieillissement de la population, la proportion de personnes dépendantes tend à augmenter dans le temps, mais les seniors sont dans l'ensemble autonomes jusqu'à un âge avancé. La part des bénéficiaires de l'APA augmente fortement à partir de 75 ans : de 2 % entre 70 et 74 ans fin 2017, elle passe à 6 % pour les 75 à 79 ans, 13 % pour les 80 à 84 ans, plus d'un quart pour les 85 à 89 ans, près de la moitié pour les 90 à 94 ans et les trois quarts pour les 95 ans ou plus (figure 2). Aux âges avancés, les femmes sont beaucoup plus fréquemment dans des situations de dépendance reconnues que les hommes, puisque 11 % d'entre elles perçoivent l'APA entre 75 et 84 ans et 40 % après 85 ans, contre respectivement 6 % et 27 % de leurs homologues masculins.

À tous les âges, les bénéficiaires de l'APA sont plus souvent en institution qu'à domicile, sauf après 90 ans. De plus, six résidents en établissement sur dix sont fortement dépendants (GIR 1 et 2) (figure 3). *A contrario*, la dépendance forte concerne moins d'une personne dépendante sur cinq vivant à domicile.

Figure 3 - Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement au 31 décembre 2017 (en %)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
En établissement					
65-69 ans	14,3	38,9	17,5	29,2	100,0
70-74 ans	13,6	42,7	18,4	25,4	100,0
75-79 ans	15,5	45,8	16,8	21,9	100,0
80-84 ans	15,7	46,1	16,9	21,3	100,0
85-89 ans	15,6	43,7	17,5	23,2	100,0
90-94 ans	15,5	42,5	17,9	24,1	100,0
95 ans ou plus	18,5	41,6	17,6	22,3	100,0

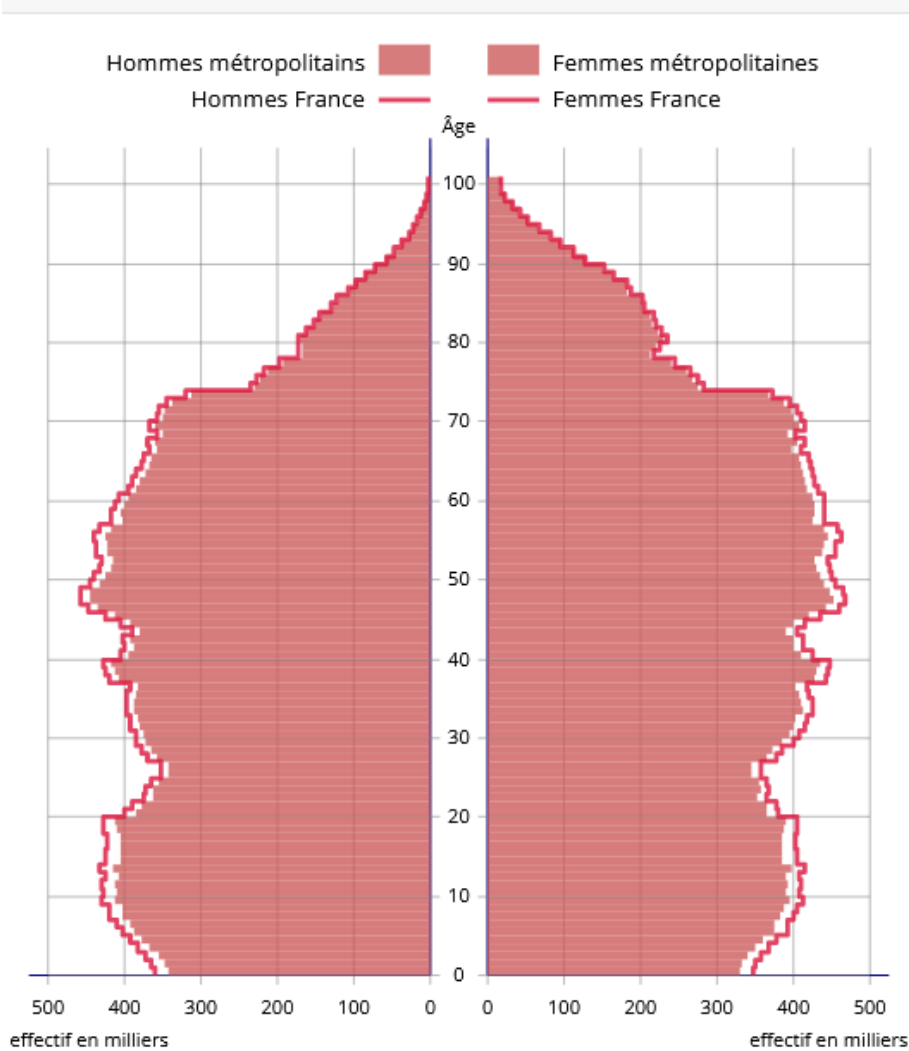
Figure 3 - Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement au 31 décembre 2017 (en %)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
À domicile					
65-69 ans	1,2	13,3	18,2	67,3	100,0
70-74 ans	1,7	15,1	18,9	64,3	100,0
75-79 ans	2,2	15,8	19,6	62,4	100,0
80-84 ans	2,2	15,2	20,5	62,1	100,0
85-89 ans	2,2	15,9	22,7	59,2	100,0
90-94 ans	2,5	18,8	26,3	52,5	100,0
95 ans ou plus	4,2	25,0	28,3	42,5	100,0

Consulter ce [dossier de l'INSEE](#) dans son intégralité.

1.2 INSEE, Tableaux de l'économie française : population par âge, édition 2020

Figure 1 - Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2020



Source : Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2019).

Figure 2 - Population par groupe d'âges

en %

Au 1 ^{er} janvier	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus	Ensemble en milliers
France métropolitaine					
1946	29,5	54,5	16,0	3,4	40 125,2
1950	30,1	53,6	16,2	3,8	41 647,3
1960	32,3	51,0	16,7	4,3	45 464,8
1970	33,1	48,8	18,0	4,7	50 528,2
1980	30,6	52,4	17,0	5,7	53 731,4
1990	27,8	53,2	19,0	6,8	56 577,0
2000	25,6	53,8	20,6	7,2	58 858,2
2010	24,5	52,6	22,8	8,9	62 765,2
2014	24,3	51,2	24,4	9,2	64 028,0
2015	24,3	50,8	24,8	9,3	64 300,8
2016	24,3	50,5	25,2	9,3	64 468,8
2017	24,2	50,2	25,6	9,3	64 639,1
2018 (p)	24,0	49,9	26,0	9,4	64 737,8
2019 (p)	23,9	49,7	26,4	9,5	64 822,0
2020 (p)	23,7	49,4	26,9	9,6	64 898,0
France¹					
1991	27,7	53,2	19,0	6,6	58 280,1
2000	25,8	53,8	20,4	7,1	60 508,2
2010	24,8	52,6	22,6	8,8	64 612,9
2014	24,6	51,2	24,2	9,1	66 130,9
2015	24,6	50,8	24,6	9,1	66 422,5
2016	24,6	50,5	24,9	9,2	66 602,6
2017	24,4	50,2	25,4	9,2	66 774,5
2018 (p)	24,3	49,9	25,8	9,3	66 883,8
2019 (p)	24,2	49,7	26,2	9,4	66 977,7
2020 (p)	24,0	49,4	26,6	9,5	67 063,7

p : données provisoires.

1. France hors Mayotte avant 2014 et y c. Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population.

Figure 4 – Projection de population par grand groupe d'âges

en %

	Population au 1 ^{er} janvier en millions	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 64 ans	65 ans à 74 ans	75 ans ou plus
2025	69,1	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8
2030	70,3	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2
2035	71,4	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5
2040	72,5	22,2	46,1	5,6	11,5	14,6
2050	74,0	22,3	44,9	5,7	10,8	16,3
2060	75,2	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2
2070	76,4	21,3	44,2	5,8	10,8	17,9

Source : Insee, scénario central des projections de population 2013-2070.

Consulter les [tableaux de l'économie française](#), édition 2020 sur le site de l'INSEE.

1.3 DRESS, L'aide et l'action sociales en France – Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion, édition 2020

Fiche DRESS n°11 Les personnes âgées et leurs ressources

Graphique 3. Répartition des personnes selon leur niveau de vie, en 2017

En %

	Personnes modestes (niveau de vie < 4 ^e décile)			Personnes avec un niveau de vie ≥ 4 ^e décile	Ensemble
	Ensemble	dont personnes pauvres	dont personnes non pauvres		
Ensemble de la population	40,0	14,1	25,9	60,0	100
Moins de 60 ans	42,2	16,1	26,1	57,8	100
60 ans ou plus	33,7	8,3	25,4	66,3	100
60 ans ou plus, sans perte d'autonomie	31,0	7,5	23,5	69,0	100
60 ans ou plus en perte d'autonomie	46,6	12,9	33,7	53,4	100

Notes > Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation. Le 4^e décile (D4) est la valeur en dessous de laquelle se situent 40 % de l'ensemble des personnes. Une personne est dite modeste lorsque son niveau de vie est inférieur à ce 4^e décile. Une personne est dite pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.

Une personne est dite en situation de handicap ou de perte d'autonomie si elle déclare « être fortement limitée, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ».

Lecture > En 2017, 14,1 % de la population est pauvre et 25,9 % à niveau de vie modeste sans être pauvre.

Champ > France métropolitaine, personnes appartenant à un ménage vivant dans un logement ordinaire, dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources > Insee-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2017.

Consulter les [panoramas de la DREES](#).

II. Normes applicables

2.1 Code de l'action sociale et des familles

Principes généraux : [Chapitre III : Personnes âgées. \(Articles L113-1 à L113-4\)](#)

Article L113-1

Toute personne âgée de soixante-cinq ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement.

Les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail.

Article L113-1-1

Dans les conditions définies au chapitre II du titre III du livre II, la personne âgée en perte d'autonomie a droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie.

Article L113-1-2

Les personnes âgées et leurs familles bénéficient d'un droit à une information sur les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie, qui est mis en œuvre notamment par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, par les départements et par les centres locaux d'information et de coordination, dans le cadre des compétences définies aux articles L. 14-10-1 et L. 113-2.

Article L113-1-3

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, un 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.

Article L113-2

I.-Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants mentionnés à l'article L. 113-1-3. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-5, les actions menées par les différents intervenants, y compris en faveur des proches aidants. Il définit des secteurs géographiques d'intervention. Il détermine les modalités d'information, de conseil et d'orientation du public sur les aides et les services relevant de sa compétence.

Le département coordonne, dans le respect de leurs compétences, l'action des acteurs chargés de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques intéressant les conditions de vie des personnes âgées, en s'appuyant notamment sur la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées mentionnée à l'article L. 233-1 et sur le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1.

Le département veille à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées, notamment les centres locaux d'information et de coordination mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1.

II.-Le département peut signer des conventions avec l'agence régionale de santé, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination de l'action gérontologique.

Ces conventions sont conclues dans le respect du schéma relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 et du projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

Elles précisent les modalités selon lesquelles sont assurées sur l'ensemble du territoire du département les missions mentionnées au dernier alinéa du I du présent article. Elles peuvent également porter sur la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, ainsi que sur le soutien et la valorisation de leurs proches aidants. Dans ce dernier cas, elles peuvent préciser la programmation des moyens qui y sont consacrés.

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1 est consulté sur ces conventions avant leur signature et est informé de leur mise en œuvre.

Article L113-2-1

Le département et les organismes de sécurité sociale définissent les modalités assurant la reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie des personnes âgées selon la grille nationale d'évaluation mentionnée à l'article L. 232-2.

Article L113-4

Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Autres dispositions du CASF :Cohabitation intergénérationnelle solidaire ([Article L118-1](#))Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge ([Article L142-1](#))Institutions communes aux personnes âgées et aux personnes handicapées ([Articles L149-1 à L149-4](#)) :

Section 1 : Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (Articles L149-1 à L149-3-1)

Section 2 : Maisons départementales de l'autonomie (Article L149-4)

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ([Articles L14-10-1 à L14-10-7-3](#))Différentes formes d'aide et d'action sociales - Livre II : Titre III : Personnes âgées ([Articles L231-1 à L233-6](#)) :

Chapitre Ier : Aide à domicile et accueil (Articles L231-1 à L231-6)

Chapitre II : Allocation personnalisée d'autonomie (Articles L232-1 à L232-28)

Chapitre III : Prévention de la perte d'autonomie (Articles L233-1 à L233-6)

Habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées ([Articles L281-1 à L281-5](#))Hébergement de personnes âgées ([Articles L342-1 à L342-6](#))Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées ([Articles L441-1 à L444-9](#))**2.2 Code de la sécurité sociale**

Voir notamment :

Fonds de solidarité vieillesse ([Articles L135-1 à L135-5](#))Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ([Articles L168-1 à L168-7](#))Allocation journalière du proche aidant ([Articles L168-8 à L168-16](#))Ressources : Section 1 bis : Vieillesse - Veuvage ([Articles L241-3 à L241-3-2](#))Assurance vieillesse - Assurance veuvage ([Articles L351-1 à L357-21](#))

Allocations aux personnes âgées :

Chapitre 5 : Allocation de solidarité aux personnes âgées ([Articles L815-1 à L815-23](#))Chapitre 5 bis : Allocation supplémentaire d'invalidité ([Articles L815-24 à L815-29](#))**2.3 Textes sur la branche autonomie**

Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, [article 5](#) (création d'une cinquième branche de la sécurité sociale, par la modification notamment des articles L. 200-1 et L. 200-2 du code de la sécurité sociale et article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles).

Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, [article 32](#) (précisions des modalités organisationnelles et financières de la cinquième branche, dont la gestion est confiée à la CNSA).

Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (clarification des modalités de gouvernance, du périmètre d'intervention et de financement de la cinquième branche) et son [annexe 10](#) (dépenses de la branche autonomie et effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie).

Extraits annexe 10 :**Tableau 2 • Dépenses de la branche autonomie en 2021 et 2022 (en Md€)**

	2020	2021 (p)		2022 (p)	
	en M€	en M€	Evol (%)	en M€	Evol (%)
DEPENSES PREVISIONNELLES SUR LE PERIMETRE DE LA BRANCHE AUTONOMIE	30,5	32,1	5,2%	34,2	6,3%
PRESTATIONS SOCIALES	4,2	4,3	1%	5,0	17%
APA	2,4	2,4	-1%	2,6	10%
PCH	0,6	0,6	-2%	0,9	47%
Congé proche aidant	0,0	0,0	-	0,1	++
AEEH	1,2	1,2	7%	1,4	9%
FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICOSOCIAUX (OGD)	25,5	26,4	3%	27,5	4%
Personnes âgées	13,1	13,9	6%	14,3	2%
Personnes handicapées	12,4	12,4	1%	13,2	6%
AUTRES	0,8	1,5	++	1,6	12%
Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH)	0,2	0,2	17%	0,2	1%
Subventions d'investissement	0,1	0,6	++	0,6	0%
Subventions aux fonds et organismes (dont FIR)	0,5	0,5	18%	0,7	27%
Charges de gestion courante et autres charges	0,0	0,2	++	0,2	14%

Sources : DSS/SDEPF/6C, Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2021 pour l'année 2021, Annexe B du PLFSS pour l'année 2022

Tableau 6 • Dépenses de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Dépenses en faveur des personnes âgées confrontées à la perte d'autonomie	Montants 2020 (Md €)	Part, en %
Sécurité sociale	14,8	57%
Assurance maladie	14,8	57%
ONDAM médicosocial - personnes âgées	11,5	42%
Unités de soins de longue durée (USLD)	1,1	5%
Dépenses de soins de ville en direction de personnes âgées dépendantes à domicile	2,0	9%
Fonds d'intervention régional (FAERPA, consultations mémoire, équipes mobiles gériatrie)**	0,2	1%
Départements	4,7	22%
Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA, à domicile et en établissements) nette des transferts de la CNSA	3,7	17%
Frais de séjour en établissement pour personnes âgées (hors APA, dont aide sociale à l'hébergement)	1,0	5%
CNSA	3,9	16%
Transferts aux départements (APA)	2,4	10%
Etablissements et services accueillant des personnes âgées (y.c. MAIA) (nets des transferts Assurance maladie)	1,2	5%
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement	0,1	1%
Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation	0,1	0%
Dépenses d'animation, prévention et études	0,1	0%
Etat	1,5	5%
Programme "Handicap et Dépendance"	0,9	2%
Programme "Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi"	0,1	0%
Compensation d'exonérations de cotisations*	0,5	3%
Total Personnes âgées	24,9	100%

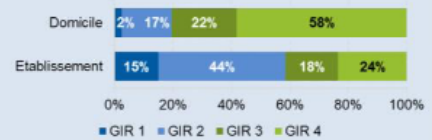
Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPPS « autonomie » annexé au PLFSS pour 2022

* aide à domicile employée par un particulier fragile, par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile.

Encadré 17 • Coût et reste à charge selon le GIR et le lieu de résidence

Les personnes âgées en perte d'autonomie vivent majoritairement à domicile. 58 % des bénéficiaires de l'APA, soit, en 2019, 770 000 personnes bénéficient ainsi d'une prise en charge à domicile, les 42 % restants étant accueillis en EHPAD/USLD.

Les personnes classées en GIR 1 et 2 représentent 59 % des personnes accueillies en établissement et 19 % des personnes prises en charge à domicile, elles sont donc deux fois plus nombreuses en établissement (320 000 contre 151 000). Les bénéficiaires de l'APA dont la perte d'autonomie est la moins sévère sont plus souvent pris en charge à domicile. Près de 6 résidents sur 10 à domicile sont ainsi classés en GIR 4 tandis qu'elle ne constituent que le quart des personnes accueillies en EHPAD.

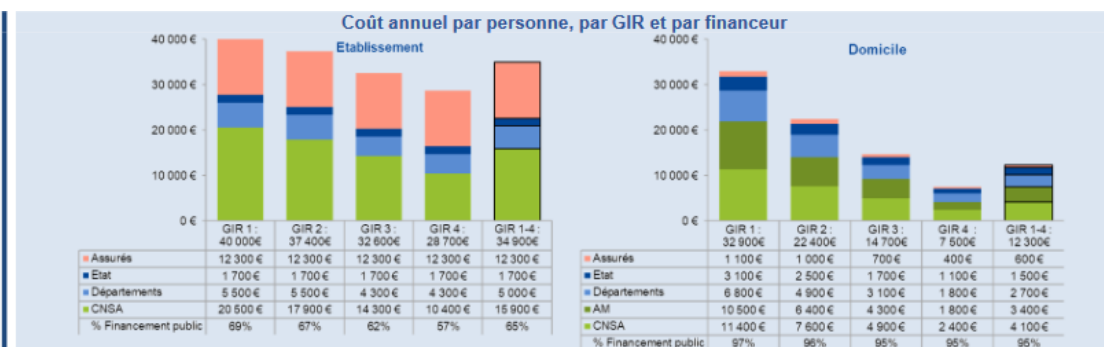


Les dépenses moyennes publiques et privées pour une personne âgée en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) sont évaluées à 22 700 € par an en 2019, tous niveaux de dépendance confondus. Le coût moyen des prises en charge est trois fois plus important en établissement qu'à domicile, il est estimé à 34 900 € et 12 300 € respectivement (cf. fiche 3.7 du rapport à la CCSS, septembre 2021).

Les dépenses de la sécurité sociale sont près de deux fois plus importants en établissement (15 900 € contre 7 500 €). C'est également le cas pour les dépenses des départements, qui s'établissent en moyenne, pour l'ensemble des GIR à 5 000 € en établissement et 2 700 € à domicile. Les dépenses de l'État sont relativement proches en établissement et à domicile (respectivement 1 700 € et 1 500 € par an).

Une part importante de l'écart entre le coût total moyen des prises en charge des personnes âgées en établissement et à domicile reste ainsi à la charge des assurés, qui supportent une dépense annuelle moyenne de 12 300 € en établissement, contre 600 € à domicile (infra) Les financeurs publics couvrent ainsi 65 % des dépenses en établissement et 95 % des dépenses à domicile

Ces écarts de coûts sur l'ensemble des GIR s'expliquent en partie par la part plus élevée, parmi les résidents en EHPAD, de personnes les plus dépendantes, dont la prise en charge est la plus coûteuse Une part importante des écarts est liée aux dépenses d'hébergement en EHPAD (infra).



La part prise en charge par les finances publiques augmente avec la perte d'autonomie à domicile et en établissement. Pour le niveau de perte d'autonomie le plus sévère, la dépense prise en charge par les finances publiques est plus importante à domicile, respectivement 32 000 € contre 28 000 €.

Dans une optique de comparaison établissement/domicile, les dépenses de « gîte et de couvert » de la section hébergement (nourriture, frais de logement et d'assurance) ont été retranchées de la facture des EHPAD, dans la mesure où elles seraient également à la charge des bénéficiaires s'ils résidaient à leur domicile. Ces dépenses sont conventionnellement estimées à 90% du minimum vieillesse (soit 781 € par mois en 2019). Cela conduit à une réduction de près de la moitié des dépenses d'hébergement restant à la charge des assurés, évaluées selon cette convention à 5,6 Md€, soit en moyenne 12 300 € par an et par personne. En établissement, le reste à charge laissé aux résidents représente alors plus d'un tiers des coûts totaux, correspondant essentiellement aux dépenses d'hébergement (5,6 Md€) et au reste à charge légal au titre de l'APA (1,2 Md€). Les montants sont forfaitaires et ne varient pas selon les GIR. A domicile la participation du bénéficiaire est comprise dans le plan d'aide APA, elle varie en fonction du GIR de 1 100 € en GIR 1 contre 400 € en GIR 4.

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2021 – Données 2019

Ordonnance n° 2021-1554 du 1er décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie (prise sur le fondement de l'article 32 de la LFSS pour 2021, l'ordonnance permet d'assurer la transformation de la CNSA en véritable caisse nationale de la sécurité sociale. Elle vise également à regrouper dans le code de la sécurité sociale toutes les dispositions législatives applicables à la CNSA, afin d'en garantir une meilleure lisibilité. La plupart de ses dispositions entreront en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 30 juin 2022).

III. Eléments de jurisprudence

3.1 Jurisprudence du Conseil constitutionnel

Décision n° [2001-453 DC](#) du 18 décembre 2001, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (existence des branches de la sécurité sociale et exigences constitutionnelles qui s'attachent à l'exercice de leurs missions)

61. Considérant que l'article 60 a pour objet de porter de 15 % à 30 % la prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des dépenses du Fonds de solidarité vieillesse au titre des majorations de pension accordées en fonction du nombre d'enfants ;

62. Considérant que les députés requérants soutiennent que cette disposition n'est conforme ni au principe de l'autonomie des branches découlant du 3° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, ni à l'exigence d'une politique de solidarité envers les familles résultant des dixième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946 ; que les sénateurs requérants reprochent à l'article 60 de rompre l'égalité entre les familles au détriment de celles qui ont des enfants à charge et au bénéfice de celles qui en ont eu ;

63. Considérant qu'aux termes du dixième alinéa du Préambule de 1946 : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement » ; que, selon son onzième alinéa, 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 » ;

64. Considérant que l'existence de branches de la sécurité sociale est reconnue par l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale ; que, si l'autonomie financière des branches ne constitue pas, par elle-même, un principe de valeur constitutionnelle, le législateur ne saurait décider des transferts de ressources et de charges entre branches tels qu'ils compromettraient manifestement la réalisation de leurs objectifs et remettraient ainsi en cause tant l'existence des branches que les exigences constitutionnelles qui s'attachent à l'exercice de leurs missions ;

65. Considérant que les majorations de pension accordées en fonction du nombre d'enfants s'analysent comme un avantage familial différé qui vise à compenser, au moment de la retraite, les conséquences financières des charges de famille ; que, dans ces conditions, le grief tiré d'une atteinte à l'autonomie des branches doit être écarté ; qu'eu égard au montant limité du transfert de charges critiqué, l'article 60 ne porte pas atteinte à l'égalité entre familles selon qu'elles élèvent des enfants ou qu'elles l'ont fait dans le passé ; qu'enfin, la disposition contestée n'est pas contraire aux dispositions précitées du Préambule de 1946 ;

Décision n° [2020-804 DC](#) du 7 août 2020, Loi organique relative à la dette sociale et à l'autonomie (conformité des dispositions relatives à la création de la branche autonomie)

Décision n° [2021-832 DC](#) du 16 décembre 2021, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2022

53. L'article 48 prévoit que, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, le directeur général de l'agence régionale de santé peut mettre en place une plateforme d'appui gériatrique aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux apportant des soins ou un accompagnement aux personnes âgées.

54. L'article 50 prévoit que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie assure au bénéfice des départements, des maisons départementales des personnes handicapées et des maisons départementales de l'autonomie, un rôle d'accompagnement, de conseil, d'audit et d'évaluation, en vue notamment de garantir la qualité du service et de veiller à l'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations de soutien à l'autonomie.

55. L'article 52 modifie les conditions dans lesquelles les établissements et services sociaux et médico-sociaux évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute autorité de santé. (...)

63. Ces dispositions n'ont pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses ou les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement et ne sont pas relatives aux modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées à ces régimes et organismes, ni aux règles portant sur la gestion des risques par ces mêmes régimes ou organismes. Elles ne relèvent pas non plus des autres catégories mentionnées au paragraphe V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Dès lors, elles ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale. Sans que le Conseil constitutionnel ne préjuge de la conformité du contenu de ces dispositions aux autres exigences constitutionnelles, il y a lieu de constater que, adoptées selon une procédure contraire à la Constitution, elles lui sont donc contraires.

3.2 Jurisprudence du Conseil d'État

Jurisprudence des sections administratives

CE, commission permanente, [avis n°400188](#) et [400189](#) du 26 mai 2020 (projet de loi organique et projet de loi relatifs à la dette sociale et à l'aide pour l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap ; avis rendu public)

1. Le Conseil d'Etat a été saisi le 13 mai 2020 d'un projet de loi organique et d'un projet de loi relatifs à la dette sociale. Ces deux textes ont fait l'objet d'une saisine rectificative le 25 mai 2020 qui a eu pour objet, en particulier, d'ajouter des dispositions relatives à l'aide pour l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap.

Les deux projets visent à organiser un transfert vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) de dettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et des établissements publics de santé, ainsi qu'à adapter le cadre organique applicable aux lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) dans la perspective d'une réforme de la prise en charge de l'aide pour l'autonomie. (...)

Projet de loi organique

(...)

Adaptation du cadre organique dans la perspective d'une réforme de la prise en charge de l'aide pour l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap

9. Le projet de loi organique adapte, en troisième lieu, les dispositions du code de la sécurité sociale afin de rendre possible, le cas échéant, la création par une LFSS ou une loi ordinaire d'un nouveau risque ou d'une nouvelle branche au sein du régime général de la sécurité sociale, entrant dans le périmètre des LFSS et ayant pour objet la prise en charge des dépenses d'aide à l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap.

Le Conseil d'Etat rappelle, d'une part, que le Conseil constitutionnel a jugé que « l'existence de branches de la sécurité sociale est reconnue par l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale » et que « si l'autonomie financière des branches ne constitue pas, par elle-même, un principe de valeur constitutionnelle, le législateur ne saurait décider des transferts de ressources et de charges entre branches tels qu'ils compromettraient manifestement la réalisation de leurs objectifs et remettraient ainsi en cause tant l'existence des branches que les exigences constitutionnelles qui s'attachent à l'exercice de leurs missions » (Décision du Conseil constitutionnel n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001, cons. 61 à 65).

Le Conseil d'Etat souligne, d'autre part, qu'au point 20 de son avis n° 399528 et 399529 sur le projet de loi organique et le projet de loi instituant un système universel de retraite du 24 janvier 2020, il a rappelé que les termes de « sécurité sociale » figurant au 17ème alinéa de l'article 34 de la Constitution recouvrent « l'ensemble des systèmes de protection sociale, quelles que soient leurs modalités de gestion administrative ou financière et, notamment, sans distinguer suivant que la protection est aménagée au moyen de mécanismes d'assurance ou d'assistance (CE, 23 octobre 2003, n° 248237) ». Au même point 20, le Conseil d'Etat a également relevé que le 17ème alinéa de l'article 34 de la Constitution définit le périmètre au sein duquel le législateur organique peut déterminer le domaine d'intervention des lois de financement de la sécurité sociale prévues par le 19ème alinéa de l'article 34 et l'article 47-1 de la Constitution.

Le Conseil d'Etat note que le législateur organique a retenu, depuis 1996, une conception plus restreinte du domaine des LFSS couvrant les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement. Il constate que depuis cette date, les LFSS comportent des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses pour quatre branches - maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse et famille - et pour le fonds de solidarité vieillesse.

10. Le Conseil d'Etat en déduit, tout d'abord, que la création d'un nouveau risque ou d'une nouvelle branche de la sécurité sociale ne relève pas, par nature, du législateur organique. Il souligne que les risques sont actuellement définis par l'article L 200-1 du code de la sécurité sociale et les branches du régime général par l'article L 200-2 du même code. Il considère, ensuite, qu'une telle création requiert une adaptation du cadre organique si elle a pour effet d'affecter, par sa nature ou sa portée, le périmètre d'intervention des lois de financement de la sécurité sociale tel qu'il résulte du cadre présenté au dernier paragraphe du point 9. Il estime donc que les dispositions organiques applicables aux lois de financement de la sécurité sociale ne font pas obstacle à ce que le législateur financier crée une nouvelle branche au sein du régime général de la sécurité sociale pour rassembler des dépenses et des recettes qui entrent d'ores et déjà dans le domaine des lois de financement de la sécurité sociale.

Il note, eu égard aux éléments présentés par le Gouvernement dans l'étude d'impact, que la nouvelle branche qui serait créée pour assurer la prise en charge de l'aide pour l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap rassemblerait essentiellement des dépenses inscrites aujourd'hui au sein de deux sous-

objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), intitulés « contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées » et « contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées » (« ONDAM médico-social »), et des recettes affectées à la CNSA dans le cadre des LFSS. Compte tenu des modifications apportées aux articles LO 111-3 et LO 111-4 du code de la sécurité sociale, le Conseil d'Etat estime que cette nouvelle branche pourrait être instituée dans le cadre d'une LFSS.

Projet de loi

(...)

Transfert de recettes de la CADES à la CNSA

15. Le projet de loi prévoit, à compter du 1er janvier 2024, le transfert à la CNSA d'une fraction des recettes de CSG affectées à la CADES pour un montant estimé de 2,3 milliards d'euros. Aux termes du III de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale relève du domaine exclusif des LFSS : « L'affectation, totale ou partielle, d'une recette exclusive des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ou des organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, à toute autre personne morale ne peut résulter que d'une disposition de loi de financement ».

Le Conseil d'Etat estime que cette disposition a pour objet de préserver le périmètre des recettes sociales et fonde l'un des cas de compétence exclusive de la loi de financement de la sécurité sociale. Il précise qu'il se déduit toutefois de la lettre de ce texte, par l'emploi de l'expression « à toute autre personne », qu'elle ne trouve en principe à s'appliquer que dans l'hypothèse où il s'agirait de transférer une recette à un organisme étranger à ce périmètre, mais non en cas de modification de la répartition entre bénéficiaires des prélèvements sociaux. Il note également que, comme cela a été rappelé au point 9, le Conseil constitutionnel a jugé que, s'agissant de transferts de ressources et de charges entre branches, ils sont possibles sous réserve du respect de leur capacité à exercer leurs missions : « si l'autonomie financière des branches ne constitue pas, par elle-même, un principe de valeur constitutionnelle, le législateur ne saurait décider des transferts de ressources et de charges entre branches tels qu'ils compromettraient manifestement la réalisation de leurs objectifs et remettraient ainsi en cause tant l'existence des branches que les exigences constitutionnelles qui s'attachent à l'exercice de leurs missions » (Décision du Conseil constitutionnel n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001, cons. 61 à 65).

Il en déduit que la disposition modifiant la répartition de recettes exclusives de sécurité sociale et prévoyant un changement d'affectation de certaines recettes entre des organismes mentionnés au III de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, tels que la CADES et la CNSA, peut figurer en loi ordinaire et qu'elle ne se heurte à aucun obstacle d'ordre constitutionnel.

Le Conseil d'Etat appelle toutefois l'attention du Gouvernement sur le fait qu'il lui incombe en vertu de la lecture combinée du 3ème alinéa de l'article 4 bis de l'ordonnance du 24 janvier 1996 précitée et du VI de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, d'en tirer, le cas échéant, les conséquences dans la plus prochaine loi de financement de la sécurité sociale. (...)

Jurisprudence de la section du contentieux

CE, SsR, 23 octobre 2003, *Groupe d'information et de soutien des immigrés et Ligue des droits de l'homme*, n° 248237, aux Tables (Principes fondamentaux de la sécurité sociale)

Considérant, en premier lieu, d'une part, que l'article 34 de la Constitution, en réservant à la loi la détermination des principes fondamentaux de la sécurité sociale, a entendu englober dans ces termes l'ensemble des systèmes de protection sociale, quelles que soient leurs modalités de gestion administrative ou financière et, notamment, sans distinguer suivant que la protection est aménagée au moyen de mécanismes d'assurance ou d'assistance ; qu'ainsi, la détermination des principes fondamentaux de l'aide sociale relève de la loi (...).

CE, ChR, 7 avril 2021, n°432692, *UNASSAD*, inédit (financement des services d'aides et d'accompagnement à domicile - avant réforme par la LFSS pour 2022)

Sur la légalité interne du décret attaqué [décret du 15 mai 2019 relatif à la répartition et l'utilisation des crédits mentionnés au IX de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 visant à la préfiguration d'un nouveau modèle de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile] :

En ce qui concerne le respect du IX de l'article 26 de la loi du 22 décembre 2018 :

10. Aux termes du IX de l'article 26 de la loi du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 : « Pour l'année 2019, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue à la réforme du financement des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie dans la limite de 50 millions d'euros

prélevés sur ses ressources et dans des conditions définies par voie réglementaire. (...) ». Le décret attaqué a été pris pour définir ces conditions.

11. D'une part, ces dispositions ne font pas de distinction selon que les services d'aide et d'accompagnement à la personne sont ou non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, en vertu de l'article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles. Par suite, le décret attaqué ne les a pas méconnues en prévoyant que les crédits répartis entre les départements sur leur fondement peuvent être attribués par ces collectivités, dans les conditions qu'il précise, tant à des services habilités qu'à des services non habilités mais seulement autorisés, en vertu de l'article L. 313-1-2 du même code, à intervenir auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap.

12. D'autre part, si ces dispositions prévoient que l'enveloppe de crédits considérée est prélevée « pour l'année 2019 » sur les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie afin de contribuer à la réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à la personne, elles ne font pas obstacle, alors d'ailleurs qu'une nouvelle contribution de cette caisse de même importance a été prévue pour 2020 par l'article 25 de la loi du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, à ce que les départements attribuent ces crédits au titre d'engagements pris par ces services dans un cadre pluriannuel, au-delà du seul exercice 2019. Par suite, les organisations requérantes ne sont pas fondées à soutenir que le décret attaqué fixerait des règles s'appliquant au-delà de l'année 2019 en méconnaissance du IX de l'article 26 de la loi du 22 décembre 2018.

En ce qui concerne le respect des dispositions du code de l'action sociale et des familles applicables à l'ensemble des services d'aide et d'accompagnement à domicile :

13. En premier lieu, le décret attaqué n'a ni pour objet ni pour effet de modifier les conditions dans lesquelles les services d'aide et d'accompagnement à domicile qui peuvent intervenir auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou de la prestation de compensation du handicap peuvent percevoir, directement du département, la part de ces prestations destinée à les rémunérer, en vertu des dispositions respectives des articles L. 232-15 et L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles, non plus que les montants versés par les départements au titre de ces allocations. Par suite, les organisations requérantes ne sont pas fondées à soutenir que le décret attaqué méconnaîtrait les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à ces allocations. Elles ne sont pas davantage fondées à soutenir qu'il permettrait aux départements de décider de conditions et de montants moins favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables à ces prestations légales, en méconnaissance des articles L. 121-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

14. En second lieu, aux termes de l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles : « Les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés relevant des 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 peuvent conclure avec le président du conseil départemental, dans les conditions prévues à l'article L. 313-11, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans le but de favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre de leurs missions au service du public. (...) ».

15. Le II de l'article 4 du décret attaqué prévoit que les crédits attribués par les départements aux services d'aide et d'accompagnement à domicile au titre du IX de l'article 26 de la loi du 22 décembre 2018 leur sont versés en contrepartie de la conclusion d'un tel contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou d'un avenant à un tel contrat, remplissant les conditions prévues au III du même article.

16. Tout d'abord, les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont libres de se porter ou non candidats à l'octroi de ces crédits, qui sont attribués en complément des financements existants sans s'y substituer et dont le IX de l'article 26 de la loi du 22 décembre 2018 n'impose pas qu'ils bénéficient à l'ensemble des services existants. Le décret attaqué ne peut dès lors être regardé comme rendant obligatoire la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Par suite, le pouvoir réglementaire, qui n'a pas excédé sa compétence, n'a pas méconnu les dispositions de l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles non plus que celles de l'article L. 313-1-2 du même code qui envisagent la conclusion « le cas échéant » d'un tel contrat avec un service autorisé à intervenir auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap.

17. Ensuite, ainsi qu'il a été dit au point 12, le IX de l'article 26 de la loi du 22 décembre 2018 n'interdisait pas au pouvoir réglementaire de subordonner à des engagements pluriannuels des services bénéficiaires l'attribution des crédits que ces dispositions prévoient. Par suite, les organisations requérantes ne sont pas fondées à soutenir que le décret attaqué méconnaîtrait le caractère nécessairement pluriannuel des contrats d'objectifs et de moyens.

18. Enfin, si le décret attaqué rappelle, au 2 du I de son annexe 1, certaines des mentions que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens doivent comporter, il n'a ni pour objet ni pour effet de déroger aux dispositions de l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles qui déterminent les mentions que comportent obligatoirement ces contrats et dont tous les items s'appliquent aux contrats conclus pour l'application du décret attaqué, y compris ses 6° et 7° relatifs aux modalités de participation aux actions de

prévention de la perte d'autonomie et à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées et aux objectifs de qualification et de promotion professionnelles. Les organisations requérantes ne sont donc pas fondées à soutenir que le décret attaqué méconnaîtrait les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

En ce qui concerne le respect des dispositions du code de l'action sociale et des familles propres aux services d'aide et d'accompagnement à domicile habilités à l'aide sociale :

19. En vertu du II de l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles, les prestations fournies par les services d'aide et d'accompagnement à domicile qui sont, en application de l'article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles, habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, font l'objet d'une tarification « arrêtée chaque année par le président du conseil départemental ». En vertu des articles R. 314-130 à R. 134-136 du même code, celui-ci fixe les tarifs horaires des différents intervenants de façon à couvrir l'ensemble des dépenses afférentes à leur rémunération et des coûts de structure et de coordination de ces services dont il accepte la prise en charge.

20. Les dispositions du IX de l'article 26 de la loi du 22 décembre 2018 visent à permettre l'allocation de ressources supplémentaires aux services d'aide et d'accompagnement à domicile. S'agissant des services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les dispositions du décret attaqué n'ont ni pour objet ni pour effet de modifier les règles de leur tarification, telles qu'elles résultent des dispositions rappelées ci-dessus et de celles de l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles en cas de conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens, mais seulement de leur permettre de disposer de moyens supplémentaires pour atteindre des objectifs fixés par un tel contrat, ainsi que le prévoient les dispositions de cet article L. 313-11. Par suite, les organisations requérantes ne sont pas fondées à soutenir que le décret attaqué méconnaîtrait les règles régissant la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

En ce qui concerne le respect des dispositions du code de l'action sociale et des familles propres aux services d'aide et d'accompagnement à domicile non habilités à l'aide sociale :

21. En premier lieu, aux termes de l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles : « Pour intervenir auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 et de la prestation de compensation du handicap mentionnée à l'article L. 245-1, un service d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 doit y être autorisé spécifiquement s'il n'est pas détenteur de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale mentionnée à l'article L. 313-6. (...) / Tout service autorisé dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article a l'obligation d'accueillir, dans la limite de sa spécialité et de sa zone d'intervention autorisée, toute personne bénéficiaire des prestations mentionnées au même premier alinéa qui s'adresse à lui, dans des conditions précisées, le cas échéant, par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu dans les conditions prévues à l'article L. 313-11-1 ». Si le décret attaqué prévoit que le profil des personnes prises en charge fait partie des éléments sur lesquels reposent les critères de sélection des services candidats au financement prévu par la loi du 22 décembre 2018 et au regard desquels sont définis les objectifs sur lesquels ils s'engagent pour en bénéficier, il vise seulement à mieux tenir compte des situations complexes. En particulier, il ne remet aucunement en cause l'obligation, pour les services autorisés à intervenir auprès des bénéficiaires de ces prestations, d'accueillir toute personne bénéficiaire de l'aide personnalisée à l'autonomie et de la prestation de compensation du handicap qui s'adresse à lui. Par suite, les organisations requérantes ne sont pas fondées à soutenir que le décret attaqué méconnaîtrait ces dispositions.

22. En deuxième lieu, aux termes de l'article L. 347-1 du code de l'action sociale et des familles : « Dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les prix des prestations de service sont librement fixés lors de la signature du contrat conclu entre le prestataire de service et le bénéficiaire. (...) / Les prix des prestations contractuelles varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté des ministres chargés de l'économie et des finances, des personnes âgées et de l'autonomie compte tenu de l'évolution des salaires et du coût des services. (...) ».

23. L'article 4 du décret attaqué subordonne l'octroi des crédits prévus par le IX de l'article 26 de la loi du 22 décembre 2018 à la conclusion, sur le fondement de l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles, d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou d'un avenant à un tel contrat, qui doit prévoir, pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile non habilités à l'aide sociale, « les modalités d'encadrement du prix facturé à leurs bénéficiaires ». La dotation versée par le département à ces services est fixée lors de la conclusion du contrat ou de l'avenant au regard de ces modalités d'encadrement et des engagements pris sur des objectifs tenant au profil des personnes prises en charge, à l'amplitude horaire d'intervention et aux caractéristiques du territoire d'intervention.

24. D'une part, par le IX de l'article 26 de la loi du 22 décembre 2018, le législateur a renvoyé au pouvoir réglementaire le soin d'encadrer les conditions dans lesquelles les services d'aide et d'accompagnement à

domicile peuvent bénéficier des crédits qu'il a prévus, prélevés sur les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, afin de contribuer à la réforme de leur financement. Le décret attaqué, conformément aux prévisions de la loi, prévoit un financement destiné à abonder les autres recettes de ces services, pour les inciter financièrement à s'engager sur certains objectifs et, lorsqu'ils ne sont pas habilités, à limiter les prix facturés à leurs bénéficiaires, chaque service restant libre de se porter candidat ou non à l'obtention de ces financements et, ainsi, de s'engager à limiter les prix facturés. Par suite, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que le décret attaqué méconnaîtrait la liberté tarifaire reconnue par la loi aux services non habilités, non plus que le principe de liberté du commerce et de l'industrie.

25. D'autre part, compte tenu de l'objectif d'accessibilité financière des services d'aide à la personne poursuivi par les dispositions de la loi du 22 décembre 2018, qui entendent préparer la réforme de leur financement, le décret attaqué n'est pas entaché d'erreur manifeste d'appréciation en ce qu'il ne se borne pas à prévoir que les engagements pris par les services d'aide et d'accompagnement à domicile non habilités à l'aide sociale ne peuvent conduire à l'augmentation du reste à charge des personnes qu'ils accompagnent, mais subordonne l'octroi des crédits dont il organise le versement à la condition que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le département et le service précise les modalités d'encadrement des prix facturés à ces personnes.

26. En dernier lieu, en vertu des dispositions du code de l'action sociale et des familles, les prestations des services qui ne sont pas habilités à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale ne font pas l'objet d'une tarification du président du conseil départemental.

27. Toutefois, d'une part, quelle que soit la qualification des sommes considérées pour l'application de l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles relatif au contentieux de la tarification sanitaire et sociale, le décret attaqué pouvait légalement prévoir, alors même que ces services ne font pas l'objet d'une tarification, l'allocation de financements par le département, ainsi que le prévoit l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles pour tout service d'aide et d'accompagnement à domicile concluant un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le président du conseil départemental. Par suite, les organisations requérantes ne sont pas fondées à soutenir que le décret attaqué méconnaîtrait, pour ce motif, les règles régissant la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

28. D'autre part, si le décret attaqué prévoit à son annexe 1 que « les dialogues de gestion annuels permettent de vérifier l'atteinte des objectifs de service et d'activité et d'ajuster les dotations correspondantes allouées » et que « dans le cadre du dialogue de gestion, des indicateurs de résultat et de performance doivent être prévus », aucun texte ni aucun principe ne faisait obstacle à ce qu'il précise que l'évaluation des actions conduites, dont les critères et le calendrier doivent, en vertu de l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles, être prévus par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, prendrait la forme d'un dialogue de gestion.

En ce qui concerne le respect du principe d'égalité :

29. En premier lieu, il résulte des articles 1er et 2 du décret attaqué que si tous les départements sont également éligibles à la répartition des crédits mentionnés au IX de l'article 26 de la loi du 22 décembre 2018, au prorata du nombre d'heures « d'aide humaine » réalisées en 2017 sur leur territoire par les services d'aide et d'accompagnement à domicile aux titres de l'aide à domicile, de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie verse ces crédits aux seuls départements qui lui ont communiqué ce nombre dans un délai de trente jours à compter de la publication du décret. La mise en œuvre des dispositions du décret est ainsi subordonnée au choix des départements de solliciter le bénéfice d'un tel versement, comme d'ailleurs, ensuite, de lancer un appel à candidatures en vue de l'attribution des crédits aux services d'aide et d'accompagnement à domicile.

30. Toutefois, les dispositions du décret attaqué sont sans incidence sur les obligations qui incombent aux départements pour le service de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, de même que des prestations légales d'aide sociale au titre de l'aide à domicile des personnes âgées de soixante-cinq ans privées de ressources suffisantes et des personnes handicapées, prévues par les articles L. 113-1, L. 231-1 et L. 241-1 du code de l'action sociale et des familles. Prévoyant seulement l'attribution de crédits supplémentaires par les départements, dans la limite de l'enveloppe fixée par le législateur, dans un domaine dans lequel la loi prévoit qu'ils peuvent décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables, le décret attaqué ne peut être regardé comme portant une atteinte illégale au principe d'égalité devant la loi.

31. En deuxième lieu, il résulte de l'article 4 et de l'annexe 1 du décret attaqué que les crédits ouverts par le IX de l'article 26 de la loi du 22 décembre 2018 sont attribués aux services d'aide et d'accompagnement à domicile en complément de l'ensemble des recettes qu'ils perçoivent par ailleurs – au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie ou de la prestation de compensation du handicap, ainsi que, pour les services habilités, de l'aide sociale légale – en contrepartie d'engagements spécifiques de leur part, retracés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. S'agissant en particulier des services habilités à l'aide sociale,

ces crédits n'ont pas vocation à se substituer à la participation du bénéficiaire de la prestation en l'absence d'admission à l'aide sociale, mais ne peuvent non plus se substituer au tarif arrêté par le président du conseil départemental au titre de l'aide sociale légale, ni réduire ce tarif. S'agissant des services non habilités à l'aide sociale, si la dotation complémentaire est subordonnée à une condition spécifique, tenant à l'encadrement des prix facturés, celle-ci découle directement de ce que seuls les services non habilités sont libres de fixer leurs tarifs et le décret n'impose pas que ces prix soient fixés au même niveau que les tarifs fixés par le président du conseil départemental pour les services habilités. La différence de traitement opérée par le décret attaqué est en tout état de cause en rapport direct avec l'objet du décret, consistant à améliorer l'accès à ces services pour leurs bénéficiaires, et n'est pas manifestement disproportionnée au regard de la différence de situation existant entre services, selon qu'ils sont ou non habilités à l'aide sociale. Par suite, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que le décret attaqué méconnaîtrait le principe d'égalité entre les services.

32. En dernier lieu, si le reste à charge des bénéficiaires qui ont recours à un service non habilité est plus élevé que celui des bénéficiaires qui ont recours aux prestations d'un service habilité, cette situation ne résulte pas du décret attaqué, qui vise au contraire, ainsi qu'il a été dit aux points précédents, à diminuer le reste à charge des personnes recourant aux prestations de services non habilités, mais des dispositions précitées de l'article L. 347-1 du code de l'action sociale et des familles. Par suite, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que le décret attaqué méconnaîtrait le principe d'égalité entre les usagers, selon le service auquel ils ont recours, ni qu'il serait entaché d'erreur manifeste d'appréciation ou qu'il méconnaîtrait les dispositions de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, qui impose à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans sa rédaction applicable à la date du décret attaqué, d'exercer ses missions dans le « respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ».

IV. Articles et notes

C. Jeandel, P. Vigouroux, « Comment adapter la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé ? », *La revue hospitalière de France*, n° 559, 2014/07/01, pp. 56-65.

H. Rihal, « La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement », *AJDA*, n°15/2016, 2 mai 2016, p.851-856.

A. Meyer-Heine, « La prise en compte des seniors par un traité sexagénaire : pour une nouvelle orientation des politiques publiques », *Revue de l'Union européenne*, n°619, juin 2018, pp. 370-380.

Les notes de Matières Grises, [Territoires & vieillissement : Où vieillira-t-on demain ?](#), juin 2018.

Dossier « La personne âgée, sujet de protection du droit », *RDSS*, sept.-oct. 2018, pp. 759-822.

Dossier « Les entreprises et la protection sociale face au défi du vieillissement démographique », [JDSAM n°18 - 2018](#).

Dossier « Le risque dépendance à l'étranger », *RDSS*, mai-juin 2019, pp.377-452.

Dossier « Le logement de la personne âgée », *RDSS*, juillet-aout 2019, pp. 587-668.

L. Broussy, [Décennie 2020-2030 : l'explosion des 75-85 ans](#), Notes du Think Tank Matières Grises, septembre 2020.

Dossier « La création d'une 5ème branche comme fondement d'une nouvelle politique de l'autonomie », [JDSAM n°27 – décembre 2020](#).

Dossier « Le risque de perte d'autonomie en question(s) », *RDSS*, janv-fév 2021, pp. 5 à 75.

Dossier « Personnes âgées et système de santé : perspective française et internationale, » [JDSAM n°31 – janvier 2022](#).

V. Rapports

5.1 Rapports d'institutions publiques

CESE, avis présenté par M.-O. Esch (rapporteuse), [Vieillir dans la dignité](#), adopté le 24 avril 2018.

Défenseure des droits, Claire Hédon, [Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD](#), mai 2021.

Cour des comptes [La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées](#) - Construire une priorité partagée, novembre 2021.

Cour des comptes, [Les services de soins à domicile](#) : une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins, décembre 2021.

Cour des comptes, [La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad](#) - Un nouveau modèle à construire, février 2022.

Assemblée nationale, Rapport d'information sur [La situation dans certains établissements du groupe Orpea](#), présenté par Fadila Khattabi, mars 2022.

5.2 Autres rapports

Rapport de Dominique Libault sur la concertation [Grand âge et autonomie](#), mars 2019.

Synthèse :

8 priorités se détachent pour transformer l'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie.

Les 175 propositions formulées répondent aux 8 priorités identifiées par les acteurs de la concertation Grand âge et autonomie :

Priorité 1 : investir dans l'attractivité des métiers du grand âge, à domicile comme en établissement

Priorité 2 : pouvoir choisir librement de rester à son domicile. Pour que cette liberté soit effective, un certain nombre d'obstacles au maintien à domicile doivent être levés.

Priorité 3 : piloter pour et par la qualité. La liberté de choix n'a de sens que si des prestations sont offertes à sa décision. L'amélioration de la qualité du service rendu à la personne âgée en tout point du territoire pour tout type de prise en charge est l'axe névralgique des réformes à venir.

Priorité 4 : mettre fin aux réponses en silos dans le parcours de la personne âgée pour simplifier la vie des aidants et des aidés La spécificité de la personne âgée réside dans la grande diversité de ses besoins, qui font appel à des interventions multiples qui doivent être coordonnées : soin, actes d'hygiène, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, lien social, besoin de prises en charge expertes à domicile, en établissement ou à l'hôpital...

Priorité 5 : une nouvelle offre pour concrétiser le libre choix de la personne. L'ensemble de l'offre doit évoluer vers une approche plus attentive aux besoins des personnes et sortir d'une approche binaire avec le cloisonnement entre Ehpad et domicile pour proposer une gamme de solutions intermédiaires, mieux articulées entre elles.

Priorité 6 : reste à charge en établissement : faire baisser la contribution des personnes modestes. Aujourd'hui, les restes à charge sont élevés en établissement. La participation financière des résidents, une fois versées les différentes allocations et les contributions des obligés alimentaires, est estimée à un peu moins de 1 850 euros par mois pour la moitié d'entre eux. Une action ciblée est proposée en direction des familles modestes.

Priorité 7 : lutter contre l'isolement de la personne âgée et des aidants. On ne peut concevoir une action forte en faveur des personnes âgées sans s'engager fermement auprès des proches aidants, dont le rôle est essentiel. L'intervention de la collectivité est nécessaire pour reconnaître et mieux soutenir les aidants. Parallèlement et pour favoriser la présence non-professionnelle auprès de la personne, le bénévolat et la présence de jeunes auprès des personnes âgées doivent être développés.

Priorité 8 : augmenter l'espérance de vie en bonne santé en renforçant la prévention. Aujourd'hui, en France et dans d'autres pays, les stratégies précoces de prévention ont des effets tout à fait positifs, qu'il s'agisse du maintien de l'autonomie physiologique ou cognitive. Il s'agit là d'un motif d'espoir, porteur d'une ambition nouvelle. Il est indispensable que notre pays investisse fortement ce champ et franchisse un cap nouveau pour une stratégie globale de prévention de la perte d'autonomie.

10 propositions clés pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie ».

1. La création d'un guichet unique pour les personnes âgées et les aidants dans chaque département, avec la mise en place des Maisons des aînés et des aidants

2. Un plan national pour les métiers du grand âge permettant notamment d'agir à la fois sur une hausse des effectifs (cf. point 4), une transformation des modes de management, la prévention des risques professionnels, la montée en compétences à travers une politique de formation ambitieuse, le développement de perspectives de carrière en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et d'une meilleure structuration de la filière

3. Un soutien financier de 550 millions d'euros pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, afin d'améliorer le service rendu à la personne âgée et de revaloriser les salaires des professionnels

4. Une hausse de 25 % du taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024 par rapport à 2015, soit 80 000 postes supplémentaires auprès de la personne âgée, pour une dépense supplémentaire de 1,2 milliard d'euros

5. Un plan de rénovation de 3 milliards d'euros sur 10 ans pour les Ehpad et les résidences autonomie

6. Améliorer la qualité de l'accompagnement et amorcer une restructuration de l'offre, en y consacrant 300 millions d'euros par an, vers une plus forte intégration entre domicile et établissement, pour des Ehpad plus ouverts sur leur territoire
 7. Une baisse du reste à charge mensuel de 300 € en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1000 et 1600 € par mois
 8. Une mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie, avec la sensibilisation de l'ensemble des professionnels et la mise en place de rendez-vous de prévention pour les publics fragiles
 9. L'indemnisation du congé de proche aidant et la négociation obligatoire dans les branches professionnelles pour mieux concilier sa vie professionnelle avec le rôle de proche aidant
 10. La mobilisation renforcée du service civique et, demain, du service national universel, pour rompre l'isolement des personnes âgées et favoriser les liens intergénérationnels
- Les 175 propositions du rapport de Dominique Libault font sens dans leur globalité. De nature diverse, elles se renforcent mutuellement. L'ambition de ce rapport est de créer un cercle vertueux entre l'attractivité des métiers, l'amélioration de la qualité du service en Ehpad comme à domicile, la transformation de l'offre, un cadre de vie plus adapté, la diminution du reste à charge pour les familles, la prévention de la perte d'autonomie. L'objectif : permettre le libre choix et une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées, dont la citoyenneté doit être pleinement reconnue.

Rapport de Myriam El Khomri, [Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge](#), octobre 2019.

Principales mesures

Axe 1 : Assurer de meilleures conditions d'emploi et de rémunération

- Ouvrir 18 500 postes supplémentaires par an d'ici à fin 2024

Explication : Des ouvertures de postes seront nécessaires dans les toutes prochaines années pour répondre aux besoins de prise en charge du grand âge, dans un contexte de vieillissement démographique d'une part et de nécessaire augmentation du taux d'encadrement et du renforcement des temps collectifs d'autre part.

- Remettre à niveau au plus tard au 1^{er} janvier 2021 les rémunérations inférieures au SMIC dans les grilles des conventions collectives à domicile

Explication : Aujourd'hui, les rémunérations des métiers du grand âge sont inférieures au SMIC dans certaines conventions collectives, ce qui a pour conséquence que les professionnels restent payés au SMIC pendant une dizaine d'années. Il convient donc de remettre ces rémunérations à niveau sans délai.

- Négocier une offre nationale compétitive pour équiper les accompagnants à domicile de véhicules propres

Explication : Les accompagnants à domicile supportent, notamment en zone rurale, des frais importants pour la mobilité d'un domicile à l'autre. Or, ces frais sont souvent insuffisamment indemnisés.

Axe 2 : Donner une priorité forte à la réduction de la sinistralité et à l'amélioration de la qualité de vie au travail

- Porter dans le cadre de la branche AT-MP de l'assurance-maladie un programme national de lutte contre la sinistralité, ciblé sur ces métiers

Explication : Le taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP) est aujourd'hui tellement élevé dans le secteur du grand âge qu'un programme national spécifique apparaît de plus en plus nécessaire.

- Imposer 4h de temps collectifs par mois d'équipe à domicile et en EHPAD

Explication : Les temps collectifs entre professionnels (groupes de parole, échanges de bonnes pratiques, etc.) sont indispensables pour garantir la qualité de la prise en charge des personnes âgées et pour donner du sens au travail des professionnels.

Axe 3 : Moderniser les formations et changer l'image des métiers

- Supprimer le concours d'aide-soignant pour la formation initiale et l'apprentissage et assurer l'inscription dans les centres de formation via Parcours sup pour la formation initiale

Explication : Face à la pénurie récente de candidats, il convient de revoir en profondeur et d'ouvrir plus largement les conditions d'accès à ces formations.

- Garantir systématiquement la gratuité de la formation, hors frais d'inscription, quelle que soit la situation du candidat

Explications : Aujourd'hui, 5% environ des personnes en formation doivent payer leur formation, en sus des frais d'inscription, ce qui constitue une inégalité à laquelle il convient de mettre fin.

- Réduire drastiquement l'éventail des diplômes reconnus dans le champ de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie

Explications : Il existe aujourd'hui une soixantaine de diplômes conduisant aux métiers d'accompagnant des personnes fragiles. Ce foisonnement nuit gravement à la visibilité et à l'attractivité des métiers du grand âge.

- Porter à 10 % la part des diplômes d'aide-soignant et d'accompagnant éducatif et social obtenus par la voie de l'alternance

Explications : Très peu développé pour ces diplômes, l'apprentissage est une voie efficace pour former rapidement et efficacement des professionnels à fort potentiel d'insertion dans le marché de l'emploi. Pour 100.000 personnes formées par an cela représentait 10.000 alternants (contre 600 par aujourd'hui).

- Porter à 25% la part des diplômes délivrés chaque année dans le cadre de la VAE en privilégiant la VAE collective

Explications : Les processus de validation des acquis de l'expérience (VAE) permettent d'augmenter rapidement le nombre de professionnels et donc de répondre aux besoins de recrutement des structures. Pour 100.000 personnes formées par an, cela représentait 25000 personnes.

- Permettre à tous les professionnels exerçant auprès des personnes en perte d'autonomie d'accéder à une formation spécifique en gérontologie

Explications : Une formation d'assistant de soins en gérontologie (ASG, 140 heures) existe depuis le premier plan cancer, mais aussi un passeport gériatrique inscrit à l'inventaire depuis 2017 ; il s'agit d'en ouvrir l'accès à tous les professionnels qui assistent quotidiennement les personnes en perte d'autonomie.

- Lancer une campagne nationale de communication pour changer le regard de la société sur les personnes âgées et les métiers du grand âge

Explications : Une grande campagne de communication sur les métiers du grand âge, aujourd'hui méconnus et dévalorisés, permettrait de changer le regard porté sur eux et donc de susciter des vocations.

Axe 4 : Innover pour transformer les organisations

- Soutenir et évaluer les démarches innovantes dans le champ de l'organisation du travail

Explications : Ces démarches innovantes concernent par exemple, le modèle des équipes autonomes inspiré de la méthode Burtzoorg, le label Humanitude fondé sur une nouvelle approche de la relation des professionnels avec les personnes en perte d'autonomie, ou le label Cap Handéo adossé à une démarche de certification qualité.

- Reconnaître l'intérêt de la pratique avancée en gérontologie et soutenir son développement

Explications : La pratique avancée permet à des infirmières d'exercer des missions et des compétences poussées, jusque-là dévolues aux médecins ; la création d'une pratique avancée en gérontologie permettrait de reconnaître davantage l'expertise des infirmières et de mieux couvrir les besoins de prise en charge des personnes âgées.

Axe 5 : Garantir la mobilisation et la coordination des acteurs et des financements au niveau national et dans les territoires

- Créer une plateforme départementale des métiers du grand âge chargée de mettre en œuvre un guichet unique de sécurisation des recrutements

Explications : Ces plateformes départementales auraient pour mission d'organiser la mobilisation et la coordination, au niveau local, autour des formations aux métiers du grand âge, afin de susciter des vocations et de permettre aux candidats de réussir leur parcours de formation et leur insertion professionnelle.

- Assurer la mobilisation des financements nationaux nécessaires à la mise en place des actions

Explications : Le financement de ce plan relève de différents acteurs ; leur coordination sera assurée par le comité national des métiers du grand âge à mettre en place.

Rapport de Denis Piveteau et Jacques Wolfrom, [Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !](#), juin 2020.

Rapport de Laurent Vachey, [La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement](#), septembre 2020.

Rapport de Luc Broussy, rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique [« Nous vieillirons ensemble » : 80 propositions pour un nouveau Pacte entre générations](#), mai 2021.

Rapport de Luc Broussy, Jérôme Guedj et Anna Kuhn-Lafont, [L'EHPAD du futur commence aujourd'hui : Propositions pour un changement radical de modèle](#), mai 2021.

Rapport des professeurs Claude Jeandel et Olivier Guerin, [Pour une prise en soin adaptée des patients et des résidents d'EHPAD et d'USLD](#) - 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie, juin 2021.

Extrait - Les 25 recommandations émises par la mission

RECOMMANDATION N° 1 - La requalification des USLD en unités de soins prolongés complexes (USPC) à vocation strictement sanitaire.

RECOMMANDATION N°2 - Promouvoir une sectorisation raisonnée et raisonnable au sein des EHPAD.

RECOMMANDATION N°3 - Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD d'unités de vie protégées ou unités de soins spécialisées Alzheimer.

RECOMMANDATION N°4 - Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD de Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA).

RECOMMANDATION N°5 - Poursuivre le déploiement des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) au sein des EHPAD afin d'assurer un maillage territorial et de rendre ces unités accessibles à plusieurs EHPAD du même bassin.

RECOMMANDATION N°6 - Poursuivre le déploiement d'établissements d'hébergement « spécialisés dédiés à certaines typologies de besoins » mais sous certaines conditions.

RECOMMANDATION N°7 - Renforcer la dimension médico-soignante et adapter les EHPAD afin qu'ils puissent intégrer des profils de soins médicaux. Doter les EHPAD des catégories professionnelles du soin indispensables et des seuils minimaux en terme de ratios en personnel.

RECOMMANDATION N°8 - Reconnaître par décret la fonction d'infirmière coordinatrice sur la base d'un référentiel métier national et faire évoluer le métier vers celui de cadre de santé.

RECOMMANDATION N°9 - Reconnaître la spécificité des infirmières en pratique avancée (IPA) en gérontologie et mutualiser cette fonction au sein d'un groupe de plusieurs EHPAD.

RECOMMANDATION N°10 - Doter les EHPAD d'une permanence IDE 24 h/24 h incluant une astreinte de nuit.

RECOMMANDATIONS N°11 - Préfigurer un nouveau modèle d'organisation médicale en EHPAD et consolider le modèle actuel en l'adaptant aux spécificités et ressources médicales du territoire. (...)

RECOMMANDATION N°12 - Doter les EHPAD des équipements médicaux et de rééducation/réadaptation/réhabilitation/réautonomisation minimum nécessaires sur la base d'une liste nationale réglementaire.

RECOMMANDATION N°13 - Sécuriser le circuit du médicament et réduire le risque médicamenteux par l'optimisation des prescriptions et la conciliation médicamenteuse. Mettre à disposition de l'EHPAD l'ensemble des molécules médicamenteuses recommandées et réglementées.

RECOMMANDATION N°14 - Promouvoir et prioriser en EHPAD les interventions non médicamenteuses assorties d'un niveau de preuves suffisant et validées par un centre national de preuves.

RECOMMANDATION N°15 - Formaliser les modalités d'intervention des ressources sanitaires (dispositifs d'appui) du territoire au sein de l'EHPAD par le biais d'un véhicule juridique approprié. Capitaliser sur les retours d'expériences portées par les astreintes et plateformes gériatriques au cours de la crise sanitaire. (...)

RECOMMANDATION N°16 - Formaliser les modalités d'intervention des ressources en santé mentale/psychiatrie du territoire au sein de l'EHPAD par le biais d'un véhicule juridique approprié.

RECOMMANDATION N°17 - Généraliser le tarif soin global sans conditionner cette mesure à la présence d'une PUI et réviser le modèle de l'équation tarifaire aux ajustements de surcroît de charges en personnel.

RECOMMANDATION N°18 - Procéder à la fusion du tarif soins et du tarif dépendance.

RECOMMANDATION N°19 - Concevoir dans les meilleurs délais l'outil de mesure devant se substituer à AGGIR et à PATHOS afin d'asseoir le nouveau mode de financement des EHPAD sur les besoins des résidents et non sur les ressources. (...)

RECOMMANDATION N°20 - Concrétiser au plus vite les adaptations architecturales nécessaires des EHPAD face à la prévalence élevée des troubles neurocognitifs et comportementaux. (...)

RECOMMANDATION N°21 - Incrire dans les CPOM l'obligation pour les résidences autonomie d'avoir formaliser une convention avec au moins un EHPAD de son bassin et vérifier l'effectivité de cette mesure à l'aide des indicateurs appropriés.

RECOMMANDATION N°22 - Explorer et expérimenter le concept de l'EHPAD « plateforme/centre de ressources de bassin de vie » sous certaines conditions.

RECOMMANDATION N°23 - Inciter au regroupement des EHPAD d'un bassin ou territoire.

RECOMMANDATION N°24 - Renforcer la démarche de qualité et de gestion des risques. (...)

RECOMMANDATION N°25 - Accélérer le déploiement du numérique au sein des EHPAD et s'appuyer sur ce dernier pour renforcer la qualité de la prise en soins.

Rapport de Denis Piveteau, [Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change](#) - Choisir un métier du travail social, février 2022.

Rapport de Dominique Libault, [Vers un service public territorial de l'autonomie](#), mars 2022.

Extrait - liste des 21 recommandations :

Recommandation n°1 Définir par la loi et mettre en œuvre, dans un objectif de déclouonnement des politiques sanitaires et médico-sociales, et de rapprochement des missions en faveur des personnes âgées et en situation de handicap, un service public territorial de l'autonomie dans tous les départements.

Recommandation n°2 Poursuivre et adapter aux objectifs du SPTA la mise en place d'un outil, système d'information, de suivi actif du parcours de la personne âgée et/ou en situation de handicap ainsi que de leurs aidants, partagé entre les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social et recensant les informations nécessaires à un accompagnement efficient et coordonné de la personne dans son parcours de vie. Le SI MDPH et le futur SI APA alimenteront cet outil, dont les principaux items sont définis dans un cahier des charges, qui fait l'objet d'une élaboration concertée entre professionnels de terrain (en lien avec les groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé) et acteurs institutionnels du SPTA.

Recommandation n°3 Mettre en place les conditions d'une évaluation prenant en compte globalement la situation de la personne, en s'appuyant notamment sur une révision des outils d'évaluation (grilles AGGIR et PATHOS) en vue de l'ouverture des droits en matière d'autonomie.

Recommandation n°4 Faire du SPTA un « booster » favorisant, au niveau local, les innovations des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, au profit de l'accompagnement de l'autonomie.

Recommandation n°5 Mettre en place les conditions pour assurer la coordination effective entre l'ensemble des professionnels et acteurs des structures sanitaires, sociales et médico-sociales, au sein du SPTA.

Recommandation n°6 Prévoir l'intégration au SPTA des dispositifs contribuant à l'accueil, l'information, l'orientation, la mise en relation, l'attribution des prestations, l'appui aux solutions concrètes et la prévention de la perte d'autonomie, sans remise en cause de leur existence ni de leurs obligations légales. Prévoir l'articulation avec le SPTA des dispositifs de droit commun, contribuant à une réponse globale et inclusive aux usagers dans une logique de parcours d'autonomie et de vie.

Recommandation n°7 Créer les conditions garantissant que tout nouveau dispositif ou action mis en place sur le territoire, au service de l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap, soit effectivement et nécessairement articulé avec le STPA.

Recommandation n°8 Elaborer et concerter avec les acteurs institutionnels (notamment les collectivités territoriales), les professionnels de terrain et les représentants des usagers, un cahier des charges national totalement axé sur le service à l'utilisateur, dans les quatre blocs de mission du SPTA. Ce cahier des charges sera uniforme sur le territoire métropolitain et adapté à la réalité de chacun des départements d'Outre-Mer.

Recommandation n°9 Mettre en place, sur la base d'un cahier des charges et d'un pilotage national par la CNSA, un programme de formation continue commune des agents publics (ARS et CD) et des professionnels de terrain des secteurs sanitaire, social et médico-social visant à partager les cultures professionnelles et ainsi renforcer le travail en commun et la coordination des acteurs au profit d'un accompagnement efficient des personnes âgées et en situation de handicap dans leur parcours de vie.

Recommandation n°10 Légitimer les délégations départementales des ARS dans le pilotage des politiques de l'autonomie et du SPTA, aux côtés du conseil départemental chef de file, en adaptant leurs organisations internes aux logiques de parcours et en renforçant l'attractivité des métiers.

Recommandation n°11 Prendre en compte les financements des différents dispositifs et outils de coordination existants ainsi que leurs limites pour attribuer des financements pour le déploiement du SPTA, dès lors qu'ils concernent des actions ou outils nouveaux, dans une logique d'effet de levier. Prévoir une enveloppe forfaitaire pour chaque département, dédiée notamment aux actions de formation des acteurs et à l'accompagnement au déploiement du SPTA, versée au démarrage du projet et à mi-étape.

Recommandation n°12 Créer une conférence territoriale de l'autonomie au niveau départemental.

Recommandation n°13 Renforcer et simplifier les articulations entre l'ARS, le conseil départemental, les communes et groupements de communes à travers une contractualisation visant à accompagner et développer les missions du SPTA formalisée par un schéma départemental stratégique et opérationnel commun.

Recommandation n°14 Prévoir que tout changement d'organisation au sein du SPTA donne lieu à concertation préalable avec les partenaires et les acteurs au sein de l'instance de pilotage stratégique du SPTA.

Recommandation n°15 Prévoir que la loi autorise les assemblées locales à fusionner par délibération des conférences et instances entrant dans le champ du SPTA.

Recommandation n°16 Prévoir des leviers d'actions gradués en cas de carence d'un des acteurs, empêchant le déploiement du SPTA.

Recommandation n°17 Installer une instance nationale de pilotage stratégique des politiques de l'autonomie, pilotée par la DGCS, le SGMAS ou une personnalité qualifiée et reconnue pour ses compétences dans le champ de l'autonomie.

Recommandation n°18 Engager les travaux préparatoires au déploiement du SPTA en amont du processus législatif et durant l'année 2022.

Recommandation n°19 Mettre en place sur les territoires une démarche de projet pour le déploiement du SPTA, conduite par une équipe projet co-pilotée par l'ARS et le conseil départemental, avec l'appui de la CNSA.

Recommandation n°20 Définir ex ante des indicateurs de pilotage du SPTA, communs aux parties prenantes et partagés ainsi que des modalités d'évaluation.

Recommandation n°21 Assurer un déploiement généralisé du SPTA sur le territoire national, de manière progressive, dans les deux ans suivant la publication de la loi.

VI. Quelques ouvrages

M. de Hennezel, *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller : vieillir sans être vieux*, Robert Laffont, 2008

E. Vigneron, *La santé au XXIe siècle : à l'épreuve des crises*, Berger-Levrault, 2020

E. Aubin, *Regards croisés en France et au Japon sur les conséquences juridiques et sociales du vieillissement*, Presses universitaires juridiques - Université de Poitiers, 2020

A. Dufeu et G. Berrut, *Le vieillissement à la croisée des projets*, Cerf, octobre 2021

V. Castanet, *Les fossoyeurs: Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*, Fayard, janvier 2022

Ce document a été élaboré par la section du rapport et des études, avec la participation de **Cécile Nissen**, maître des requêtes en service extraordinaire à la section sociale du Conseil d'État.