

***Droits et Débats***

## **Le vieillissement, un défi social**

**Un colloque organisé par les sections sociale et  
du rapport et des études du Conseil d'État  
le 22 avril 2022**



<b>Avant-propos.....</b>	<b>5</b>
<b>Programme du colloque .....</b>	<b>9</b>
<b>Séance d'ouverture.....</b>	<b>11</b>
<b>Première table ronde - Le vieillissement, un enjeu démographique et sociétal.....</b>	<b>21</b>
Biographie des intervenants .....	23
Actes – Le vieillissement, un enjeu démographique et sociétal .....	27
Échanges avec la salle .....	57
<b>Deuxième table ronde - Les enjeux actuels des politiques sociales du vieillissement .....</b>	<b>63</b>
Biographie des intervenants .....	65
Actes – Les enjeux actuels des politiques sociales du vieillissement.....	69
Échanges avec la salle .....	97
<b>Troisième table ronde - Une nouvelle branche de la Sécurité sociale : la branche autonomie .....</b>	<b>99</b>
Biographie des intervenants .....	101
Actes – Une nouvelle branche de la Sécurité sociale : la branche autonomie .....	103
Échanges avec la salle .....	121
<b>Séance de clôture .....</b>	<b>125</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>131</b>
1. Données.....	133
2. Normes applicables .....	139
3. Éléments de jurisprudence .....	145
4. Articles et notes .....	157
5. Rapports .....	159
6. Courte bibliographie .....	171



**Martine de Boisdeffre**

*Présidente de la section du rapport et des études du Conseil d'État*

Pour cette nouvelle édition des Entretiens en droit social, le Conseil d'État a souhaité contribuer à la réflexion relative aux enjeux du vieillissement de la population, en réunissant, autour de la déléguée générale du *think tank* Matières grises, spécialiste de ce sujet, ainsi qu'autour des présidents de sa section sociale et de la cinquième chambre de la section du contentieux, des experts de la question aux profils variés : professeurs, médecin, géographe, sociologue, directeur d'hôpital, directeurs généraux de l'EN3S et de l'Uniopss<sup>1</sup> ou encore représentants du ministère des solidarités et de la santé, de l'Union nationale ADMR, réseau associatif de services à la personne, et des Petits frères des pauvres.

La question du vieillissement de la population et de ses conséquences sociales n'est certes pas récente. Elle se pose toutefois avec une acuité nouvelle du fait de la réalité démographique qui se caractérise par une forte hausse du grand et du très grand âge, avec une prise de conscience de la dépendance de nos aînés, accrue par la crise sanitaire et la médiatisation de cas de maltraitements de résidents dans certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les enjeux du vieillissement sont multiples. L'allongement de l'espérance de vie pose la question du bien vieillir et de la prévention de la dépendance. La dégradation de l'état de santé avec l'âge génère ensuite des besoins de soins plus grands. La prise en charge de la perte de l'autonomie des personnes âgées constitue par ailleurs un défi financier et économique majeur, tant pour les pouvoirs publics contraints à la maîtrise budgétaire que pour les personnes concernées elles-mêmes et leurs aidants familiaux. La solidarité et l'égalité sont également au cœur des enjeux du vieillissement.

Le colloque a été l'occasion de mettre en perspective les défis sociaux posés par le vieillissement. Trois tables rondes ont nourri la réflexion commune.

La première était consacrée aux enjeux démographiques et sociétaux du vieillissement. Les intervenants ont fait le constat de l'hétérogénéité de la population âgée, dont les tranches d'âge soulèvent des problématiques différentes. Ils ont souligné les évolutions de la société qui touchent aussi les aînés, en termes de mobilité géographique, d'aspirations de vie, mais aussi d'implication dans la vie démocratique. Ils ont fait également le bilan des fragilités des personnes âgées dont les besoins de santé et de prise en charge de la dépendance augmentent, interrogeant les manières de répondre dès aujourd'hui à une demande accrue et certaine à l'avenir, notamment par la prévention, alors que le nombre d'aidants

---

1 Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux.

diminue et que la population accueillie en EHPAD est de plus en plus dépendante. Ils ont souligné enfin les disparités géographiques et l'exigence d'inclusion des personnes âgées dans la société sous tous ses aspects, richesse pour toutes les générations.

La deuxième table ronde portait sur les enjeux actuels des politiques sociales du vieillissement. Les échanges ont mis en lumière la nécessité de faire évoluer ces politiques, 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, qui font intervenir de multiples acteurs publics et privés. Les débats ont pointé la nécessité de renforcer et de simplifier le soutien financier aux personnes âgées alors que la pauvreté, dont souffrent un nombre croissant d'entre elles, contribue à l'isolement social. Ils ont également montré que le maintien à domicile des personnes âgées ou le « virage domiciliaire », largement plébiscité, exige, au-delà des dispositifs d'aides et de prestations financières déjà mis en œuvre, de favoriser l'adaptation des logements ainsi que la prise en charge médicale en dehors des structures de soin, ou encore de renforcer l'accompagnement assuré par les aidants, qu'il s'agisse des proches ou de professionnels spécialisés. Les intervenants ont à cet égard mis en évidence le manque d'attractivité des métiers d'accompagnement qui doit être surmonté par l'amélioration des conditions de formation, de travail et de rémunération. Ils ont souligné par ailleurs la nécessité de transformer les EHPAD, dont les moyens et les contrôles demeurent insuffisants, et qui doivent être tant des lieux de soins que des lieux de vie pour leurs résidents. Pour autant, ils ont également appelé à développer les alternatives à cet « EHPAD du futur », – solution à réserver aux situations de plus grande dépendance –, qu'il s'agisse de l'accueil familial, des résidences-services, des habitats inclusifs ou d'autres modes d'hébergement innovants, afin de répondre à la diversité des attentes exprimées.

La troisième table ronde était enfin consacrée à la nouvelle branche « autonomie » de la Sécurité sociale créée par la loi du 7 août 2020<sup>2</sup>, complétée par l'ordonnance du 1<sup>er</sup> décembre 2021<sup>3</sup>, puis le décret du 12 mai 2022<sup>4</sup>. Les échanges ont permis de mesurer le sens de l'instauration de cette nouvelle branche de la Sécurité sociale. La prise en charge du risque de perte d'autonomie lié au vieillissement n'est désormais plus assumée au titre de l'action sociale mais de la solidarité. Les intervenants ont souligné que la réforme implique un débat démocratique annuel au Parlement sur le sujet de l'autonomie et qu'elle tend à concrétiser la notion de services de proximité autour de la personne âgée dépendante et, par là-même, sa liberté de choix, sa dignité et sa place au sein d'une société de solidarité, d'autonomie et d'interdépendance. Ils ont enfin présenté le déploiement, dont la dimension territoriale est cruciale, et la structuration en cours, autour de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, de cette branche à laquelle la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a fixé des objectifs d'universalité, de qualité, de transversalité et de démocratie. Ils ont enfin interrogé le périmètre, le

2 Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

3 Ordonnance n° 2021-1554 du 1<sup>er</sup> 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.

4 Décret n° 2022-801 du 12 mai 2022 relatif à l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 1<sup>er</sup> décembre 2021.



financement et la gouvernance de cette branche à l'avenir et appelé de leurs vœux une politique globale et ambitieuse pour faire face aux défis présents et futurs du vieillissement.

Je remercie vivement la section sociale qui s'est associée à la section du rapport et des études pour l'organisation du colloque sur ce sujet qui constitue un défi social majeur, mais aussi une opportunité de renforcer les liens intergénérationnels au sein d'une société plus solidaire.





# Programme du colloque

---

## 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

### *Modératrice :*

**Anna Kuhn Lafont**, déléguée générale de Matières Grises

### *Intervenants :*

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

**Claude Jeandel**, professeur (médecine interne et gériatrie), CHU/ université de Montpellier, président du Conseil national professionnel de gériatrie

**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

### *Modérateur :*

**Denis Piveteau**, président de la 5<sup>e</sup> chambre de la section du contentieux du Conseil d'État

### *Intervenants :*

**Michel Borgetto**, professeur émérite de l'université Paris Panthéon-Assas

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

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

**Martine Gaboyer**, vice-présidente de l'Union nationale ADMR (Aide à domicile en milieu rural)

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

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

***Modérateur :***

**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

**Jérôme Voiturier**, directeur général de l'Uniopss

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

**16h00-16h30 – Séance de clôture**

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



## **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 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 de 1991 à 1992 au Conseil d'État au poste de rapporteur public (anciennement commissaire du Gouvernement). 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 sera 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 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, éd. PUF, 4<sup>e</sup> éd. 2020), *Traité de santé publique* (avec G. Brückner et F. Bourdillon, éd. Lavoisier, 3<sup>e</sup> éd. 2016), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (avec P.-L. Bras et G. de Pourville, éd. Presses de Sciences Po/Éd. de santé, 2009), trois « *Que-sais-je ?* » (éd. PUF) : *La santé publique*, avec A. Morelle (3<sup>e</sup> éd. 2017), *Les assurances maladie* avec P.-L. Bras (2<sup>e</sup> éd. 2021) et *Les droits des malades* avec A. Laude (2<sup>e</sup> éd. 2018), ainsi que *Démocratie sanitaire, Les nouveaux défis de la politique de santé* (éd. O. Jacob, 2013).

---

Madame la vice-présidente du Conseil économique, social et environnemental,  
Mesdames et Messieurs les présidents,  
Mesdames et Messieurs les professeurs,  
Mesdames et Messieurs les représentants de l'administration,  
Mesdames et Messieurs les responsables associatifs,  
Mesdames et Messieurs,  
Chers amis<sup>5</sup>,

Je suis heureux d'ouvrir cette nouvelle édition des entretiens du Conseil d'État en droit social, co-organisés par la section sociale et la section du rapport et des études. J'avais pris l'habitude, lorsque je présidais la section sociale, d'intervenir plutôt en fin de journée, mais les rôles tournent. Peut-être est-ce un effet du vieillissement...

Je suis en tout cas particulièrement attaché à ces entretiens qui réunissent chaque année dans cette salle d'assemblée générale des membres des juridictions administratives, des acteurs du secteur social, des praticiens et des universitaires pour réfléchir aux évolutions 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.

Après avoir évoqué *la régulation économique de la santé, les professions de santé et la gouvernance et le financement de la protection sociale*, le sujet qui nous occupe cette année est celui du vieillissement et de ses conséquences sociales. Sujet qui n'est certes pas nouveau, mais qui s'est progressivement imposé au cœur du débat public, à mesure que se réalise la modification annoncée de la structure de la pyramide des âges et que des crises ou événements successifs – la canicule de l'été 2003, la pandémie de Covid-19, les révélations récentes du traitement réservé aux résidents de certains EHPAD, etc. – interrogent frontalement notre rapport aux vieux.

Vieux ou vieille : ces jolis mots retenus par les poètes – des « vieux » de Jacques Brel à la « bonne vieille » de Baudelaire dans les *Petits poèmes en prose*<sup>6</sup> et à la « vieille accroupie<sup>7</sup> » de Ronsard, qu'il exhorte à cueillir dès aujourd'hui les roses de la vie. Sans oublier la « vieillesse » de Cocteau : « *la vieillesse c'est quand on ne trouve plus de pièces de rechange* ». Ces jolis mots que tente de faire disparaître l'expression administrative de « personne âgée », dont la généalogie est incertaine mais avait été officialisée, en 1981, par la création d'un secrétariat d'État aux personnes âgées.

Ils interrogent par la même occasion la légitimité, la pertinence et l'efficacité des politiques publiques déployées depuis soixante ans pour « traiter » la question de la vieillesse, et qui ont notamment pris la forme, dans la période récente, de réformes multiples de notre système de retraite et d'actions soutenues en faveur de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

5 Texte écrit en collaboration avec Guillaume Halard, magistrat administratif, chargé de mission auprès du vice-président du Conseil d'État.

6 Ch. Baudelaire (1821-1867), « Le Désespoir de la vieille », in *Le Spleen de Paris*.

7 P. de Ronsard (1524-1585), « Quand vous serez bien vieille », in *Sonnets pour Hélène* (1578).



Qu'est-ce qu'être vieux ? Quelle doit être la place des vieux dans la société ? Qu'est-ce que « bien » vieillir et comment l'action publique peut-elle nous y aider ?

Ce sont ces questions qui sous-tendent les discussions des trois tables rondes, qui seront présidées par Anna Kuhn Lafont, Denis Piveteau et Christophe Devys, que je tiens à remercier chaleureusement. Je veux aussi remercier d'emblée les intervenants qui s'y succéderont et partageront leurs visions des enjeux démographiques et sociétaux du vieillissement, des politiques sociales et bien sûr de la nouvelle branche autonomie de la Sécurité sociale.

Je propose pour ma part d'introduire ces échanges en esquissant un tableau des différentes facettes du vieillissement et des politiques de la vieillesse, puis en évoquant quelques enjeux qui me tiennent particulièrement à cœur et auxquels j'ai consacré sept ans de mon activité professionnelle dans une fondation d'utilité publique.

## **1. Le vieillissement : un phénomène complexe à l'origine, depuis les années 1960, d'une multitude d'interventions publiques**

*1.1. Si le vieillissement de la population est un phénomène bien documenté qui va s'accélérer dans les années à venir, la notion est loin d'être univoque et recouvre des situations très différentes.*

Introduite par Alfred Sauvy en 1928<sup>8</sup>, dans le contexte d'un entre-deux-guerres marqué par la dénatalité, la notion de vieillissement de la population désigne, d'un point de vue démographique, l'accroissement dans la société de la proportion des personnes les plus âgées, c'est-à-dire l'évasement par le haut de la pyramide des âges. En France, le vieillissement est ancien, puisque si l'on se place dans une perspective de très long terme, on observe que la population totale comptait 6 % de personnes âgées de plus de 65 ans il y a deux siècles ; 8,5 % il y a un siècle ; 10 % en 1940 et 14 % en 1980<sup>9</sup>. Ce qui frappe davantage, c'est l'accélération de ce mouvement, lié à l'arrivée à cet âge des premières générations – nombreuses – nées après la seconde guerre mondiale : les plus de 65 ans étaient ainsi en 2020 près de 13,5 millions, soit plus de 20 % de la population, et les projections de l'INSEE montrent qu'ils seront en 2040 plus de 26 %. Ils seront alors aussi nombreux que les moins de 20 ans, et le rapport de dépendance démographique<sup>10</sup> devrait quant à lui passer, en vingt années, de 37 à 51<sup>11</sup>.

Ce phénomène inéluctable résulte de l'arrivée des « *baby-boomers* » à l'âge de la retraite, mais pas seulement : il reflète plus précisément les effets du temps sur l'alternance d'une fécondité élevée entre 1945 et 1974, puis d'une fécondité plus faible depuis lors : de la succession, en d'autres termes, d'un « *baby bust* »

8 A. Sauvy, « La population française jusqu'en 1956. Essai de prévision démographique », in *Journal de la société de statistique de Paris*, tome 69, 1928, p. 321.

9 Voir à cet égard les travaux de J.-P. Thumerelle, « Le vieillissement de la population dans l'âge et le temps », in *Espace Populations Sociétés*, 1987, p. 87.

10 Le rapport de dépendance démographique mesure le nombre de personnes de 65 ans ou plus, majoritairement retraitées, pour 100 personnes de 20 à 64 ans, qui correspondent en grande partie aux âges d'activité professionnelle (INSEE).

11 INSEE Première, n° 1881, novembre 2021 (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/5893969/ip1881.pdf>).

au « *baby-boom* ». Un autre facteur explique lui aussi une bonne partie du vieillissement : c'est l'allongement de la durée de vie après 65 ans, qui révèle l'amélioration de la santé de la population au cours du siècle passé. Les vieux vivent en effet de plus en plus vieux : à 65 ans, les Français ont ainsi aujourd'hui une espérance de vie moyenne de 23 ans, contre 12,5 ans en 1960, et celle-ci devrait continuer d'augmenter, la France se plaçant sur ce plan au deuxième rang des pays de l'OCDE<sup>12</sup> en 2017. Reste que si l'on regarde non plus seulement l'espérance de vie à 65 ans, mais l'espérance de vie *en bonne santé*, celle-ci a certes sensiblement augmenté depuis 2008, mais la France ne se place ici, par rapport aux autres pays de l'Union européenne, qu'en neuvième position pour les hommes et en septième position pour les femmes<sup>13</sup>. Ces analyses, qui occuperont une partie des discussions de la première table ronde, sont évidemment cruciales pour comprendre ce que recouvre le phénomène de vieillissement et agir en conséquence.

À cet égard, il importe également de regarder derrière les chiffres, car l'âge n'est pas tout : la notion même de vieillesse, comme son image, sont relatives. 65 ans n'est pas 75 ans qui n'est pas 85 ans. Aussi, lorsque survient finalement l'âge de la retraite, comme l'écrivait Jean-Jacques Dupeyrou : « *les uns arrivent détruits au bout de leur vie de travail et n'ont qu'un souhait : la quitter au plus vite* », quand les autres « *n'ont qu'un désir : la prolonger autant que faire se peut* »<sup>14</sup>. Des facteurs sociaux comme l'éducation, le niveau des revenus, les métiers exercés, et d'autres géographiques, familiaux, personnels et génétiques, et le hasard même, déterminent des expériences de la vieillesse qui varient du tout au tout et distinguent « l'auguste vieillard », tel le Booz de Victor Hugo, dans l'œil duquel « *on voit de la lumière*<sup>15</sup> », et les vieux de Jacques Brel qui « *s'endorment un jour et dorment trop longtemps* ». Pierre Bourdieu l'exprimait ainsi : « *C'est par un abus de langage formidable que l'on peut subsumer sous le même concept des univers sociaux qui n'ont pratiquement rien de commun* »<sup>16</sup>. Ceci pour dire que l'hétérogénéité des situations et, partant, des besoins liés à la vieillesse ne peuvent pas être ignorés sous peine de passer à côté, voire de les aggraver.

*1.2. Quoi qu'il en soit, la prise de conscience de ces défis est allée de pair avec l'élaboration progressive de politiques publiques visant spécifiquement les plus âgés.*

De telles politiques publiques, qui forment ce qu'il est convenu d'appeler la « politique de la vieillesse », ne sont apparues qu'après-guerre : la prise en charge des anciens a en effet longtemps relevé de la sphère privée et familiale et, subsidiairement, des réseaux traditionnels d'assistance à la pauvreté. Ainsi, par exemple, la loi du 14 juillet 1905 organisant l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources, qui assimilait, sans considération tenant à l'âge, à peu près tous les invalides.

12 D. Rouzet et al., « Fiscal challenges and inclusive growth in ageing societies », in *OECD Economic Policy Papers*, n° 27, éd. OCDE, Paris, 2019.

13 DREES, Études & Résultats, octobre 2021, n° 1213 (accessible sur le site : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1213.pdf>).

14 J.-J. Dupeyrou, « Le temps qui reste », in *Droit social*, p. 239.

15 V. Hugo (1802-1885), « Booz endormi », in *La Légende des siècles*, 1859.

16 P. Bourdieu, « La jeunesse n'est qu'un mot », in *Questions de sociologie*, éd. de Minuit, Paris, 1984, p. 143. Il ajoutait, dans le même ouvrage : « *L'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable* ».

La vieillesse a toutefois progressivement été identifiée comme un enjeu spécifique.

L'assurance-vieillesse, qui trouvait à l'origine sa justification dans une « *assimilation au moins tacite de la vieillesse à l'invalidité* » – ce sont encore les mots de Jean-Jacques Dupeyrou –, a finalement vu les deux risques se disjoindre et le droit à une retraite acquérir son autonomie<sup>17</sup>. Sa forme n'a pas sensiblement varié depuis l'ordonnance de 1945, les réformes, innombrables, ayant par la suite essentiellement suivi une démarche paramétrique. Des dispositifs visant à garantir des revenus suffisants à ceux qui n'ont pas ou pas assez cotisé furent parallèlement développés, prenant aujourd'hui principalement la forme de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou « minimum-vieillesse ».

À côté de ces politiques centrées sur le niveau de vie des retraités, d'autres ont mis l'accent sur leur mode de vie et leur insertion dans la société. On crédite la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque, pour avoir mis cette question au cœur du débat public et posé les soubassements de la politique de la vieillesse pour les décennies à suivre. La Commission Laroque avait souhaité que les problématiques liées au vieillissement soient appréhendées globalement et s'était fixée comme objectif de changer le regard de la société sur la vieillesse, de développer la prévention ainsi que la coordination entre les politiques sectorielles aux niveaux national et locaux, ou encore de mettre en œuvre une politique d'actions médico-sociales privilégiant le soutien à domicile. Une approche « moderniste »<sup>18</sup> de la vieillesse, conçue par les membres de la commission comme un « troisième âge actif, autonome et participant » y était proposée.

C'est dans ce sillage que s'inscrivirent les politiques publiques de lutte contre la précarisation de la vieillesse et de maintien au domicile<sup>19</sup> dans le contexte de croissance économique des années 1960 et 1970. Puis vint la diversification et la libéralisation de l'offre<sup>20</sup> ainsi que la décentralisation, à compter des années 1980, dans un environnement nouveau marqué par un ralentissement de la croissance et l'accroissement des déficits des budgets sociaux. Enfin, à compter des années 2000, dans une situation de creusement de la dette sociale, vinrent la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)<sup>21</sup>, la coordination gérontologique ou encore l'affirmation des droits liés à la perte d'autonomie<sup>22</sup>.

---

17 J.-J. Dupeyrou, « *Le temps qui reste* », art. cit.

18 A. Grand, « Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France », *in Erès*, « Vie sociale », 2016/3, n° 15, p. 13.

19 Ainsi, par exemple, le financement des services d'aide-ménagère par le Fonds d'action sociale de la CNAV à partir de 1967 et des services de soins à partir de 1978.

20 Ainsi, par exemple, l'instauration des exonérations de cotisations sociales pour les plus de 70 ans et la création des services mandataires (1986) ; la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes ; l'encouragement à l'emploi de gré à gré par l'extension du chèque-service (1993) ; la création des associations de services aux personnes (1991) et des associations intermédiaires et des entreprises d'insertion (1986).

21 Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

22 Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Sur ces trois temps de la politique de la vieillesse, voir A. Grand, « Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France », art. cit.

Ces politiques ont conduit à une amélioration sensible du niveau et des conditions de vie de nos aînés. Même s'il augmente après 80 ans, le taux de pauvreté des plus âgées reste, par exemple, aujourd'hui très inférieur à celui de l'ensemble de la population<sup>23</sup>, et la France occupe sur ce plan le premier rang européen. Il subsiste pourtant de nombreuses situations difficiles et le vieillissement de la population impose de poursuivre résolument la réflexion pour répondre aux défis qu'il pose.

## **2. L'avenir de la politique de la vieillesse : des enjeux de solidarité et d'égalité et une vision du rôle de nos aînés**

### *2.1. La solidarité et l'égalité sont en effet deux enjeux cruciaux du vieillissement.*

De quelle solidarité voulons-nous ? Cette question doit être abordée de front, car le principe de solidarité, que l'on voudrait parfois voir au cœur de tout ce qui relève, au sens large, de la protection sociale, peut rapidement devenir incantatoire, plus encore lorsqu'on l'assortit du terme « intergénérationnel ». La question se pose s'agissant des retraites, ouvrage cent fois remis sur le métier et qui reste au cœur de l'actualité : comment souhaite-t-on répartir la richesse nationale entre les générations ? Comment faire en sorte que la solidarité ne s'efface pas derrière une forme de justice plus commutative que distributive, qui ne tiendrait pas suffisamment compte des différences de situations qui existent entre les uns et les autres ? Comment éviter ce que Jean-Jacques Dupeyroux appelait « l'effet Matthieu », en vertu duquel les riches tirent davantage profit des transferts sociaux que les pauvres ?<sup>24</sup>

C'est au prisme de la solidarité qu'il faut également aborder la question du financement de la branche autonomie, que les lois organique<sup>25</sup> et ordinaire<sup>26</sup> du 7 août 2020, inspiré par le rapport de Dominique Libault<sup>27</sup> – que je salue – ont clairement inscrit dans le champ de la Sécurité sociale tout en laissant, disons-le, de très nombreuses questions en suspens, dont beaucoup étaient déjà posées par le Conseil économique, social et environnemental (CESE) dans son rapport *Vieillir dans la dignité*<sup>28</sup>. Dans un récent éditorial, Michel Borgetto, qui nous fait lui aussi le plaisir d'être aujourd'hui parmi nous, s'interrogeait ainsi sur la nature et le montant des crédits qui seront réservés aux EHPAD, le partage à opérer entre dépenses publiques et privées ou encore la manière de limiter le reste à charge des personnes résidant tant à domicile qu'en établissement ?<sup>29</sup> Comme souvent, le diable est dans les détails qui restent à préciser et occuperont certainement les intervenants de la troisième table ronde. Que doit-on en conclure quant au calibrage des aides publiques et à l'organisation des dispositifs d'accompagnement de la perte d'autonomie ?

23 Il était en 2018 de 8,6 % chez les 65 ans et plus contre 14,8 % pour l'ensemble de la population (source : INSEE Références, *Revenus et patrimoines des ménages*, édition 2021, document accessible sur Internet à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/5371304/RPM2021.pdf>).

24 J.-J. Dupeyroux, « *Le temps qui reste* », art. cit.

25 Loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

26 Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

27 D. Libault, *Concertation grand âge et autonomie*, rapport réalisé à la demande du Premier ministre, mars 2019.

28 Avis du CESE, *Vieillir dans la dignité*, 2018 (<https://www.lecese.fr/travaux-publies/vieillir-dans-la-dignite>)

29 M. Borgetto, « Le risque de perte d'autonomie en question(s) », in *RDSS*, 2021.3.



Je suis enfin convaincu que le défi du vieillissement, en particulier de la perte d'autonomie, exige de repenser la place laissée aux autres formes de solidarités, familiales, personnelles et sociales, qui jouent déjà et sont appelées à jouer à l'avenir un rôle capital. Ce sont aujourd'hui 11 millions de proches qui sont, de fait, mis à contribution<sup>30</sup>... Un droit au répit a été institué en 2015, ainsi que, plus récemment, une allocation journalière du proche aidant, qui s'inscrit dans une stratégie nationale mise en place en lien avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Mais beaucoup de progrès restent possibles pour mieux reconnaître la place des aidants, étant entendu que la promotion de l'aide familiale ne saurait être un prétexte pour éluder la réflexion d'ensemble qui s'impose sur la longévité, incluant prévention, santé, retraite et autonomie<sup>31</sup>.

L'égalité est un autre enjeu essentiel, car le fait est que de très fortes disparités existent entre les plus vieux<sup>32</sup>. Des inégalités de revenus, d'abord, qui reflètent de manière différée les différences dans les carrières professionnelles. À cet égard, les inégalités liées au genre jouent à plein : en 2018, les pensions versées aux femmes en droit direct ne représentaient par exemple que 60 % de celles versées aux hommes. Le niveau de vie global des vieux masque, par ailleurs, des situations de très fortes précarités qui touchent en très grande proportion les femmes et les personnes handicapées<sup>33</sup>. Les plus âgés ne sont ensuite pas égaux devant la perte d'autonomie, que déterminent des facteurs socio-économiques comme l'éducation et la richesse<sup>34</sup>, et touche donc en priorité ceux qui sont déjà les plus fragiles. Je me souviens des trois modes de vieillissement décrit par le professeur Claude Jeandel, qui nous fait l'honneur d'être parmi nous : le vieillissement en bonne santé, le vieillissement confronté à l'usure de l'organisme et le vieillissement soumis à la perte d'autonomie. Chaque mode représentait environ un tiers de nos aînés avec une tendance à l'augmentation du vieillissement en bonne santé.

Les inégalités sont enfin géographiques : d'une part, car le vieillissement n'est pas uniforme sur le territoire, d'autre part, car des écarts territoriaux importants existent en matière d'équipement et de services. Pour ne citer qu'un chiffre, le nombre de places en EHPAD par habitant de 75 ans varie de 52 à 212 pour 1 000 selon les départements<sup>35</sup>. Les services à domicile comme les services de santé sont également inégalement répartis. Pensons au décalage entre les centres-villes et des périphéries où vieillissent de plus en plus souvent les populations qui atteignent l'âge de la retraite et qui sont propriétaires de leur pavillon ou de leur

30 Sondage BVA, fondation APRIL, *Baromètre des aidants*, chiffres clés 2019.

31 S. Rozez, « Politiques sociales de la vieillesse et de la longévité : recul de la solidarité nationale et réémergence des solidarités familiales », in *La Revue des droits de l'homme*, n° 17, 2020 (<http://journals.openedition.org/revdh/8851>).

32 Les données qui suivent sont compilées dans le rapport de l'institut Montaigne, *Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions*, mai 2021, p. 45 et suiv.

33 DREES, « Un tiers des seniors sans emploi ni retraite vivent en dessous du seuil de pauvreté », n° 1079, septembre 2019.

34 Voir notamment les travaux de l'IRDES sur la fragilité et l'analyse des déterminantes socioéconomiques : N. Sirven, « Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre les enquêtes ESPS et SHARE », in *Questions d'économie de la santé*, n° 199, juin 2014 ; « Vieillesse, fragilité et dépenses de santé », n° 216, mars 2016.

35 L. Vachey, *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement*, septembre 2020 ([https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/IGF%20internet/2.RapportsPublics/2020/2020-M-033-02\\_Rapport\\_Branche\\_Autonomie-vf.pdf](https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/IGF%20internet/2.RapportsPublics/2020/2020-M-033-02_Rapport_Branche_Autonomie-vf.pdf)).



appartement. Cela pose notamment la question de la gouvernance des politiques d'autonomie, dont les dysfonctionnements ont été dernièrement mis en avant par le rapport de Laurent Vachey sur le fonctionnement de la branche autonomie.

## 2.2. *Le défi du vieillissement ne pourra pas enfin être relevé sans des actions résolues pour promouvoir l'insertion sociale des plus âgés.*

La question était déjà posée par le rapport Laroque : « *Quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et plus encore celle de demain ?* ».

Il faut d'abord se convaincre que la vieillesse n'est pas qu'un défi ou un problème, mais aussi une chance. Les plus vieux jouent en effet un rôle essentiel dans l'organisation et le fonctionnement de la société : ce sont eux qui font en grande partie vivre la vie politique locale – que seraient les conseils municipaux sans les plus de 60 ans ? – ainsi que les associations, auxquelles ils contribuent par leurs dons, mais aussi et surtout par leurs actions : par exemple, 36 % des plus de 65 ans sont bénévoles dans une structure associative, et plus de 50 % des présidents d'association sont des retraités<sup>36</sup>. Ils sont par ailleurs ironiquement les premiers aidants de leurs proches et soutiennent leurs descendants par la garde des jeunes enfants ou encore les transferts monétaires et de patrimoine. Enfin, de manière moins tangible mais tout aussi importante, les vieux, ces « *Ancien[s] du peuple*<sup>37</sup> » pour reprendre les mots de Victor Hugo, transmettent aux générations nouvelles, s'il en existe, les leçons du passé, l'expérience de la vie ; ils les aident à s'ancrer dans le temps long, ils sont dépositaires d'une mémoire indispensable au lien social. La réalité de la vieillesse, aujourd'hui, fait de ce point de vue mentir Chateaubriand lorsqu'il écrivait qu'« *Au bout de la vie est un âge amer : rien ne plaît, parce qu'on est digne de rien ; bon à personne, fardeau de tous* »<sup>38</sup>. Le texte d'une chanson contemporaine propose un horizon plus nuancé : « *Si tu as la nostalgie tenace, tout ce qui est jeune t'agace ; si tu as le sourire engageant, tout ce qui est jeune t'attend* »<sup>39</sup>.

L'action publique peut mieux faire pour reconnaître et soutenir la contribution sociale des plus âgées. Elle peut également mieux lutter contre l'exclusion et promouvoir l'insertion de ceux, moins bien armés, à qui manquent la famille, les amis ou la santé. En accompagnant davantage, par exemple, la transition entre emploi et retraite, alors que l'on sait que les personnes en fin de carrière sont beaucoup plus affectées que les autres par le chômage de longue durée. En améliorant ses politiques d'adaptation du domicile et de l'habitat, dont le président Piveteau a mis en évidence certaines déficiences dans le rapport qu'il a rédigé avec Jacques Wolfrom sur l'habitat inclusif<sup>40</sup>, formulant des propositions pour répondre

36 Ce sont les chiffres de 2013 communiqués par France Bénévolat, *La place des seniors dans le bénévolat* (<https://www.francebenevolat.org/sites/default/files/uploads/documents/3a6bccff16c0afb00c2e609b5d9681f19fd7f20e.pdf>).

37 V. Hugo, « L'Épée », in *Théâtre en liberté*, 1869.

38 F.-R. de Chateaubriand, *Mémoires d'outre-tombe*, 1849, tome 2, p. 545.

39 Kent, *Bienvenue au club*.

40 D. Piveteau et J. Wolfrom, *Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !*, rapport remis au Premier ministre le 26 juin 2020 (accessible sur le site Internet du Gouvernement : <https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2020/06/rapport-habitat-inclusif.pdf>).



à ce qu'ils ont appelé le « désir d'égalité » dans l'accès aux environnements de vie, et le « désir d'une fraternité vécue dans l'environnement de la vie ». La lutte contre l'isolement des plus vieux passe également par un réaménagement des villes et des services, par une conception nouvelle des lieux de vie qui leur laisse toute leur place.

Au-delà de ces actions publiques nécessaires, dont cette journée donnera l'occasion de discuter, l'insertion sociale des plus âgées requiert enfin, je le crois, de réfléchir aux représentations sociales de la vieillesse qui prévalent aujourd'hui et sous-tendent en réalité toute la politique de la vieillesse. Dans un article à la revue *Esprit* publié en 1963, Michel Philibert écrivait : « *Ce qui fait l'importance sociale, économique et politique du vieillissement n'est plus la multiplication du nombre des vieillards, mais le fait que cette multiplication s'opère dans une société qui prend pour une évidence de nature la dévalorisation des vieux, au lieu d'y voir un trait de sa propre culture* ». <sup>41</sup> Sommes-nous parvenus, depuis, à nous défaire de cette « phobie démographique » <sup>42</sup> dont parle Bernard Ennuyer et qui tend à affecter la vieillesse d'un puissant stigmate ? Comment définir des politiques publiques de la vieillesse qui, en individualisant la catégorie des vieux, ne nourrissent pas notre tendance à les rejeter de la société vivante et active ? On ne pourra répondre aux défis du vieillissement sans lutter dans le même temps contre « l'âgisme » <sup>43</sup> dont le « jeunisme » n'est qu'une variante.

## Conclusion

Mesdames et Messieurs, on le voit, le sujet est vaste et je ne veux pas empiéter sur les discussions des différentes tables rondes. Je m'empresse donc à présent de céder la parole à Anne Kuhn Lafont, non sans avoir remercié Christophe Devys, président de la section sociale, Martine de Boisdeffre, présidente de la section du rapport et des études, ainsi que Cécile Nissen qui a préparé le dossier documentaire de ce colloque, Caroline Lafeuille qui a supervisé l'organisation de cette journée, et tous les agents du Conseil d'État sans qui rien ne serait possible.

---

41 M. Philibert, « Le rôle et l'image des vieillards dans notre société », in *Revue Esprit*, n° 5, 1963, p. 945.

42 B. Ennuyer, « La discrimination par l'âge des personnes âgées : conjonction de représentations sociales majoritairement négatives et d'une politique vieillesse qui a institué la catégorie personnes âgées comme posant problème à la société », in *La Revue des droits de l'homme*, n° 17, 2020.

43 Voir sur ce sujet : A. Dufeu-Schubert, *Réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme*, rapport remis au Premier ministre le 12 décembre 2019.





# Le vieillissement, un enjeu démographique et sociétal

Soixante ou soixante-cinq 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 explore ces multiples facettes du vieillissement, sous un angle démographique, médical, géographique et sociologique.

## Sommaire

Biographie des intervenants.....	23
Actes de la table ronde.....	27
Échanges avec la salle.....	57



# Biographie des intervenants

---

Les fonctions mentionnées sont celles exercées à la date de la conférence

## Modératrice

### **Anna Kuhn Lafont**

*Déléguée générale de Matière Grises*

Avec quinze années 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 groupe de réflexion (« *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 de ce groupe de réflexion, 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 l'économie des seniors, Anna Kuhn Lafont a accompagné durant quatre 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

### **Jean Viard**

*Sociologue, directeur de recherches CNRS au CEVIPOF*

Jean Viard est sociologue et directeur de recherches CNRS au centre de recherches politiques de Sciences Po (CEVIPOF). 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. Auteur de nombreux ouvrages, il a récemment publié aux éditions de l'aube : *L'implosion démocratique* (2019), *Un nouvel âge jeune ?* (2019), *Le sacre de la terre*, avec M. Marié et B. Hervieu (2020), *La page blanche* (2020), *Le triomphe d'une utopie* (2021), *La France telle que je la connais* (2022), *L'an Zéro du tourisme*, avec D. Médioni (2022), *La révolution que l'on attendait est arrivée* (2021, en poche 2022). Son dernier ouvrage, *Un juste regard*, est paru aux éditions de l'aube en janvier 2023.

### **Claude Jeandel**

*Professeur au 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 (CNP) de gériatrie. 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 deux cent cinquante 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, ainsi que l'auteur de plusieurs rapports ministériels dont : *Un programme pour la gériatrie* (2006) ; *13 mesures pour une 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 : *25 recommandations pour une prise en soin adaptée des patients et des résidents d'EHPAD et d'USLD*.

### **Emmanuel Vigneron**

*Professeur émérite des universités (géographie de la santé et aménagement sanitaire du territoire)*

Professeur émérite des universités, Emmanuel Vigneron est agrégé de géographie, docteur en histoire et docteur en géographie. Après un début de carrière à l'Office de la recherche scientifique et technique d'outre-mer (ORSTOM), et sa nomination comme professeur des universités en 1992, il 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, 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. Chevalier de l'Ordre national du mérite et Chevalier du mérite agricole, 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<sup>e</sup> siècle au ministère de la justice. Il a dirigé, entre 2015 et 2018, une mission qui lui a été confiée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé sur l'impact territorial des recompositions et coopérations hospitalières entreprises en France depuis trente ans, ainsi que l'évaluation des groupements hospitaliers de territoire (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*, éd. CNRS, 1999 ; *Géographie et Statistique*, éd. PUF, coll. QSJ ?, 1997 ; *Une typologie des paysages socio-sanitaires en France* (avec V. Lucas et F. Tonnellier), éd. CREDES, 1998 ; *Géographie de la santé en France* (avec F. Tonnellier), éd. PUF, coll. QSJ ?, 1999 ; *Distance et santé*, éd. PUF, 2001 ; *Pour une approche territoriale de la santé* (dir.), éd. DATAR/



aube, 2003 ; *Santé et Territoires : une nouvelle donne* (dir.), éd. DATAR/aube, 2003 ; *Les coopérations inter-CHU : état des lieux et perspective* (rapp. S. Haas), étude, 2007 ; *Les Territoires de l'hôpital* (dir.), éd. DATAR, 2005 ; *Évaluation et territoires* (codir. S. Haas), éd. La documentation Française, 2007 ; *Les villes moyennes et la santé. Éléments pour une stratégie territoriale de l'offre* (avec S. Haas), éd. La documentation Française, 2008 ; *Dix ans de recomposition hospitalière en France* (codir. S. Haas), rapport Dexia, éd. Le Moniteur, octobre 2009 ; *Solidarités et Territoires, Atlas santé social de la France*, éd. FEHAP, 2010 ; *Les inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès*, éd. Elsevier/Masson, 2011 ; *Les services à domicile sanitaires, sociaux et médico-sociaux* (avec S. Haas), ensemble de 26 études régionales, éd. FEHAP, 2<sup>e</sup> éd. 2013 ; *Les centres de santé. Une géographie rétro-prospective*, éd. FEHAP, 2014 ; *Évaluation de l'Impact des recompositions et des coopérations hospitalières* (IRCH), programme 2015-2017, rapports successifs du groupe de travail (2015) et final de synthèse (2017), ministère de la santé (DGOS) ; *L'Hôpital et le Territoire*, éd. SPH, 2017 ; *Les GHT : pour aller plus loin dans les coopérations hospitalières* (avec Cl. Esper, J. Bringer et J.-M. Budet), éd. B.-Levrault, 2018 ; *La Santé en France au XXI<sup>e</sup> siècle. À l'épreuve des crises*, éd. B.-Levrault, 2020.





# Actes – Le vieillissement, un enjeu démographique et sociétal

---

**Anna Kuhn Lafont**

*Déléguée générale de Matière grises,*  
**modératrice de la table ronde**

Cette première table ronde marque la première étape de notre rencontre sur un sujet au cœur des réflexions du laboratoire d'idées<sup>44</sup> que je représente, en tant que déléguée générale du centre de réflexion *Matières grises*, créé, en 2018, par MM. Luc Broussy et Jérôme Guedj, avec la volonté de réfléchir ensemble et de manière prospective aux sujets liés au vieillissement.

C'est en effet dans ce contexte que nous avons produit différentes notes et rapports, dont le rapport sur *l'Ehpad du futur*<sup>45</sup> qui a été largement commenté par la presse et les dirigeants de ces établissements.

Cependant, au-delà de ce type de travaux orientés sur l'offre, nous nous sommes également souvent intéressés à la demande, notamment pour produire différents résultats sur le nombre et le profil des personnes âgées de demain. Dans ce cadre, et à chaque fois, nous nous sommes concentrés sur deux enjeux que le Conseil d'État a lui-même sériés dans cette table ronde qui sont, d'une part, les enjeux démographiques et, d'autre part, les enjeux sociologiques et sociétaux.

## **1. Le vieillissement, un enjeu démographique**

Lorsque l'on étudie le vieillissement de la population française, il est important de distinguer les différents groupes de populations et les différentes temporalités qui sont impactés par ce phénomène de sénescence.

Aussi, à l'instar du vice-président Tabuteau, commencerai-je par me demander ce qu'est une personne âgée ou, plus prosaïquement, ce qu'est un « vieux ».

Au regard du droit, l'on peut considérer qu'être vieux débute à soixante ans, âge auquel on peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)<sup>46</sup>.

Mais cette catégorie d'âge des plus de soixante ans est trompeuse, tant les personnes qu'elle recouvre présentent des profils différents. Ainsi, par exemple, peut-on trouver dans cette catégorie un certain Robert Marchand, décédé à cent neuf ans, cycliste de son état, et battant encore certains records sur les pistes cyclables quelques années avant sa mort.

<sup>44</sup> En anglais, « *think tank* ».

<sup>45</sup> L. Broussy, J. Guedj et A. Kuhn-Lafont, *L'Ehpad du futur commence aujourd'hui – Propositions pour un changement radical de modèle*, Les études de *Matières Grises*, n° 4, mai 2021.

<sup>46</sup> L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), versée sous conditions d'âge et de perte d'autonomie, sert à payer tout ou partie des dépenses nécessaires pour rester chez soi ou en établissement médico-social.

L'on se rend alors compte que, dans cette période de vie, la catégorie dite « personnes âgées » ou « vieux », s'étire sur un temps assez long pouvant s'échelonner sur trente ans, voir davantage.

C'est pourquoi lorsque l'on s'intéresse véritablement aux enjeux du vieillissement et aux politiques publiques qui y sont liées, l'on se doit d'identifier les différentes catégories de personnes âgées.

### **La segmentation des âges**

La tranche d'âge des 60 à 74 ans est généralement composée de jeunes retraités, fringants pour la plupart, que l'on trouve au cœur de la citoyenneté, au cœur des villes, mais pas au cœur des politiques publiques.

Il est donc nécessaire, pour bien analyser le phénomène du vieillissement, de se concentrer sur une population plus restreinte : la population des 75 ans et plus.

Toutefois, cette population plus âgée se divise elle aussi, et cette fois en deux groupes.

- Le premier groupe est composé de personnes entre 75 et 84 ans, qui parfois commencent à rencontrer de premières difficultés ou de premières fragilités, notamment physiques (difficultés à marcher, possibilité de chuter), psychiques, ou sociales (veuvage, raréfaction des amitiés, etc.). C'est en effet à partir de 75 ans que l'on constate les premières fragilités, mais non encore la perte d'autonomie ou la dépendance. C'est pourquoi les personnes âgées de 75 à 84 ans sont le cœur de cible des politiques publiques d'adaptation de la ville, mais aussi du logement qu'ils occupent, comme le montre la création récente de Ma Prime Adapt<sup>47</sup> destinée à l'adaptation des logements des personnes propriétaires de plus de 70 ans à leurs nouveaux besoins causés par le vieillissement.

Notons qu'en France la population des 75 à 84 ans augmente considérablement, à tel point qu'en 2030 l'on recensera deux millions de personnes supplémentaires dans cette tranche d'âge, soit une augmentation jamais vue dans l'histoire de notre pays de 47 %, ce qui représente un défi majeur pour l'adaptation de notre société, qu'il s'agisse des villes ou des logements, à cette population autonome mais fragile.

- Le second groupe de personnes âgées rassemble les plus de 85 ans, lesquels sont largement concernés par la dépendance. De façon assez contre-intuitive, il doit être noté que cette population des plus de 85 ans stagnera dans les dix années à venir, car il s'agit de la génération née entre 1935 et 1945, avant le « *baby boom* ».

En revanche, à partir de 2030, la population des 85 ans et plus va considérablement augmenter. L'on recensera ainsi en France 1,3 million de personnes supplémentaires dans cette tranche d'âge, ce qui représentera une hausse de 58 %. En toute logique, cette période, à partir de 2030, ne devrait pas être celle du défi de l'adaptation de la société à ce phénomène d'augmentation, car nous l'aurons – je l'espère – relevé

---

47 Cette aide financière (sous conditions de ressources) fait partie des mesures gouvernementales comprises dans le plan Antichute des personnes âgées et concerne 680.000 logements à sécuriser.



et résolu auparavant ; mais ce sera, à n'en pas douter, le temps consacré à relever le défi de la dépendance.

Dans ce contexte, les questions à résoudre seront nombreuses. Comment accompagnerons-nous ces personnes âgées potentiellement dépendantes ? Quelle offre d'hébergement, ou d'accompagnement serons-nous à même de leur proposer ? C'est pourquoi il est si important de bien distinguer parmi la population âgée ces deux groupes, avec leurs temporalités et leurs défis respectifs.

## 2. Le vieillissement, un enjeu sociétal

Le vieillissement possède également un impact fort d'un point de vue sociologique, car les personnes qui vont avoir 75 ans dans les années à venir, et 85 ans à partir de 2030, sont issues, comme le vice-président Tabuteau le soulignait, de cette population née après-guerre : les fameux bébés-boumeurs qui sont en train de devenir des papis et (majoritairement) des mamies boumeurs.

Or ces personnes ont évolué avec des valeurs fortes de liberté et d'indépendance, qu'ils vont amener au grand âge avec eux, avec leurs habitudes et leurs modes de vie et de consommation. Cela n'est pas anodin. Comme ce n'est pas un hasard si nous avons assisté, il y a quelques semaines, à la création du Conseil national autoproclamé de la vieillesse (CNaV)<sup>48</sup> à la cartoucherie de Vincennes, lequel conseil national s'est réuni avec des personnalités telles que Laure Adler, Ariane Mnouchkine ou Bernard Kouchner. Ce mouvement citoyen a en effet comme objectif de (re)donner la parole aux vieux et aux vieilles sur tous les thèmes qui les concernent, afin qu'ils puissent peser davantage dans le débat public, notamment lors des prochaines campagnes présidentielles. Ce nouveau regard porté sur la vieillesse, qui représente une large part de la population française, pèsera donc davantage à l'avenir sur les choix sociétaux.

Voilà ce que je voulais préciser avant de laisser la parole aux experts qui m'accompagnent pour approfondir ces questions de l'identité des personnes âgées d'aujourd'hui et de demain, et des défis auxquels il faut se préparer afin de mieux les accompagner.

Aussi, je me tourne dans un premier temps vers M. Viard, sociologue, directeur de recherches CNRS au centre de recherches politiques de Sciences Po Paris (CEVIPOF), et également auteur de nombreux ouvrages, notamment *Le moment est venu de penser à l'avenir*<sup>49</sup> et *Un nouvel âge jeune*<sup>50</sup>, pour lui demander ce qu'il pense des impacts sociologiques et sociétaux du vieillissement ? Quels changements sont initiés par l'arrivée au grand âge de la génération des bébés-boumeurs, et avec quelles conséquences dans une société française où vont finalement cohabiter maintenant quatre générations ?

---

48 Mouvement citoyen créé en décembre 2021 destiné à « imposer les vieux comme co-constructeurs des politiques publiques les concernant » (site Internet : [www.cnav-demain.fr](http://www.cnav-demain.fr)).

49 J. Viard, *Le moment est venu de penser à l'avenir*, éd. L'aube, Paris, 2016.

50 J. Viard, *Un nouvel âge jeune - Devenir adulte en société mobile*, éd. L'aube, Paris, 2019.



Merci Madame la présidente. J'ai en effet travaillé sur le thème de la jeunesse, tout en essayant de penser à une société des âges ; ce qui n'est pas le genre d'analyse dont les sociologues ont l'habitude.

Notons que, depuis 1945, et surtout les manifestations estudiantines de mai 1968, la jeunesse s'est construite comme un groupe social. Certes, l'on reste incapable de lui donner un statut, mais l'on peut dire, aujourd'hui, que la jeunesse dure dix ans : globalement de seize à vingt-six ans ; à 29 ans les jeunes ont massivement un emploi en CDI, de sorte que l'on peut dire que l'on est adulte à trente ans, voire à « trente ans et quatre mois » si l'on tient compte du premier bébé. Considérant la vieille définition de l'adulte : apte à se nourrir et à se reproduire.

En revanche, la vieillesse, malgré les problèmes différents qui existent par groupe social, par niveau de revenus, par habitat, ou « par âge dans l'âge », n'est pas considérée comme un groupe social, mais comme une charge. Il n'y a donc pas ici d'équivalent avec la jeunesse.

### **Éloge de la sagesse**

Mon vieux maître Edgar Morin<sup>51</sup> participait, cette semaine encore, à une émission de télévision, alors même qu'il a dépassé les cent ans. Cela montre à quel point notre société est paradoxale, qui s'est mise récemment à valoriser les sages ! Dans le même ordre d'idée, on peut également citer feu Stéphane Hessel<sup>52</sup>, ou constater que le candidat le plus âgé de la présidentielle (M. Mélenchon, 70 ans) est celui qui a reçu le plus grand nombre de votes des... jeunes.

Incontestablement, il se produit donc un certain retour de l'appétence du public pour les sages. C'est très clair avec Stéphane Hessel, mais aussi avec Edgar Morin qui a connu une longue traversée du désert et qui maintenant est remonté au sommet de nos références parce qu'il nous fait bénéficier d'un siècle d'expérience.

Mais ce n'est pas parce que le groupe des vieux n'apparaît pas comme un groupe social qu'il ne faut pas l'analyser comme on le fait pour la jeunesse. C'est ce que j'ai essayé de faire, à l'instar des ethnologues étudiant les sociétés tribales.

Quand on entre dans une société tribale, l'on entre dans une société où l'on insiste sur les tribus d'origine : couleur de peau, religion, lieu de naissance, etc. Puis, avec le temps, de nouvelles tribus se construisent, notamment autour de certains mouvements particuliers. Dans nos sociétés, cela peut être, par exemple, le mouvement féministe. Ces mouvements font « tribaliser » la société. Or je pense que dans ces mouvements-là, il faut penser les vieux, penser les âges, et croiser ces différents éléments pour construire une société de multi appartenances.

---

51 Edgar Nahoum, dit Morin (né en 1921), sociologue et philosophe français.

52 Stéphane Hessel (1917-2013), diplomate, résistant, écrivain et militant politique français d'origine allemande.

Notons, par ailleurs, que la crise du Covid-19 nous a tous profondément transformés ; au point de nous obliger à penser la question des vieux différemment. En effet, cette crise a conduit cinq milliards d'humains à s'enfermer pour protéger à la fois les vieux et les personnes fragiles souffrant de comorbidités (obésité, cancers, etc.). C'est-à-dire que l'on a arrêté nos vies, non pas pour protéger notre travail, nous même ou nos enfants, ou la démocratie, mais pour protéger les plus anciens et les plus fragiles. C'est un événement unique dans l'histoire de l'humanité, et aussi sans doute une grande victoire qui semble avoir permis de sauver entre 200 et 300 millions de personnes âgées.

Cette crise du Covid-19 nous offre ainsi des opportunités pour réfléchir autrement à la place des plus fragiles dans nos sociétés. C'est pourquoi il faut penser à l'aune de cette « tragédie (dès lors) créatrice » et s'en servir pour développer une pensée nouvelle qui puisse permettre de nouvelles formes d'action.

### **L'espérance de vie**

Pour cela je souhaiterais évoquer l'espérance de vie. Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, les Français ont gagné environ vingt-et-un ans d'espérance de vie, dont neuf années depuis 1981 pour les hommes et six pour les dames. Notre société a donc très fortement amélioré son espérance de vie, mais sans que cela ne soit son combat politique central. Cette augmentation est due aux progrès de la médecine, aux règles sociales, à l'action des syndicats sur la pénibilité du travail, à l'évolution des modes de vie, aux nouvelles technologies, etc.

Le paradoxe de cette évolution est que plus la vie est longue, plus on la vit par séquence courte (divorce, séparation, famille recomposée, déménagement, changement d'emploi, de conviction, etc.) ; et ce car à tout moment il reste assez de temps à vivre pour tenter une nouvelle aventure. Or la grande difficulté est que ni l'appareil d'État, ni la haute fonction publique ne se sont adaptés à ces séquençages courts de vies longues. Ainsi, par exemple, 58 % des bébés naissent hors mariage dont 65 % des premiers-nés ; ce qui interroge la réversion des pensions de retraite... toujours liées au mariage. Or qui empêche l'État de penser que la réversion des pensions devrait plutôt être liée aux enfants ? Il s'agirait ici d'une logique légitime, car les enfants nuisent trop souvent à la carrière professionnelle des femmes.

### **L'évolution de la société**

On voit ainsi combien l'évolution de la société est rapide, tandis que les règles qui la régissent cheminent lentement. Cette logique joue sur tous les sujets, d'autant qu'il faut penser cette vie longue comme une vie séquentielle, et garder à l'esprit que les personnes âgées se considèrent comme bénéficiant de longues vacances, surtout celles issues de la génération de mai 68 qui ont découvert les vacances et la liberté sexuelle et qui, dans leur tête, s'imaginent en retraite en éternels vacanciers. Ainsi, 48 % des gens qui prennent leur retraite rêvent de s'installer dans leur région de vacances préférée ; ce qui renforce ce lien, et cet imaginaire, entre retraite et vacances deux temps hors du monde ordinaire.



La génération précédente avait un imaginaire différent, car ses membres avaient été surpris par des retraites longues qu'ils n'avaient pas connues autour d'eux dans leur enfance. Mais la génération de l'après-guerre, initiée aux vacances, pensa différemment. Mais favorise-t-on, par exemple, pour autant, la migration populaire des personnes âgées vers le sud de la France ? Quelles sont les différentes politiques publiques en la matière ? Il serait particulièrement important de pouvoir apporter des réponses aux représentations de ces différents imaginaires. Alors même qu'entretiens les questions du grand vieillissement, et du retour plus tard vers la ville pour être au plus près des hôpitaux, est peu observé.

En outre la grande pandémie a secoué nos sociétés et a accéléré des tendances à l'œuvre. Ainsi, en ce moment, un million de couples se séparent, deux à trois millions de personnes déménagent, et deux à trois millions de personnes changent d'emploi. Partout en France, l'on voit des gens qui vont et qui viennent, qui s'installent, créent des petites entreprises de service, des tiers lieux, etc. La société se restructure autour de la quête d'une vie plus locale, mais intégrée à une culture de la livraison, de la mobilité, du voyage, du télétravail : rencontre d'une société en archipel et d'une vie plus locale.

Dans ce contexte de changement, que veulent les Français, et notamment les retraités ? Quitter la ville pour la campagne ou une petite ville, se rapprocher de la nature, fuir le bruit, revenir dans sa région d'origine, se rapprocher de sa famille, etc.

Et c'est plus précisément cette « société du proche » qui est la grande gagnante de la crise du Covid-19. Il s'agit à la fois du proche familial et du proche géographique renforcés par le télétravail et la vente directe. Cela vaut également pour les quartiers populaires. De sorte que nous devons réfléchir à comment penser cette société du proche, et comment l'organiser et la démocratiser.

Prenons un autre exemple, simple mais fondamental : la question de la solidarité entre les générations. Qui garde les enfants des 1,8 million de femme seules ? Ce sont les parents. Qui aident les très vieux parents ? Ce sont les jeunes retraités. Mais a-t-on pensé une politique publique adaptée à ces évolutions ? Non.

Dans le même ordre d'idée, quand arrêterons-nous de nommer les fonctionnaires loin de leurs vieux parents sans nous inquiéter de leur éventuelle dépendance ? Décidera-t-on un jour que le logement social donne priorité à la structure familiale ? Dira-t-on qu'une femme seule avec enfants a le droit d'habiter dans le même grand ensemble que ses parents ou que les vieux parents ont le droit d'habiter dans le même grand ensemble que leurs enfants ? Ce serait là une priorité familiale du logement social. Les gens aisés l'appliquent, ayant les moyens de déplacer leurs vieux ou un enfant seul ; ils gèrent des solidarités, déménagent ou louent un logement. Ils ont des stratégies résidentielles et des stratégies d'emplois. Mais les milieux populaires ne sont pas en mesure de s'organiser de cette façon.

Lorsque j'ai évoqué ce problème auprès des organismes HLM, l'on m'a répondu « habitat communautaire ». Je ne veux pas d'un habitat communautaire, je veux que l'on comprenne que le lien de solidarité le plus efficace est celui de la famille.



La question est d'aider la famille à vivre ce qu'elle a envie de vivre. Si les gens n'ont pas envie de se voir, cela ne nous regarde pas. Or il faut noter que les réseaux familiaux sont le premier serveur d'emploi, et que toute cette société de la famille s'est renforcée durant la pandémie de Covid-19 avec la culture du proche.

Aussi, la question qui nous est posée, avant même de se demander comment vont les personnes âgées, est de savoir comment les solidarités familiales sont possibles, y compris dans les milieux modestes. Notons qu'en Italie on ne trouve pas de maisons de retraite, et qu'en France les familles immigrées mettent très rarement leurs anciens dans ce type d'établissement, et pas seulement en raison du coût financier.

Dans ce contexte, favoriser la reconstruction, sans l'obliger, de la famille au sein d'un territoire de proximité semble donc la première urgence. De là découlent des aspects positifs, notamment pour les personnes âgées. Notons bien évidemment qu'il ne s'agit pas de promouvoir le retour à la famille archaïque, car aujourd'hui la famille est davantage construite hors mariage (familles recomposée, enfants de différents lits vivant entre deux familles, etc.).

C'est pourquoi il faut observer ces bouleversements, et se demander comment les différents groupes sociaux peuvent ensuite y trouver leur compte.

### **Vers un nouvel âge démocratique ?**

Précédemment, M. le vice-président Tabuteau a précisé que la question des vieux réside dans leur utilité, notamment démocratique. Et en effet, l'on peut dire qu'ils représentent l'âge démocratique.

J'ai parfois entendu certaines personnes demander à ce qu'on enlève le droit de vote aux anciens. C'est là une remarque tragique. Depuis que l'on a donné le droit de vote aux femmes, en 1944, l'on n'a exclu aucun groupe social de la démocratie. D'autant plus que la majorité des élus locaux, des responsables d'associations et des gens qui font des maraudes sont des gens âgés. Nous l'avons vu durant la pandémie de Covid-19 où il a fallu chercher des jeunes (étudiants) pour continuer à faire tourner les maraudes dont les retraités s'étaient retirés. Cela montre combien les vieux ont une utilité sociale précieuse.

J'ajoute qu'ils sont un groupe qui porte la société, tient les liens familiaux, et assume la solidarité avec de jeunes ménages relativement instables – sans parler des naissances hors mariage ou du fait qu'un mariage sur deux à Paris risque de se défaire avant cinq ans. Nous nous trouvons donc dans une société de discontinuité des liens privés, professionnels, symboliques et politiques qui, plus que jamais, a besoin des vieux.

Certes, cette discontinuité est aussi une liberté, mais elle nécessite que l'on crée des systèmes de rattrapage des personnes qu'elle a fragilisées, notamment les deux millions de femmes seules avec enfants. Mais mène-t-on des politiques sociales adaptées ? Dans ce contexte, il est hautement préférable de faire bénéficier ces personnes en priorité des solidarités *intra* familiales, qui, en outre, présentent un



caractère de gratuité pour la collectivité, plutôt que de simplement leur verser un revenu étatique. Aussi, avant de penser dépenses publiques, pensons d'abord et surtout aux *solidarité familiales*.

Cette société des âges, des vieux, ou du « groupe social » des vieux est un sujet majeur qui doit nous permettre de construire une nouvelle société avec les mêmes éléments que ceux avec lesquels l'on a construit la jeunesse.-

Certes, les vieux ont une pensée différente de celle des jeunes. Mais cela est normal. Dans un monde qui évolue très vite d'un point de vue technologique, quelqu'un qui a été formé il y a soixante ans a forcément du mal à suivre. Mais, en même temps, les vieux ont su s'adapter, notamment à Internet et aux réseaux sociaux qui, durant la pandémie de Covid-19, ont joué un rôle important dans les familles pour la diffusion des consignes médicales ou l'aide contre l'isolement des personnes âgées, mais aussi l'aide contre l'isolement des jeunes.

Il ne faut pas penser que les vieux sont archaïques. Ils se tiennent au courant de l'évolution du monde et réfléchissent aux problématiques actuelles comme, par exemple, le réchauffement de la Terre et ses conséquences. Les vieux s'inquiètent pour leurs petits-enfants et leurs arrière-petits-enfants ; et se rendent bien compte à quel point les jeunes écologistes qui croient être les seuls à pouvoir sauver le monde sont dangereux.

## **Conclusion**

La famille est à la fois une géographie et un territoire. Et la pandémie a renforcé cette demande du proche. C'est à partir de là qu'il faut réfléchir à la problématique du vieillissement dans nos sociétés. Cela renvoie d'ailleurs au désir des personnes âgées de vieillir chez elles. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne sont en effet plus des maisons de retraites, mais des maisons de fin de vie – sans compter que près un tiers des gens qui sont hébergés dans ce type d'établissements n'y sont que parce qu'ils sont isolés ou n'ont pas d'enfant.

Nous avons évoqué précédemment la crise de la démocratie française. Or celle-ci est avant tout la conséquence de la crise du périurbain, tant celui-ci est délaissé par les politiques publiques et génère aujourd'hui un fort mécontentement. Certes, toutes les grandes démocraties ont construit un immense périurbain – en France, 70 % des gens vivent dans une maison avec jardin –, mais l'arrivée de l'âge complique la vie au sein de cet environnement pavillonnaire, même si l'on a été content de l'avoir acheté et entretenu.

Dans ce contexte, comment penser les maisons de retraite pour personnes âgées ? On les imagine horizontales, c'est-à-dire intégrées dans le périurbain où vit l'essentiel des classes populaires, toutes origines confondues, qui sont à la fois les plus exclues et les plus isolées. Mais cette question est aussi posée à l'ensemble de la société : quand aura-t-on une politique territoriale digne de ce nom pour le périurbain ? Quand sortira-t-on de ces communes multiples et caricaturales où les gens ne savent plus où ils habitent, ne votent plus, et, quand ils manifestent, se réunissent sur des ronds-points ?



Nous avons bien là une crise du modèle démocratique qui, liée à un mode de construction inadapté du logement, renvoie inévitablement aux situations difficiles que vivent aujourd’hui les personnes âgées.

---

**Anna Khun Lafont**

*Déléguée générale de Matières grises,  
modératrice de la table ronde*

Merci M. le directeur. Vous avez évoqué le caractère géographique et territorial du vieillissement, c’est très intéressant et nous y reviendrons avec le professeur Vigneron.

Avant cela, je donne la parole au professeur Jeandel qui est président du Conseil national professionnel de gériatrie et coordonnateur du département hospitalo-universitaire du CHU de Montpellier, ainsi que l’auteur de plusieurs rapports ministériels, dont le dernier date du mois de juin 2021 et présente des recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents d’EHPAD et des unités de soins de longue durée, afin que ces établissements demeurent des lieux de vie<sup>53</sup>.

Professeur, de votre point de vue de médecin et avec votre expérience dans ce secteur, qu’implique selon-vous ce vieillissement que l’on vient de décrire ? Que signifiera demain être fragile ou dépendant ? Et quels seront les besoins en termes de prise en charge et de prise en soin de cette population ?

---

**Claude Jeandel**

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

Merci Mme la présidente. J’aborderai le sujet du vieillissement sous un angle un peu différent, mais complémentaire et intégré à ce qui vient d’être dit.

Le psychanalyste praticien Jack Messy spécialisé en gérontologie disait, en 1965, que la personne âgée n’existe pas<sup>54</sup>. C’est aussi ce que je pense, et il faut l’affirmer une bonne fois pour toute. Tant que l’on tentera de définir ce qu’est une personne âgée l’on n’y parviendra pas. Surtout si l’on s’appuie sur une approche d’âge chronologique ou civique.

Aussi, je vous propose une approche de ce sujet quelque peu différente, qui intègre dans sa réflexion la notion de modèle biomédical.

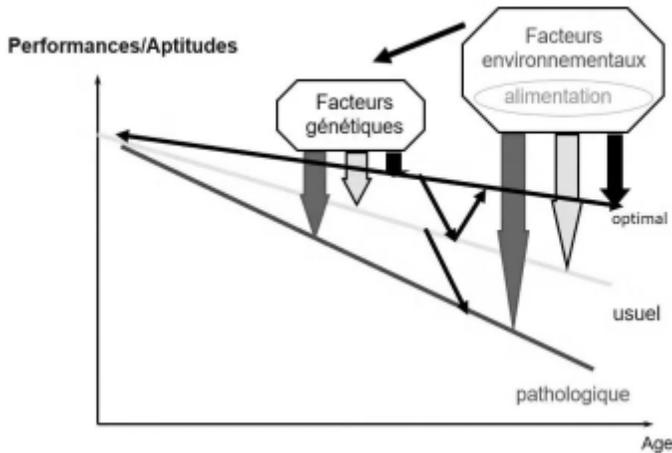
Il faut en effet sortir de la question de l’âge, et aborder l’approche de *l’avance en âge*, et non pas du *vieillessement* qui est un processus biologique qui débute à la naissance.

---

53 Pr Cl. Jeandel et Pr O. Guérin, Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD, *25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie*, rapport de mission, juin 2021.

54 J. Messy, *La personne âgée n’existe pas : une approche psychanalytique de la vieillesse*, éd. Payot, Paris, 1992.

A *contrario*, l'avance en âge se caractérise par sa pluralité des trajectoires de vie que, pour des raisons pédagogiques et de compréhension, j'ai réduit à trois modalités (trois droites) d'avance en âge (schéma n° 1).



**Schéma 1 - Le vieillissement : un phénomène hétérogène**

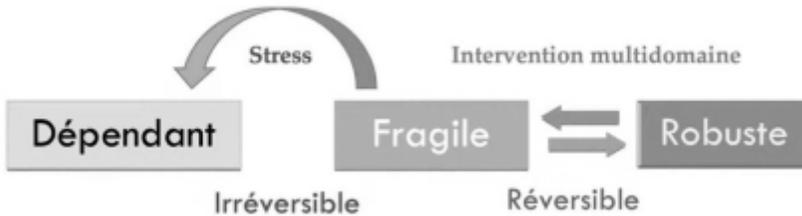
Sur le schéma n°1, la droite noire (« optimal ») représente un nombre croissant d'individus qui suivent une trajectoire de vie caractérisée par le fait que ces personnes avancent en âge et atteignent des âges très élevés, comme par exemple le sociologue Edgar Morin, sans que l'effet du temps n'impacte leurs fonctions cognitive, locomotrice et sensorielle. Ces personnes gardent toutes leurs capacités et sont pleinement autonomes (sans qu'il s'agisse d'une autonomie au sens « prise des choix »).

La deuxième catégorie, représentée par une droite grise foncée (« pathologique »), concerne les personnes qui malheureusement contracteront, au fil du temps, des pathologies chroniques incapacitantes à l'origine de ce que l'on appelle « la dépendance », qualifiée aujourd'hui de « perte d'autonomie », terme qu'il faudrait peut-être un jour réviser pour préciser ce concept polysémique.

Enfin, au milieu du schéma, la droite gris clair (« usuel ») représente les personnes dites « fragiles », ou qui se fragilisent. Ces dernières voient leurs capacités fonctionnelles s'infléchir, car elles sont plus altérées que dans la première catégorie, sans que l'on puisse attribuer cette perte fonctionnelle à une pathologie ou à une maladie d'organe. Ce phénotype résulte entre autre de la sédentarisation et de la sous-utilisation de la fonction, selon l'adage « la fonction crée l'organe ». Notons qu'il existe d'autres phénomènes accélérant le vieillissement, mais que ceux-ci font l'objet d'études en cours.



Ainsi, lorsque l'on suit des cohortes de personnes, à un âge donné, sur vingt ans, l'on constate qu'un certain nombre d'entre elles vont rester sur ce phénotype « robuste » – la droite noire du schéma n° 1 –, tandis qu'une autre partie va malheureusement devenir dépendante, car elle a contracté des pathologies chroniques. Entre ces deux populations, se positionnent les personnes dites « fragiles ».



**Schéma 2 - L'avancée en âge : trois phénotypes**

Il est par conséquent nécessaire d'identifier précocement les déterminants du phénotype « fragilité » et les ruptures de trajectoire, et de ne pas se référer seulement à l'âge mais bien de différencier la personne selon qu'elle est robuste, fragile ou dépendante.

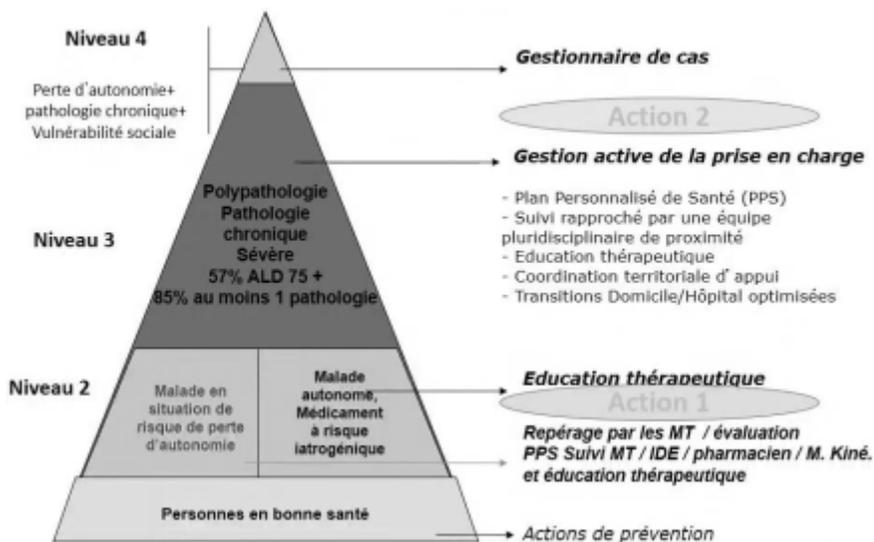
Plusieurs études objectivent que le risque de fragilité augmente avec l'âge et qu'il existe davantage de personnes fragiles après quatre-vingt ans, qu'à soixante ou soixante-dix ans. Cependant, si leur proportion augmente avec l'âge, elle n'atteint jamais 100 % ; ce qui signifie qu'il n'existe pas d'inéluctabilité à devenir dépendant, comme en attestent les personnes ayant atteint un âge avancé et qui ne sont pas dépendantes.

Je reviens sur le schéma n° 2 parce qu'il est important de considérer que cette situation de fragilité est réversible. En effet, si l'on intervient à ce stade-là avec des plans de prévention, l'on peut espérer qu'un certain nombre de personnes rejoigne la trajectoire du phénotype robuste.

Il doit être noté que des paramètres sociaux interviennent dans le modèle de la fragilisation, notamment les questions d'isolement et de solitude. Les personnes qui vont exprimer ce sentiment de solitude risquent davantage que les autres de perdre leur mobilité ou leur autonomie au sens des activités de la vie quotidienne.

Dans ce contexte, les gériatres ont l'habitude de définir quatre groupes de personnes dans lesquels, comme je l'ai déjà précisé, l'âge n'intervient pas comme facteur différenciant.





**Schéma 3 - Des niveaux de prise en charge différenciés selon les besoins**

En bas de ce schéma, se situent les personnes en bonne santé qui relèvent d'actions de prévoyance et de prévention. Au niveau 2 de ce schéma, il s'agit de personnes « fragiles », à risque de perte d'autonomie, qu'il convient d'identifier comme telles et d'inciter à devenir acteurs de leur propre santé. Le programme ICOPE<sup>55</sup> de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) vise cet objectif. Le niveau 3 représente les malades qui se trouvent parfois en affection de longue durée (ALD) et cumulent les pathologies – on parle alors de polypathologies. Enfin, le niveau 4 est relatif aux situations de complexité qui relèvent de la gestion de cas.

Si l'on revient à la catégorie « pathologique » du schéma n° 1, il faut noter qu'une étude anglo-saxonne montre que le risque de contracter une ou plusieurs maladies chroniques incapacitantes augmente avec l'âge. Notons que cela ne se limite pas aux plus de 80 ans, et peut concerner des populations adultes dès l'âge de 40/50 ans ; l'effet de l'âge étant ici cumulatif. Dans le même ordre d'idée, on peut également noter qu'un résident d'EHPAD présente en moyenne huit pathologies.

55 ICOPE (*Integrated Care for Older People*, ou Soins Intégrés pour les Personnes Âgées) est un programme de prévention à la dépendance destiné aux personnes de plus de 60 ans, qui combine une série de recommandations sur les six fonctions cibles du vieillissement en bonne santé (mémoire, vision, audition, moral, nutrition et mobilité). En 2022, on compte près de 20 000 bénéficiaires du programme en France.

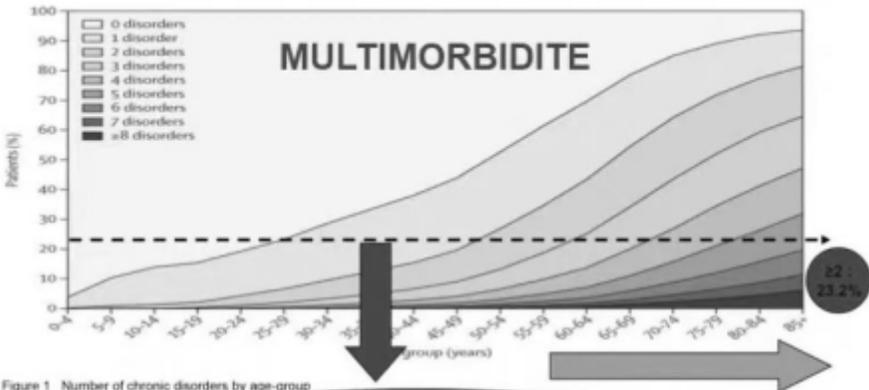


Figure 1 Number of chronic disorders by age-group

La multimorbidité n'est pas une spécificité gériatrique  
En nombre absolu : jeunes > vieux

Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie

Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study

The Lancet Volume 380, Issue 9836 2012 37 - 43

Schéma 4 - La multimorbidité

Un autre élément très intéressant de l'étude anglo-saxonne montre que le risque de multimorbidité est corrélé au statut socio-économique de la personne. Il est donc désormais prouvé que certaines précarités socio-économiques aggravent le risque de cumul de ces pathologies, et inversement.

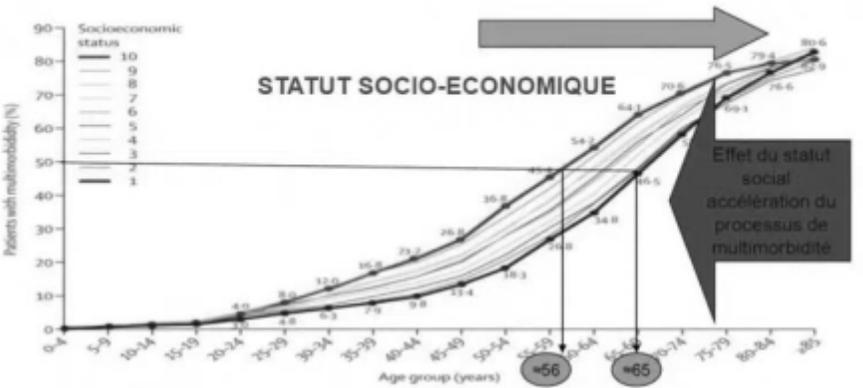


Figure 2 Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status. On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

Le défi de la multi-morbidité comme le standard de la pathologie des personnes âgées qui invite à repenser la discipline

Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie

C'est surtout vrai pour association maladie physique et mentale

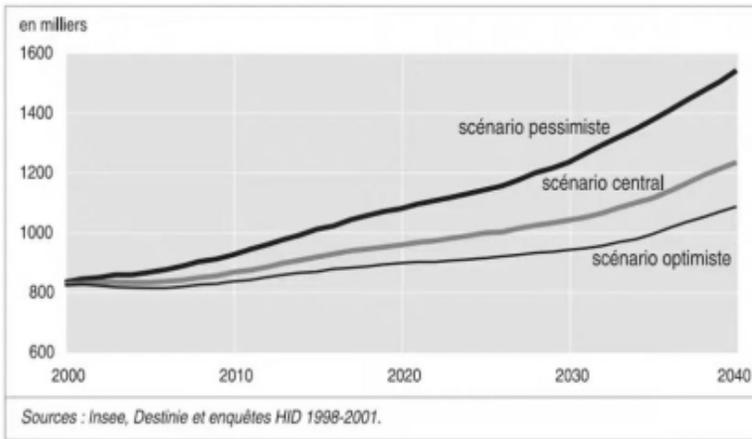
Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study

The Lancet Volume 380, Issue 9836 2012 37 - 43

Schéma 5 - Le statut socio-économique

Actuellement, les degrés de perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne sont évalués à l'aide d'échelle telle que la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources)<sup>56</sup> qui permet de différencier six groupes iso-ressources (GIR), dont chacun correspond à un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

En raison d'une double transition à la fois démographique et épidémiologique, le doublement du nombre de personnes âgées dépendantes est annoncé à une échéance assez proche.



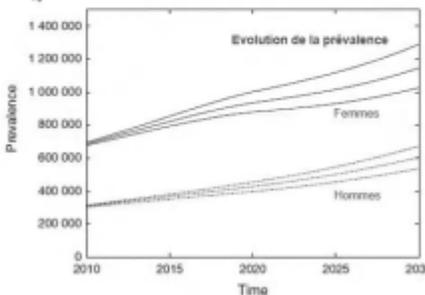
**Schéma 6 - Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes**

Le risque de dépendance (au sens de perte de l'autonomie pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne) résulte, pour plus des trois quarts, des maladies neuro-évolutives dominées par la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées dont la prévalence est appelée à augmenter par simple effet démographique.

### Evolution du nombre de cas prévalents entre 2010 et 2030

**Modèles de projections :**

- Basés sur les données de fréquence de la cohorte PAQUID
- Hypothèse d'incidence stable de la démence au cours du temps



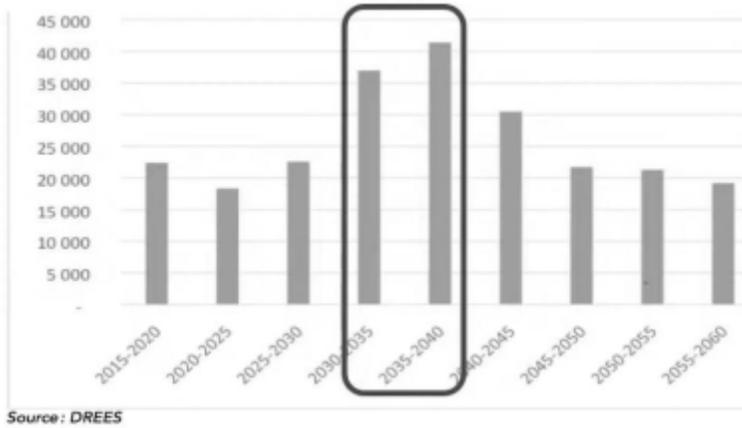
**Prévalences estimées (en milliers) selon le scénario central**

	2030	
	Prév IC à 95%	Prév IC à 95%
Femmes	686 [630;810]	1146 [1054;1348]
Hommes	310 [267;387]	604 [525;743]
Total	996 [897;1197]	1750 [1579;2091]

**Schéma 7 - Maladies neuro-évolutives : projections**

56 La grille AGGIR est aujourd'hui l'instrument national de mesure de l'état de dépendance d'une personne âgée à partir de laquelle on décide de l'aide qui lui est nécessaire.

Les schémas 7 et 8 présentent les variations annuelles moyennes du nombre de personnes âgées dépendantes par tranche quinquennale. Cette évolution démographique est le fait générateur quasi exclusif de la prévalence accrue des pathologies neuro-évolutives décrites précédemment.



**Schéma 8 - Variation annuelle moyenne du nombre de personnes âgées dépendantes (au sens de l'APA) par tranche quinquennale**

Par conséquent, la découverte d'un traitement éradicateur de ces pathologies résoudrait en grande partie le problème de la dépendance des personnes âgées, malheureusement malgré une recherche médicale active dans ce domaine un tel traitement n'est pas accessible à ce jour. Il m'est donc impossible à l'heure actuelle de vous donner beaucoup d'espoir en ce sens.

Il faut également noter un autre élément important qui est la réduction du nombre d'aidants potentiels. En effet, dans les années qui viennent, les prévisions démographiques vont malheureusement inverser le *ratio* aidants/aidés, comme cela est indiqué par le schéma n° 9.

Année	Hommes			Femmes		
	60-80 ans	80 ans et plus	Ensemble	60-80 ans	80 ans et plus	Ensemble
2000	3,0	2,6	2,8	2,7	1,9	2,2
2020	2,7	2,5	2,6	2,5	2,1	2,2
2040	2,3	2,3	2,3	2,3	2,0	2,0

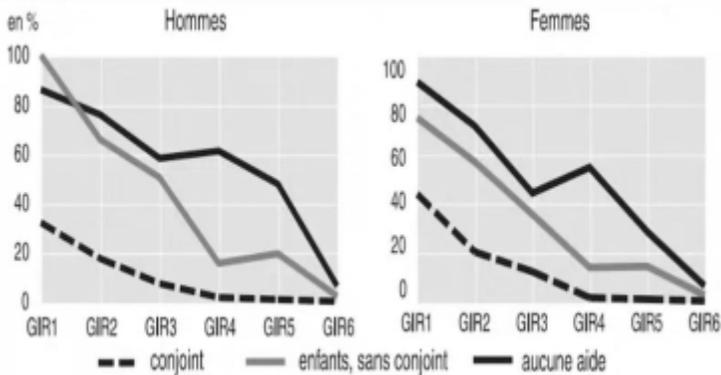
Sources : Insee, Destinie (scénario central) et enquêtes HID 1998-2001.

**Schéma 9 - Nombre d'aidants potentiels (2000-2040)**

Notons qu'aujourd'hui nous avons la chance de bénéficier d'un système qui s'appuie en grande partie sur l'aide informelle. Mais demain cela pourrait être plus difficile, car le nombre de personnes à aider va croître tandis que le nombre d'aidants, quels qu'ils soient, risque à l'inverse de se réduire.

Il nous faut donc former plus de professionnels pour éviter que la ressource ne repose que sur les aidants proches ou familiaux.

Ceci est d'autant plus important qu'il existe une corrélation très nette entre le fait d'être en EHPAD selon son groupe iso-ressources (GIR) – le GIR1 caractérisant les personnes âgées les plus dépendantes –, et le fait ou non d'avoir un aidant.



**Schéma 10 - Part des personnes en EHPAD par GIR et situation familiale**

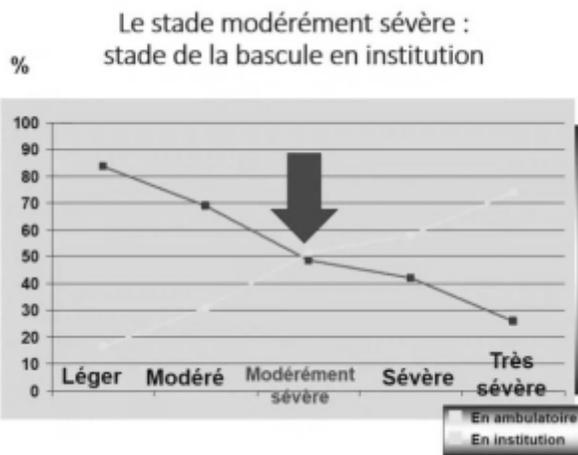
Enfin, si l'aide informelle se réduit, le risque de ne pas pouvoir rester dans son milieu de vie ordinaire se réduit d'autant. Or les déterminants majeurs du passage du domicile à l'institution sont notamment le stade évolutif de ces maladies neuro-évolutives et la présence ou non d'une aide informelle.

En règle générale, on distingue quatre stades évolutifs à ces affections : le stade léger, le stade modérément sévère, le stade sévère et le stade très sévère.

Le passage du domicile à l'institution survient préférentiellement au stade modérément sévère, en raison de la plus forte prévalence des troubles psychologiques et du comportement survenant à ce stade, ces derniers accentuant le « fardeau » de l'aidant.

La présence ou non d'un aidant et ses capacités à « faire face » représentent des facteurs essentiels au maintien dans le milieu domiciliaire.





**Schéma 11 - Le stade de la bascule en institution**

**Les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

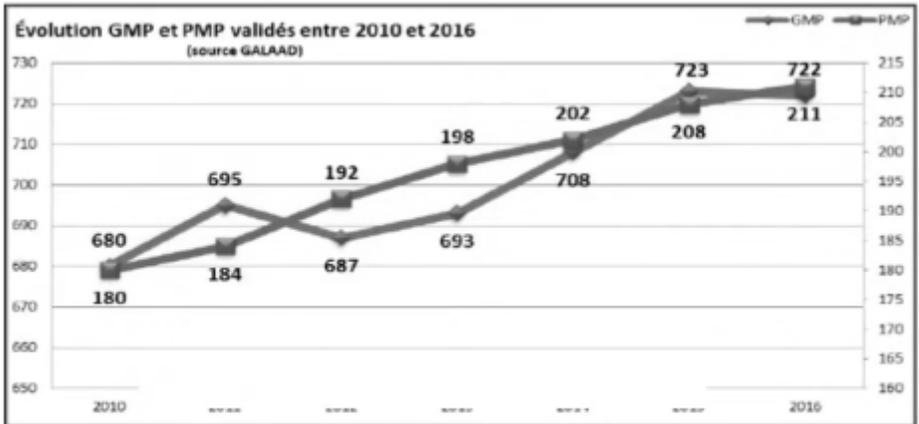
Le pathos est un outil de tarification qui permet au médecin coordonnateur d’un EHPAD de qualifier et de quantifier les soins requis devant être délivrés aux résidents en EHPAD<sup>57</sup>.

La coupe pathos de l’EHPAD produit le pathos moyen pondéré (PMP) à partir duquel est établi le budget soin de l’EHPAD.

L’évolution dans le temps (schéma 12) des deux paramètres GMP et PMP, qui reflètent respectivement le niveau de dépendance moyen et le niveau de soins requis moyen des résidents, révèle que ces deux indicateurs augmentent en parallèle ; ce qui, au demeurant, est logique, car la dépendance est liée à l’état de santé de la personne.

Cette évolution traduit le changement significatif des profils de besoins des résidents en EHPAD depuis 2010.

<sup>57</sup> Le pathos d’un EHPAD détermine le budget alloué par l’agence régionale de santé (ARS) pour les cinq prochaines années de l’établissement. Il s’agit d’un enjeu majeur pour les directeurs d’EHPAD.



Source : CNSA, *La situation des EHPAD en 2016. Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD*

PATHOS, GIR, PMP, GMP : définitions

**Schéma 12 - Une population accueillie en EHPAD qui paraît obéir à une dynamique d'aggravation générale au plan médical**

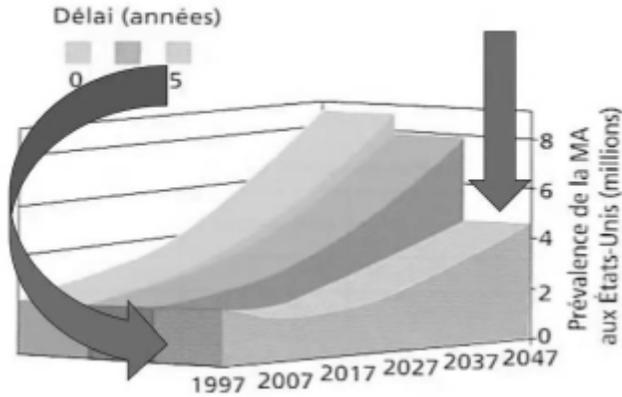
Dans le rapport évoqué précédemment<sup>58</sup>, l'étude que j'ai pu réaliser avec la CNSA sur plus de 500 000 dossiers de résidents en EHPAD, soit quelques 83 % du total desdits résidents, montre que 60 % d'entre-eux présentent un degré élevé de dépendance (GIR1 et GIR2), que plus des deux tiers présentent des troubles neuro-cognitifs en relation avec une affection neuro-évolutive, que le nombre moyen de pathologies s'établit entre sept et huit, et qu'un quart seulement des résidents ne présentent pas de dépendance psycho-cognitives.

**Conclusion**

Dans ce contexte, comment surmonter ces enjeux démographiques et épidémiologiques ?

Ce moyen selon moi est celui de la *prévention*. Si l'on diffère de cinq années l'apparition de ces maladies neuro-évolutives dans leur expression clinique, ce que montre la partie gris clair du schéma n° 13, l'on réduit de moitié le nombre de personnes à prendre en soin parce que l'on réduit la durée de la maladie.

<sup>58</sup> Pr Cl. Jeandel et Pr O. Guérin, unités de soins de longue durée (USLD) et EHPAD, *25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie*, préc.



**Schéma 13 - Effets potentiels d'une intervention qui retarderait l'âge de début de la maladie d'Alzheimer**

(sources : Brookmeyer R et al. Am J Pub Hlth 1998;88:1337-1342)

L'impact favorable d'une telle approche de prévention a été démontré en matière d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral, qui ont vu leur âge moyen de survenue différé de près de quinze années. L'on peut et l'on doit avoir la même ambition pour surmonter l'enjeu démographique lié aux maladies neuro-évolutives, si l'on agit précocement sur les facteurs de risques désormais bien établis de ces maladies.

En effet, toutes les études prouvent que si l'on intervient, à partir de 50 ans, sur un meilleur contrôle, par exemple, de la pression artérielle, du diabète, de l'hypercholestérolémie, etc., l'on peut retarder de quinze à vingt ans l'expression clinique de ces maladies. C'est donc cette voie de la prévention qu'il faut privilégier ; ce qui renforce la pertinence des consultations de prévention à 45 ans, à 65 ans et au-delà.

---

**Anna Khun Lafont**

*Déléguée générale de Matières grises,*  
**modératrice de la table ronde**

Merci beaucoup M. le professeur. La parole est maintenant à Emmanuel Vigneron, professeur émérite des universités et spécialiste de la géographie de la santé et de l'aménagement sanitaire du territoire, pour aborder l'enjeu du vieillissement sous les angles géographique et territorial.

---

**Emmanuel Vigneron**

*Professeur émérite des universités*

*(géographie de la santé et aménagement sanitaire du territoire)*

Merci Mme la présidente. Je remercie également le Conseil d'État de m'avoir invité à participer à ce colloque au thème si important pour l'ensemble de nos concitoyens.

Vous avez souligné que j'étais – depuis seulement deux mois – professeur émérite. À cet égard, j'estime que l'éméritat, réservé à quelques professeurs des universités à la retraite, pourrait être élargi à d'autres professions. Ce serait un puissant moyen d'inclusion des personnes âgées dans une société vieillissante. J'y reviendrai dans ma conclusion.

J'ajoute que pour les jeunes travailler est aussi travailler pour les vieux qu'ils seront demain, ainsi qu'un moyen de retarder leur entrée en dépendance. Tout comme travailler pour les personnes âgées est aussi travailler pour les jeunes, car les besoins des personnes âgées d'aujourd'hui sont bien souvent le reflet des besoins accrus des jeunes.

C'est pourquoi il ne faut pas opposer ces deux catégories de populations. Ce sera l'un des éléments de mon intervention.

### **Des images et des hommes**

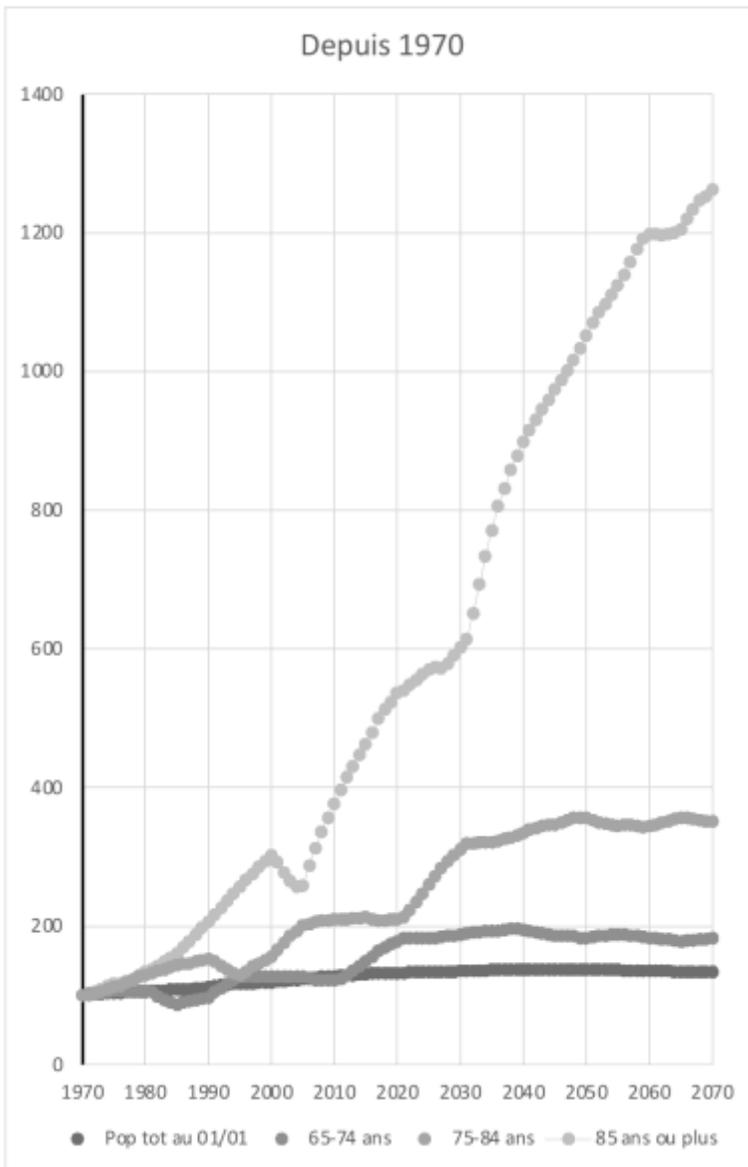
Souvent, l'on pense bien connaître le vieillissement. Pour revenir sur ce sujet très connu, ou qui devrait l'être, je souhaiterais commenter ici des images qui, lorsqu'on les examine, suggèrent une démarche à accomplir et permettent d'aller à l'essentiel sur ce thème.

Traduit en base cent, le premier graphique montre l'évolution de la population française depuis les années 1970.

Si l'on se souvient, avec nostalgie pour les plus anciens d'entre nous, du rapport de proportion entre les âges à cette époque, l'on constate qu'en 2070 le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus sera multiplié par 12,5 ! C'est un chiffre considérable, même s'il s'agit d'une projection dans 50 ans, car il faut prendre en compte le temps nécessaire à la création d'équipements pour accueillir ces personnes âgées, sachant que, dans l'intervalle, entre 2020 et 2070, leur nombre sera multiplié par 2,5 !

Cela nous laisse très peu, voire trop peu de temps pour réagir de façon *optimum*.





**Évolution de la population de 1970 à 2070 (scénario central)**

(source : INSEE)

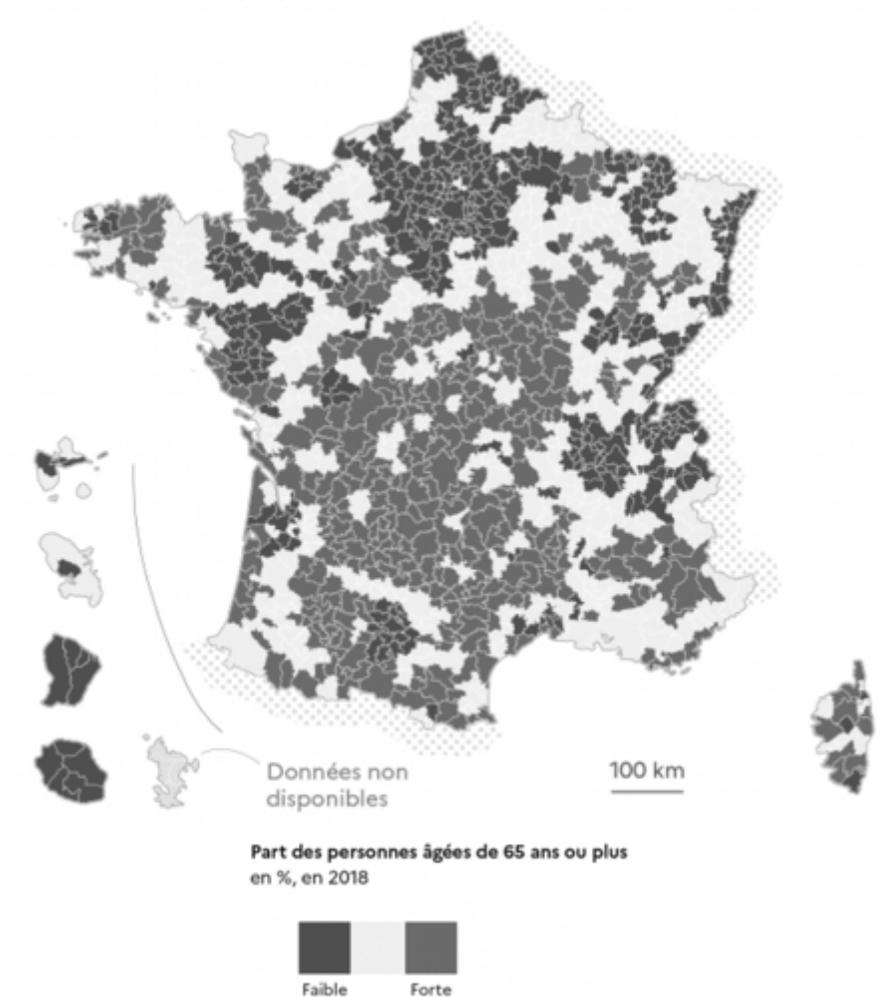
Ces courbes sont si connues qu'il semble qu'on les oublie parfois. Pourtant, nous avons la chance en France, notamment grâce à l'INED et l'INSEE, à leurs chercheurs de très haut niveau et aux mathématiques françaises, d'avoir une science des projections démographiques performante et continue depuis Adolphe Landry<sup>59</sup> et Alfred Sauvy<sup>60</sup>.

59 Adolphe Landry (1874-1956), économiste et homme politique français.

60 Alfred Sauvy (1898-1990), économiste, démographe et sociologue français.

Il s'agit de données scientifiques solidement établies qui nous permettent de déterminer avec certitude, ou à tout le moins une relative certitude, ce que sera demain le vieillissement en France. Cependant, nous avons encore trop tendance à regarder ces courbes de loin, pensant que cela concerne certes tout le monde, mais qu'au fond, une année succédant à l'autre, et avec l'effet d'inertie du phénomène démographique inscrit dans le temps long, les choses ne se produisent pas si vite que cela, et qu'*in fine* nous nous y adapterons. C'est là une erreur d'appréciation. Pour imaginer, l'on pourrait dire qu'il en va de du vieillissement comme de la fonte de la banquise : les experts ont raison, leurs calculs sont bons, mais l'on n'y croit pas et finalement quand on s'en rend compte, ça va encore plus vite.

Une autre approche de la population française concerne la répartition des personnes âgées au sein de l'Hexagone, et plus précisément leur concentration dans certaines zones géographiques.



**Part des personnes âgées de 65 ans ou plus en % en 2018**

(source : INSEE, RP 2018)

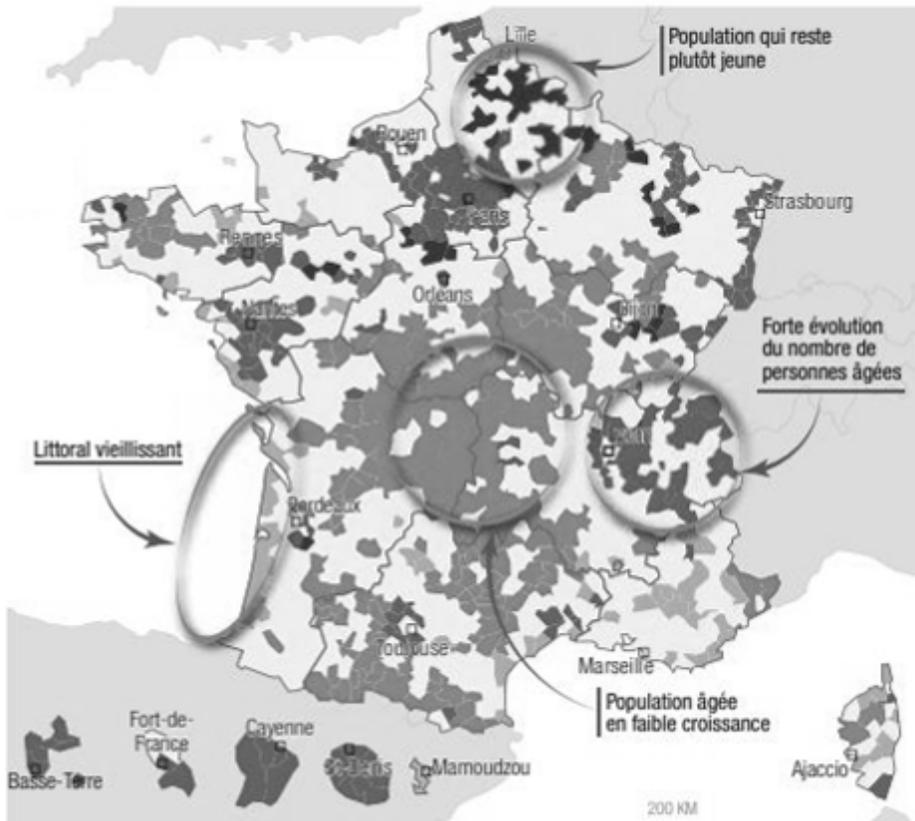


L'on distingue ici une dichotomie très nette entre les zones peuplées du bassin parisien, du nord et de l'est de la France, et le reste du pays en dehors des Alpes et de quelques grandes agglomérations urbaines comme, par exemple, les zones urbaines de Bordeaux, Montpellier, Nantes ou Brest.

Cette carte est simple mais parlante. Elle montre que les « enjeux du vieillissement », évoqués par le vice-président Tabuteau en introduction, ne sont pas les mêmes selon les zones géographiques.

De sorte qu'apparaît ici la nécessité de mettre en place une politique différenciée selon les territoires ; une politique du « cousu main » qui est aussi un puissant moyen de cohésion républicaine, car l'on ne peut pas avoir les mêmes politiques publiques dans les territoires à forte densité de personnes âgées et dans ceux où elles sont faiblement présentes, sauf à vouloir les reléguer dans les zones de faible densité.

C'est pourquoi une meilleure connaissance du territoire et des populations âgées est nécessaire.



**Typologie des populations et évolution de leur nombre entre 1990 et 2013**

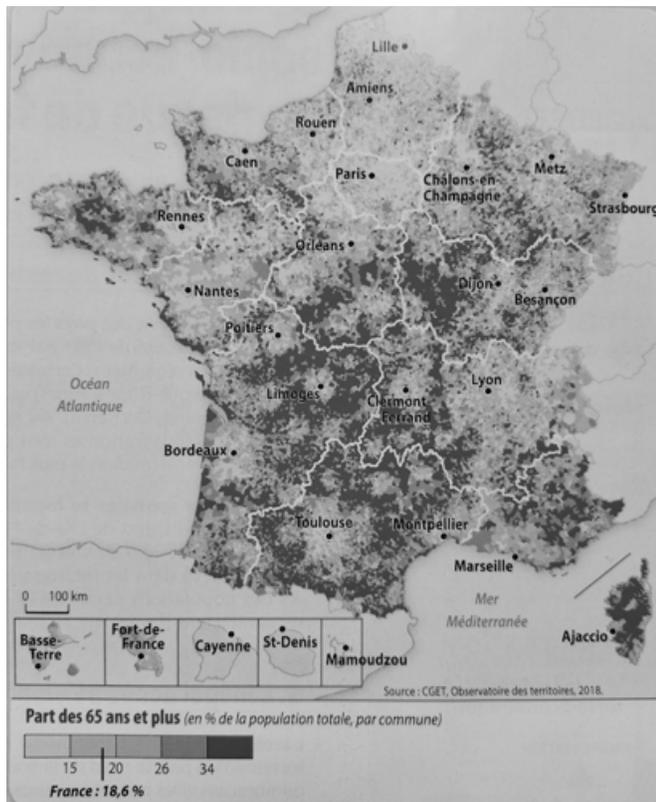
(source : laboratoire d'idées Matières Grises)



Dans ce contexte, il nous faut affiner notre connaissance du vieillissement par zone territoriale, en établissant des typologies par l'analyse factorielle, en croisant de multiples indicateurs pour essayer de comprendre que cette répartition n'est pas due au hasard, mais qu'elle forme des conglomérats marqués par une très forte autocorrélation spatiale signifiant que les voisins ont tendance à se ressembler et donc à former des types régionaux ou sous-régionaux.

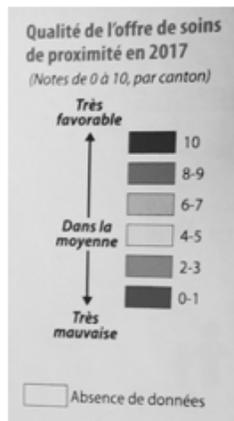
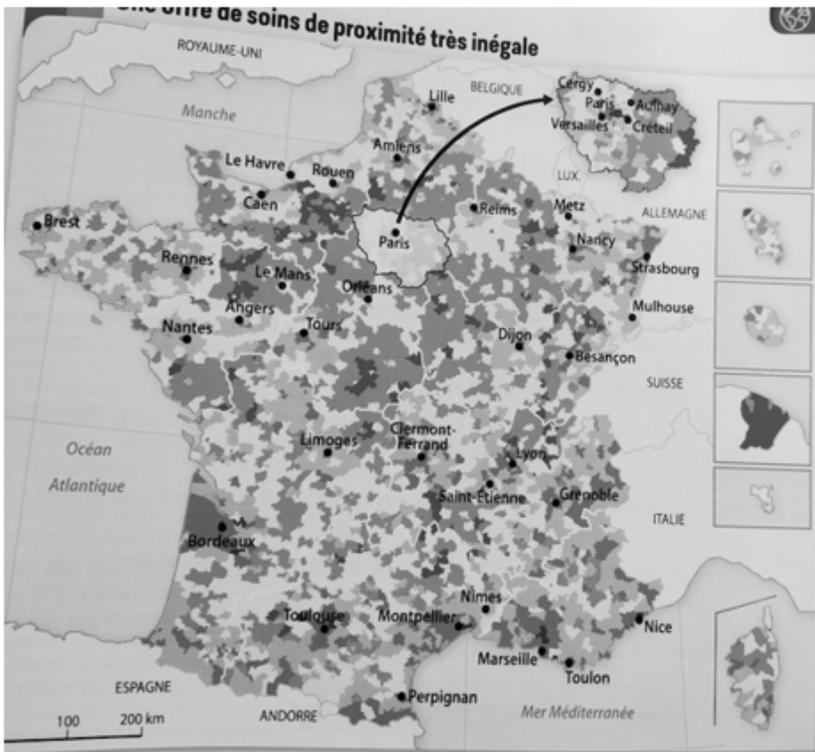
Le schéma, ci-dessus, illustre également la présence importante ou pas des personnes âgées sur certaines zones du territoire national, notamment en périphérie des grandes villes ou agglomérations, ainsi que leur évolution sur les différents territoires. Cette carte a été produite par le laboratoire d'idées Matières grises dans l'une de ses notes, mais elle mériterait d'être davantage approfondie en croisant de multiples déterminants économiques et sociologiques ayant trait aux conditions de vie des personnes âgées, pour affiner nos commentaires et notre connaissance du vieillissement au sein d'un territoire donné.

De la même façon, une carte reste peu utile si elle ne peut pas être comparée. C'est pourquoi les deux schémas suivants permettent d'affiner la présence et la répartition des personnes âgées au sein des communes françaises, et de mettre en regard de celle-ci l'offre de soins de proximité.



**Part des 65 ans et plus, en % de la population totale par commune**

(source : géographie 1re (2019) manuel élèves, éd. Magnard)



**Qualité de l'offre de soins de proximité en 2017**  
(source : E. Vigneron, journal *Le Monde* du 13/10/2017)

Cette analyse, à travers des documents mis en regard les uns des autres, s'apparente à une approche heuristique permettant de tendre vers la vérité pour lancer des pistes explicatives que l'on testera ensuite par d'autres méthodes.

En l'occurrence, les deux schémas précédents permettent de faire le lien entre la présence des personnes âgées sur un territoire donné et l'équipement médical et paramédical dudit territoire (allant ici des pédicures aux médecins spécialistes).

Ainsi, confronter ces cartes sur la base d'indicateurs ou de travaux de qualité permet de réfléchir aux besoins d'équipement de la France, ce qui est une manière de relancer à la fois l'activité économique et la solidarité intergénérationnelle, et surtout d'anticiper les changements qui nous attendent en pensant à une sorte de plan d'équipement des ressources en faveur du vieillissement pour anticiper l'avenir, notre avenir, qui est, comme chacun sait, de devenir vieux.

De sorte que nous pourrions résumer notre approche de la façon suivante :

### Pour demain :

- Plus de géographie
- Plus de typologies
  - Et en parallèle :
- définir des besoins sur des bases médicales
- Ne pas avoir peur d'édicter des normes ( ce n'est pas un gros mot)
  - Parvenir à
- Calculer des besoins par territoire
- Equiper les territoires selon un plan raisonné et raisonnable

Notons qu'en France l'on ne fait pas assez de géographie, sans doute pour des raisons historiques notamment liées à la formation des élites. Ce qui fait que l'on a trop longtemps négligé le territoire, et qu'aujourd'hui les irrégularités territoriales sont si nombreuses qu'elles s'imposent à nous.

Aussi faut-il faire plus de typologies, c'est-à-dire moins décrire ou raconter, et davantage chercher à expliquer par le croisement d'indicateurs ce qui, en parallèle, permet(trait) de définir les besoins sur des bases médicales.

Dans ce contexte, il est nécessaire de rétablir un équilibre en fixant des normes ou des objectifs précis pour calculer les besoins par territoire selon un plan raisonnable et raisonné, tout en réfléchissant aux besoins des générations futures, afin d'anticiper la mise en place des équipements dont elles auront besoin en vieillissant.



## Conclusion

Si nous le voulions « *tout ne serait que merveille* » disait Éluard<sup>61</sup>. Sans jouer les poètes, je pense que nous pouvons considérer que le vieillissement est aussi une chance.

C'est ce que nous ont prouvé, il y a déjà bien longtemps, par exemple, Molière<sup>62</sup>, Diderot<sup>63</sup> ou Voltaire<sup>64</sup>, le vieillard de Ferney âgé de plus de 80 ans à son décès, tout comme le sculpteur Houdon<sup>65</sup>. Et avant eux Caton<sup>66</sup>, ou après eux Hugo<sup>67</sup>.

Cela nous permet de rester confiants sur les capacités de la France à se développer, à produire, à inventer et à créer avec toutes ces personnes âgées, et considérer que celles-ci peuvent être une richesse pour notre pays. Mais il y a une condition à respecter pour cela : l'inclusion des personnes âgées. Il faut donc éviter de constituer en France, comme on a pu le faire aux États-Unis, par exemple, en Arizona ou ailleurs, des ghettos de vieux, et chercher à favoriser par tous les moyens l'inclusion des personnes âgées dans la vie, non seulement sociale, mais aussi économique et intellectuelle du pays.

De ce point de vue-là, je reviens sur la façon dont j'ai été présenté en regrettant que l'éméritat soit un statut qui n'existe que pour les professeurs des universités, ce qui est tout à fait dérogatoire au droit commun, et qu'il n'y ait pas davantage d'« éméritants » dans les entreprises ou les administrations, où le passage de l'état d'actif à l'état de retraité est bien trop brutal et représente une perte de savoir-faire – que l'on soit menuisier ou haut-fonctionnaire – tout à fait dommageable pour notre société.

C'est pourquoi il faut réfléchir à des formes d'inclusion des personnes âgées, à l'image de celles qui reçoivent des enfants dans leur EHPAD, ce qui m'a toujours apparu être une rencontre très positive pour les uns comme pour les autres.

---

**Anna Khun Lafont**

*Déléguée générale de Matières grises,*  
**modératrice de la table ronde**

Merci M. le professeur pour votre intervention et pour ce message ou scénario optimiste. Quelqu'un veut-il réagir à ce qui vient d'être présenté ?

---

61 P. Éluard (1895-1952) et M. Ray (1890-1976), *Les Mains libres*, éd. Jeanne Bucher, Paris, 1937.

62 Jean-Baptiste Poquelin, dit Molière (1622-1673), comédien et dramaturge français.

63 Denis Diderot (1713-1784), écrivain, philosophe et encyclopédiste français.

64 François-Marie Arouet, dit Voltaire (1694-1778), écrivain, philosophe, encyclopédiste et homme d'affaires français.

65 Jean-Antoine Houdon (1741-1828), sculpteur français.

66 Marcus Porcius Cato, dit Caton l'Ancien (234 av. JC-149 av. JC), homme politique et écrivain romain.

67 Victor Marie Hugo (1802-1885), écrivain, romancier, poète et dramaturge français.

Je pense qu'il faut lier l'idée de « scénario optimiste » à la notion de « parcours » en précisant de quel type de parcours il s'agit : parcours de soins, parcours de santé ou parcours de vie, car cela emporte des conséquences différentes.

Avec Dominique Libault, nous avons remis, en 2013, à la ministre de la santé et des affaires sociales un rapport sur les parcours de santé<sup>68</sup>, non pas de soins, mais de santé, car le sens est plus large. Il ne s'agissait pas non plus de parcours de vie, car la notion est trop ambitieuse et sans doute ici inopportune. Cela concernait les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), c'est-à-dire les personnes de 75 ans et plus en situation de fragilité, ou encore autonomes mais dont l'état de santé peut se dégrader pour raisons médicales et/ou sociales.

Cela vise bien le sujet que j'ai tenté de développer : identifier pour chacun un moment donné de sa trajectoire de vie, sans lien avec son âge, car le temps est le même pour tous. Or l'on doit s'interroger au moment de ce changement de trajectoire, c'est-à-dire au moment de l'apparition des premiers symptômes qui nous font passer d'une courbe statistique à l'autre, avec, par exemple, la perte de sa robustesse, ou de ses moyens cognitifs, locomoteurs ou sensoriels ; c'est-à-dire au moment de l'apparition des premiers signes d'amoindrissement de ses facultés.

Dans ce contexte, le danger à craindre est que lorsque l'on est trop proche des personnes que l'on côtoie, l'on est mal placé pour constater cette notion de changement ressenti. L'on dit souvent que le médecin vieillit avec ses malades ; de sorte qu'il n'est pas non plus la meilleure sentinelle pour juger des changements de ses patients. Pourtant, la médecine moderne dispose de tous les instruments de mesure pour évaluer nos fonctions. Il faut donc engager cette démarche de prévention et de repérage des changements de chaque personne vieillissante sans *a priori* et de façon la plus neutre possible.

Il ne s'agit pas non plus de banaliser le changement, mais d'essayer de le comprendre, car au-delà de ces analyses se cache peut-être une maladie insidieuse que nous avons la chance de pouvoir traiter à ses débuts, c'est-à-dire au moment où la médecine est la plus efficace. Et quand bien même l'on ne trouverait pas une maladie liée au vieillissement, l'on suit la personne parce que cette maladie peut se déclarer un peu plus tard. Enfin, en l'absence de détection de maladie, nous réintégrons la personne parmi les bien portants, afin de lui donner accès à toutes les solutions, notamment à l'intervention multi domaines (conseils d'alimentation et d'activité physique adaptée, stimulation intellectuelle, lien social, etc.).

---

68 Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (D. Libault, prés.), *Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes*, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), janvier 2013.

Ce type d'approche demande du temps. Or, aujourd'hui, rien n'est organisé en ce sens. Ainsi, lorsqu'une personne va chez son médecin c'est généralement qu'elle a un problème ; problème auquel le médecin va s'intéresser le temps de la visite, mais sans poser de question sur cette notion de changement dont le patient ne parle pas.

Pour répondre à cette problématique, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a développé le programme ICOPE (« *Integrated Care for Older People* » ou soins intégrés pour les personnes âgées) pour les personnes de soixante ans et plus. Il s'agit d'un programme qui repose sur l'évaluation et le suivi des fonctions de la capacité intrinsèque (mobilité, nutrition, vue et audition, état psycho-social, cognition), et bien sûr le soutien et la participation des professionnels du secteur sanitaire, médico-social et social.

D'autres réponses existent, comme, par exemple, une révision de l'offre de soins qui tiendrait compte de l'aspect territorial, souligné notamment par le professeur Vigneron.

Enfin, à un moment donné, il faut pouvoir admettre que le lieu de vie ordinaire n'est plus adapté, voire qu'il devient délétère pour la personne elle-même. L'hospitalisation et le placement en institution deviennent alors une nécessité qui ne présente rien de honteux.

Au final, le concept de parcours de santé apparaît donc comme un mécanisme relativement simple destiné à placer la personne au bon endroit, au bon moment, afin qu'elle soit prise en soins par les bonnes personnes et au moindre coût.

---

**Anna Khun Lafont**

*Déléguée générale de Matières grises,*  
**modératrice de la table ronde**

Merci à tous nos intervenants. Nous passons aux questions du public.





# Échanges avec la salle

---

## *Question du public*

*Comment expliquer que notre regard sur les personnes âgées ait évolué de l'ancêtre respecté à l'aîné isolé ?*

---

*Jean Viard*

*Les sociétés actuelles évoluent très rapidement, et nous ne nous trouvons plus dans le même contexte. Auparavant, les innovations techniques mettaient des siècles ou des décennies à passer d'une région à une autre. Aujourd'hui, nous sommes tellement bousculés par les nouveaux moyens de transport ou par les innovations technologiques, notamment numériques, que la personne âgée apparaît plus comme un élément décalé que comme une référence, sauf si on lui restitue sa fonction de « passeur de valeur ». C'est pourquoi il est nécessaire d'intégrer la sagesse des personnes âgées qui sont des transmetteurs de savoirs comme, par exemple, celles qui furent témoins de la seconde guerre mondiale. Cela représente un véritable enjeu. C'est pour cette raison que j'ai cité Edgar Morin. Il faut donc réfléchir à toutes ces approches où la profondeur du temps reste une force et un atout majeur pour l'action future.*

*C'est une démarche qui peut paraître difficile, surtout quand, par exemple, le marché du travail rejette les personnes à partir de 55 ans.*

*Une idée serait de créer un cercle des centenaires pour réfléchir au monde de demain. Ce serait intéressant de voir comment ces personnes (très) âgées se représentent le futur. En tout cas, l'idée que le vieux possède une dimension de sage doit être reconstruite.*

*Autrefois, les vieux étaient rares et étaient essentiellement des hommes, parce que beaucoup de femmes mouraient en couches. Grâce à Dieu, ce temps est révolu. Mais aujourd'hui, pour des raisons tenant à l'hygiène de vie (tabagisme et alcool), l'on compte beaucoup plus de vieilles dames que de vieux messieurs.*

*Malgré cela, les vieux sont de plus en plus nombreux. Et la question de bâtir l'âge vieux comme un âge social démocratique, comme un âge social des solidarités est un enjeu. C'est pour cela que je suis pour le travail des personnes âgées (qui le souhaitent). Interdire aux gens de travailler en raison de leur âge n'a aucun sens.*

*Pour moi, les vieux sont utiles à la construction du groupe social, à la consolidation des familles et à la construction de la solidarité. Ils ne sont pas simplement coûteux. Ils sont une chance pour construire une nouvelle société plus apaisée et solidaire.*

---

## *Question du public*

*La place quantitative et/ou qualitative des vieux en France est-elle équivalente à celles occupées par les personnes âgées d'autres pays européens ?*

---

*Emmanuel Vigneron*

*D'un point de vue quantitatif, le vieillissement de la population est le même partout. Cependant, d'un point de vue qualitatif, le traitement n'est pas identique.*

*Par exemple, dans les pays du nord la population est plus concentrée et de taille plus restreinte ; aussi les moyens sont-ils plus importants, mieux réparties et mieux suivies. C'est pourquoi ces pays réussissent mieux que nous en matière d'inclusion des personnes âgées et de traitement du vieillissement. Il est donc important, notamment pour la France, de favoriser l'inclusion des personnes âgées en rendant les plus jeunes conscients que le processus de vieillissement les concerne également, ayant eux-mêmes commencé à vieillir, et que l'on ne doit pas établir de dichotomie entre jeunesse et vieillesse, car ce n'est qu'un vaste continuum.*

*Il faut également rappeler que ce que l'on donne aux uns revient ensuite aux autres par l'effet dévolutif de la transmission intergénérationnelle. À titre personnel, j'ai toujours été surpris de constater que les personnes âgées sont un sujet quelque peu délaissé, y compris chez les très hauts fonctionnaires. Toute ma vie j'ai côtoyé des inspecteurs généraux, des directeurs d'établissements, etc. qui, une fois à la retraite, sont très vite oubliés ; alors même qu'ils ont beaucoup de compétences à transmettre et que trop d'entre eux ne vieillissent pas si bien que cela.*

*Certes, certains continuent à, ou tentent de le faire, mais sur une base de volontariat sans statut. L'on dit « directeur d'hôpital honoraire », mais cela signifie « à la retraite », c'est-à-dire parti. Alors pourquoi un « directeur d'hôpital émérite » n'existerait-il pas ? Quand on est « professeur émérite », l'on a encore dix ans d'encadrement devant soi, et plus encore par les moyens de l'édition. Je crois qu'il n'y a pas que les grandes personnalités, comme par exemple Edgar Morin, qui ont des choses à dire. Je pense au contraire que de nombreuses personnes sont porteuses de savoirs, de compétences acquises par l'expérience dans les problèmes pratiques, dans l'exercice d'un métier qui seraient utiles aux jeunes d'aujourd'hui. Trop nombreux sont ceux qu'il est trop tard quand on s'aperçoit qu'ils manquent, que la chaîne des savoir-faire est rompue, etc. Cela est évidemment très sensible dans un ancien grand pays industriel qui ne l'est plus, et que l'on voudrait bien voir se réindustrialiser.*

*Peut-être qu'à l'origine, le respect relatif accordé hier aux anciens résidait dans le savoir empirique qui était celui des campagnes françaises, agricole ou proto-industriel. À l'époque, beaucoup de savoirs se transmettaient de manière orale*

(sur la façon de tailler une vigne, de préparer une fosse à purin, de planter des tomates, de fabriquer des manches d'outils, de conserver de la glace, etc.). De nombreux films du cinéma français d'avant-guerre témoignent de ce passé que les Trente Glorieuses ont balayé. L'ouvrage éponyme de Jean Fourastié s'ouvre, on s'en souvient, sur ce constat de la transformation radicale<sup>69</sup> et à un rythme qu'il n'avait jamais connu en quelques millénaires d'histoire d'un village, Douelle dans le Lot, entre 1945 et 1975. Ce transfert de savoirs se réalisait par la présence et la participation de la personne âgée qui est, par exemple, sur le bord du potager, mais qui va coopérer à sa plantation. Je crois beaucoup à des choses simples de cette nature pour favoriser l'adhérence à la vie de la personne âgée, lui signifier qu'elle n'est pas inutile et aussi, et surtout, pour favoriser la transmission des savoir-faire entre les générations.

L'on peut aussi penser aux transmissions des compétences dans l'artisanat, mais également à des choses plus simples comme des conseils de lectures pour transmettre, par exemple, les éléments clés de l'histoire de France aux enfants.

Je terminerai par une phrase de Pierre Drieu La Rochelle<sup>70</sup> que je n'aime pas beaucoup mais qui m'a beaucoup marqué lorsque j'étais jeune étudiant. Et puis c'était avant-guerre, avant qu'il ne verse dans la collaboration. Drieu écrivait que « Les grands-parents sont les vrais parents des enfants, ce sont les nourriciers du cœur »<sup>71</sup>. Cette phrase avait reçu un écho favorable en moi parce qu'elle me parlait de mes grands-parents qui, véritablement, avaient été pour moi ces « nourriciers du cœur ». Ainsi, veiller à ce que les grands-parents aient la possibilité d'être proches de leurs petits-enfants est une chose fondamentale et utile à la fois pour la famille comme pour la société. Ce n'est pas une phrase emphatique, mais une simple analyse pleine de bon sens.

À l'instar de la société, de l'administration, ou de la puissance publique, les grands-parents ont à mes yeux une vocation à aider bien des personnes plus jeunes, qu'elles soient de leur famille ou non. Les personnes âgées ont un rôle irremplaçable à jouer dans une société fondée sur plus de bienveillance et même de gentillesse.

---

Claude Jeandel

J'aborderai cette question sous un autre angle. Grâce à l'approche comparative entre les pays de l'Union européenne, nous constatons un recul de l'espérance de vie en bonne santé en France. En moins de vingt ans, nous sommes passés du troisième au neuvième rang ; plus précisément en neuvième position pour les hommes et en septième position pour les femmes<sup>72</sup>. Tout ne va donc pas pour le mieux, car cela signifie que d'autres pays sont meilleurs que nous.

69 Jean Fourastié, *Les Trente Glorieuses ou la révolution invisible*, éd. Fayard, Paris, 1979.

70 Pierre Eugène Drieu La Rochelle (1893-1945), ancien combattant de la Grande Guerre, romancier, dandy, essayiste, journaliste français, fasciné par le fascisme.

71 P. Drieu La Rochelle, *Rêveuse bourgeoisie*, éd. Gallimard, Paris, 1937.

72 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Études & Résultats*, n° 1213, octobre 2021, p. 4.

---

### *Question du public*

*Vous avez beaucoup utilisé les mots « personnes âgées » et « vieux », mais une seule fois celui de « vieillard ». Y a-t-il une raison à cela ?*

---

*Claude Jeandel*

*Avec ces termes-là, nous sommes dans la sémantique. Mais comme l'a rappelé le vice-président Tabuteau, il faut garder et bien sûr employer ces jolis mots que tente de faire disparaître l'expression administrative de « personne âgée ». Toutefois, chacun utilise le vocable qui lui convient, cela n'a pas d'importance. « Vieux », « vieille » ou « vieillard », ces mots ne sont pas un sujet, car nous sommes ici davantage dans des représentations dont il faut se dégager, afin de sortir des âges et d'éviter de vouloir définir ou catégoriser des populations.*

*C'est pourquoi je pense qu'il faut oublier les concepts de premier, deuxième et troisième âges. J'ai en effet essayé de montrer que ce qui est important, à l'échelon de l'individu, est de discerner la très bonne forme comme celle, par exemple, du sociologue Edgar Morin ou d'autres personnalités connues.*

*À titre personnel, j'ai la chance d'avoir encore ma mère qui est âgée de 104 ans. Elle n'est pas en EHPAD, mais elle est GIR4. Fort heureusement, nous constatons que de nombreuses personnes âgées restent en bonne santé. Bien sûr, cela ne signifie pas qu'elles ne sont pas indemnes de maladies, mais au moins elles n'ont pas de maladies majeures qui impactent leurs fonctions, ce qui leur permet de vivre quasi-normalement. À cet égard, on notera que la catégorie dite « des robustes » se base à la fois sur l'utilisation de leurs fonctions et sur la possibilité d'être en lien avec les autres. A contrario, lorsque certains contractent des maladies ils basculent dans le champ de la médecine. Entre les deux, se trouvent les « fragiles » qu'il faut identifier, car ils peuvent basculer plus vite dans la catégorie des malades ; mais ils peuvent aussi revenir dans la bonne catégorie.*

*Dans ce contexte, les mots marquant la vieillesse (aîné, vieux, etc.) apparaissent comme un choix personnel et sont donc à choisir selon sa volonté. Par contre, il faut garder à l'esprit que chaque personne âgée a un nom et un prénom qu'il ne faut pas oublier de leur donner à chaque rencontre.*

---

**Anna Khun Lafont**

*Déléguée générale de Matières grises,  
modératrice de la table ronde*

Merci beaucoup à nos trois orateurs et au public pour ces interventions éclairantes qui permettent d'alimenter les réflexions de ce colloque.

Au terme de cette première table ronde, je retiens trois préconisations que vous avez chacun soulignées. Le professeur Jeandel nous a invités à nous concentrer

sur la prévention précoce pour affronter avec davantage de sérénité le défi du vieillissement. M. Viard, quant à lui, s'est notamment interrogé sur le choix de vivre demain en famille avec ses vieux parents. Enfin, le professeur Vigneron nous a invité à développer une analyse géographique détaillée pour anticiper les besoins d'équipement en France en faveur du vieillissement, et à généraliser l'éméritat pour renforcer les liens intergénérationnels.





# Les enjeux actuels des politiques sociales du vieillissement

Malgré plusieurs réformes, des crédits publics en hausse, et de nombreux rapports dédiés au sujet depuis vingt ans, 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.

Dans ce contexte, la deuxième table ronde s'intéresse aux enjeux actuels de ces politiques sociales, et plus particulièrement aux métiers sociaux du grand âge et au phénomène de la pauvreté liée au grand âge.

Le modèle actuel de l'EHPAD semble concentrer ces difficultés et devient même, dans certains cas, maltraitant.

Cette table ronde envisage également les différents leviers pour faire émerger l'EHPAD de demain *via* notamment une meilleure intégration entre domicile et établissement de santé, un renforcement de la place du résident et de ses proches, ou encore une réforme de la gouvernance et des contrôles.

## Sommaire

Biographie des intervenants.....	65
Actes de la table ronde.....	69
Échanges avec la salle.....	97



# Biographie des intervenants

---

*Les fonctions mentionnées sont celles exercées à la date de la conférence*

## Modérateur

### **Denis Piveteau**

*Président de la 5<sup>e</sup> chambre de la section du contentieux du Conseil d'État*

Ancien élève de l'École polytechnique (1982), docteur ès sciences et ancien élève de l'École nationale d'administration (promotion « Condorcet »), Denis Piveteau est 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. Il a par ailleurs 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 également été professeur associé à l'université Paris-Nanterre entre 2014 et 2017.

## Intervenants

### **Michel Borgetto**

*Professeur émérite de l'université Paris Panthéon-Assas*

Docteur en droit et agrégé de droit public, Michel Borgetto est professeur émérite de l'université Paris 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 essentiellement sur l'histoire de l'idée républicaine (*La notion de fraternité en droit public français*, éd. LGDJ, 1993 ; *La devise « Liberté, égalité, fraternité »*, éd. PUF, 1997), et sur les politiques sociales et le droit de la protection sociale. Il a dirigé et coordonné plusieurs ouvrages dont *Le tiers secteur au Royaume-Uni et en France : déclin ou perfectionnement de l'État-providence ?* (avec G. Gadbin-George, éd. Panthéon-Assas, 2021) ; *La protection sociale au Maghreb et en France. Regards croisés* (avec M. Chauvière, éd. Mare & Martin, 2021), ou *Quelle(s) protection(s) sociale(s) demain ?* (avec A.-S. Ginon et F. Guiomard, éd. Dalloz, 2016). Directeur de la *Revue de droit sanitaire et social* (Dalloz), il est notamment l'auteur (avec R. Lafore) de *La République sociale* (éd. PUF, 2000), du Précis Domat *Droit de l'aide et de l'action sociales* (éd. LGDJ/Lextenso, 11<sup>e</sup> éd., 2021) et du Précis Dalloz *Droit de la sécurité sociale* (19<sup>e</sup> éd., 2019).

### **Virginie Lasserre**

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

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 des politiques 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 (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. En 2012, elle est nommée sous-préfète de Château-Thierry (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 groupement d'intérêt public (GIP) Groupement Inter-Établissements Gériatriques et Handicap 87, directeur d'hôpital honoraire, ancien élève de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), 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.

### **Martine Gaboyer**

*Vice-présidente de l'Union nationale ADMR (Aide à domicile en milieu rural)*

Martine Gaboyer a eu un parcours de vie professionnelle dans le social, le commerce, et le médico-social. Les quinze 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 (PUV), habitat partagé pour héberger des personnes vivant avec un handicap ; et en second projet l'ouverture d'un service de soins infirmiers à domicile (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 celle du 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 sept départements autour de Paris pour Petits Frères des Pauvres, et a accompagné la mise en place du nouveau projet associatif et 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 rejoint l'équipe nationale de l'association et prend 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, de les transmettre, et de soutenir le réseau associatif sur les situations d'accompagnements complexes ou qui se déroulent dans certains lieux particuliers.





# Actes – Les enjeux actuels des politiques sociales du vieillissement

---

---

**Denis Piveteau**

*Président de la 5<sup>e</sup> chambre de la section du contentieux du Conseil d'État,*  
**modérateur de la table ronde**

La deuxième table ronde de ce colloque nous rassemble autour d'un titre à la fois ambitieux et ample : les enjeux actuels des politiques sociales du vieillissement.

Pour développer ce sujet, j'ai l'honneur et le plaisir d'accueillir cinq intervenants : Michel Borgetto, professeur émérite à l'université Paris Panthéon-Assas, auteur de nombreux ouvrages en droit social et directeur de la *Revue de droit sanitaire et social* (RDSS) qui aborde les champs croisés du droit de la santé et du droit de la protection sociale ; Virginie Lasserre, directrice générale de la cohésion sociale au ministère de la santé et des solidarités ; Philippe Verger, directeur d'hôpital honoraire et professeur associé à l'université de Limoges ; Martine Gaboyer, vice-présidente de l'association Union nationale de l'Aide à domicile en milieu rural (ADMR), qui nous expliquera en quoi la problématique du grand âge concerne pleinement son association ; et Claire Granger, directrice des ressources pour l'accompagnement à l'Association Petits Frères des Pauvres.

Dans un premier temps, je demanderai à M. Borgetto en tant qu'universitaire de nous donner son point de vue académique sur le sujet, et à Mme Lasserre en tant que directrice d'administration centrale de nous présenter les grands axes, les principales dimensions de ce que l'on peut nommer les politiques sociales du vieillissement. Puis, dans un second temps, je donnerai la parole aux trois autres intervenants pour qu'ils nous précisent leurs champs d'investissements propres, avant de clôturer notre table ronde avec les questions du public.

Mais avant de laisser la parole aux intervenants, je souhaiterais faire quelques remarques.

Sans remonter à la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux « vieillards »<sup>73</sup>, il faut noter que toute la matrice de l'aide sociale actuelle s'est façonnée autour de cette approche-là, alors même qu'aujourd'hui nous nous trouvons dans un contexte qui est radicalement différent.

Il y a un siècle, les « personne âgée », prises ici dans le sens purement conventionnel des personnes de 75 ans et plus, ne représentaient en France que quelques 6 % de la population, et étaient dans une situation très précaire sur les plans économique et financier.

---

73 Loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables.

Actuellement, les mêmes personnes âgées représentent près du double, au moins 10 % de la population, sans compter tout l'entourage dont on a déjà parlé. Bien sûr, ce groupe n'est pas homogène. Il présente de fortes disparités, notamment en termes de revenus, mais il reste globalement marqué par un niveau de vie supérieur à la moyenne nationale.

En matière de santé aussi le contexte a complètement changé. Car l'on a vu, au cours des vingt dernières années du XX<sup>e</sup> siècle, s'imposer deux nouvelles problématiques, décrites précédemment par Claude Jeandel : la polypathologie et la perte d'autonomie.

Au sujet de la polypathologie, on peut noter qu'elle a irrigué le champ de l'action publique au début du XXI<sup>e</sup> siècle avec la thématique de médicalisation des EHPAD, qui semble à peine s'achever actuellement, ce que confirmeront ou infirmeront les participants de notre table ronde.

Plus généralement, nous avons collectivement essayé d'appréhender tous les contours de ces deux grandes thématiques de polypathologie et de perte d'autonomie par plusieurs réformes successives, notamment récemment celle de la structuration des services d'aide à domicile, et de l'intégration beaucoup plus fluide et naturelle de la prise en compte de l'aide, du soin ou du service d'aide à domicile. Ces aspects ouvrent également sur les enjeux de la médicalisation et de la perte d'autonomie.

C'est ainsi que nous disposons maintenant dans le droit positif d'une cinquième branche de la Sécurité sociale consacrée à la perte d'autonomie. Ce qui, comme l'ont rappelé Jean Viard et Emmanuel Vigneron, fait surgir de nouvelles questions sur l'utilité sociale, sur l'insertion sociale et, par voie de conséquence, sur les enjeux d'urbanisme et/ou d'aménagement du territoire, ainsi que des enjeux plus globaux liés à la place de la fragilité dans le regard que l'on porte aux personnes âgées, à la manière de penser l'âge et le vieillissement, et *in fine* à la place des personnes âgées dans la société.

Pour traiter de tous ces sujets, et avec la volonté de conserver à cette séance toute l'ampleur qu'elle a déjà eue avec la première table ronde, je donne la parole au professeur Borgetto pour un premier paysage introductif.

---

**Michel Borgetto**

*Professeur émérite de l'université Paris Panthéon-Assas*

Merci M. le président. Pour présenter les choses clairement, les politiques sociales de la vieillesse peuvent être regroupées en trois grandes catégories : les politiques qui visent à apporter un soutien financier aux personnes âgées, celles qui visent à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, et les politiques qui visent à fournir ou à proposer des structures d'accueil aux personnes âgées qui ne sont plus en mesure de rester chez elles.

À chacune de ces grandes politiques sont attachés des enjeux plus ou moins importants.

## 1. Le soutien financier aux personnes âgées

Les politiques de soutien financier aux personnes âgées soulignent des enjeux prépondérants liés à la pauvreté au grand âge.

Certes, les statistiques indiquent que les personnes âgées de 60 ans et plus ont globalement un meilleur niveau de vie que les moins de 60 ans. Cependant, ceci ne signifie pas que les personnes âgées ne soient pas confrontées à un phénomène de pauvreté.

Or l'on observe aujourd'hui que 11,2 % des personnes de plus de 65 ans ont des ressources inférieures au seuil de pauvreté, et cette proportion augmente avec l'âge. Par ailleurs, il faut noter que si le montant du minimum vieillesse s'est fortement accru depuis quatre ans, passant de 803 euros par mois en 2017 (pour une personne seule) à 916 euros en 2022, ce minimum vieillesse reste cependant en deçà du seuil de pauvreté, lequel s'établit à 1 063 euros par mois pour une personne seule<sup>74</sup>. Il en va de même du minimum contributif de retraite qui, comme chacun sait, s'établit à un niveau inférieur au seuil de pauvreté.

Deux enjeux se révèlent donc particulièrement importants.

-- Le premier enjeu concerne les limites des dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie – point qui sera abordé lors de la troisième table ronde. Notons qu'en matière d'hébergement, l'on peut pointer deux problèmes importants : celui de la mise en œuvre de l'obligation alimentaire lorsqu'une personne âgée doit aller dans une structure d'accueil et que l'on demande d'abord aux enfants jusqu'à quel montant ils peuvent contribuer en termes d'aide ; et le problème des recours en récupération sur succession qui s'effectuent au premier euro – point que je ne développerai pas.

-- Le second enjeu concerne la politique du « bien vieillir » et porte sur la qualité de vie offerte à la personne âgée. À cet égard, il faut souligner ici les liens étroits existant entre pauvreté et isolement social. En effet, selon les enquêtes, il y aurait aujourd'hui en France quelques 530 000 personnes en situation de mort sociale, c'est-à-dire sans aucun lien de nature familiale ou amicale et, au-delà de ce chiffre, deux millions de personnes sans lien de voisinage ou de sociabilité via les réseaux associatifs.

Certes, la pauvreté ne génère pas forcément l'isolement social, mais elle y contribue fortement. C'est pourquoi il est nécessaire de lutter contre l'isolement, non seulement pour améliorer le bien vivre et le bien vieillir, mais aussi pour prévenir la perte d'autonomie dans la mesure où une personne isolée décline plus rapidement qu'une personne entourée.

De là découle la nécessité d'augmenter les ressources des personnes âgées confrontées à la pauvreté. À cet égard, l'on observera que lors de la campagne présidentielle 2022 la plupart des candidats ont proposé d'augmenter l'allocation

---

74 Le nombre de personnes âgées bénéficiaires du minimum vieillesse a augmenté, depuis 2017, en liaison avec la hausse du montant de l'allocation : fin 2017, il y avait 552 000 bénéficiaires, mais 635 000 bénéficiaires fin 2020.



de solidarité aux personnes âgées (ASPA), anciennement appelée « minimum vieillesse », ou le minimum contributif, voire pour certains les deux en même temps<sup>75</sup>.

## 2. Le maintien à domicile des personnes âgées

En matière de politique de soutien à domicile, deux enjeux se révèlent particulièrement déterminants.

-- Le premier enjeu porte sur l'accompagnement assuré par les aidants, qu'il s'agisse de professionnels spécialisés dans le grand âge, ou de proches aidants.

En ce qui concerne les professionnels spécialisés, les besoins sont immenses ; à tel point que leur recrutement est estimé par le ministère de l'emploi à quelques 350 000 personnes d'ici 2025.

Cela pose plusieurs questions. La première concerne la formation de ces professionnels, qui renvoie au problème des voies d'accès et de l'adéquation de l'offre de formation aux besoins à satisfaire, ainsi qu'aux difficultés de la prise en compte des aptitudes relationnelles du futur professionnel, notamment pour les directeurs d'EHPAD qui doivent faire preuve d'un minimum d'empathie avec les résidents.

Une autre question concerne l'attractivité de la profession, à travers l'aspect pécuniaire et les conditions de travail (temps partiel ou non, etc.). Notons que l'ancien candidat, et actuel chef de l'État, proposait de travailler deux heures de plus par semaine, aux fins de diminuer le temps partiel ; mais cela entraîne des conséquences, notamment en termes de perspective de carrière ou de reconnaissance sociale. Enfin, la formation provoque une autre interrogation au sujet du nombre de ces professionnels, sachant qu'il est prévu d'augmenter leur recrutement à hauteur de 50 000 personnes dans les cinq ans à venir en dehors des EHPAD.

En ce qui concerne les proches aidants des personnes âgées, ceux-ci étaient estimés, en 2019, à 3,9 millions. Précédemment, un autre chiffre a été cité ; mais j'imagine qu'il incluait les proches aidants des personnes en situation de handicap. Notons que 3,4 millions de proches aidants n'interviennent qu'à domicile. *In fine*, notons que 53 % sont des enfants de la personne âgée, que 60 % sont des femmes, et qu'un aidant sur deux est lui-même retraité.

Et je ne fais là qu'évoquer plusieurs questions pour en signaler les difficultés, s'agissant notamment du statut des aidants, de l'éventuelle réforme de l'allocation journalière de proche aidant (AJPA)<sup>76</sup> et de la question du droit au répit<sup>77</sup>.

75 À la différence du minimum contributif, l'ASPA est versée quel que soit le nombre de trimestres validés.

76 Aide financière versée à un aidant familial qui réduit ou cesse son activité professionnelle dans le cadre d'un congé du proche aidant, afin de soutenir un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Mais les conditions d'octroi sont strictes : versement sur 22 jours par mois, seulement sur 3 mois et sur toute la carrière (66 jours) ; le montant est modique : 58,59 euros/jour. Il faudrait sans doute améliorer cette prestation à la fois en assouplissant ses conditions d'octroi et en augmentant son montant, afin de tenir compte de la perte de revenus de l'aidant.

77 Le droit au répit permet au proche aidant de se libérer du temps pour ses activités, se reposer et éviter l'épuisement.



-- Le second enjeu porte sur le cadre de vie et la participation à la vie sociale. Je l'évoque rapidement, car il s'agit d'un enjeu qui concerne des thèmes anciens et progresse avec le temps.

Au sujet du cadre de vie, nous avons à nous préoccuper de la question des aides financières destinées à adapter le logement des personnes âgées. Dans ce contexte, notons la promesse du candidat Macron qui a préconisé l'attribution d'une prime dite « Ma Prim Adapt' »<sup>78</sup>. Toutefois, cette prime me semble insuffisante en raison de son caractère extrêmement ciblée ; elle est en outre fonction du niveau de revenu, et ne couvrirait qu'entre 50 et 70 % du coût des travaux dans la limite de 8 000 euros ; ce qui est insuffisant pour permettre l'adaptation d'un logement.

Par ailleurs, sur le sujet de la participation à la vie sociale, les questions classiques qui apparaissent sont celles de l'aménagement urbain, ainsi que de l'accès à la culture et aux loisirs. Notons également que l'inclusion numérique constitue un problème de plus en plus aigu. Toutes ces questions se révèlent cruciales, car la participation à la vie sociale est la condition nécessaire pour parvenir à une société qui prend réellement en considération les personnes âgées.

### **3. Les structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes**

La question de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées qui ne sont plus en mesure de rester chez elles présente plusieurs enjeux décisifs.

-- L'un des enjeux concerne la nécessaire évolution des EHPAD, pour le présent et pour l'avenir<sup>79</sup>. Cette question de l'adaptation des établissements est déjà au cœur de l'actualité avec la crise sanitaire du Covid-19, mais elle a rebondi avec la publication récente d'un ouvrage qui a dénoncé des dysfonctionnements et des actes de maltraitance commis en leur sein<sup>80</sup>.

*. Le fonctionnement des EHPAD est aujourd'hui confronté à plusieurs problèmes qui appellent des réponses urgentes.*

La première difficulté consiste en la présence d'un personnel en nombre insuffisant, mal rémunéré et exposé au surmenage. Tous les observateurs et tous les candidats à l'élection présidentielle ont pris la mesure du problème. Et chacun comprend donc que, si l'on veut éviter les phénomènes de maltraitance envers nos aînés, il est nécessaire d'augmenter le nombre de ces personnels et, en parallèle, de revoir le montant des salaires pour rendre ces métiers plus attractifs.

La seconde difficulté, soulevée au moment de l'affaire Orpea<sup>81</sup>, concerne les contrôles ; ceux-ci sont à améliorer et à renforcer au sein de ces établissements. Plusieurs rapports récents ont été rendus sur ces questions : mission « flash » de

78 Ma Prime Adapt' est la future aide (annoncée pour 2024) en faveur de l'adaptation des logements au vieillissement : l'objectif serait d'adapter 680 000 logements en dix ans, soit 30 à 40 % du parc des foyers modestes ou très modestes ciblés.

79 Les EHPAD sont au nombre de 7 500 (tous statuts confondus) et accueillent environ 610 000 personnes (15 % des personnes de plus de 80 ans).

80 V. Castanet, *Les fossoyeurs. Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*, prix Albert Londres 2022, éd. Fayard, Paris, 2022.

81 L'affaire Orpea a débuté le 24 janvier 2022 avec la publication, par le journal *Le Monde*, d'extraits du livre-enquête écrit par le journaliste indépendant Victor Castanet.



l'Assemblée nationale<sup>82</sup>, rapports de la Cour des comptes<sup>83</sup>. Dans ce contexte, il conviendrait à la fois d'améliorer la coordination entre les agences régionales de santé (ARS) compétentes pour l'assurance maladie et les départements compétents pour la dépendance et l'hébergement. Il faut aussi rendre les contrôles des EHPAD inopinés, lesquels sont aujourd'hui trop souvent programmés. Il faut également, d'après les rapports publiés, étendre l'objet de ce contrôle, lequel ne porte que sur des questions comptables et jamais sur les aspects humains de la vie dans l'EHPAD. Enfin, il convient de réétudier la possibilité de confier à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes une partie de ces contrôles.

. *Le fonctionnement des EHPAD devra tenir compte demain de plusieurs entraves au nombre de quatre.*

La première difficulté est celle des droits reconnus au profit des résidents qu'il conviendrait de renforcer. En effet, la crise sanitaire liée au Covid-19 a donné lieu à de fortes limitations de ces droits en raison notamment du confinement et de l'interdiction des visites. Dès lors, il sera sans doute nécessaire de conforter les pouvoirs du conseil de la vie sociale<sup>84</sup> pour mieux prendre en compte la voix des résidents et des familles.

Le deuxième problème est celui des missions imparties à l'EHPAD. En effet, l'établissement d'hébergement doit devenir de plus en plus un lieu de vie et pas seulement un lieu de soin, et doit s'ouvrir davantage sur l'extérieur, par exemple, en gérant des services de soins à domicile, en abritant des salles de spectacle, en hébergeant des crèches, etc.

Le troisième problème est celui du statut devant être donné aux EHPAD privés à but lucratif. Plusieurs options ont été proposées. La première option est le maintien du *statu quo*. La seconde option, plus radicale, concerne l'interdiction pure et simple d'EHPAD privés à but lucratif. Une troisième option, plus raisonnable, serait l'attribution d'un statut de « société à missions »<sup>85</sup>. Ce statut, créé en 2019 par la loi « PACTE »<sup>86</sup>, obligerait l'EHPAD à définir des objectifs sociaux qui seraient contrôlés au moins tous les deux ans par un organisme tiers indépendant.

Enfin, une quatrième option, évoquée ici pour mémoire, concernerait une nouvelle approche du reste à charge qui pèse sur un grand nombre de personnes âgées et sur leurs familles.

---

82 Assemblée nationale, *Compte rendu - Commission des affaires sociales*, 2 mars 2022 (Mmes V. Hammerer, I. Valentin et C. Fiat, rapp.), mission flash « l'EHPAD de demain : quels modèles ? ».

83 Cour des comptes, *La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD - Un nouveau modèle à construire*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, février 2022. Voir également : Cour des comptes, *Rapport public annuel 2022*, « Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD », pp. 69-99.

84 Le conseil de la vie sociale est une instance élue par les résidents et les familles d'un établissement médico-social, comme les résidences autonomie et les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Composé de représentants des résidents, des familles et du personnel de l'établissement, le conseil de la vie sociale donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité des prestations, amélioration du cadre de vie, etc. Son rôle est consultatif.

85 Le statut de « société à missions » permet à une entreprise de se donner statutairement une finalité d'ordre social et/ou environnemental en plus du but lucratif.

86 Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, dite loi « PACTE ».



-- Le second enjeu concerne le développement souhaitable d'alternatives à l'EHPAD. En effet, il est difficile d'imaginer que l'hébergement des personnes âgées en EHPAD soit la panacée. Ceci, d'autant plus qu'il existe aujourd'hui des modes d'hébergements alternatifs qui se situent à mi-chemin entre l'EHPAD et le domicile. Certains de ces modes sont relativement anciens et connus, comme l'accueil familial, les résidences autonomie qui sont les anciens logements-foyers, ou encore les résidences-services.

Dans ce contexte, notons que l'accueil familial ne prend en charge que 6 000 personnes, ce qui est très peu. Les résidences-services, quant à elles, sont réservées aux personnes en relative autonomie.

Or il existe d'autres modes d'hébergement plus récents et innovants qui présentent un intérêt pour l'avenir comme, par exemple, les structures qui assurent la cohabitation intergénérationnelle solidaire. Il s'agit de personnes de plus de 60 ans qui vont louer, ou sous-louer à des personnes de moins de 30 ans une partie du logement dont elles sont propriétaires ou locataires. Nous sommes ici en présence de possibilités nouvelles encore inexploitées.

L'on peut également citer les structures de l'habitat inclusif destiné aux personnes âgées et aux personnes handicapées « *qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes, (...) assorti d'un projet de vie sociale et partagé (...)* »<sup>87</sup>.

Sur ce type d'habitat, je renvoie au rapport co-rédigé, en juin 2020, par le président Piveteau, rapport déjà mentionné par le vice-président Tabuteau<sup>88</sup>, qui expose avec précision et de façon exhaustive tous les avantages qui pourraient résulter de ce type d'habitat.

Et cela m'est un rapport d'autant plus agréable que le président Piveteau considère que ce type d'habitat « *accompagné, partagé et inséré dans la vie locale* »<sup>89</sup> serait une parfaite illustration des trois valeurs de la devise républicaine « liberté, égalité, fraternité ».

---

**Denis Piveteau**

*Président de la 5<sup>e</sup> chambre de la section du contentieux du Conseil d'État,*  
**modérateur de la table ronde**

Merci M. le professeur pour ce panorama très synthétique et en même temps très complet. Nous aurons l'occasion de revenir sur les différents termes des sujets évoqués par votre présentation.

---

<sup>87</sup> Code de l'action sociale et des familles, article L. 281-1. On précisera que ce mode d'habitat est entendu soit comme un logement, meublé ou non, loué dans le cadre d'une colocation au sein du parc privé ou du parc social, en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée ; soit comme un ensemble de logements autonomes destinés à l'habitation, meublés ou non, en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée et situés dans un immeuble ou un groupe d'immeubles comprenant des locaux communs affectés au projet de vie sociale et partagée.

<sup>88</sup> D. Piveteau, J. Wolfrom, *Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous I*, juin 2020, préc.

<sup>89</sup> *Ibid.*, p. 9.

Je donne maintenant la parole à Mme Lasserre pour qu'elle nous fasse partager la vision de l'État sur ces grands enjeux des politiques sociales.

---

**Virginie Lasserre**

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

Merci M. le président. Mes propos vont faire écho et compléter ceux de l'intervention du professeur Borgetto, tant les enjeux et les défis sont évidemment partagés.

Dans ce contexte, je souhaiterais mettre en avant quatre défis auxquels l'État est confronté et sur lesquels il travaille.

Le premier défi, cité précédemment, concerne la prévention de la perte d'autonomie, afin de vieillir en bonne santé. Le deuxième défi est celui de vieillir chez soi, et donc d'accompagner ce que l'on appelle le « virage domiciliaire ». Le troisième défi s'illustre dans la lutte contre la pauvreté des personnes âgées. Enfin, le dernier défi, incontournable pour réussir les trois défis précédents, concerne l'effort d'attractivité des métiers d'accompagnement aux personnes âgées.

### **1. Vieillir en bonne santé**

Comment prévenir et accompagner le vieillissement en bonne santé ?

En la matière de nombreux éléments ont été avancés au cours des interventions précédentes, mais nous pouvons préciser que l'État entreprend et favorise un certain nombre d'actions dont l'essentiel réside probablement dans un changement de culture des professionnels, notamment des professionnels du soin.

L'on a cité la démarche ICOPE (soins intégrés pour les personnes âgées) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui vise précisément à accompagner les professionnels de santé – et les professionnels sociaux – à promouvoir des tests auprès des personnes de 60 ans et plus.

Ces tests portent à la fois sur les capacités intrinsèques considérées comme essentielles pour prévenir la perte d'autonomie et sur l'environnement des personnes âgées, afin d'adapter au plus tôt l'ensemble de leur prise en charge et prévenir leur vieillissement. Notons qu'en France l'on bénéficie également d'autres programmes comme, par exemple, le plan national antichute des personnes âgées 2022-2024 qui vise en deux ans un objectif de réduction de 20 % des chutes mortelles ou invalidantes des personnes de plus de 65 ans, avec en arrière-plan différentes autres actions concrètes poussées par l'État.

Sur un autre aspect important qui concerne l'aménagement du logement, il faut noter que nous sommes en présence d'un fort maquis d'aides qu'il faut repenser, afin de les rendre plus efficaces.

Nous avons également le sujet de la promotion de l'activité physique, auquel je crois beaucoup. Or il existe en France un certain nombre de maisons sport-santé qu'il faut davantage utiliser.



Enfin, l'on a l'intervention coordonnée de professionnels, notamment dans le cadre du « panier de soins » qui peut permettre d'aller beaucoup plus loin sur la prévention de l'autonomie ; sans oublier la téléassistance qu'il faut probablement davantage utiliser.

## 2. Le virage domiciliaire

Le deuxième défi est le « virage domiciliaire », déjà évoqué dans d'autres interventions. Il s'agit ici de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps à leur domicile. Un sondage Odoxa de 2021 indique que plus de 80 % des Français attendent que les politiques publiques incitent et permettent ce maintien à domicile. Cette politique fonctionne particulièrement bien au Danemark où, en trente ans, le nombre de personnes admises en EHPAD a été divisé par trois. Cela montre non seulement que la France est en retard sur ce point, mais aussi qu'elle présente en la matière une réelle marge de progression.

Derrière les politiques publiques, derrière les actions concrètes que nous mettons en œuvre, se trouve la question du projet de société que nous souhaitons. Ce projet doit être pris en compte par nos autorités politiques et discuté devant des instances comme le Parlement, car ce virage domiciliaire interroge l'importance que nous accordons à nos engagements en la matière, ainsi que les solutions à mettre en œuvre pour prendre en charge les personnes âgées.

Dans ce contexte, notre objectif n'est pas bien sûr d'arrêter les constructions d'EHPAD en France au profit du maintien des personnes âgées à leur domicile. Les personnes âgées les plus dépendantes devront continuer à aller dans un lieu institutionnalisé, un lieu collectif médicalisé qui puisse les prendre en charge et constituer leur (nouveau) domicile.

Actuellement, il est prévu la création annuelle de 2 254 places en EHPAD entre 2024 et 2027. Notons que la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estime, quant à elle, le besoin à 108 000 nouvelles places d'EHPAD d'ici 2030. Il existe donc une grande différence entre ces deux chiffres, mais le sujet est à pratique inchangée.

En revanche, si l'on souhaite véritablement promouvoir le maintien à domicile, il faut réinterroger cette augmentation du nombre d'EHPAD. À cet égard, rappelons qu'un rapport du Sénat datant de 2021<sup>90</sup> proposait un arrêt total de création de places d'EHPAD. Le sujet est donc délicat et interroge profondément notre projet de société. Si l'on se penche sur le sujet de l'EHPAD, il faut alors évoquer sa place et la transformation de son fonctionnement. Avec la crise sanitaire liée au Covid-19, l'on a réinterrogé le bâti de l'EHPAD et le fonctionnement de ses espaces collectifs ; or c'est tout cela qui aujourd'hui est remis en question, sachant que l'on doit pouvoir complètement accompagner les personnes âgées.

Sur la question du maintien à domicile, il faut noter que la loi de finances pour 2022 favorise ce fameux virage domiciliaire en permettant la création de services

<sup>90</sup> Sénat, rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prévention de la perte d'autonomie, par M. B. Bonne et Mme M. Meunier, n° 453 (2020-2021), enregistré le 17 mars 2021.



autonomie à domicile qui simplifient quelque peu la pluralité des types de services à domicile. L'on a également prévu, dans ladite loi de finances, une réforme du financement des prestations d'aide et de soins à domicile, afin de pouvoir maintenir la qualité de l'accompagnement à travers la mise en place d'une offre d'accompagnement renforcé à domicile, en créant des centres de ressources territoriaux qui permettent d'apporter à domicile, sur l'ensemble du territoire, un accompagnement quasi identique à celui médicalisé en EHPAD.

Par ailleurs, il existe au plan national une expérimentation appelée : dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) qui est extrêmement intéressante et qui montre que cela fonctionne<sup>91</sup>. Le maintien à domicile – et là je fais le lien avec d'autres enjeux qui ont été pointés par le professeur Borgetto – ne concerne pas seulement la question de l'offre et de l'accompagnement, mais concerne également la question du projet de société que nous souhaitons.

L'accompagnement à domicile est aussi possible, à la condition d'aider les aidants pour qu'ils renforcent l'aide à apporter aux personnes qui resteront à domicile.

Le nombre d'aidants est très élevé, d'autant qu'il intègre les personnes handicapées, et se situe entre 8 et 11 millions de personnes. Dans ce contexte, le levier sur lequel il faut que l'on progresse est celui de l'accueil temporaire des personnes âgées pour pouvoir offrir des solutions de répit aux aidants.

Or actuellement l'accueil temporaire est très peu développé, et regroupe une trentaine de places. Aussi, l'enjeu, et l'on est en train de passer des textes réglementaires pour le faire, est de multiplier et de développer ces offres de répit. Pour cela, nous avons édité un guide pour permettre à tout un chacun de s'y retrouver dans les méandres des offres de répit en France et de simplifier la communication des acteurs dans ce domaine<sup>92</sup>.

D'autre part, pour accompagner le virage domiciliaire un autre enjeu d'importance est la lutte contre l'isolement. Mais sur ce sujet, je laisserai la représentante de l'association Petits Frères des Pauvres s'exprimer, car il s'agit du cœur de leur engagement.

Enfin, je rappellerai, même si cela a déjà été évoqué, la nécessité de favoriser l'adaptation des logements. Il s'agit là d'un vaste chantier de simplification à entreprendre, car nous affrontons un maquis de dispositifs assez illisibles. Indiquons que c'est un vrai sujet en France, et qu'il nous faut aller au-delà des aspects techniques vers le développement de solutions innovantes.

Par ailleurs, nous fondons beaucoup d'espoir dans ce que l'on appelle l'économie des seniors<sup>93</sup>. C'est dans ce contexte, par exemple, que les pays nordiques ont su populariser l'usage du *rullator*, un déambulateur innovant aux éléments plus sophistiqués, notamment grâce à l'ajout d'un panier, de freins et/ou d'un petit

91 Arrêté du 5 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) pour les personnes âgées.

92 Ministère des solidarités et de la santé, *Besoin de répit – 17 fiches-repère pour vous aider*, 2021.

93 Marchés, activités et enjeux économiques liés aux personnes âgées de plus de 60 ans (en anglais, « *silver economy* »).

tabouret ; ce qui expliquerait pourquoi dans les pays nordiques les personnes âgées investissent beaucoup plus l'espace public. C'est là un modèle social dont la France pourrait s'inspirer pour progresser.

Il faut également noter qu'en même temps que se développait l'accompagnement à domicile, l'habitat intermédiaire se développait aussi. L'on a évoqué le concept de résidence autonomie, connu depuis longtemps, mais la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) se sont beaucoup mobilisées sur ce que l'on appelle l'« habitat inclusif », qui permet de partager un lieu de vie entre personnes âgées ou handicapées avec un espace commun, et avec la présence d'une « personne ressource » qui peut aider au quotidien. En 2022, le financement de telles mesures avoisine les quarante-cinq millions d'euros, à la fois pour le forfait habitat inclusif et pour la vie partagée.

### **3. La lutte contre la pauvreté des personnes âgées**

La lutte contre la pauvreté des personnes âgées constitue un troisième défi important, même si en France les personnes âgées sont moins exposées au risque de pauvreté monétaire que le reste de la population. Le taux de pauvreté pour les 65-74 ans est de 8,9 %, contre 14,6 % pour l'ensemble de la population.

Dans ce contexte, il est nécessaire de préciser les éléments suivants.

- La pauvreté monétaire des personnes âgées a diminué de façon régulière jusqu'en 2010, mais elle remonte depuis 2018.

- Lorsque l'on observe la pauvreté en condition de vie, c'est-à-dire en enquêtant sur les privations auxquelles sont confrontés les ménages, le constat de la pauvreté des personnes âgées est plus nuancé. Si, en condition de vie, le taux de pauvreté de ces dernières reste plus faible que pour l'ensemble de la population, l'écart est moins significatif avec 10,5 % pour les 65-74 ans, contre 11,7 % pour l'ensemble de la population.

En revanche, il faut noter que selon une enquête récente les personnes âgées de 75 ans et plus sont dans l'incapacité de remplacer un meuble usagé. C'est là un critère objectif et simple qui doit nous interpeller. Quelle réponse apporter à cela ? Cette question est à la base de toutes les politiques de lutte contre la pauvreté.

Autant il est simple d'atteindre les personnes âgées lorsqu'il s'agit, par exemple, d'attribuer une prime exceptionnelle automatique comme la prime inflation, autant il est plus compliqué de faire appel à des aides, à des dispositifs de prestations spécifiques de la part des collectivités locales ou d'autres acteurs publics. Là, l'on interroge tous les dispositifs « d'aller vers », qu'il s'agisse des bailleurs sociaux, des centres communaux d'action sociale (CCAS), et/ou des foyers ruraux qui peuvent être en repérage ou en modalité d'aller vers les personnes âgées en situation de précarité, afin de leur apporter des prestations ou des aides ponctuelles.

Comment adapte-t-on nos dispositifs ?



Nous avons évoqué le tout numérique. Mais à la DGCS, nous pensons que cela peut être un frein pour les personnes âgées, ainsi que celles ayant besoin de percevoir des prestations sociales. Il y a aussi la question de l'adaptation des dispositifs sociaux, comme les points conseil budget (PCB)<sup>94</sup>, mais aussi les épiceries sociales et solidaires, etc.

L'idée serait d'adapter un tant soit peu les choses pour qu'elles bénéficient davantage aux personnes âgées. À cet égard, il doit être noté que nous avons mené une expérimentation sur trois territoires que l'on est en train d'étendre sur dix territoires ; cela s'appelle l'« expérimentation territoire zéro » ou « de non-recours » ; et là l'on veillera aussi à ce que la place des personnes âgées soit bien au centre du débat.

#### **4. L'attractivité des métiers d'accompagnement**

L'attractivité des métiers du grand âge compose le quatrième défi. Ainsi, par exemple, sur les métiers à domicile 20 % des emplois sont vacants, et l'on sait que 77 % des employeurs éprouvent des difficultés de recrutement. L'on peut noter qu'à l'époque la ministre du travail El Khomri avait cité le chiffre très important de 350 000 professionnels à recruter d'ici 2025, sachant par ailleurs que ces métiers présentent un taux de sinistralité, c'est-à-dire de risques professionnels ou de santé, élevé.

À la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), nous pilotons, depuis 2020, le plan des métiers du grand âge ; lequel plan consacre beaucoup de financements et présente une cinquantaine d'actions qui rejoignent ce qui a été évoqué par le professeur Borgetto.

Parmi ces actions, l'on peut évoquer l'effort engagé pour améliorer la rémunération du personnel de ce secteur à hauteur de 183 euros nets mensuels pour l'ensemble des agents et des salariés en EHPAD, et une revalorisation de 15 % en moyenne des professionnels d'aide à domicile.

Au-delà de ces augmentations de rémunération – toujours considérées comme insuffisantes –, l'on travaille sur ce que l'on nomme les « conditions de vie » ou la « qualité liée au travail ». Ces conditions de vie sont, pour moi, un élément essentiel pour réussir le pari de l'attractivité de ces professions. Si l'on échoue sur ce point, l'on n'arrivera ni à embaucher les jeunes, ni à les fidéliser sur ces différents métiers.

Concrètement, cela signifie que l'on doit coordonner, simplifier et monter en charge pour aider les EHPAD et les services à domicile à acheter plus de matériels pour faciliter au quotidien le travail des professionnels. Il s'agit également d'investir dans la formation ; mais aussi de promouvoir les pratiques innovantes et de développer les échanges entre professionnels sur ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas. On le voit, il faut agir sur l'ensemble des aspects de ces professions pour aider, pour soulager les personnes qui s'engagent dans les métiers du grand âge.

---

94 Structures d'accueil destinées à accompagner toute personne rencontrant des difficultés budgétaires.



Pour engager ces investissements, il existe des crédits à la main des agences régionales de santé (ARS), mais aussi des crédits issus du Ségur de l'investissement<sup>95</sup>. Selon l'ARS Île-de-France, cela représente près de 200 millions d'euros d'aides à l'investissement dans les EHPAD sur 2021-2024, dont près de 130 millions de la part de l'État.

En outre, nous avons à traiter les questions de la formation initiale et de la formation continue. Pour ce faire, nous avons augmenté, depuis 2020, la formation initiale de 6 100 places pour les diplômes d'aide-soignant et d'infirmier d'accompagnement éducatif et social. À l'occasion de la crise sanitaire liée au Covid-19, alors que la situation était extrêmement tendue, l'on a particulièrement travaillé avec Pôle Emploi, les régions et les branches professionnelles pour mettre en place des formations très courtes, de quelques semaines, afin d'améliorer les compétences des demandeurs d'emploi, ou des jeunes pour les orienter vers les métiers d'aide aux aides-soignants et aux infirmières ; l'idée étant de les faire monter en compétences *via* la validation des acquis de l'expérience (VAE) une fois en poste. Le développement de l'apprentissage et de la VAE sont des enjeux majeurs sur lesquels nous avons beaucoup d'actions en cours.

## Conclusion

Les quatre défis que je viens d'exposer doivent être relevés à brève échéance, c'est-à-dire avant la bascule démographique prévue pour 2030. Ils interrogent évidemment la place de l'État dans cette politique qui n'est pas entièrement décentralisée. En effet, si l'aide à domicile relève de la compétence des départements, le soin quant à lui est du ressort de l'État, notamment à travers les agences régionales de santé (ARS) qui garantissent un socle minimal et une relative homogénéité et équité entre les territoires. D'autre part, cette politique est menée dans un secteur ouvert à la concurrence ; ce qui pose la question de l'État régulateur qui régulièrement se heurte à la question du coût du bien vieillir et du reste à charge.

Ensuite, l'on a une politique qui repose beaucoup sur la mobilisation de la société civile, notamment en matière de lutte contre l'isolement, domaine où l'État est à la fois le plus catalyseur, mobilisateur et animateur au côté des collectivités locales.

Enfin, il faut souligner un thème que l'on n'a pas abordé : l'éthique. Mis en avant par la crise sanitaire liée au Covid-19 et, plus récemment, la parution de l'ouvrage *Les fossoyeurs*<sup>96</sup>, l'enjeu de la liberté d'aller et venir des personnes âgées est remonté au centre des débats. Le confinement du mois de mars 2020 a notamment engendré une perte de lien social due à la restriction des visites et, au-delà, mis en évidence le paradoxe entre les notions de protection et de liberté.

---

95 En juillet 2020, le Ségur de la santé a réuni les professionnels de santé, patients et institutionnels pour identifier les principales pistes de modernisation et d'accélération de la transformation de notre système de santé. Des plans d'investissement ont ensuite été déclinés dans chaque région.

96 V. Castanet, *Les fossoyeurs. Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*, préc.



Il s'agit à la fois d'un chantier et d'une réflexion à poursuivre. C'est ce que nous faisons au sein de la DGCS avec deux approches complémentaires : d'abord, avec le ministère de la justice, où nous avons mis en place un groupe de travail avec l'ensemble des parties prenantes sur le sujet de la liberté d'aller et venir en EHPAD, puis avec la rénovation du Conseil de la vie sociale et des autres formes de participation dans les établissements sociaux et médico-sociaux, afin de permettre davantage de souplesse et de renforcer la démocratie participative de ces instances.

Toutes ces politiques rejoignent l'enjeu fondamental qui est la place des personnes âgées dans notre société. Et c'est ce débat de société qu'il nous faut poursuivre, car il est absolument majeur pour nous tous.

---

**Denis Piveteau**

*Président de la 5<sup>e</sup> chambre de la section du contentieux du Conseil d'État,*  
**modérateur de la table ronde**

Merci Mme la directrice générale de la cohésion sociale pour ce deuxième tableau panoramique sur les enjeux du vieillissement. C'est d'ailleurs très pertinent que la direction d'administration centrale en charge du grand âge s'appelle « de la cohésion sociale », car l'on ne cible pas une population donnée, mais l'on pose bien, dans sa diversité et sa transversalité, toute une série de questions sur la cohésion sociale.

L'on a beaucoup appelé à plus de soutien et d'aide de soins à domicile, ainsi qu'à davantage de vie domiciliaire dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD). Dans ce contexte, comment définir l'EHPAD de demain et ses missions du domicile à la vie en institution ?

Je donne la parole à M. Verger pour approfondir ces points à la lumière de son expérience et de son expertise.

---

**Philippe Verger**

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

Merci M. le président. Je suis très heureux de participer à ce colloque et de développer, à travers mon expérience médico-sociale et hospitalo-universitaire, un sujet qui me tient très à cœur : la prise en charge de l'accompagnement des grands âgés. Au point que j'avais envie de titrer mon propos : « Pour une vision espérante<sup>97</sup> sur le devenir des grands âgés », tant les images actuelles ne leur sont ni très favorables, ni très positives.

---

97 Qui espère. « Rien ne rend mieux le surcroît et le tumulte de sentiments qu'éprouvait sincèrement alors toute une jeunesse espérante et enthousiaste (...) », Sainte-Beuve, « Un érudit écrivain – M. Charles Magnin », in *Revue des Deux Mondes*, 45<sup>e</sup> vol., mai-juin 1863, p. 308 ([www.revuedesdeuxmondes.fr/article-revue/m-charles-magnin/](http://www.revuedesdeuxmondes.fr/article-revue/m-charles-magnin/)).

## 1. Un contexte défavorable aux personnes âgées

Je reviens rapidement sur certains points évoqués précédemment. Les personnes âgées plébiscitent le maintien à domicile, le vivre chez soi. Environ 80 % des plus de 85 ans vivent à domicile. Parfois on l'oublie. Il y a environ 730 000 personnes âgées accueillies en EHPAD, mais la grande majorité des grands âgés vivent à domicile. On dénombre également quatre millions d'aidants familiaux. C'est une véritable armée silencieuse qui est souvent corvéable à merci, jours et nuits, sept jours sur sept, et souvent près de l'épuisement, voire de l'isolement. À l'hôpital, aux Urgences, c'est parfois l'aidant qui arrive le premier ; je devrais même dire : l'aidante, car ce sont le plus souvent des femmes.

Quant à l'avenir, je pense qu'il est sensiblement moins favorable qu'il ne le paraît, compte tenu des grands changements que l'on observe s'agissant de la nouvelle architecture familiale.

Premièrement, les aidants sont actuellement des membres de la famille (conjoint, conjointe et grands enfants). Or, dans un proche avenir, les grands enfants seront de moins en moins disponibles, et de plus en plus éloignés de la terre natale et/ou parentale. C'est un fait majeur qu'aujourd'hui, pour des raisons essentiellement professionnelles, les enfants s'éloignent de leurs parents et ne reviennent pas toujours vers eux.

Deuxièmement, et cela relève de l'actualité récente, les grands enfants seront de plus en plus longtemps en activité professionnelle. En effet, actuellement, la moyenne d'âge d'entrée en EHPAD est de 85 ans, avec des enfants le plus souvent à la retraite. Il est possible que, demain, les enfants ne soient plus en situation de retraités et donc moins disponibles pour aider leurs parents âgés.

Le troisième point, qui a été également mentionné, est le fait qu'aujourd'hui les familles sont moins dans la verticalité, voire plutôt « déconstruites » avec un taux de divortialité de 45 % en France qui est l'un des plus importants d'Europe (avec l'Espagne). On a donc des familles qui changent, ce qui obligera à procéder à des adaptations sociales, y compris au niveau de notre code civil.

Un quatrième et dernier point me paraît devoir être noté : le différentiel d'âge grandissant entre les parents, essentiellement les mères, et leurs enfants. Aujourd'hui, la primo maternité apparaît en moyenne à 31 ans ; ce qui accentue l'éloignement au niveau des âges par rapport aux périodes antérieures comme, par exemple, les années 1950 où la moyenne d'âges de la primo maternité était de 20-21 ans. À l'époque, les jeunes filles fréquentaient moins l'université et se mariaient relativement jeunes. Dans ce contexte, il est donc fort possible qu'à l'avenir les choses se révèlent moins favorables à la fois pour la génération qui arrive dans le grand âge et pour la société, considérant que ces aidants « ne coûtent rien aux finances publiques ».



## 2. La problématique des allers-retours entre domicile et hôpital

J'ai aussi en tête ce « moment douloureux » qui est celui du basculement entre le domicile, l'hôpital et l'EHPAD. Actuellement, tout est organisé pour favoriser le maintien à domicile. Cependant, à un moment donné, des chutes ou des pathologies vont se rapprocher de ce que j'appellerais la « période essuie-glace », c'est-à-dire un moment d'allers-retours domicile/hôpital et hôpital/domicile. Cela touche particulièrement les plus de 80 ans qui voient leurs passages annuels aux urgences augmenter. Or mon expérience hospitalo-universitaire me permet de confirmer que deux tiers des passages aux urgences sont évitables. C'est là un véritable sujet. D'autant plus que bien souvent le passage du grand âgé à l'hôpital est synonyme de perte de chances en matière d'autonomie pour rester parfois des heures, voire des jours sur un brancard jusqu'à parfois y mourir.

Or il existe plusieurs alternatives à optimiser : préférer aux urgences le choix d'une consultation de spécialité. Privilégier l'ambulatorio pour une sérologie ou une imagerie. L'hôpital de jour est aussi un très bel outil pour éviter le stress de l'hospitalisation complète. La question se pose de l'opportunité de telles pratiques pour des personnes âgées à domicile ou en EHPAD.

On se trouve ici face à différentes possibilités à retenir pour éviter le passage aux urgences en limitant, par exemple, l'accès à ces services en fonction du « tableau clinique » qui mettrait en évidence les symptômes les plus inquiétants (suspicion d'accident vasculaire cérébral, d'œdème pulmonaire ou d'infarctus), sans oublier le volet traumatologique.

L'on pourrait également éviter un bon nombre d'hospitalisations des grands âgés grâce à une pédagogie active à l'endroit à la fois des médecins traitants, des équipes soignantes en EHPAD et des familles qui, souvent, font pression auprès des équipes pour que leur père ou leur mère soit transféré à l'hôpital.

Avec ces quelques mots, ou maux, je viens d'entrouvrir la porte de l'hôpital. Les centres hospitaliers ont une vocation gériatrique avec une moyenne d'âge des hospitalisés de plus de 65 ans.

Cela signifie que l'on doit faire un effort marqué sur la formation des professionnels de santé, que l'on travaille en neurologie, en gastro-entérologie, ou en rhumatologie, il est souhaitable et même nécessaire que les personnels soignants, infirmières, aides-soignantes, agents des services hospitaliers (ASH) aient une sensibilité, voire une formation à la gériatrie, car dans la prise en charge d'une personne très âgée, au-delà du somatique, le côté médico-social est extrêmement important : on ne prend pas en soin un patient de 85 ans comme un patient de 45 ans.

Autre point qu'il me paraît utile de rappeler : la présence d'équipes mobiles qui peuvent sortir de l'hôpital. C'est déjà le cas actuellement dans certaines régions, mais cela pourrait être davantage optimisé. Personnellement, je crois en l'organisation d'équipes mobiles de spécialités du type neuro-gériatrique, ortho-gériatrique ou psycho-gériatrique pour éviter la venue du patient à l'hôpital.



Pour cela, il serait sans doute nécessaire que les équipes des hôpitaux, en lien avec les services de l'État, puissent faciliter ce type d'organisation, à l'instar de ce qui se pratique dans le secteur de la santé mentale où l'on privilégie la prise en charge des patients à domicile.

### 3. L'entrée en EHPAD

Pour la personne âgée, après le « va et vient » domicile-hôpital vient souvent le moment de l'entrée en maison de retraite médicalisée, communément appelée EHPAD.

Mais il faut noter que cet acronyme d'EHPAD, devenu fort déplaisant à l'oreille de votre serviteur, l'est tout autant pour une majorité de Français, notamment à la suite des nombreux décès de la période caniculaire de 2003 et de ceux des débuts de la pandémie de Covid-19 qui eurent lieu dans ces mêmes établissements, ainsi que du scandale de l'EHPAD Orpea de Neuilly-sur-Seine<sup>98</sup> qui interroge encore l'ensemble des acteurs privé, public et associatif de ce secteur.

Il faut également noter que cette situation d'« EHPAD *bashing* » met en difficultés l'ensemble des équipes. L'ambiance au sein des EHPAD est en effet devenu fort délétère, avec un personnel qui ressent souvent du découragement<sup>99</sup>.

Nous sommes ici dans ce que j'appelle une « triangulation des fragilités et des souffrances » entre, d'une part, les résidents – qui sont majoritairement des résidentes – dans leurs douleurs somatiques et psychiques, d'autre part, les familles très souvent dans l'inquiétude, la souffrance affective, la culpabilité ou la peur, et, enfin, le personnel des établissements qui est dans un quotidien répété face à la maladie, la démence, la perte d'autonomie, la déchéance et la fin de vie. La vision de ce triptyque peut paraître un peu sombre, pourtant je souhaiterais vous en proposer une représentation positive, car ceci est tout à fait possible.

#### **L'EHPAD du futur**

Sans entrer dans des considérations d'effectifs, ce qui est pourtant un vrai sujet en soi tant les besoins en personnel sont importants, je souhaiterais mettre en avant les pistes de réflexion suivantes.

Premièrement, le taux d'encadrement des services et établissements accueillant des personnes âgées doit faire l'objet d'une augmentation du taux d'encadrement des professionnels de santé qui devrait se rapprocher du ratio : un agent pour un lit et place. Déjà, en 2006, le rapport *Un programme pour la gériatrie*<sup>100</sup> appelait de ses vœux une amélioration du taux d'encadrement dans les établissements et les services accueillant des personnes âgées.

98 Voir : V. Castanet, *Les fossoyeurs. Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*, préc.

99 Voir par exemple : A.-S. Pelletier, *EHPAD, une honte française – Le témoignage choc d'une soignante*, éd. Pocket, Paris, 2020 ; H. Kherief, F. Carp, *Le scandale des EHPAD – Une aide-soignante dénonce le traitement indigne des personnes âgées*, éd. Hugo New Life, Paris, 2019.

100 Cl. Jeandel, P. Pfitzenmeyer, Ph. Vigouroux, *Un programme pour la gériatrie – 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, rapport commandé par le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, avril 2006 ([www.vie-publique.fr](http://www.vie-publique.fr)).



Deuxièmement, il est nécessaire de privilégier un accueil personnalisé et optimiste du résident et de sa famille, notamment en gommant les stéréotypes trop souvent mis en avant par les médias sur la vie en établissement (maltraitance, privation de liberté, opacité des modes de gestion, malnutrition, manque d'hygiène, etc.) qui sont autant de thèmes qui peuvent être travaillés au niveau des établissements.

Troisièmement, il est indispensable de bien former les acteurs de terrain aux fondamentaux de la gériatrie, aussi bien ceux qui interviennent au domicile de la personne âgée que ceux qui appartiennent au secteur de l'hébergement, notamment au sujet de la connaissance des pathologies somatiques et psychiques du grand âge ; ceci dans tous les secteurs et tout au long de leur carrière.

Quatrièmement, il est nécessaire de mettre en mouvement des actions de reconnaissance et de valorisation autres que financières envers les personnels soignants travaillant auprès des personnes âgées. Le professionnel doit être reconnu pour son engagement. À cet égard, je me souviens d'un article de presse, lu il y a environ deux ans, où j'avais noté qu'une infirmière ou une aide-soignante qui travaillait à l'hôpital, ou dans une clinique en chirurgie, ou en médecine était heureuse de préciser le nom de son lieu de travail, contrairement à une infirmière, ou une aide-soignante qui travaillait en EHPAD et ne souhaitait pas préciser qu'elle était son lieu de travail. Pour avoir dirigé des EHPAD, cela m'apparaît quelque peu étonnant, et surtout très révélateur d'un grand malaise professionnel.

Cinquièmement, il faut promouvoir une direction qui soit dans la bienveillance et le partage institutionnel ; ceci afin de donner du sens au travail des personnels des établissements, et permettre d'élaborer de véritables plans de carrière, notamment à travers la création de nouvelles professions intermédiaires. Il est nécessaire d'offrir plus d'autonomie aux équipes en place, et de coupler cela avec des outils de vigilance et d'amélioration de la santé au travail.

Enfin, je souhaiterais rappeler qu'en France le secteur des personnes âgées, qui comprend à la fois l'hébergement en maison de retraite médicalisée et le domicile, est celui qui comporte le plus grand nombre d'accidents du travail et d'arrêts de travail, devant même le secteur du bâtiment et les travaux publics (BTP). Il s'agit pour l'essentiel de troubles musculo-squelettiques, et de chutes. C'est pourquoi il est nécessaire d'engager un travail important dans ce domaine pour améliorer ces « statistiques funestes ».

Il ne faut pas oublier également les problèmes rencontrés par les aides-soignants et les ASH qui, à 40-45 ans, sont brisés après des années de travail auprès des personnes âgées qu'il a fallu porter ou déplacer à bout de bras des années durant. Cela conduit à réfléchir pour ces nombreux professionnels à une proposition de seconde carrière qui pourrait leur être offerte. C'est là une piste d'action importante à imaginer pour l'avenir.

## **Conclusion**

Au terme de cette courte présentation, nous voyons à quel point nous nous trouvons devant un programme à la fois vaste et inachevé, et qui reste à financer, non



seulement pour aujourd'hui, mais aussi pour demain. Ceci, alors même que nous n'avons pas abordé le problème fondamental autant qu'urgent de la dépendance, c'est-à-dire de la perte d'autonomie des personnes âgées, qui constitue ce que l'on nomme le « cinquième risque », qui a donné lieu à la création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale.

Devant l'importance des enjeux du vieillissement auxquels nous sommes confrontés en tant que professionnels des secteurs médico-social et hospitalier, je ne doute pas qu'à force de réflexion et d'action nous saurons trouver les meilleures solutions pour améliorer la prise en charge et le suivi des personnes âgées et très âgées.

George Sand<sup>101</sup> disait : « *C'est l'esprit qui cherche, et c'est le cœur qui trouve* ». C'est là une phrase que j'aimerais beaucoup voir inscrite sur la blouse de chaque professionnel prenant soin de nos aînés.

---

**Denis Piveteau**

*Président de la 5<sup>e</sup> chambre de la section du contentieux du Conseil d'État,*  
**modérateur de la table ronde**

Merci M. le directeur pour ces propos pleins de compétence et d'humanité. Nous disposons, grâce à vous, d'éléments précieux d'analyse de cette question de l'institution liée à l'hôpital à travers les différentes étapes que vous avez bien décrites.

Nous allons maintenant avec Mme Gaboyer aborder le thème du domicile renforcé, c'est-à-dire des alternatives aux institutions, puisque l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) est au cœur de ce type de problématique.

---

**Martine Gaboyer**

*Vice-présidente de l'Union nationale ADMR*

Merci M. le président. Je remercie le Conseil d'État d'associer le réseau associatif d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) à ces débats d'une si grande importance.

### **1. L'ADMR, un réseau associatif au service de tous**

L'ADMR est le premier réseau associatif d'aide et d'accompagnement à domicile pour toute personne, d'avant la naissance à la fin de vie puisque nous intervenons même au moment des grossesses. Pour avoir un ordre de grandeur, il faut savoir que l'ADMR représente 2 700 associations locales. Elle est gérée, au sein de 87 fédérations départementales, à la fois par plus de 94 000 salariés d'intervention et administratifs, et 85 000 bénévoles qui interviennent auprès de 720 000 clients répartis dans la France entière.

---

<sup>101</sup> Amantine Aurore Lucile Dupin de Francueil dit George Sand (1804-1876), romancière, dramaturge, épistolière, critique littéraire et journaliste française.

L'ADMR offre des services pour tous à travers quatre pôles d'intervention : enfance et parentalité, services et soins aux seniors, accompagnement du handicap, et entretien de la maison. Les deux pôles : services et soins aux seniors, et accompagnement du handicap représentent à eux seuls plus de 60 % de notre activité.

Le réseau ADMR est un service de proximité présent dans tous les départements à travers les nombreuses fédérations départementales qui adhèrent à l'Union nationale. Notre projet politique est basé sur cinq valeurs : la solidarité, le respect, l'universalité, la proximité et la réciprocité. C'est en quelque sorte une boussole qui conditionne notre façon d'agir auprès des personnes que nous aidons pour leur apporter, chaque jour, un service à domicile sur mesure, fiable et de qualité.

Le but de l'Union nationale ADMR est d'être le porte-parole des fédérations départementales et de créer des outils adaptés aux diversités et aux besoins de chacun, tout en étant présente auprès des élus locaux, des autorités de tutelle et des ministères. La pandémie de Covid-19 que nous venons de traverser confirme tout cela. Notre réseau intégrée a résisté, avec difficulté, mais nous avons pu affronter cette crise ; au point que nous en avons fait un livre blanc avec le concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)<sup>102</sup>. C'est là un enseignement d'autant plus important qu'il nous a permis de prendre conscience que la situation de l'après crise Covid-19 ne sera jamais plus comme avant.

## **2. Le vieillissement, un défi social et sociétal**

Précédemment, l'on a montré à quel point le vieillissement et sa progression constituent un vrai défi social et sociétal. Mais je pense qu'il faut garder à l'esprit que le mot « vieillissement » commence par le mot « vie ». C'est sur ces trois lettres clés que notre association focalise, travaille, crée, expérimente et propose.

Certes, la loi dite « grand âge » que nous espérons tant n'est plus à l'ordre du jour<sup>103</sup>, mais nous nous situons à un tournant où un certain nombre de réformes engagées sont le signe que la politique du vieillissement ne sera plus comme avant, et qu'elle doit se structurer et s'organiser dès maintenant.

Nous avons eu l'occasion de l'évoquer précédemment : 87 % des Français souhaitent vivre et vieillir à domicile. Dans notre réseau du domicile, le volet « aide et accompagnement » se situent toujours sur un tarif horaire et n'est pas suffisamment dotés, ni pris en compte, contrairement au sanitaire et aux autres établissements du médico-social.

Ainsi, par exemple, nous sommes financés pour procéder à une toilette et à un repas ou un petit déjeuner pour un temps de trente minutes (maximum). Tout est

<sup>102</sup> ADMR avec le soutien de la CNSA, *Quels enseignements tirer de la crise Covid-19 afin d'adapter les services d'accompagnement à domicile et améliorer la qualité de la vie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap*, rapport final, 14 avril 2021.

<sup>103</sup> Le projet de loi « grand âge et autonomie » visait à anticiper l'impact de l'augmentation des personnes âgées en situation de dépendance estimées selon l'INSEE à 1,4 million d'ici 2030. Ce projet a été abandonné en septembre 2021 au profit de « mesures nouvelles » visant à renforcer la cinquième branche de la Sécurité sociale dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2022.



très séquencé dans ces interventions. La prévention n'est pas suffisamment prise en compte, alors même que l'on sait, pour l'avoir constaté, que celle-ci peut faire reculer le moment de la perte d'autonomie.

Dans ce contexte, le triptyque « aidés, aidant et intervenants » peut-être fragilisé.

C'est pourquoi il faut également sortir de l'image réductrice que l'on se fait du métier d'aide à domicile ou d'auxiliaire de vie, que l'on assimile trop souvent à une image de « femme de ménage » venant au domicile de la personne âgée pour nettoyer, sans tenir compte de tout ce qu'elle amène en plus par sa présence, son écoute et ses conseils de professionnelle.

Il est donc fondamental d'investir davantage pour valoriser les métiers d'aide à domicile et les carrières qui y sont attachées, afin de favoriser leur attractivité et de lutter contre les difficultés de recrutement. À l'ADMR, nous nous y employons. Nous avons ainsi consacré, en matière de ressources humaines, presque deux années à travailler sur l'attractivité du métier et sur la fidélisation des aides à domicile. Nos fédérations ont également fait de gros efforts, notamment pour transformer les contrats précaires en contrats plus pérennes : les contrats de 104 heures, qui sont les contrats légaux, ne se pratiquent plus beaucoup pour faire face à l'augmentation d'activité ; et deviennent de ce fait des contrats de 135 ou 140 heures, voire des temps complets.

Ensuite, il faut créer des possibilités de passage entre les différents postes occupés et fluidifier les parcours professionnels au sein des carrières et des structures. Une salariée qui commence à 20 ans en qualité d'aide à domicile, et qui gravit les échelons par la formation, risque d'être fatiguée à un moment de sa carrière, au point de désirer changer de travail ou partir. C'est pourquoi il est important qu'elle puisse se diriger vers un autre type de poste ; si elle a longtemps travaillé avec des personnes handicapées, elle doit pouvoir, par exemple, venir travailler auprès des personnes âgées ou des familles ou devenir tutrice des nouvelles personnes embauchées.

Il doit également être noté que pour les personnes que nous accompagnons, et qui sont la priorité et le cœur de notre activité, la communication et la coordination des interventions entre professionnels est quelque chose de très important ; d'autant plus qu'ils sont eux-mêmes de plus en plus amenés à travailler ensemble. Il faut donc développer cette possibilité, comme cela se fait déjà à travers les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)<sup>104</sup> qui proposent à la fois des soins infirmiers et des prestations d'aide à domicile qui sont coordonnés au sein d'une même équipe.

Notons que, dans un proche avenir, le développement du numérique améliorera la transmission des consignes et des informations, ce qui permettra également une meilleure prise en charge globale des personnes.

---

104 Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sont des services assurant à la fois les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).



## ***La problématique de l'habitat***

En matière d'habitat « inclusif », l'ADMR a été précurseur avec son concept : « habiter autrement » issu d'une expérimentation, mise en place en 2014, faite d'habitats partagés.

Auparavant, en 2011, une expérimentation avait été conduite auprès de personnes vivant avec un handicap. À l'ADMR l'on a pris l'habitude de dire : « vivant avec un handicap », car l'on retrouve dans cette expression les mots de « vie » et « d'accompagnement », quant à la « situation du handicap » elle est laissée à la législation. En revanche, pour les personnes âgées et les personnes vivant avec un handicap, la sémantique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) parle de lieu d'habitation choisi et non d'une chambre attribuée.

Dans le cas de la désinstitutionnalisation des personnes handicapées et du libre choix de vie des personnes âgées, ce dispositif doit se structurer, s'organiser et garder son agilité pour répondre aux multiples envies et souhaits des personnes, afin de faciliter le parcours de vie d'un domicile à l'autre – c'est-à-dire qu'une personne ayant habité longtemps dans une maison qui n'est plus adaptée, ou qui est trop éloignée du centre-ville, doit pouvoir passer d'un domicile à un autre sans perdre ses droits.

Notre accompagnement à domicile doit également posséder une dimension de sécurité pour les personnes âgées et/ou handicapées, et rester dans l'accompagnement de la vie au cœur de la cité. C'est le principe même de l'inclusion, permettant à tout un chacun de vivre le mieux possible.

### ***L'aide à la vie partagée (AVP)***

Notre réseau se mobilise également pour devenir porteur de l'aide à la vie partagée (AVP), laquelle est un accompagnement à la vie sociale qui ne peut se faire qu'avec une bonne coordination des acteurs locaux et nationaux<sup>105</sup>.

L'habitat inclusif peut également se matérialiser dans un lieu choisi par un maire, qui souhaite le développer au sein de sa commune et ainsi profiter, et faire profiter les personnes, de la proximité de certains services (pharmacie, kinésithérapeute, épicerie solidaire, etc.). Dans ce contexte, la multiplicité des services existants, si nombreux soient-ils autour de la personne âgée aidée, nécessite une coordination de la régulation pour être pleinement exploitable. D'où la question de savoir qui coordonnera qui ?

C'est la raison pour laquelle l'ADMR propose un dispositif renforcé avec la présence interne d'un coordinateur, voire d'un coordinateur de parcours (en anglais, « *care manager* »).

---

105 L'aide à la vie partagée (AVP) est une mesure phare du Gouvernement pour accompagner le déploiement de l'habitat inclusif, proposant aux départements d'assurer, du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2022, une prise en charge de son coût partagé entre les départements et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Voir également sur ce sujet le rapport de MM. D. Piveteau et J. Wolfrom, *Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !*, juin 2020, page 7.



En effet, le travail en partenariat avec l'environnement existant montre que les ruptures de parcours peuvent être palliées par une méthode de coopération appelée « communauté 360 ».

Dans les pays de la Loire, par exemple, l'on a beaucoup travaillé sur ce concept de « communauté 360 » – sans doute plus adapté aux personnes handicapées – qui signifie, par son chiffre 360, que la personne âgée doit pouvoir profiter de son entier environnement sur 360 degrés, qu'il s'agisse de soins, d'infirmières, d'aides-soignantes, d'aide à domicile, etc., et bien sûr de toutes les possibilités de droit commun existants dans son environnement, même si celles-ci n'entrent pas dans le champ du domicile.

**« Tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »**

Au-delà de ces perspectives et de nos engagements, il importe de savoir s'il existe une véritable volonté de financement à la hauteur des enjeux qui nous attendent demain, ou si l'on se contente d'un saupoudrage qui ne donnera pas l'envergure nécessaire au virage domiciliaire. Cela nécessite la création appuyée d'un vrai projet de société, à la fois projet d'accompagnement et d'inclusion des personnes vieillissantes ou porteuses de handicaps. C'est là le cœur du problème.

Bien sûr cette approche globale n'empêche pas de tenir compte des spécificités du terrain. C'est pourquoi l'on tente beaucoup d'expérimentations au sein de nos fédérations, car les besoins peuvent fortement varier selon les différences géographiques et culturelles, même si les fondamentaux restent les mêmes. Et quand une expérimentation se révèle positive pour faire avancer nos actions, on la promeut dans un maximum d'endroits.

Enfin, il reste à savoir si les moyens envisagés pour aider le secteur de la santé ne seront pas instaurés au détriment du secteur social et médico-social de terrain, de territoire et de vie à domicile. C'est encore pour nous, à ce jour, une source d'inquiétude.

---

**Denis Piveteau**

*Président de la 5<sup>e</sup> chambre de la section du contentieux du Conseil d'État,*  
**modérateur de la table ronde**

Merci beaucoup Madame. Nous vous écoutons avec autant d'attention que de passion ! Et vous avez très bien amorcé le lien avec l'intervention suivante de Mme Claire Granger, puisque vous avez ouvert, en parlant des « communautés 360 », sur l'environnement de « vie ordinaire » au-delà de l'environnement strictement professionnel.

Il y a en effet aussi des engagements associatifs et bénévoles dont vous allez nous parler, Madame la directrice, au nom des Petits Frères des Pauvres. Je vous laisse la parole.

Merci beaucoup M. le président. Je remercie également le Conseil d'État de m'avoir invitée à participer à ce colloque pour échanger sur ce sujet passionnant.

Je souhaiterais, dans un premier temps, évoquer l'isolement des personnes âgées et préciser comment ce facteur est actuellement pris en considération ; puis, dans un deuxième temps, évoquer l'incidence que cela peut avoir pour la mobilisation des dispositifs et donc la prise en charge de ces personnes isolées ; pour enfin, dans un troisième temps, terminer par la parole de ces personnes âgées et de ce que ces paroles nous disent de leurs envies.

### **1. L'isolement des personnes âgées**

Petits Frères des Pauvres est une association caritative française reconnue d'utilité publique qui accompagne, depuis soixante-quinze ans, les personnes âgées en situation de pauvreté et d'isolement. Le principe de nos interventions est de mobiliser des bénévoles auprès de ces personnes âgées, que nous appelons « aîné(e)s » car elles nous précèdent.

Il est important pour notre association de parler à la fois des personnes que nous accompagnons, mais aussi de nos bénévoles et de la position de la société civile sur ces questions, car nous sommes présents aux côtés des familles, parfois même en substitution, et aux côtés des professionnels du secteur.

Notons qu'il y a vingt ans, la question de l'isolement des personnes âgées ne se posait pas dans les politiques publiques. C'est la canicule européenne de l'été 2003, exceptionnelle en France par sa durée, son intensité et son extension géographique, qui a mis en avant cette question. Cependant, chez Petits Frères des Pauvres l'on a dit que ce n'était pas la chaleur qui avait tué autant de personnes âgées, mais l'isolement. Aujourd'hui, avec le recul, on en mesure toute l'importance.

En 2017, Petits Frères des Pauvres a décidé, sur ses fonds propres, de lancer une enquête sur la question de la solitude et de l'isolement des personnes de plus de 60 ans. Cela nous a permis de travailler et de documenter ce phénomène. Ainsi, en 2017, l'on recensait 900 000 personnes privées de liens familiaux et amicaux, et 300 000 personnes – l'équivalent de la ville de Nantes – qui n'avaient de lien avec personne.

En 2021, l'on a reproduit la même étude. Celle-ci recense 2 000 000 personnes sans lien amical et familial, et 530 000 personnes en situation de mort sociale – l'équivalent de la ville de Lyon. Ces résultats rejoignent ceux d'études plus scientifiques que la nôtre qui montrent la hausse significative de l'isolement. Or 530 000 personnes en situation de mort sociale, et hors champ des analyses politiques, n'est pas sans incidences sur les politiques sociales.

Comment allez-vous vers ces personnes dans une logique de fraternité et d'humanité ? Cette réalité est un véritable fléau, et cette vague démographique qui enfle sans

discontinuer appelle à un réveil des consciences. C'est pourquoi notre association travaille avec un certain nombre de caisses de retraite sur des outils de repérage de l'isolement social, afin d'essayer de contenir cet isolement relationnel qui précède la perte d'autonomie.

Bien sûr, nous n'ignorons pas que derrière la question de l'isolement social se cachent des milliers d'histoires singulières, mais nous pensons aussi et surtout que l'isolement est lié à l'évolution de notre société devenue si individualiste que l'on vieillit aussi d'une manière beaucoup plus individualiste.

L'on évoquait précédemment l'évolution des familles de plus en plus éclatées, éloignées ou recomposées. C'est une réalité importante dont il faut tenir compte, car l'on sait que les personnes qui n'ont pas encore 75 ans ont vécu des ruptures professionnelles, des divorces, des ruptures familiales et sont aussi des parents qui n'ont pas forcément élevé leurs enfants. Tout cela emporte des conséquences sur la question des aidants familiaux qui, de ce fait, peuvent se raréfier. Et, en effet, on s'aperçoit que si les personnes sont en situation d'isolement, c'est qu'elles n'ont plus d'aidants familiaux à leur côté ou qu'elles n'en n'ont pas eu.

## **2. Les dispositifs de prise en charge des personnes isolées**

L'autre problème qui se pose aux personnes âgées isolées est de savoir comment accéder aux multiples prestations qui leur sont offertes au sein d'un ensemble complexe de dispositions législatives et réglementaires proposées par les acteurs nationaux et locaux (caisses de retraite, municipalités, départements, services associatifs, etc.).

Face à cette complexité, on s'aperçoit que même les aidants familiaux issus de milieux socio-culturels privilégiés ont besoin d'aide pour s'y retrouver ; et donc à plus forte raison les personnes âgées isolées en situation de vulnérabilité et sans Internet. Celles-ci en effet ne peuvent pas se débrouiller seules, et ont besoin dans ce cas précis d'un tiers de confiance.

Cela se vérifie dans de nombreuses situations. Par exemple, une personne de 93 ans tombe à son domicile, elle est hospitalisée par les pompiers, puis sort de l'hôpital le soir à vingt heures trente ; on la ramène chez elle, mais l'heure de l'infirmière habituelle est passée, et l'aide à domicile est rentrée s'occuper de sa propre famille ; dans cet intervalle de temps la personne âgée est seule et c'est l'un de nos bénévoles qui va faire acte de présence auprès d'elle. Mais que se passe-t-il lorsque la personne âgée n'a plus personne pour s'occuper d'elle ? Elle attend avant de pouvoir se nourrir et de voir l'infirmière.

Nous parlions précédemment de la baisse de la pauvreté matérielle des personnes âgées. Malheureusement, depuis quelques années, nous assistons à une remontée de la pauvreté chez les retraités. C'est un problème que nous allons devoir affronter dans un futur proche. Certes, pour l'instant, nous n'avons pas encore parmi les personnes âgées dépendantes celles qui viennent de prendre leur retraite – dont le montant est amoindri car basé sur leurs vingt-cinq meilleures années de travail, et non plus sur les dix dernières années comme en bénéficient les personnes



âgées dépendantes actuelles. Et si l'on ajoute à ces personnes celles qui ont connu de longues périodes de chômage ainsi que les bénéficiaires de *minima* sociaux (allocation adulte handicapé, revenu de solidarité active, etc.), l'on observe déjà, pour les années à venir, une augmentation des personnes âgées à faibles revenus.

Dans ce contexte, la question (de l'évolution) du minimum vieillesse est essentielle. C'est pourquoi à Petits Frères des Pauvres nous pensons qu'il est très important de créer un *guichet unique*. Dans le dernier rapport de Dominique Libault<sup>106</sup>, il est question de cette entrée territoriale unique, avec un socle commun de prestations sur l'ensemble du territoire.

Cette uniformisation est nécessaire, car les disparités territoriales sont telles que même les intervenants sociaux ont besoin de coordonnateurs pour intervenir sur le département et permettre de s'y retrouver dans la jungle des prestations. Ainsi, par exemple, l'on constate qu'entre une intercommunalité et une autre intercommunalité, les personnes ne bénéficient pas des mêmes aides pour se déplacer. Cela devient problématique, comme le précise par exemple Louise, 86 ans, qui dit : « *Je ne comprends pas la différence entre les aides de la municipalité et celles du département, cela complique beaucoup la situation des personnes âgées comme moi* ».

L'on nous dit également qu'il faut absolument anticiper la perte d'autonomie, ce qui n'est pas évident pour tout un chacun ! L'on nous dit encore que, pour un mandat de protection future, il faut passer devant notaire, or cela non plus n'est pas simple pour une personne âgée, *a fortiori* âgée et isolée. Aussi, lorsque l'on veut prévoir la problématique de santé, l'on recommande à nos aînés de choisir une personne de confiance. Mais si l'on est dans le domaine du médical, la personne de confiance n'est pas la même que si l'on est dans un établissement médico-social. Dans ce contexte, comment une personne en situation de vulnérabilité pourrait-elle s'y retrouver ?

Notons toutefois qu'il existe, dans les services offerts à nos aînés, de plus en plus de coordination à tous les niveaux. C'est le cas notamment avec la création, entre 2019 et 2022, des dispositifs d'appui à la coordination (DAC)<sup>107</sup> qui s'inscrivent dans ce contexte d'augmentation des pathologies chroniques et de vieillissement de la population et qui regroupent les plateformes territoriales d'appui (PTA, créées en 2016), les réseaux de santé spécialisés (créés en 1996), et la méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA, créée en 2011), et, selon les avis des conseils départementaux, les centres locaux d'informations et de coordination (CLIC, créés en 2011) qui peuvent rejoindre les DAC pour former des équipes unifiées.

---

106 D. Libault, *Vers un service public territorial de l'autonomie*, rapport remis au Gouvernement le 17 mars 2022.

107 Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux devant faire face à des situations complexes, liées notamment à des personnes cumulant plusieurs difficultés (loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, article 23).



Il reste à espérer que ces évolutions, pas toujours pleinement opérationnelles à ce jour, mais qui participent de cette simplification que nous appelons de nos vœux, permettront aux personnes âgées, de plus en plus nombreuses, de parvenir à mobiliser les aides dont elles peuvent bénéficier.

### **3. La parole des personnes âgées isolées**

En 2022, notre association a profité du calendrier électoral pour solliciter la parole des personnes âgées qu'elle accompagne, car nous pensons qu'elles sont trop souvent considérées dans les politiques publiques comme des objets de soins plutôt que comme de véritables citoyens<sup>108</sup>.

Dans ce projet, porté par notre association, cent personnes ont ainsi écrit au futur président de la République, notamment pour lui demander de les considérer, de prendre le temps de les écouter, et d'augmenter le nombre de médecins tant les consultations sont de plus en plus courtes par manque de praticiens.

Les personnes âgées ont fortement besoin de bénéficier d'une bonne disponibilité d'écoute, afin notamment d'exprimer leurs besoins. Or elles souffrent du peu de temps qu'on leur accorde. Elles disent leur inquiétude sur leur fin de vie. Nous l'avons peu signalé dans ce colloque, mais il s'agit d'une inquiétude sur la façon d'être entourée. Par ailleurs, d'autres ont très peur de l'évolution de la loi sur l'euthanasie, craignant de ne pas être libres de leur choix parce que la société leur renvoie en permanence une image négative d'elles-mêmes : elles coûtent cher, ne devraient plus pouvoir voter, etc. C'est pourquoi les personnes âgées veulent avoir non seulement voix au chapitre, mais aussi le choix sur les questions qui les concerne en priorité.

### **Conclusion**

Pour terminer, je vous encourage à vous connecter sur le site Internet des Petits Frères des Pauvres<sup>109</sup>, qui présente notre association et la façon dont elle intervient auprès des personnes âgées dépendantes. Vous y trouverez notamment le recueil « Paroles de vieux électeurs » dont je vous ai parlé ici.

---

**Denis Piveteau**

*Président de la 5<sup>e</sup> chambre de la section du contentieux du Conseil d'État,*  
**modérateur de la table ronde**

Merci beaucoup, Mme la directrice. Quelqu'un veut-il ajouter un commentaire sur ce qui vient d'être dit ?

---

108 Petits Frères des Pauvres, *Paroles de vieux électeurs*, projet d'expression sur douze grands thèmes, recueil réalisé à l'occasion de la présidentielle 2022.

109 Site Internet de l'association : [www.petitsfreresdespauvres.fr](http://www.petitsfreresdespauvres.fr)



---

**Virginie Lasserre**

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

Sur les points qui viennent d'être présentés par Mme la directrice, je pense que le chantier est devant nous. C'est pourquoi il m'importe de travailler sur le pilotage de cette politique qui, on l'a souvent rappelé, est assez illisible pour nos concitoyens en raison de son atomisation avec, en outre, une gouvernance partagée en termes de compétence entre l'État et les collectivités locales – avec lesquelles nous aurions aussi pu débattre –, et aussi le rôle fondamental des associations – ce que montre notre table ronde – et des fédérations.

Le chantier à venir demande donc une simplification dont les modalités interrogent tous les acteurs du secteur. Notons cependant que lorsque nous mettons en place un guichet unique, celui-ci a généralement tendance à s'ajouter à... un autre guichet unique déjà existant ! Dans ce contexte, notre marge de progrès reste donc importante. C'est pourquoi je compte définir dans les prochains mois et les prochaines années une gouvernance et un pilotage beaucoup plus ambitieux, afin de rendre ce secteur dispersé plus lisible pour nos concitoyens.

---

**Michel Borgetto**

*Professeur émérite de l'université Paris Panthéon-Assas*

Sur un sujet aussi vaste et important, le temps manque pour exposer l'ensemble des enjeux auxquels nous sommes confrontés. Certaines questions n'ont pas pu être abordées comme, par exemple, l'action sociale.

Mme la directrice se fait l'écho de personnes âgées qui se plaignent des disparités de traitement entre les départements, les communes, etc. Mais c'est quelque peu normal, car nous nous trouvons ici dans l'action sociale, qui est une action facultative. Nous ne pouvons donc pas imposer aux départements ou aux communes une uniformité de prestations. En revanche, c'est plus compliqué lorsque l'on a affaire à une prestation d'aide sociale comme, par exemple, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) où les critères d'éligibilité varient peu. Dans ce cas précis, les disparités sont inadmissibles. C'est la même chose pour les soins infirmiers à domicile dont l'implantation géographique est très discutable : dans certains endroits ils sont nombreux, dans d'autres ils n'existent pas.

---

**Denis Piveteau**

*Président de la 5<sup>e</sup> chambre de la section du contentieux du Conseil d'État,  
modérateur de la table ronde*

Merci à tous. Je donne maintenant la parole au public.



# Échanges avec la salle

---

---

## *Question du public*

*Mme Lasserre a parlé d'ouverture de places pour la formation des aides-soignantes. Sont-elles gratuites ? Car la formation des aides-soignantes, comme pour beaucoup de professionnels du soin, est payante.*

*Sur un autre sujet, l'association Petits Frères des Pauvres peut-elle évoquer les migrants âgés qui « tournent en rond » dans les foyers d'hébergement ?*

---

## *Stéphane Le Bouler*

*Président du Laboratoire d'idées santé autonomie (LISA)*

*Madame Virginie Lasserre a rappelé le plan de création des places de formation de soins infirmiers et d'aides-soignantes, porté dans le cadre du Plan de relance et confirmé par un protocole signé entre le Premier ministre et la présidente de Régions de France le 13 mars 2022. Il s'agit là d'un réinvestissement massif de l'État, à hauteur de 20 % de places en plus et de 373 millions d'euros par an.*

*L'État finance par là des places de formation initiale, aussi bien pour les soins infirmiers que pour les aides-soignantes, ou les accompagnants éducatifs et sociaux. Il est évident qu'il faut parallèlement consolider les possibilités d'entrée dans ces carrières dans le cadre de la formation continue et, particulièrement, des dispositifs de promotion professionnelle.*

---

## *Claire Granger*

*Au sujet des migrants âgés – qui sont une population très particulière au sein de la vieillesse<sup>110</sup> –, ceux-ci présentent une spécificité, surtout quand ils sont encore en foyers et coupés de leurs familles. Il s'agit d'une population qui vieillit avant les autres, comme beaucoup de travailleurs précaires vivant dans des conditions difficiles. Par exemple, un gros travail est mené en région Auvergne-Rhône-Alpes avec Adoma<sup>111</sup> de qui nous sommes partenaires. Avec Intermède, qui est leur réseau de soins, la médiation en santé permet la coordination entre les services médicaux et les personnes résidant en foyers qui ne savent pas mobiliser les services de soins.*

---

110 Il s'agit plus précisément des chibanis, immigrés âgés, souvent maghrébins, venus travailler en France durant les Trente Glorieuses et qui sont restés à vivre notamment dans les foyers qui leur étaient réservés.

111 Société d'économie mixte, filiale du groupe CDC-Habitat, créée en 1956 par les pouvoirs publics pour accueillir les travailleurs immigrés.

---

**Denis Piveteau**

*Président de la 5<sup>e</sup> chambre de la section du contentieux du Conseil d'État,*  
**modérateur de la table ronde**

Pour conclure notre séance, je vous incite également à aller sur le site Internet d'un établissement public que j'ai la chance de connaître bien et dont l'action est au cœur de tous les sujets dont nous venons de parler : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Son nom a d'ailleurs, à juste titre, été cité de nombreuses fois. Vous y trouverez un grand nombre d'informations et de documents qui compléteront la richesse des échanges qui ont eu lieu.

Je remercie encore une fois tous nos intervenants, ainsi que le public pour son écoute attentive et sa participation, et laisse place à la troisième et dernière table ronde sur la création de la branche autonomie.



# Une nouvelle branche de la Sécurité sociale : la branche autonomie

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 présente table ronde revient sur le sens de la création de cette cinquième 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.

Sont également interrogées les perspectives d'évolution qui peuvent encore être envisagées, en termes de périmètre de la branche, de financement, et de gouvernances locale et nationale, compte-tenu des ambitions retenues pour cette nouvelle branche.

## Sommaire

Biographie des intervenants.....	101
Actes de la table ronde.....	103
Échanges avec la salle.....	121



# Biographie des intervenants

---

*Les fonctions mentionnées sont celles exercées à la date de la conférence*

## Modérateur

### **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 de 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 (AP-HP), 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'Île-de-France (2015-2018). Il est nommé président de la mission d'inspection des juridictions administratives (MIJA) 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.

## **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 cinq 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 Île-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.

## **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 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 deux 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.



# Actes – Une nouvelle branche de la Sécurité sociale : la branche autonomie

---

---

**Christophe Devys**

*Président de la section sociale du Conseil d'État,*  
**modérateur de la table ronde**

Le sujet de cette troisième et dernière table ronde est celui de la création, actée par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, d'une cinquième branche de la Sécurité sociale : la branche autonomie, qui s'ajoute aux quatre branches préexistantes que sont la maladie, la famille, les accidents du travail et maladies professionnelles, et enfin la retraite.

Pourquoi avoir créé cette branche autonomie ? Quels en sont les objectifs ? Quel regard porter sur cette création, et qu'en attendre ?

L'intervenant le plus naturel pour nous présenter ce sujet est sans nul doute M. Dominique Libault qui en fut l'instigateur, en qualité de directeur de la Sécurité sociale, et aussi comme auteur d'un célèbre rapport qui porte son nom<sup>112</sup>. Certes, pour l'instant, nous ne pouvons pas dresser le bilan de cette création tant elle est récente ; mais nous pouvons nous attacher à définir la raison pour laquelle cette nouvelle branche de la Sécurité sociale en matière d'autonomie, de protection des personnes âgées et des personnes handicapées a été créée. Quel sens donner au regroupement de ces deux familles (personnes âgées et personnes handicapées) qui se vivent assez différemment avec des associations, des modalités de soutiens financiers et des techniques différentes ? Et quel est le sens de cette notion d'« autonomie » qui les fait converger pour, au final, créer une nouvelle branche, c'est-à-dire prendre en compte un nouveau risque ? Ce qui est sûr, c'est qu'il ne s'agit pas d'une création purement technique, car c'est aussi l'idée de considérer le vieillissement et/ou le handicap comme des risques au même titre que la maladie, la vieillesse ou les accidents professionnels.

À la suite de ces premiers échanges initiés par M. Dominique Libault, je donnerai la parole à M. Jérôme Voiturier, directeur général de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopps), qui présentera cette cinquième branche en s'exprimant au nom des associations qui gèrent des établissements pour personnes âgées et des services d'aide à domicile, et des établissements pour personnes handicapées.

Enfin, je donnerai la parole à Mme Martine Vignau, vice-présidente du Conseil économique, social et environnemental (CESE) ; institution qui a publié récemment

---

112 D. Libault, *Concertation grand âge et autonomie*, mars 2019, préc.

deux avis sur les thèmes majeurs de la pauvreté<sup>113</sup> et du vieillissement<sup>114</sup> qui sont au cœur de notre sujet et de nos préoccupations.

Nous bénéficierons ainsi à la fois du regard de l'homme de terrain qu'est M. Voiturier, du regard politique du Conseil économique, social et environnemental et, bien sûr, du regard pratique de M. Libault qui fut à la manœuvre sur la création de cette nouvelle et grande réforme législative.

M. le directeur général, vous avez la parole.

---

**Dominique Libault**

*Directeur général de l'EN3S, ancien directeur de la Sécurité sociale*

Merci M. le président. Je vais essayer d'éclairer le sens de la création d'une branche dite « autonomie » au sein de la Sécurité sociale. Vous avez déclaré, M. le président, que j'en étais à l'origine. Il est vrai que j'ai poussé à faire prendre conscience de l'existence d'un tel risque social – j'aurais sans doute l'occasion d'y revenir –, tout en restant cependant prudent sur l'instauration d'une branche « sécurité sociale ».

Mon intervention se déroulera en deux parties. Dans un premier temps, je ferai le constat de cette réforme, puis, dans un second temps, je reviendrai sur la promesse qu'elle contient et sur sa signification.

### **1. La création d'une cinquième branche : la branche autonomie<sup>115</sup>**

En remarque liminaire, notons que c'est la première fois, depuis 1945, que l'on apporte une modification aux quatre branches de la Sécurité sociale. Or il n'est pas indifférent dans la construction du social en France, voire de l'histoire de notre société, de concevoir une nouvelle branche de la Sécurité sociale.

Certes, en 1958, un nouveau risque avait été identifié : le « chômage », celui-ci n'ayant pas été pris en compte dans la période de l'immédiate après-guerre, car à l'époque la question du chômage se posait peu. Mais la réponse à ce risque fut créée en dehors de la Sécurité sociale proprement dite. C'est pourquoi la création de la branche autonomie est réellement une nouveauté dans l'histoire de la Sécurité sociale française.

Ce n'est pas indifférent, car cela nous amène à nous interroger sur le sens de cette branche, et sur ce que signifie le concept de « sécurité sociale ».

---

113 M.-H. Boidin Dubrulle et St. Junique, *Éradiquer la grande pauvreté à l'horizon 2030*, avis du Conseil économique, social et environnemental sur le rapport présenté par M.-H. Boidin Dubrulle et St. Junique au nom de la commission temporaire, mai 2019.

114 M.-O. Esch, *Vieillir dans la dignité*, avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par M.-O. Esch, rapporteur au nom de la section des affaires sociales et de la santé, avril 2018.

115 Ordonnance n° 2021-1554 du 1<sup>er</sup> 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 ; et décret n° 2022-801 du 12 mai 2022 relatif à l'entrée en vigueur de ladite ordonnance.



Bien sûr, les sujets de la vieillesse et du handicap étaient identifiés dans le champ social en France grâce à une histoire venant de l'action et de l'aide sociales, et des compétences des collectivités territoriales.

La Sécurité sociale introduit dans le droit social ce que j'appelle un droit « objectif », un droit « certain » disait Jaurès<sup>116</sup> en 1910, dans le cadre d'une controverse avec Jules Guesde<sup>117</sup> dans le cadre d'une discussion sur l'intérêt d'introduire un régime de retraite obligatoire ; tandis que l'aide sociale est un droit « subjectif », et que l'action sociale est dépourvue de droits, selon le professeur Borgetto, pour n'être qu'une compétence reconnue aux collectivités territoriales qui ne génère pas de droits à la personne.

Or il est très important dans la construction du rapport entre l'homme et la société de pouvoir passer de la notion de droit subjectif à la notion de droit objectif, car cela signifie que l'être humain a une créance sur la collectivité, qu'il n'est plus dans l'état du demandeur venant quémander quelque chose. L'homme a des droits. Et c'est un changement radical dans l'organisation même d'une société. C'est ainsi que, dans ce contexte, l'autonomie devient un droit nouveau.

### ***De quoi la branche autonomie est-elle le nom ?***

De quoi la branche autonomie est-elle le nom ? Si l'on examine cette question d'un point de vue strictement comptable et juridique, l'on peut être quelque peu déçu. En effet, la réalité oblige à préciser que ce qui a été fait a consisté essentiellement à transposer des dépenses, déjà présentes au sein des quatre branches préexistantes de la Sécurité sociale, dans une nouvelle branche : la branche autonomie.

Pour autant, il ne faudrait pas penser que lorsque l'on examine le compte de cette nouvelle branche, désormais voté dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), l'on dispose de l'ensemble des dépenses publiques relatives à l'autonomie. Il manque en effet des éléments essentiels, qui relèvent notamment de la responsabilité des départements (allocation personnalisée d'autonomie, prestation de compensation du handicap).

Notons également que si l'objet de la construction de la branche autonomie a été de sortir des branches originelles de la Sécurité sociale les dépenses relevant de l'autonomie, en réalité, beaucoup d'entre elles restent encore présentes dans ces branches comme, par exemple, en matière d'accident du travail, les dépenses liées aux réparations ou aux rentes, dont beaucoup sont des réparations de la perte d'autonomie ; ou en matière d'assurance vieillesse où il existe une prise en charge pour les groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6 qui n'est pas transférée à la branche autonomie ; ou encore en matière d'assurance maladie qui prend en charge l'intervention pour les soins à domicile, domicile qui est l'un des enjeux de la politique d'autonomie notamment destinée à promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées.

---

116 Jean Jaurès (1859-1914), homme politique français.

117 Jules Basile, dit Jules Guesde (1845-1922), homme politique français.



Pour autant la création de la branche autonomie ouvre de larges potentialités.

Le premier point important à souligner est l'instauration d'un débat démocratique annuel au Parlement sur le sujet de l'autonomie qui, pour cela, doit être identifié comme un sujet unique, central et documenté pour donner lieu à débat, et échanger entre le pouvoir exécutif et le pouvoir législatif.

Le second point à privilégier est de revenir à ce droit certain ou objectif qui a été mis en avant. Rappelons qu'au départ la Sécurité sociale est constituée essentiellement de revenus de remplacement. Ce qui a été créé à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, et même encore en 1945, l'a été en réponse à l'industrialisation et au salariat qui offrent tous deux à la fois une sécurité de revenus pour les salariés, mais aussi une forme d'insécurité en cas de perte de salaire pour maladie, vieillesse ou accident du travail. L'on va donc identifier ce risque et y répondre par la création d'une *sécurité sociale*, qui construit cette fonction de « revenus de remplacement ».

Après 1945, une deuxième fonction visant à aider à faire face, non à la disparition du revenu d'activité, mais à des charges particulières, d'abord les charges familiales, puis celles de la santé, va progressivement monter en puissance ; les remboursements maladie augmentant fortement tout au long de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Cela constitue la deuxième transformation.

Or ce qui est intéressant dans le sujet de l'autonomie, c'est justement qu'il consacre ou concrétise une nouvelle étape, à même de constituer une (future) troisième transformation. Il s'agit là d'un nouvel enjeu en termes, non seulement, de populations traitées, mais aussi, et surtout, de modifications dans la conception même de la Sécurité sociale.

## **2. Promesses et signification de la branche autonomie**

En matière de politique de l'autonomie, une évolution est déjà en cours tournée vers la notion de service, répondant par là même à la question de savoir quel droit veut-on pour l'autonomie.

En effet, l'on n'attend pas de la collectivité simplement des prestations monétaires ou de compensation. Les finalités de la politique de l'autonomie sont de plus en plus assumées comme devant permettre à la personne de vivre normalement, selon son libre choix. Il ne s'agit pas d'une réponse ponctuelle à un problème, mais d'un nouveau droit de la politique sociale : le droit de vivre une vie normale, y compris en vivant au milieu des autres. Telle est la promesse que doit permettre la branche autonomie.

Rappelons que c'est ce qu'écrivait Pierre Laroque<sup>118</sup>, en 1962, dans son célèbre rapport sur la vieillesse<sup>119</sup>, insistant « *sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société (...) tout en évitant de faire naître chez les vieillards un sentiment*

---

118 Pierre Laroque (1907-1997), haut fonctionnaire français connu pour être le « père » de la Sécurité sociale.

119 Haut Comité consultatif de la population et de la famille (prés. P. Laroque), *Politique de la vieillesse*, rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, éd. La documentation française, Paris, 1962 (réédition numérique, 2018).



*de dépendance », afin de « respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être mêlés constamment à des adultes et à des enfants »<sup>120</sup>.*

Cette question fondamentale, et toujours d'actualité, de la place des personnes âgées dans la société passe par la création de *services de proximité* qui leur permettent d'exercer leur libre choix, dont, en premier lieu, celui de rester vivre à domicile avec leurs proches le plus longtemps possible.

### **Repenser le maintien à domicile**

Cette fonction « servicielle » nous conduit à réfléchir sur l'application de ce souhait, afin de concrétiser cette promesse de services autour de la personne âgée et dépendante. Dans ce contexte, deux aspects très importants apparaissent peu pris en compte jusqu'à présent au sein de la Sécurité sociale.

Le premier aspect est que, pour mettre en place des services de proximité, il faut des professionnels qui rendent ces services effectifs, car il ne s'agit pas ici d'ouvrir un dialogue singulier entre la personne âgée et les pouvoirs publics qui délivrent le service, mais bien de l'organisation d'un service par des professionnels ; ce qui conduit au sujet clé de l'attractivité des métiers et de la capacité à honorer cette promesse d'avoir des professionnels de qualité, formés, en EHPAD ou à domicile. C'est là l'enjeu fondamental de cette branche autonomie. Sans cela, il est impossible d'honorer la promesse d'autonomie, de dignité et de libre choix de son mode de vie.

Le second aspect est la nécessité d'organiser ces services, car ils sont très nombreux et divers : information, orientation, accueil, services de prestations sanitaires, recours aux services de santé et à des services sociaux, etc. Ces services peuvent, dans certains cas, être liés aux urgences, mais surtout s'inscrire dans la continuité d'un parcours de santé ou d'un parcours de vie. Ce sont aussi des services de prévention, notamment en ce qui concerne la perte d'autonomie des personnes âgées, sujet majeur et de plus en plus important.

Tout ceci doit donc s'organiser. Dans ce contexte, la promesse de l'autonomie passe à la fois par des prestations financières, mais aussi par une politique de l'emploi particulière qui rend les métiers de cette filière suffisamment attractifs pour avoir une présence réelle de professionnels qui soulagent les aidants, et enfin par une nouvelle organisation des services publics.

---

120 « *Le placement collectif de certains vieillards, physiquement ou psychologiquement incapables de mener une vie indépendante, continuera de s'imposer. Du moins convient-il de faire en sorte que, tant sur le plan de l'équipement que sur celui de l'organisation de la vie quotidienne, les organismes chargés de les accueillir soient adaptés à leur état et qu'y soit ménagée la possibilité pour les vieillards ainsi placés de garder le plus de contacts possibles avec l'extérieur. Mais cette solution doit demeurer exceptionnelle. L'accent doit être mis, par priorité, sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer, le plus longtemps possible, à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide-ménagère à domicile, par la création des services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires, par l'organisation de leur occupation et de leurs loisirs. Ainsi, tout en évitant de faire naître chez les vieillards un sentiment de dépendance, pourra-t-on respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être mêlés constamment à des adultes et à des enfants », Ibid., p. 9.*



Ce dernier point fait l'objet d'un rapport récent<sup>121</sup> que j'ai remis à la ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie, et à la secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, qui préconise un rapprochement territorialisé des différents acteurs de l'autonomie : du sanitaire et du social, d'une part, et des collectivités territoriales, de l'État, des ARS et de la Sécurité sociale, d'autre part. L'objectif est ainsi de mieux coordonner l'ensemble de ces acteurs pour assurer une véritable continuité de l'accompagnement, en proximité.

Car, comme je l'ai écrit, « *Trop souvent le parcours de l'autonomie est un parcours d'obstacles pour la personne et l'aïdant. Dans cette dimension de l'action publique plus encore que dans d'autres, parce qu'il s'agit de personnes vulnérables et fragilisées, le silo, la complexité sont des déviations administratives (...) que l'on ne peut plus se permettre. Ni la situation de nos finances publiques, ni les perspectives de vieillissement de la population ne nous y autorisent. Il n'y aura de droit au parcours de l'autonomie que si l'on instaure un véritable service public territorial de l'autonomie qui relie, rend cohérent les différents services de l'autonomie sur un territoire* »<sup>122</sup>.

Le sujet de l'autonomie est de permettre aux personnes âgées de vivre leur vie comme ils l'entendent grâce à des services de proximité, avec les professionnels adéquats et une organisation décloisonnée, qui fasse que l'on puisse véritablement accompagner la personne dans son continuum de vie, quel que soit son âge ou son handicap, car une personne ne se réduit pas à la primauté de ses soins primaires, mais doit être considérée dans son ensemble.

### **Construire la solidarité par l'autonomie de chacun**

Dans le contexte actuel, avoir créé une branche autonomie de la Sécurité sociale ne me semble pas être quelque chose d'anodin. Cela devrait être l'affirmation de droits nouveaux pour les personnes, ainsi que l'affirmation d'une nouvelle vision ou orientation de la Sécurité sociale au service de l'ensemble des Français ; approche nouvelle qui, à son tour, conduit à une évolution forte de l'organisation des services publics pour mettre en place ces nouvelles politiques publiques.

C'est pourquoi la façon d'aborder juridiquement la branche autonomie actuellement, en ne prenant en compte que la partie sécurité sociale, ne me satisfait qu'à moitié, car il manque selon moi une vision complète, globale et décloisonnée du secteur sanitaire et social.

Ceci étant, les choses se mettent en place comme le montre, par exemple, l'adoption le 14 mars 2022 de la première convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche autonomie adoptée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour les cinq ans à venir<sup>123</sup>.

---

121 D. Libault, *Vers un service public territorial de l'autonomie*, 17 mars 2022.

122 *Ibid.*, p. 5 et 6.

123 Ministère des solidarités et de la santé, CNSA, *Fonder la branche Autonomie*, COG État-CNSA 2022-2026, mai 2022.



La création de la branche autonomie, crée de nouvelles attentes et une nouvelle légitimité pour la CNSA, à laquelle revient le rôle de stimuler de nouvelles « coalitions » collectivités locales / État au niveau local au service des personnes en perte d'autonomie.

## **Conclusion**

La création de la branche autonomie est une promesse encore en devenir, qui reste largement à construire, mais pour autant constitue sans doute une étape importante dans l'histoire de la protection sociale française.

Au-delà du droit, il n'y aura de nouvelles solidarités autour de l'autonomie que si on réussit à développer le lien intergénérationnel qui souligne la richesse de la relation avec les personnes vulnérables.

L'on évoquait précédemment la notion de « risque » qui fut à la base de la création de la Sécurité sociale, mais je ne suis pas sûr que ce mot reste adapté pour désigner la Sécurité sociale actuelle. La « famille » n'a jamais été un risque, pas plus que la « retraite » n'est aujourd'hui vécue comme telle, et « l'assurance maladie » a tendance à devenir de plus en plus une assurance santé.

La Sécurité sociale a pour ambition, aujourd'hui, de plus en plus, la construction par la solidarité de l'autonomie de chacun. Elle dit, et notamment avec la création de cette nouvelle branche, comment nous construisons une société d'interdépendance les uns avec les autres, avec une solidarité nationale qui permet à chacun, de la naissance à la fin de vie, de vivre sa vie pleinement.

---

**Christophe Devys**

*Président de la section sociale du Conseil d'État,*  
**modérateur de la table ronde**

Merci beaucoup pour ce point de vue historique passionnant et pour cette très juste conclusion. Effectivement, en matière de sécurité sociale, l'on utilise classiquement le mot « risque » qui constitue un lien assez étroit avec l'assurance ; or passer à une logique de solidarité et d'autonomie est un vrai changement qui est loin d'être seulement sémantique.

Nous poursuivons notre séance avec M. Voiturier, directeur général de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Unioptss). Cette promesse née de la création de la cinquième branche est-elle perçue par les associations sur le terrain ? A-t-elle commencé à changer les choses ? Y a-t-il un espoir de changer fondamentalement la vie des associations ?

M. le directeur général, vous avez la parole.



Merci M. le président. Je remercie également le Conseil d'État pour son invitation à participer à ce colloque sur un sujet aussi capital pour nos politiques sociales. En remarque liminaire, je précise que notre association, l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss), a été créée en 1947. Il s'agit d'une association de type « loi 1901 » reconnue d'utilité publique qui a pour vocation d'unir, de défendre et de valoriser les acteurs privés non lucratifs de solidarité. Elle porte auprès des pouvoirs publics la voix collective des associations des secteurs sanitaire, social et médico-social engagées aux côtés des personnes vulnérables et fragiles.

Présente sur tout le territoire, l'Uniopss regroupe des unions régionales ainsi qu'une centaine de fédérations, unions et associations nationales, représentant 25 000 établissements, 75 000 salariés et l'engagement d'un million de bénévoles. Dans ce contexte, et comme le rappelait M. Libault, nous sommes tous en train de construire la branche autonomie. D'ailleurs, la COG 2022-2026 signée entre la CNSA et l'État montre bien que l'objectif de la maturité de cette nouvelle branche est l'horizon 2030<sup>124</sup>.

Notons que nous en sommes actuellement à la phase 1. La phase 2, quant à elle, est une phase de transition pour la branche. Viendra ensuite une phase 3 qui sera la phase de déploiement de cette branche.

### **1. Les objectifs de la loi pour la branche autonomie**

À ce stade, je reprendrai les quatre objectifs fixés par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 pour la branche autonomie, afin de voir à travers eux comment se positionne le secteur associatif, à savoir : universalité, qualité, transversalité et démocratie. Ce sont ces quatre objectifs que nous portons au sein des associations de solidarité.

#### ***Universalité***

L'universalité promet une meilleure équité territoriale dans l'accès aux droits des personnes. Sa déclinaison entraîne une réflexion à la fois sur l'offre de service des établissements et sur la capacité et la garantie d'accessibilité pour tous aux droits concédés.

Dans ce contexte, et au-delà de la légitimité d'une économie des seniors, destinée principalement aux plus aisés d'entre-eux, il s'agit pour nous de veiller à ce qu'il n'y ait pas d'inégalité d'accès par le revenu sur les biens et services dont doivent disposer, si l'on est sur un principe d'universalité, l'ensemble des personnes âgées.

Cela emporte des conséquences sur le plan du financement de la branche autonomie. Ce financement est d'ailleurs l'un des axes du rapport Vachey<sup>125</sup>.

---

124 *Ibid.*, préambule « Fonder la branche autonomie – Horizon 2030 », p. 5 et suiv.

125 L. Vachey (prés.), Fl. Allot, N. Scotté, *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement*, septembre 2020.



J'ai d'ailleurs rencontré M. Laurent Vachey au moment de la préparation de son rapport, et nous avons discuté de la notion de solidarité nationale et des mesures visant le reste à charge ; un reste à charge qui selon moi devrait être le plus bas possible, tant il a d'impact sur l'universalité des politiques sociales qui doivent être menées.

Enfin, notons qu'il faut faire attention à ce que l'universalité voulue dans la construction de la branche autonomie soit détachée de toute contingence économique, sociale ou culturelle, afin de rendre pleinement applicable le droit universel mis en place.

### **Qualité**

Lorsque l'on évoque la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, l'on pense immédiatement aux révélations d'un ouvrage récent qui a fortement scandalisé les Français : l'enquête sur la société Orpea<sup>126</sup>. Sans généraliser cette histoire de maltraitance institutionnelle et systémique mise en place par certains dirigeants du groupe Orpea, l'on peut noter que l'on assiste, dans le contexte actuel, aux conséquences d'une financiarisation à outrance d'une activité, ou « marché » qui devrait être sortie de cette logique de rentabilité à outrance. Mais sortir de cette logique financière est-ce suffisant pour offrir une qualité de service aux personnes âgées dépendantes ?

Il me semble que le sujet de la maltraitance peut être analysé de différentes manières selon qu'elle provient d'équipes pressurisées pour maximiser la rentabilité de l'activité, de maltraitance institutionnelle, ou encore du fait d'intervenir sur le nombre de professionnels travaillant dans les structures d'accueil, ce qui renvoie à la question des activités et des métiers lorsque l'on est sur cette « gouvernance par les nombres »<sup>127</sup> qui oblige à exécuter des actes de plus en plus normés ou quantifiés.

Cependant, personne n'ignore qu'il existe des actes non finançables, non quantifiables, ou non normés qui n'entrent dans aucun cahier des charges : c'est, par exemple, le cas de l'aide-soignante qui va discuter un quart d'heure avec la personne âgée d'un EHPAD, ou de l'éducateur qui va passer un quart d'heure avec l'enfant qui a un peu dérivé. Dans ce contexte, on s'aperçoit que plus les actes normés, financés et/ou monnayables augmentent, et plus ceux-ci diminuent en qualité, comme diminue également en qualité la relation entre aidant et personne âgée.

Il faut en effet garder en mémoire que l'on travaille ici sur de l'humain, qu'il s'agisse des personnes accueillies, accompagnées, ou bénéficiant d'une aide à domicile, ou des professionnels qui peuvent attendre une revalorisation salariale, ou souhaiter plus de visibilité dans leur carrière, voire lui donner davantage de sens. Une absence de sens soulignée par les étudiants, au sortir de leur école de formation, un an après leur première prise de poste, qui ne trouvent pas l'aspect humain qu'on leur a vendu durant leurs études.

---

126 V. Castanet, *Les fossoyeurs. Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*, préc.

127 A. Supiot, *La gouvernance par les nombres - Cour au Collège de France 2012-2014*, éd. Fayard, Paris, 2015.



## **Transversalité**

Le troisième objectif fixé par la loi créant la branche autonomie<sup>128</sup> concerne le renforcement des politiques transversales du handicap et du grand âge.

La branche autonomie sera une réussite ou pas, selon que l'on réussira à la sortir des silos dans lesquels chaque acteur est enfermé ; ce qui nécessite des simplifications administratives, de la cohérence, de la lisibilité et de la coordination.

Pour ce faire, il faut développer une logique de parcours dans la vie de la personne âgée. Celle-ci doit en effet pouvoir à la fois intégrer un EHPAD, partir en soins de suite et de réadaptation (SSR), aller à l'hôpital en raison de pathologies aiguës, revenir en EHPAD, et, éventuellement, retourner chez elle ou chez ses proches. C'est pourquoi il faut éviter les ruptures de parcours, car les règles administratives rendent difficile la possibilité de sortir d'un EHPAD pour aller en SSR, ou d'être en EHPAD et de passer trois jours à l'hôpital. Il s'agit là de droits administratifs qui restent dans cette logique de silos qu'il faut faire disparaître pour que les choses soient beaucoup plus fluides.

## **Démocratie**

Enfin, notons un dernier point qui concerne la démocratie. Certes, chaque année, le Parlement débat sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Mais il le fait trop rapidement et à des heures avancées de la nuit sans réel débat. Or ce débat et cette réflexion sont essentiels, à tel point qu'il serait nécessaire de l'avoir avec les parties prenantes directement concernées par le sujet.

Gandhi<sup>129</sup> avait l'habitude de dire : « *Tout ce que vous faites pour moi sans moi, vous le faites contre moi* ». Cette phrase est tout à fait opportune ici, car il n'y a pas de co-construction de projets notamment avec les associations. Or il est absolument nécessaire que les aidants et les professionnels du grand âge soient parties prenantes de ces débats et réflexions, afin que la société civile puisse véritablement s'exprimer sur ce sujet au Parlement.

## **2. La vision des associations sur la branche autonomie**

Les associations ont une vision de la cinquième branche qui demanderait un changement de méthode et un changement technique, qui emporteraient quatre types de conséquences.

### ***Les personnes accompagnées***

Le premier changement nécessaire concerne les personnes accompagnées, afin qu'elles ne soient plus perçues comme des consommatrices de biens et services mais comme des sujets de droit. Cela implique le renforcement des conseil de la vie sociale (CVS)<sup>130</sup>.

128 Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, préc.

129 Mahatma Gandhi (1869-1948), dirigeant politique de l'Inde.

130 Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.



Si l'on pense au développement de la territorialisation de la cinquième branche, aspect qui n'est pas encore finalisé, cela implique, à l'instar de ce qui se fait à la CNSA, la présence du GR31 qui regroupe les trente-et-une organisations représentatives des personnes âgées, des personnes handicapées ou œuvrant à leur égard qui siègent au Conseil de la CNSA. Notons que le GR31 s'est donné pour mission de préparer le positionnement des organisations précitées dans les débats du conseil de la CNSA et de contribuer à l'édification d'un nouveau risque de protection sociale pour l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Il faut que tous ces acteurs soient présents.

### ***Les établissements et les services à la personne***

Le changement est aussi à prévoir pour les établissements et les services qui doivent mettre en œuvre une réponse de terrain et sortir eux-mêmes de leur segmentation. C'est le parcours de vie de la personne âgée que j'évoquais précédemment qui peut, par exemple, être un jour dans le système médico-social, et un autre jour dans une structure ou un service sanitaire, etc.

### ***Les financeurs***

Un changement est aussi à prévoir pour les financeurs, afin de passer à une tarification moins segmentée.

Les tarifications, notamment pour les services qui s'adressent aux personnes âgées et/ou en situation de handicap et qui apportent à domicile une assistance dans les actes de la vie, sont particulièrement complexes, et il est assez probable que peu de monde soit capable de les expliciter clairement. C'est pourquoi il est nécessaire d'avoir une vision à la fois plus globale et plus souple de ces tarifications.

### ***La vision de la société***

Enfin, il convient de changer la vision qu'a la société des personnes âgées, afin que l'on puisse accueillir la vieillesse non plus comme une charge mais comme une ressource.

C'est ce que nous essayons de faire à notre modeste niveau. Pour ce faire, nous organisons, par exemple, au début du mois d'octobre, « la semaine bleue » où l'Uniopss et d'autres associations ou fondations organisent environ mille manifestations pour montrer la vivacité des personnes âgées. L'on a également créé un prix littéraire, le « prix Chronos », qui permet des échanges intergénérationnels entre les jeunes en milieu scolaire (collèges et lycées) et les personnes âgées.

Cela nous éloigne quelque peu de la branche autonomie, mais je pense que cette cinquième branche ne peut pas être uniquement conçue comme un circuit financier. Elle doit aussi nous permettre d'avoir une vision différente du vieillissement et du handicap, afin de remettre les personnes handicapées et/ou vieillissantes au cœur de notre société et reconnaître leurs contributions à faire de notre société une société plus intergénérationnelle qui ne dresse pas une génération contre l'autre.



---

**Christophe Devys**

*Président de la section sociale du Conseil d'État,  
modérateur de la table ronde*

Merci beaucoup, M. le directeur général. On a évoqué à plusieurs reprises la question de l'organisation territoriale. C'est un sujet important dont Dominique Libault et Jérôme Voiturier ont implicitement rappelé la complexité en raison de l'enchevêtrement des compétences entre les agences régionales de santé (ARS), les départements et la CNSA.

Faut-il aller plus loin que les actions qui sont aujourd'hui engagées ? Faut-il une réforme plus importante, ou faut-il simplement accentuer ce qui a été fait, notamment avec la création de la conférence des financeurs en 2000, ou la loi d'adaptation de la société au vieillissement en 2015<sup>131</sup> ? Est-ce qu'améliorer la transversalité et les actions croisées entre les uns et les autres suffirait ? Ou faut-il imaginer quelque chose de plus volontaire, voire de plus volontariste ?

Pour nous aider à répondre à ces questions, je donne maintenant la parole à Madame la vice-présidente du CESE.

---

**Martine Vignau**

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

Merci M. le président. Je remercie également le Conseil d'Etat pour son invitation à participer à ce colloque où j'ai l'honneur de représenter le Conseil économique, social et environnemental (CESE) qui est une institution forte des quatre-vingt-deux organisations qui la composent.

Personne n'ignore que notre mission première est d'émettre des avis. Sur le sujet de la perte d'autonomie nous avons rendu, depuis 2007, sept avis qui traitent de la question du vieillissement, de la dépendance et de leur mode de financement. Parmi ceux-ci, deux avis sont particulièrement importants : l'avis de 2011 sur la dépendance des personnes âgées<sup>132</sup>, et celui de 2014 qui traitait du projet de loi de l'adaptation de la société au vieillissement<sup>133</sup>.

Dans ce contexte, nous attendions donc avec impatience le renforcement du pilotage de la CNSA et sa structuration. C'est ce qui est arrivé avec la création de la cinquième branche de la Sécurité sociale qui permet de faire bénéficier chaque Français, indépendamment de son âge et de son état de santé, de la solidarité nationale. Notons que l'on retrouve ces engagements, ces demandes et ces préconisations à la fois dans les avis que nous avons donnés, dont le dernier date de 2018 et s'intitule « Vieillir dans la dignité »<sup>134</sup>, et dans les quarante engagements de la COG de la CNSA.

---

131 Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

132 CESE, 15 juin 2011, avis sur la dépendance des personnes âgées (saisine gouvernementale).

133 CESE, 26 mars 2014, avis sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (saisine gouvernementale).

134 CESE, 24 avril 2018, avis « Vieillir dans la dignité » (autosaisine).



Ainsi, l'on a renforcé le rôle de la CNSA sur l'information, sur les droits et les aides, et sur la liberté de choix de résidence des personnes. Et l'on observe un début de structuration de la branche autonomie avec un système informatique unique permettant à la fois de gérer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de recueillir des données sur un environnement fortement décentralisé et complexe.

Mais si nous pouvons retrouver dans la CNSA un certain nombre des demandes faites par la société civile et les organiser, celle-ci continue de s'appuyer sur les agences régionales de santé (ARS) et les départements pour décliner la politique de l'autonomie avec, comme fil rouge, la volonté de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des dossiers.

La CNSA est obligée de piloter les dispositifs déclinés au niveau territorial en coordonnant les conseils départementaux et un grand nombre d'intervenants comme, par exemple, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)<sup>135</sup>, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), les centres de lecture et d'animation culturelle (CLAC), les agences régionales de santé (ARS), les centres communaux d'action sociale (CCAS), les caisses de retraite, ou encore les établissements médico-sociaux.

Et au vu des disparités territoriales qui émaillent la France, la nécessité est forte d'harmoniser et de mettre en complémentarité l'action de l'État et l'action des collectivités territoriales, s'agissant notamment des départements qui sont pilotes en la matière, tout en sachant que les choses sont plus ou moins aisées selon les endroits.

Dans ce contexte, nous espérons qu'à travers la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, et la création des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), en partenariat avec les conseils territoriaux de santé (CTS), nous aurions des instances qui auraient une vision et permettraient d'agir au plus près des personnes âgées et/ou handicapées en situation de perte d'autonomie. Malheureusement, la réalité a démontré qu'il n'existait pas (encore) un véritable élan de travail et de lisibilité pour ces politiques au niveau départemental.

Alors faut-il aller plus loin ? M. Libault a produit un rapport dense, important et précis sur le sujet, qui pointe un certain nombre de difficultés et de carences qui sont incontestables. De sorte qu'à mon avis, oui, il sera nécessaire un jour ou l'autre d'aller un peu plus loin sur ce sujet-là.

Pour en revenir aux travaux du Conseil économique, social et environnemental, la première préoccupation que nous avons est la question du financement.

Précédemment, M. Libault a précisé que l'on avait, en créant la branche autonomie, simplement recentré en son sein des financements – auxquels on a ajouté un peu de contribution sociale généralisée (CSG) – qui se trouvaient ailleurs. Certes, cela

---

135 Créés par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.



donne plus de lisibilité à l'action publique. Mais ces moyens suffiront-ils ? Nous sommes dans la trajectoire 2030 où il y aura six seniors pour dix habitants, alors que pour l'instant nous en sommes à quatre pour dix. Nous avons donc des défis importants à relever. Et nous estimons, au CESE, que la question du financement de l'autonomie appelle un large débat public pour savoir quel type de prise en charge nous souhaitons pour nos aînés. D'autres pays l'ont fait, et il est nécessaire de l'envisager également pour la France.

Ce débat public est également nécessaire sur la question des métiers liés à la dépendance et à l'autonomie des personnes âgées, s'agissant plus particulièrement des formations initiale et continue. Ces formations sont proposées et conçues régionalement par des organismes et diffèrent les unes des autres. Il faudrait là aussi pouvoir aller plus loin.

Toutefois, pour l'instant, le véritable sujet est de savoir quelles politiques publiques de l'autonomie nous souhaitons. Sur ce point, notons que les organisations qui composent le CESE ont l'habitude de défendre l'urgence d'agir pour assurer à la fois la bientraitance et le bien vieillir de nos aînés.

Notons également que le CESE continue de travailler sur ce sujet, et à en creuser toutes ses facettes et tous ses besoins, pour aider nos aînés à bien vieillir comme le montre, par exemple, l'organisation prochaine des Rencontres de la longévité qui auront lieu aux mois de juin<sup>136</sup> et de septembre<sup>137</sup> 2022.

---

**Christophe Devys**

*Président de la section sociale du Conseil d'État,*  
**modérateur de la table ronde**

Merci beaucoup pour cette analyse extrêmement riche. Je souhaiterais développer la question des enjeux financiers s'agissant notamment des EHPAD où, compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes âgées, et malgré la volonté de privilégier leur maintien à domicile, il est probable que l'on connaisse encore une forte croissance du nombre de nos aînés dans ces établissements ; et donc une augmentation très sensible des budgets correspondants.

Le deuxième enjeu concerne le renforcement des compétences. Nous sommes en effet conscients de l'énorme déficit d'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement. Cette difficulté provient à la fois de la question de la rémunération et de la question du bien-être au travail. Notons que ce bien-être est directement lié, comme cela a été rappelé, au nombre d'agents dans les EHPAD. L'on a souvent évoqué, comme objectif, le *ratio* d'un agent pour une personne âgée. Or, aujourd'hui, dans les EHPAD publics, l'on doit être sur un *ratio* de 0,66 agent pour une personne âgée. Dans les EHPAD privés à but lucratif, l'on est parfois sur un *ratio* de 0,50 agent pour une personne âgée.

---

136 Cette première conférence du 14 juin 2022 a pour thématique : « La valeur économique des seniors ».

137 Cette seconde conférence du 27 septembre 2022 a pour thématique : « Comment promouvoir la prévention chez les seniors : le *nudge* » (« coup de coude » incitant un individu à agir sans le contraindre).



L'écart entre le *ratio* constaté et l'objectif est énorme. Si l'on veut le combler, ce qui peut paraître indispensable, ce sera une source de dépenses supplémentaires très importante. Et si l'on y ajoute les dépenses liées à une amélioration des rémunérations, nous sommes certainement devant des investissements très lourds pour maintenir et améliorer la qualité d'accueil dans les EHPAD.

Précédemment, l'on évoquait la notion de risque. S'il existe en matière de vieillissement un risque à combattre, c'est selon moi celui du « reste à charge ».

En matière statistique, le coût annuel pour une personne en établissement dont le niveau de perte d'autonomie est le plus fort (GIR1) s'élève à 40 000 euros par an<sup>138</sup>. Le coût fixe qui reste à la charge des personnes ou de leurs familles équivaut toujours (en moyenne) au tiers de cette somme, et n'évolue pas quel que soit le niveau de perte d'autonomie. Il y a là un vrai risque financier pour certaines familles qui, ne pouvant pas compter sur l'aide sociale pour diverses raisons, doivent assumer en totalité cette charge. Ces familles, même modestes, peuvent être ainsi amenées à payer un reste à charge très important pendant de longues années, et voient ainsi leurs ressources diminuer d'autant, parfois s'effondrer. C'est une vraie inégalité entre familles, un risque qui pèse sur certaines d'entre elles, en fonction du temps passé par leur aînés en EHPAD.

Je souhaiterais également réagir à un sujet qui m'est cher, ainsi qu'à la représentante de l'association Petits Frères des Pauvres et au professeur Borgetto : la récupération sur succession des personnes âgées. Les départements peuvent récupérer, sur la succession de la personne âgée, les dépenses qu'ils ont financées au titre de l'aide à domicile ou de son hébergement en établissement. Ce mécanisme de récupération est vécu comme une « menace » pour beaucoup de Français. C'est pourquoi de nombreuses personnes âgées, notamment en milieu rural, se refusent à demander l'aide sociale, afin que leurs enfants ne soient pas dépossédés de tout ou partie de leur héritage par le département au moment de la succession. Ce renoncement à une aide publique est parfois lourd de conséquence.

Notons qu'à cela s'ajoutent également d'autres inégalités, non sociales, liées à chaque histoire personnelle et au fait que les parents ne peuvent plus vivre chez eux.

Tous ces sujets sont évoqués dans les réflexions sur le grand âge. Or s'il doit y avoir des réformes en la matière, notamment sur la diminution du « reste à charge », la seule certitude est qu'elles seront extrêmement coûteuses : de l'ordre de cinq à dix milliards, au *minimum*, pour un résultat sensible pour les familles. C'est pourquoi tous les gouvernements, les uns après les autres, écartent ce type de réforme.

Je me tourne vers Dominique Libault pour lui demander s'il a des éléments à nous communiquer à ce sujet ?

---

138 Voir le tableau : Coût annuel par personne, par GIR et par financeur (*in* Annexe du présent ouvrage, partie 2. Normes applicables, p. 143).

Tout le monde a en tête que les pouvoirs publics ont fait des annonces sur une grande loi<sup>139</sup> reportée *sine die*. D'ailleurs, dans les programmes électoraux des candidats – notamment du candidat-président – ces réformes sont beaucoup plus présentes qu'il y a cinq ans. Cependant, l'on se garde bien d'annoncer une loi grand âge.

En 2019, lorsque j'ai rendu mon rapport sur le grand âge<sup>140</sup>, une telle loi aurait pu être envisageable. Nous en avons encore les capacités budgétaires. C'était avant la crise sanitaire liée au Covid-19, à une période où la Sécurité sociale revenait en équilibre, voire à une situation d'excédent, et où l'on avait la perspective d'extinction de la dette sociale en 2024 ; ce qui aurait permis de récupérer la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) pour financer l'autonomie, et ainsi pouvoir bâtir une politique ambitieuse, tant sur l'offre pour faire face à la situation démographique et aux problèmes de revalorisation des métiers, que sur des sujets de reste à charge.

Malheureusement, le Gouvernement n'a pas réagi et s'est consacré à autre chose pensant avoir le temps. Puis, la crise sanitaire est arrivée brutalement et a tout remis en cause : d'abord, parce que les pouvoirs publics se sont totalement mobilisés sur l'urgence sanitaire, reléguant tous les autres sujets au second rang et, ensuite, parce que la situation financière s'est totalement dégradée, s'agissant notamment de l'assurance maladie qui affichait, en 2021, un déficit de trente milliards (deux cent trente milliards de dépenses pour deux cents milliards de recette). Ce qui est considérable.

Actuellement, la situation et les perspectives des finances publiques, notamment des finances sociales, sont très dégradées et rendent beaucoup plus difficile la résolution des problèmes que le président Devys vient d'identifier.

C'est pourquoi, très vraisemblablement, la résolution de ces sujets réside dans une approche plus globale de l'ensemble des sujets des finances sociales, car si l'on ne tient compte que du seul sujet autonomie, sans s'intéresser aux autres aspects, l'on trouvera difficilement des solutions. C'est aussi pour cette raison que le sujet de la retraite revient dans l'actualité.

Notons que la France est, avec le Danemark, le pays qui a les dépenses de protection sociale les plus élevées au monde, tout en étant déficient en termes de soins de longue durée. De sorte que notre répartition de la dépense n'est pas favorable au grand âge. C'est en faisant des arbitrages, c'est-à-dire en travaillant sur cette répartition, ou en effectuant un choix politique de ressources supplémentaires pour la protection sociale, que l'on pourra trouver des solutions à ce nouveau défi, y compris des solutions pour le reste à charge.

---

139 Voir par exemple : Assemblée nationale, proposition de loi n° 264 visant à faire du grand âge et de l'autonomie une « grande cause nationale pour 2023 », déposée le 20 septembre 2022 et renvoyée à la commission des affaires sociales.

140 D. Libault, *Concertation grand âge et autonomie*, mars 2019, préc.



Par ailleurs, le président Devys a tout à fait raison de rappeler que les successions sont mises à contribution sur le sujet du grand âge à travers la « récupération de succession ». Cet état de fait me semble insatisfaisant, car les successions sont mises à contribution de façon inégalitaire selon le temps passé en EHPAD par la personne âgée. En ce cas, pourquoi ne pas demander à toutes les successions un effort identique, par exemple sous forme d'impôt, en le dissociant du temps passé dans l'établissement ?

Certes, la récupération sur succession n'appartient pas à la catégorie des prélèvements obligatoires. En revanche, si l'on instaure un prélèvement homogène sur l'ensemble de la population celui-ci devient un prélèvement obligatoire. L'arbitrage consisterait donc à s'accorder pour savoir si l'on prélève plus d'argent sur certaines personnes que sur d'autres. À titre personnel, j'étais sensible également au temps passé en EHPAD, mais j'avais proposé dans mon rapport un bouclier à partir d'une certaine durée en établissement où la collectivité nationale prenait le relais de la famille. Je pense que c'est une mesure vers laquelle il faut aller.

Enfin, je souhaiterais souligner que, sur ce sujet, ce qui est le plus difficile à faire admettre actuellement est le fait que plus l'on tarde à agir et plus cela coûtera cher à la collectivité. Le sujet de la transition démographique du vieillissement de la France est devant nous, et tout retard augmente son coût.

C'est *mutatis mutandis* la même problématique que l'on rencontre en matière de démographie médicale à l'hôpital. Si, à un moment donné, l'on n'a pas anticipé le manque de personnel soignant, l'on crée un risque inacceptable de rupture des soins qui conduit à embaucher à fort salaire des intérimaires et se révèle coûteux pour les finances publiques.

Or si l'on crée ce type de rupture dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, cela risque de produire un scandale national dans le droit fil de celui qui a été révélé par le journaliste d'investigation indépendant Victor Castanet<sup>141</sup>. De sorte qu'aux risques liés à la financiarisation, évoqués à juste titre dans l'ouvrage *Les fossoyeurs*, viendront s'ajouter ceux liés à la carence en personnel.

C'est là un risque bien réel, d'autant plus que de nombreuses associations d'aide à domicile refusent des prises en charge supplémentaires sur beaucoup de territoires. À un moment donné, l'action publique a jugé cela désespérant et a réagi au scandale. Alors même que c'est un sujet connu qui est devant nous, et dont on connaît les dates et les coûts. Or, malgré cela, l'on éprouve une très grande difficulté à anticiper les choses.

Pourtant, plus l'on anticipe et plus l'on est à même de trouver des solutions alternatives à l'EHPAD, qui n'est pas la solution la plus prisée par nos concitoyens.

Heureusement, il existe beaucoup d'initiatives qui sont actuellement en cours pour trouver des solutions d'hébergement moins chères que les EHPAD. D'autre part, nous voyons apparaître un sujet qui se développe : la prévention, dont tous les gériatres nous disent qu'elle est très efficace si nous nous y prenons bien comme

---

141 V. Castanet, *Les fossoyeurs. Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*, préc.



c'est le cas, par exemple, en matière de nutrition pour prévenir les maladies de civilisation (maladie d'Alzheimer, hypertension artérielle, diabète, etc.).

C'est pourquoi je pense que si l'on mettait en place une stratégie anticipatrice globale, qui ne nécessiterait au départ qu'un investissement raisonnable, nous serions gagnants dans la durée, y compris sur le plan financier.

---

**Jérôme Voiturier**

*Directeur général de l'Uniopss*

Plus que la nature du financement, l'important pour nous, association, est qu'il soit pris en charge par la solidarité nationale.

À cet égard, je crois me souvenir que le chiffre de vingt milliards avait été présenté dans une motion par le conseil de la CNSA, ce qui avait quelque peu irrité le Gouvernement qui, préparant son PLFSS, prévoyait plutôt un budget de trois milliards. Rappelons que vingt milliards ne représentent qu'à peine 1 % du PIB.

Je reviens aussi sur la proposition de Dominique Libault sur le « bouclier » que je trouve très intéressante. Mais n'est-ce pas une incitation des pouvoirs publics pour favoriser l'entrée la plus tardive possible, et donc la plus dépendante possible en établissement ? Sans être cynique, il me semble que cela aurait comme conséquence de limiter le temps de présence, c'est-à-dire le temps de vie, des personnes âgées dans l'établissement.

---

**Christophe Devys**

*Président de la section sociale du Conseil d'État,*  
**modérateur de la table ronde**

Merci beaucoup pour ces remarques. Je vous propose maintenant de donner la parole au public pour un échange de questions/réponses.



# Échanges avec la salle

---

---

## *Question du public*

*Ma première question porte sur la notion d'« e-santé ». Celle-ci permet de mieux prendre en charge les personnes dépendantes. Mais souvent la personne âgée éprouve des difficultés à utiliser ces nouveaux outils informatiques ou numériques, et l'aidant à la main sur ses données de santé ; ce qui pose un problème d'éthique. Dans ce contexte, comment l'aidant peut-il utiliser ces informations, auxquelles il peut accéder, vis-à-vis d'une personne dépendante ayant encore sa liberté d'action ?*

*Ma deuxième question porte sur la notion de qualité. La qualité des prestations est très fortement liée aux relations humaines. Peut-elle être compatible avec la normalisation numérique, qui code chaque acte médical et déshumanise les liens entre individus ? Comment mieux accompagner les personnes dépendantes à l'aide de ces nouveaux outils, notamment dans le cadre d'allers-retours entre l'EHPAD et les soins de suite et de réadaptation (SSR) ?*

*Enfin, ma troisième question porte sur le financement. Un glissement s'est opéré entre les notions de soins et de santé, posant la question de la couverture publique ou privée des soins de santé. Dans ce contexte, doit-on inciter les personnes à mieux se prémunir par elles-mêmes contre la dépendance en allant, par exemple, vers des formes d'assurances mutuelles ?*

---

## *Dominique Libault*

*Compte tenu de la situation financière et des besoins, je pense que la priorité d'action doit se porter au préalable sur les métiers. Cela signifie qu'un certain nombre d'éléments ne seront pas pris en charge financièrement par la solidarité nationale. Il y a donc une place pour l'assurance.*

*Quand je discute de ce sujet avec les assureurs privés, je leur reproche la faiblesse de leurs contrats dont le point de départ des garanties n'est pas clair. Ces contrats ne s'alignent pas sur les évaluations faites par les pouvoirs publics pour déterminer les prestations, ou les degrés de perte d'autonomie classés selon les six groupes iso-ressources (GIR). D'ailleurs, je reçois de nombreuses lettres de personnes qui dénoncent la difficulté qu'ils ont de se voir reconnaître leurs droits. Ensuite, des clauses souvent imprécises se résument à des cotisations et des garanties. Les contrats sont pris longtemps à l'avance et ont des cotisations qui augmentent, tandis que l'indexation des garanties est écrite en petits caractères ; et lorsque l'assuré a des questions à poser les services gestionnaires sont rarement joignables. Il y a donc des améliorations à apporter aux contrats privés.*

*En matière d'e-santé, ce sujet est à prendre très en amont, car la perte d'autonomie commence assez tôt, et l'e-santé se décline tout au long de la vie. Et c'est justement en amont que des éléments peuvent permettre de repérer la fragilité de la personne. C'est l'objectif du programme ICOPE<sup>142</sup> expérimenté en France depuis 2020. Cette démarche est pertinente, mais elle ne remplace évidemment pas les relations humaines. Car ce qui est important ce n'est pas seulement l'acte technique, mais c'est aussi conserver l'envie de vivre. Nous savons, par exemple, que la solitude peut tuer, et que les petits gestes que l'on fait pour lutter contre cela sont extrêmement importants.*

---

*Jérôme Voiturier*

*L'e-santé entre en complémentarité des relations entre les personnes. Attention cependant à ce que ne se développent pas de nouvelles inégalités créées par l'évolution de ce (nouveau) monde numérique entre ceux qui peuvent le comprendre et y accéder et les autres.*

---

*Christophe Devys*

*Dans certains EHPAD, il existe des systèmes d'e-santé où la personne âgée est accompagnée par l'infirmière et l'aide-soignante, tous deux en contact avec le médecin qui lui, souvent, se trouve éloigné, car tous les EHPAD ne disposent pas de médecin dans l'établissement. En revanche, il y a toujours un médecin coordinateur<sup>143</sup>.*

---

*Question du public*

*Plus de 80 % des personnes âgées souhaitent continuer à vivre chez elles. Pourtant, en matière de soins et d'aide à ces personnes, le poids de la dépense publique se porte à 80 % sur les établissements médicalisés. Aussi, en raison du nombre croissant de personnes âgées dans les prochaines décennies, comment inverser (rapidement) ce financement public pour le diriger vers l'aide à domicile ?*

---

*Dominique Libault*

*Il faut bien comprendre la différence entre aide sociale et Sécurité sociale. Quand on évoque le droit objectif de la Sécurité sociale, cela emporte une conséquence importante en termes budgétaire et financier. Ce qui est voté en*

---

142 Conçu par l'Organisation mondiale de la santé, ICOPE (*Integrated Care for Older People*, d'après « I cope » en anglais, « Je fais face »), et son outil numérique ICOPE MONITOR, est un programme de santé publique de soins intégrés, qui permet d'expérimenter une nouvelle approche préventive des soins en ciblant les capacités fonctionnelles des personnes à partir de 60 ans.

143 Le médecin coordonnateur en EHPAD est le médecin « *en charge de l'élaboration et du suivi du projet de soins de l'établissement, de l'évaluation médicale des résidents et de l'animation de l'équipe soignante. Il n'est pas le médecin traitant des résidents* ». Depuis 2005, leur présence est obligatoire dans les EHPAD.

*loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) sont des dépenses évaluatives. De sorte qu'il existe un écart entre l'évaluation et la réalité, et, par conséquent, une contradiction interne entre le fait d'avoir des droits objectifs liés aux personnes, ici des personnes âgées dont le nombre va croissant, et des budgets limitatifs.*

*Comment lier ces deux aspects ? Rappelons que lorsque l'on parle de droit objectif, notamment en matière de retraite, cela signifie qu'il s'agit d'un droit que l'État doit honorer. Ce qui bien sûr n'empêche pas les réformes si le besoin s'en fait sentir.*

*En revanche, au niveau des collectivités locales, notamment des départements, les choses sont différentes. Les collectivités disposent de ressources limitées et doivent équilibrer leurs budgets, sous la surveillance de l'État qui régule leurs dépenses à travers les contrats dits « de Cahors »<sup>144</sup>.*

*Dans ce contexte, comment faire lorsque les dépenses des collectivités locales sont bridées, tandis que, par exemple, le nombre de personnes âgées dépendantes croît fortement ? Il n'y a qu'un seul moyen : répartir la somme globale consacrée à la population visée pour donner moins à chacun.*

*Telle est, par exemple, la construction budgétaire du moment sur le domicile. Ce qui produit un écart entre l'affichage de la politique du domicile, la réalité du maintien à domicile et la construction budgétaire sous-jacente accentuée par les contrats « de Cahors ».*

*C'est pourquoi je pense qu'il faut sortir les dépenses sociales afférentes aux personnes âgées du pacte de Cahors, et réfléchir à la façon de mieux articuler entre elles : Sécurité sociale et finances publiques. Personne n'ignore que l'équilibre budgétaire est un sujet fondamental, mais il est difficile de se retrancher derrière une norme budgétaire pour donner moins aux Français les plus vulnérables, à savoir nos aînés. Je n'envisage pas un tel avenir, qui serait une source de discorde et pourrait avoir des conséquences funestes sur le plan démocratique.*

---

**Christophe Devys**

*Président de la section sociale du Conseil d'État,  
modérateur de la table ronde*

Nous sommes arrivés au terme de cette séance. Je remercie nos intervenants et le public pour sa participation active à nos échanges, et vous propose de conclure ce colloque.

---

<sup>144</sup> Issus de la contractualisation entre l'État et les collectivités initiée lors de la conférence nationale des territoires (CNT) tenue en 2017 à Cahors, ces contrats, conclus à l'issue d'un dialogue entre le représentant de l'État et les collectivités concernées, visent à associer les collectivités à la réduction des déficits publics.



**Christophe Devys**

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

En remarque liminaire, je souhaiterais souligner que ce colloque sur le thème du vieillissement a été empreint d'une certaine émotion, rarement rencontrée dans nos conférences ou nos échanges, aussi variés soient-ils, notamment lorsqu'a été abordé le sujet des EHPAD, sujet sensible entre tous, particulièrement pour ceux qui y sont investis à titre personnel ou professionnel. L'on a ainsi pu constater à quel point la valeur humaine est la clé de voute de ce sujet, dont on perçoit qu'il n'est pas toujours appréhendé de manière conséquente par les gouvernements successifs, au point de générer parfois des réactions de découragement.

### ***La vieillesse, un sujet sociétal majeur difficile à aborder***

En 2015, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement<sup>145</sup> semblait prometteuse. Malheureusement, elle est restée loin de ses ambitions initiales et n'a pas su convaincre, notamment en ce qu'elle n'a pas permis, pour des raisons financières, de diminuer le reste à charge. Notons également que même des dispositifs importants et novateurs comme, par exemple, la conférence des financeurs<sup>146</sup> n'ont pas pu déployer toute leur efficacité.

Dans ce contexte, on pouvait légitimement penser que la fameuse loi « grand âge et autonomie » (parfois nommée « générations solidaires ») qui devait être votée en 2021 ou 2022, et la création de la cinquième branche iraient de pair. Il n'en a rien été, et c'est le PLFSS pour 2022 qui a porté « *des mesures nouvelles en vue de renforcer la cinquième branche de la Sécurité sociale* »<sup>147</sup>. Avec ce texte, l'on est resté au stade d'une architecture budgétaire et technique, certes importante mais insuffisante. S'agissant des postes à pourvoir, l'insuffisance du nombre d'agents au service des personnes âgées, on n'a guère progressé. Au final, on a l'impression que l'on repousse le sujet de la prise en charge de la dépendance tant il semble lourd à porter. Mais, comme le rappelait Dominique Libault, plus l'on tarde et plus cela risque de se révéler coûteux pour la société.

Le deuxième motif de découragement a trait aux accusations de maltraitance dans les EHPAD, qui ont été notamment révélées à travers le scandale Orpea<sup>148</sup>.

145 Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi « ASV ».

146 « Dans chaque département (...), une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental (...), recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. Les financements alloués interviennent en complément des prestations légales ou réglementaires. Le diagnostic est établi à partir des besoins recensés, notamment, par le schéma relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du présent code et par le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique » (article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles).

147 J. Castex, tweet du 8 septembre 2021 (sur Internet : twitter.com).

148 V. Castanet, *Les fossoyeurs. Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*, préc.

Cela a particulièrement touché ceux d'entre nous qui, par leur fonction ou leur engagement personnel, connaissaient certains des dysfonctionnements de ces établissements, mais pas dans les proportions qui ont été révélées. Nous avons tous été choqués par cette affaire qui a éclaboussé l'ensemble du secteur des établissements d'accueil des personnes âgées, même si l'on sait que la réalité n'est heureusement pas toujours aussi caricaturale et que ce secteur est plutôt marqué par le profond dévouement des équipes. Mais, au-delà de ce sentiment, nous savons tous que ces établissements sont confrontés à d'importantes difficultés comme, par exemple, le manque de personnel en raison du faible attrait de ces emplois, les problèmes de formation ou le surmenage des équipes. Aucun établissement n'y échappe, au point que ces derniers temps ces problèmes sont devenus extrêmement critiques.

Notons aussi que le secteur des EHPAD a ceci de particulier que la qualité des prestations n'est pas forcément liée au prix, contrairement à un achat traditionnel où le prix est assez souvent un indicateur de qualité. L'on peut en effet trouver des EHPAD formidables, où règne une ambiance humaine particulièrement agréable grâce au personnel dirigeant et au personnel soignant qui soutiennent les personnes âgées dans leurs dernières années de vie, avec des coûts très limités. Tandis qu'à l'inverse, on peut trouver, comme l'affaire Orpea l'a montré, des établissements aux coûts impressionnants (le « reste à charge » des familles) qui cachent une médiocrité tout aussi impressionnante sur la qualité des prestations offertes aux résidents.

Le troisième motif de découragement est l'appréciation commune assez négative que la société porte sur nos anciens. Durant le colloque, la question s'est posée de savoir comment l'on avait pu passer de l'ancêtre respecté à l'ainé isolé. C'est sans aucun doute l'une des conséquences majeures de notre époque moderne hédoniste et égocentrée. Mais si ce diagnostic est vrai, je pense toutefois qu'il ne faut pas trop idéaliser le passé où la vieillesse, depuis La Fontaine en passant par Chateaubriand, était aussi, quoi qu'on en dise, considérée comme un (certain) naufrage.

Le quatrième aspect négatif que je souhaiterais souligner est le fait que la vieillesse n'offre pas la même espérance de vie à la naissance aux personnes selon leur origine sociale ou leur parcours professionnel. Cela se traduit dans les statistiques comme, par exemple, celles du département de Seine-Saint-Denis où l'espérance de vie à la naissance était, en 2021, de trois à quatre ans inférieure à celle de Paris<sup>149</sup>. Bien sûr c'est un élément difficile à mesurer, car il s'agit d'un phénomène multifactoriel où se mêlent à la fois des questions de culture de la prévention, une façon de vivre, un rythme de travail, un environnement professionnel particulier et un milieu social d'origine.

C'est pourquoi la prévention apparaît comme un élément important pour atténuer toutes ces difficultés ; mais elle se construit lentement et reste très déterminée par notre environnement et notre éducation. Si une personne âgée est entourée d'une famille très unie vivant à proximité de chez elle, le risque pour elle de « mal

149 Source : INSEE, État civil, Estimations de population (données provisoires).



vieillir » est bien moindre que pour une personne isolée. Cette inégalité face au vieillissement est souvent (mais pas nécessairement) à l'avantage des plus aisés, ce qui peut produire un sentiment d'injustice.

Le cinquième élément préoccupant est reflété par le risque d'une montée de la pauvreté chez les personnes âgées. Certes, celle-ci a fortement diminué dans les années 1970-1980 grâce à la création du minimum vieillesse en 1956, devenu l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) en 2006. Mais, depuis quelques années, le taux de pauvreté a tendance à augmenter au point que cela devient préoccupant<sup>150</sup>, d'autant qu'un nombre significatif de personnes âgées doit affronter les enjeux entourant l'isolement ou l'exclusion sociale, la précarité économique, et la difficulté à faire face aux dépenses de soins médicaux ou médico-sociaux.

Enfin, on notera un dernier signe négatif qui touche à l'espérance de vie en bonne santé. Ce point est plutôt spécifique à la France où l'espérance de vie à la naissance est meilleure que dans les autres pays de l'Union européenne<sup>151</sup>. En revanche, s'agissant de l'espérance de vie en bonne santé, la France se situe dans la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) avec une tendance à la dégradation.

### ***La vieillesse, un sujet sociétal majeur révélateur de notre humanité***

Malgré le contexte assez négatif sur la façon dont est appréhendé et géré le phénomène de vieillesse en France, des raisons existent de rester positif

La première raison d'espérer a été évoquée tout à l'heure par M. Viard. Il s'agit de l'attention positive particulière portée par notre société sur ses aînés lors de la pandémie de Covid-19. Lors de cette crise, en effet, tous les pays se sont immédiatement mobilisés pour protéger les personnes les plus âgées. Avec des succès divers il est vrai, car confiner les personnes âgées dans les EHPAD par crainte d'une propagation de l'épidémie ne s'est pas toujours révélé très pertinent, le virus circulant davantage dans les lieux clos. Mais le fait que la France, comme beaucoup de ses voisins, ait choisi le confinement et le ralentissement de son activité pour éviter que les personnes les plus fragiles ne meurent, montre qu'il existe bien une forte empathie vis-à-vis des plus âgés d'entre nous.

La deuxième raison d'être positif est l'amélioration des conditions d'accueil de nos aînés dans les établissements spécialisés. Il faut en effet rappeler aux jeunes générations qu'il n'y a pas si longtemps encore, dans les années 1970, les conditions d'accueil, notamment dans les hospices, étaient terribles. Et ceux qui les visitaient en sortaient bien souvent effondrés. La chambre individuelle était rare, et, le plus souvent, les personnes âgées devaient partager leur intimité avec leurs voisins. On se souvient d'ailleurs du discours du Premier ministre Balladur disant, en 1995 :

---

150 En France, 1 067 000 personnes âgées de 65 ans et plus vivent sous le seuil de pauvreté (source : INSEE, chiffres 2018).

151 En 2020, l'espérance de vie à la naissance en France est de 82,3 ans, contre 80,4 ans dans l'ensemble de l'Union européenne à vingt-sept pays (source : Eurostat, extraction du 17 mai 2022).



« *Je souhaite que l'humanisation des hospices soit achevée dès 1996* »<sup>152</sup>. À cette époque, l'humanisation des hospices consistait à créer des chambres pour une ou deux personnes *maximum*, avec un sanitaire par chambre. Maintenant, disposer d'un sanitaire par chambre est la norme, et un EHPAD peut difficilement ouvrir sans ces normes minimales.

Le troisième point positif concerne la pauvreté des personnes âgées. Celle-ci était très visible dans les années 1960-1970. Elle s'est ensuite fortement améliorée. Actuellement, le taux de pauvreté semble marquer le pas, voire repartir à la hausse pour certaines catégories de personnes âgées, notamment pour les seniors en perte d'autonomie. Mais la pauvreté des personnes âgées reste sans rapport avec ce que nous connaissions il y a une cinquantaine d'années et ne se distingue plus guère de la pauvreté en général.

Le quatrième aspect positif concerne la prévention de la perte d'autonomie. À cet égard, le professeur Jeandel a rappelé que les trois quarts de la perte d'autonomie proviennent des maladies neuro-évolutives, comme la maladie d'Alzheimer, pour lesquelles les traitements ont aujourd'hui progressé. L'on sait maintenant non seulement retarder les symptômes de ces maladies, mais aussi prévoir leur survenue. Tous les travaux médicaux vont dans ce sens, ce qui permet d'engager très tôt la prévention de ces pathologies.

Un cinquième point positif se niche dans la création technique de la branche autonomie, non en elle-même mais en ce qu'elle permet d'aller, sur ce sujet, vers une coopération et une animation des politiques territoriales en les coordonnant avec les acteurs locaux qui ont souvent des politiques différentes. Dans ce contexte, le dynamisme d'une autorité comme la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), devenue, depuis 2021, la gestionnaire de la cinquième branche de la Sécurité sociale, ne peut qu'entraîner un pilotage très positif avec les ARS, les conseils départementaux, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les maisons de l'autonomie.

Le dernier élément positif concerne le développement du maintien des personnes âgées à domicile. Certes, il y a encore un écart important entre les financements consacrés aux établissements et ceux, plus réduits, consacrés au domicile. Cependant, tout le monde a pris conscience que les personnes âgées ne supportent plus d'être en EHPAD, ce que démontrent toutes les enquêtes. D'ailleurs, elles y entrent de plus en plus tardivement, en moyenne à quatre-vingt-cinq ans. Et je pense que cet âge peut et doit encore reculer, sachant que l'on aura toujours besoin des EHPAD pour les toutes dernières années de vie et pour un nombre que j'espère limité de personnes.

C'est pourquoi je pense qu'au niveau de la sphère publique la priorité doit être donnée à ce virage domiciliaire. Cela peut se faire par le moyen des soins d'EHPAD réalisés à domicile, ce qui avait été engagé par plusieurs ARS, mais aussi par le fait d'aménager les EHPAD afin qu'ils ressemblent de plus en plus au domicile. C'est

---

152 Déclaration de M. Balladur, Premier ministre (et candidat à l'élection présidentielle de 1995) sur l'aide aux personnes âgées, le maintien à domicile et la poursuite des réformes sur les retraites et l'assurance vieillesse, Pontoise, 31 mars 1995.



d'ailleurs ce qui ressort du récent rapport du groupe de réflexion Matières grises intitulé : *L'EHPAD du futur commence aujourd'hui*<sup>153</sup> où l'une des idées fortes est de remplacer la chambre par un appartement<sup>154</sup>. La personne âgée disposerait ainsi d'un appartement pour les deux à quatre dernières années de sa vie, lui offrant sécurité et sérénité au sein d'un environnement protégé.

Il m'est difficile de conclure ce colloque sur la vieillesse sans évoquer l'association Petits Frères des Pauvres qui lutte notamment contre l'isolement des personnes âgées, mais aussi l'Union nationale ADMR qui est le premier réseau associatif national de service à la personne et qui joue un rôle très important, notamment en milieu rural. Tous deux viennent en aide aux personnes âgées, malades ou handicapées et aux personnes âgées isolées. Or, le nombre de personnes âgées isolées, souvent en état de « mort sociale », c'est-à-dire sans aucun contact social, s'accroît d'année en année. Ainsi, l'association Petits Frères des Pauvres avait comptabilisé, dans un sondage de 2017, 350 000 personnes isolées en état de mort sociale ; en 2022, elle en a compté plus de 550 000. Et ceci, malgré tous les dispositifs comme, par exemple, Monalisa<sup>155</sup>. L'État et les pouvoirs publics restent donc encore très mal armés pour répondre à cette problématique de l'isolement qui va devenir de plus en plus criante.

Enfin, je termine en revenant sur le problème de l'attractivité des métiers du grand âge, car je pense, comme Dominique Libault, qu'il s'agit là d'un aspect prioritaire. Nous avons en effet dix ans de retard sur ce sujet, qu'il aurait fallu traiter avant qu'il n'engendre une crise. L'on connaît tous des directeurs d'établissements aux abois. Je pense à un directeur d'établissement pour personnes handicapées et à l'équipe fantastique avec laquelle il a travaillé pendant plus de dix ans. En l'espace d'un an, toute son équipe est partie, le laissant avec des intérimaires et une ambiance à reconstruire.

Avec le recul, il faut reconnaître que la sphère publique a failli. À tel point que pour remédier à ce problème d'attractivité et à ce déficit d'emploi, il faudrait, aujourd'hui, consacrer des moyens considérables pour reconstruire une force vive et redresser ce secteur du médico-social, qui propose pourtant de très beaux métiers faisant appel à des richesses humaines considérables.

C'est pourquoi nous devons continuer à travailler dans cette direction, car l'allongement de l'espérance de vie doit pouvoir être considéré par notre société comme une chance qui nous offre l'opportunité de renforcer les échanges intergénérationnels, ainsi que la transmission de notre mémoire et de nos de valeurs, seuls éléments à même de développer un bien vivre ensemble qui ne soit pas un vœu pieux.

---

153 J. Guedj, L. roussy et A. Kuhn-Lafont, *L'EHPAD du futur commence aujourd'hui*, groupe de réflexion (« think tank ») Matières grises, étude n° 4, mai 2021.

154 *Ibid.*, p. 33 et suiv.

155 Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés (Monalisa) est un groupe de travail composé d'une trentaine d'associations et opérateurs publics et parapublics (CNSA, CNAV, UNCCAS, les MSA) qui vise à promouvoir les actions bénévoles de proximité et à favoriser les coopérations entre acteurs associatifs, professionnels et institutionnels pour encourager les liens intergénérationnels, afin de rompre l'isolement des personnes âgées.





# ANNEXES





# 1. Données

## 1.1. INSEE : France, portrait social (éd. 2019)

### Extraits :

Au 1<sup>er</sup> 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 quatre 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. 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.

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). *A contrario*, la dépendance forte concerne moins d'une personne dépendante sur cinq vivant à domicile.

en %

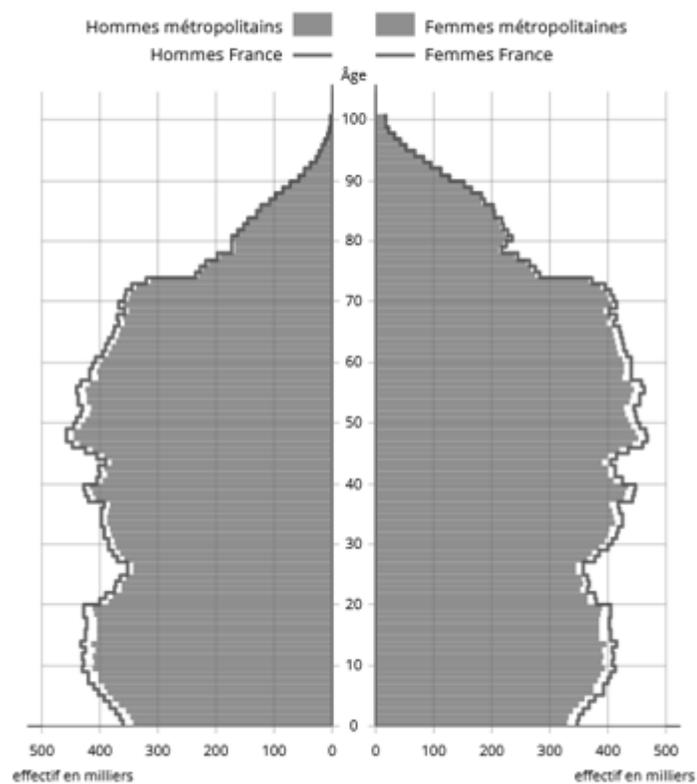
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
<b>En établissement</b>					
65-69 ans	14,3	38,9	17,5	29,2	100,0
70-74 ans	13,6	42,7	18,4	25,4	100,0
75-79 ans	15,5	45,8	16,8	21,9	100,0
80-84 ans	15,7	46,1	16,9	21,3	100,0
85-89 ans	15,6	43,7	17,5	23,2	100,0
90-94 ans	15,5	42,5	17,9	24,1	100,0
95 ans ou plus	18,5	41,6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

### Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement au 31 décembre 2017

(champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ans ou plus,  
source : Drees, enquête aide sociale 2017)



Figure 1 - Pyramide des âges au 1<sup>er</sup> janvier 2020



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

Figure 2 – Population par groupe d'âges

en %

Au 1 <sup>er</sup> janvier	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus	Ensemble en milliers
<b>France métropolitaine</b>					
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
<b>France<sup>1</sup></b>					
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 <sup>er</sup> 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.

1.3. DRESS : L'aide et l'action sociales en France – Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion (éd. 2020)

en %

	Personnes modestes (niveau de vie < 4 <sup>e</sup> décile)			Personnes avec un niveau de vie ≥ 4 <sup>e</sup> décile	Ensemble
	Ensemble	dont personnes pauvres	dont personnes non pauvres		
<b>Ensemble de la population</b>	<b>40,0</b>	<b>14,1</b>	<b>25,9</b>	<b>60,0</b>	<b>100</b>
<b>Moins de 60 ans</b>	<b>42,2</b>	<b>16,1</b>	<b>26,1</b>	<b>57,8</b>	<b>100</b>
<b>60 ans ou plus</b>	<b>33,7</b>	<b>8,3</b>	<b>25,4</b>	<b>66,3</b>	<b>100</b>
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

Fiche DRESS n°11 : Les personnes âgées et leurs ressources

Répartition des personnes selon leur niveau de vie, en 2017

(sources : INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2017)

Lecture de la Fiche DRESS n°11 :

Notes : Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation. Le 4<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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.



## 2. 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 gériatrique.

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 I<sup>er</sup> : 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  
l'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 de l'annexe 10**  
**(loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021**  
**de financement de la Sécurité sociale pour 2022)**

**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 (%)	
<b>DEPENSES PREVISIONNELLES SUR LE PERIMETRE DE LA BRANCHE AUTONOMIE</b>	<b>30,5</b>	<b>32,1</b>	<b>5,2%</b>	<b>34,2</b>	<b>6,3%</b>	
<b>PRESTATIONS SOCIALES</b>	<b>4,2</b>	<b>4,3</b>	<b>1%</b>	<b>5,0</b>	<b>17%</b>	
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	++	
AESH	1,2	1,2	7%	1,4	9%	
<b>FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICOSOCIAUX (OGD)</b>	<b>25,5</b>	<b>26,4</b>	<b>3%</b>	<b>27,5</b>	<b>4%</b>	
Personnes âgées	13,1	13,9	6%	14,3	2%	
Personnes handicapées	12,4	12,4	1%	13,2	6%	
<b>AUTRES</b>	<b>0,8</b>	<b>1,5</b>	<b>++</b>	<b>1,6</b>	<b>12%</b>	
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**

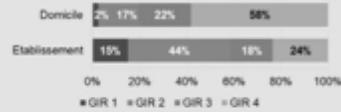
Dépenses en faveur des personnes âgées confrontées à la perte d'autonomie	Montants 2020 (Md €)	Part, en %
<b>Sécurité sociale</b>	<b>14,8</b>	<b>57%</b>
<b>Assurance maladie</b>	<b>14,8</b>	<b>57%</b>
CNDAM médico-social - personnes âgées	11,5	42%
Unités de soins de longue durée (USLD)	1,1	5%
Dépenses de soins de ville en direction de personnes âgées dépendantes à domicile	2,0	9%
Fonds d'intervention régional (PAERPA, consultations mémoire, équipes mobiles gériatrie)**	0,2	1%
<b>Départements</b>	<b>4,7</b>	<b>22%</b>
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%
<b>CNSA</b>	<b>3,9</b>	<b>16%</b>
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%
Ran 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%
<b>Etat</b>	<b>1,5</b>	<b>5%</b>
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%
<b>Total Personnes âgées</b>	<b>24,9</b>	<b>100%</b>

Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPSS « 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.

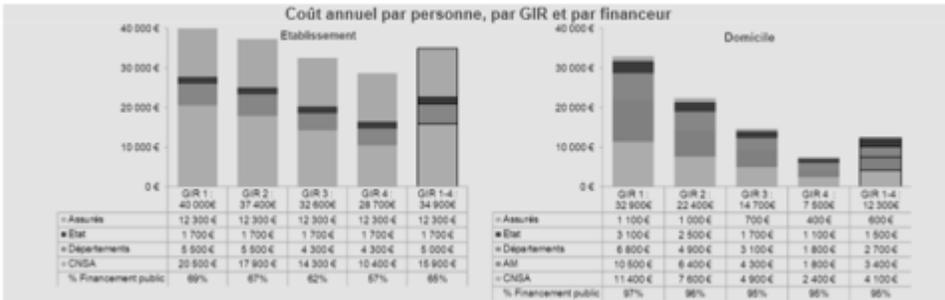
## Encadré 17 • Coût et reste à charge selon le GIR et le lieu de résidence

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 constitue 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 importantes 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 1<sup>er</sup> 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).



# 3. Éléments 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 médicosociaux 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<sup>os</sup> 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'État 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'État 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'État 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 17<sup>e</sup> 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'État a également relevé que le 17<sup>e</sup> 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 19<sup>e</sup> alinéa de l'article 34 et l'article 47-1 de la Constitution.

Le Conseil d'État 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'État 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'État 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 1<sup>er</sup> 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<sup>156</sup> 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 ».

<sup>156</sup> Ancien article LO 111-3 (loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005, article 22).



Le Conseil d'État 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'État appelle toutefois l'attention du Gouvernement sur le fait qu'il lui incombe, en vertu de la lecture combinée du 3<sup>e</sup> 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, *UNASSAD*, n° 432692**, 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. 314-136 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 1<sup>er</sup> 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 *pro rata* 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 ».



## 4. Articles et notes

---

C. Jeandel, P. Vigouroux, « Comment adapter la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé ? », in *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 », in *AJDA*, n° 15/2016, 2 mai 2016, pp. 851-856.

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

Matières Grises, « Territoires & vieillissement : où vieillira-t-on demain ? », notes du laboratoire d'idées Matières Grises, juin 2018.

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

Dossier « Les entreprises et la protection sociale face au défi du vieillissement démographique », in *JDSAM*, n° 18, 2018.

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

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

L. Broussy, « Décennie 2020-2030 : l'explosion des 75-85 ans », notes du laboratoire d'idées Matières Grises, septembre 2020.

Dossier « La création d'une 5<sup>e</sup> branche comme fondement d'une nouvelle politique de l'autonomie », in *JDSAM*, n° 27, décembre 2020.

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

Dossier « Personnes âgées et système de santé : perspective française et internationale », in *JDSAM*, n° 31, janvier 2022.





# 5. Rapports

## 5.1. Rapports d'institutions publiques

CESE, avis présenté par Marie-Odile 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

Dominique Libault, *Concertation grand âge et autonomie*, rapport au Gouvernement, mars 2019.

### Synthèse du rapport Libault :

*Huit priorités se détachent pour transformer l'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie. Les 175 propositions formulées répondent aux huit 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, etc.

**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.

*Dix propositions clés sont présentées 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. infra* 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 dix 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 euros en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1 000 et 1 600 euros 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 ; avec comme objectif de permettre un 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<sup>er</sup> 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 4 heures 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 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 25 000 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, « *Nous vieillirons ensemble* » : 80 propositions pour un nouveau pacte entre générations, rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique, 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.

Les 25 recommandations émises par la mission (extrait) :

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

Recommandation 2 - Promouvoir une sectorisation raisonnée et raisonnable au sein des EHPAD.

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

Recommandation 4 - Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA).

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

Recommandation 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 termes de ratios en personnel.

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

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



Recommandation 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 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 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 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 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 18 - Procéder à la fusion du tarif soins et du tarif dépendance.

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

Recommandation 21 - Inscrire 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 22 - Explorer et expérimenter le concept de l'EHPAD « plateforme/centre de ressources de bassin de vie » sous certaines conditions.

Recommandation 23 - Inciter au regroupement des EHPAD d'un bassin ou d'un territoire.

Recommandation 24 - Renforcer la démarche de qualité et de gestion des risques. (...)

Recommandation 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*, février 2022.

Rapport de Dominique Libault, *Vers un service public territorial de l'autonomie*, mars 2022.

Liste des 21 recommandations (extrait) :

Recommandation 1 : Définir par la loi et mettre en œuvre, dans un objectif de décroisement 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 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 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 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 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 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 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 SPTA.



Recommandation 8 : Élaborer 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 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 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 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 12 : Créer une conférence territoriale de l'autonomie au niveau départemental.

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

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

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

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

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





## 6. Courte bibliographie

---

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

E. Vigneron, *La santé au XXI<sup>e</sup> siècle : à l'épreuve des crises*, éd. Berger-Levrault, Paris, 2020.

E. Aubin, E. Kasagi, L. Levoyer et T. Saito, *Les conséquences juridiques et sociales du vieillissement - Regards croisés en France et au Japon*, éd. Faculté de droit et des sciences sociales de Poitiers, coll. Actes & Colloques, 2020.

A. Dufeu et G. Berrut, *Le vieillissement - À la croisée des projets*, éd. Les éditions du Cerf, Paris, 2021.

Pr H. Joyeux, J. Joyeux (préface d'Ed. Morin), *Centenaire et en pleine forme*, éd. du Rocher, Paris, 2023.

V. Castanet, *Les fossoyeurs. Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*, prix Albert Londres 2022, éd. Fayard, Paris, 2022.

V. Castanet, *Les fossoyeurs*, édition augmentée de dix chapitres inédits, prix Albert Londres 2022, prix Babelio non-fiction 2022, prix du livre du journalisme 2022 et prix littéraire des droits de l'homme 2022, éd. J'ai lu, Paris, 2023.





## **Comité de rédaction**

*Responsable de la publication :*

Martine de Boisdeffre, présidente de la section du rapport et des études.

*Conception et réalisation :*

Fabien Raynaud, président adjoint et rapporteur général de la section du rapport et des études.

Corinne Mathey, secrétaire de la section du rapport et des études.

Avec l'appui de Florence Noire, premier conseiller de tribunal administratif et de cour administrative d'appel, chargée de mission auprès de la présidente de la section du rapport et des études.

*La documentation juridique du colloque a été préparée 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.*

*Secrétaire de rédaction*

Frédéric Navas Alonso de Castaneda, chargé de mission à la section du rapport et des études.

Avec l'appui de Marie-Christine Gallicher, secrétaire à la section du rapport et des études.

## **Coordination du colloque**

Caroline Lafeuille, chargée de mission pour les relations extérieures.

## **Crédits photos, conseil graphique**

Direction de la communication.

*Retrouvez la vidéo du colloque à partir de [www.conseil-etat.fr](http://www.conseil-etat.fr), rubrique « colloques ».*





## **Publications du Conseil d'État chez le même éditeur**

### **Collection « Les rapports du Conseil d'État » (ancienne collection « Études et documents du Conseil d'État », EDCE)**

- Le droit souple – étude annuelle 2013, n° 64.
- Le numérique et les droits fondamentaux – étude annuelle 2014, n° 65.
- L'action économique des personnes publiques – étude annuelle 2015, n° 66.
- Simplification et qualité du droit – étude annuelle 2016, n° 67.
- Puissance publique et plateformes numériques : accompagner l'« ubérisation » – étude annuelle 2017, n° 68.
- La citoyenneté - Être (un) citoyen aujourd'hui – étude annuelle 2018, n° 69.
- Le sport : quelle politique publique ? – étude annuelle 2019, n° 70.
- Conduire et partager l'évaluation des politiques publiques – étude annuelle 2020, n° 71.
- Les états d'urgence : la démocratie sous contraintes – étude annuelle 2021, n° 72.
- Les réseaux sociaux : enjeux et opportunités pour la puissance publique – étude annuelle 2022, n° 73.
- L'usager du premier au dernier kilomètre de l'action publique - Un enjeu d'efficacité et une exigence démocratique – étude annuelle 2023, n° 74.

### **Collection « Les études du Conseil d'État »**

- Le rescrit : sécuriser les initiatives et les projets, 2014.
- Les commissaires du Gouvernement dans les entreprises, 2015.
- Le droit d'alerte : signaler, traiter, protéger, 2016.
- La prise en compte du risque dans la décision publique : pour une action publique plus audacieuse, 2018.
- Les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité, 2018.
- Révision de la loi de bioéthique : quelles options pour demain ?, 2018.
- Les expérimentations : comment innover dans la conduite des politiques publiques ?, 2019.
- Intelligence artificielle et action publique : construire la confiance, servir la performance, 2022.

### **Collection « Droits et Débats »**

- La sanction : regards croisés du Conseil d'État et de la Cour de cassation, n° 13, 2015.
- Où va l'État? – tome 1, n° 14, 2015.
- Impôt et cotisation : quel financement pour la protection sociale ?, n° 15, 2015.
- La France dans la transformation numérique : quelle protection des droits fondamentaux ?, n° 16, 2016.
- La fiscalité sectorielle, n° 17, 2016.
- L'ordre juridique national en prise avec le droit européen et international : questions de souveraineté ? Le regard croisé du Conseil d'État et de la Cour de cassation, n° 18, 2016.
- Où va l'État? – tome 2, n° 19, 2016.
- L'accord : mode de régulation du social, n° 20, 2016.
- Entretiens sur l'Europe – tome 1, n° 21, 2017.



- Droit comparé et territorialité du droit – tome 1, n° 22, 2017.
- Droit comparé et territorialité du droit – tome 2, n° 23, 2017.
- Les entreprises publiques, n° 24, 2017.
- Le droit social et la norme internationale, n° 25, 2018.
- Entretiens sur l'Europe – tome 2, n° 26, 2018.
- L'ordre public. Regard croisé du Conseil d'État et de la Cour de cassation, n° 27, 2018.
- Les grands investissements publics, n° 28, 2019.
- Santé et protection des données, n° 29, 2019.
- La fiscalité internationale à réinventer ?, n° 30, 2020.
- La régulation économique de la santé, n° 31, 2020.
- Vers un nouveau droit du travail ? Regards croisés du Conseil d'État et de la Cour de cassation, n° 32, 2021.
- Concessions et privatisations : quelle articulation ?, n° 33, 2021.
- Les professions de santé de demain, n° 34, 2021.
- Gouvernance et financement de la protection sociale, n° 35, 2022.
- L'environnement : les citoyens, le droit, les juges, Regards croisés du Conseil d'État et de la Cour de cassation, n° 36, 2022.
- Quel financement pour une économie durable ?, n° 37, 2022.
- Le vieillissement, un défi social, n° 38, 2023.
- La simplification normative, n° 39 (à paraître).

#### **Collection « Histoire et Mémoire »**

- Conférences « Vincent Wright », volume 1, 2012.
- Conférences « Vincent Wright », volume 2, 2015.
- Le Conseil d'État et la Grande Guerre, 2017.
- Conférences « Vincent Wright », volume 3, 2019.
- Guide de recherche dans les archives du Conseil d'État, 2019.
- Qu'est-ce qu'un grand commis de l'État ?, 2022.
- Conférences « Vincent Wright » et table ronde « la loi du 24 mai 1872, 150 ans après », 2022.



