Personnes âgées : un dossier oublié de la politique de l'autonomie.

Publié le 10 juin 2026 par yoann



©

Résumé :

L'auteur Livre ici un regard critique sur les politiques passées concernant la politique de l'autonomie des personnes âgées. Elle propose une réforme fondamentale en vue de créer un service public et d'assurer le financement de ce dispositif par la fiscalité pour la partie sociale et la cotisation pour les soins. Elle traite particulièrement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Abstract :
The author offers a critical perspective on past policies concerning the autonomy of older people. She proposes a fundamental reform aimed at creating a public service and ensuring its financing through taxation for social security contributions and contributions for healthcare. She focuses particularly on residential care facilities for dependent elderly people.

Cette notion de perte d'autonomie, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), concerne la diminution de la capacité d'une personne à réaliser sans aide des tâches de la vie quotidienne. Cela inclut notamment les activités comme se nourrir, se laver, se vêtir, ou encore se déplacer. Pourtant se construisent au fil du temps les notions différentes de handicap, de dépendance et de perte d'autonomie avec des conceptions variables au cours du temps aboutissant à des catégorisations sociales différentes. Ainsi, s'introduit une barrière d'âge qui correspond à des prestations différentes à partir de 60 ans qui entraînent des problèmes de discrimination et de justice sociale.

Évolution des conceptions, des institutions et des politiques publiques : vieillesse et perte d'autonomie

Jusque dans les années 1960, il n'y a pas à proprement parler de politique spécifique de la vieillesse, la majorité des personnes âgées vit en couple ou en famille (en particulier les femmes au-delà de 74 ans et les hommes au-delà de 84 ans. La seule politique publique est celle de l'assistance aux « personnes économiquement faibles » dont beaucoup sont des personnes âgées, sous forme de l'attribution ponctuelle d'aides en espèces ou en nature et la mise à l'hospice

Le financement de la dépendance des personnes âgées a alors été mis sur l'agenda politique à partir du milieu des années 1980. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) inscrite dans la loi de 2001, établit que « *toute personne qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une APA permettant une prise en charge adaptée à ses besoins* ». La perte d'autonomie se substitue à la dépendance. Mais loin d'apporter de la clarté à la catégorisation sociale cette substitution entretient le flou entre ces deux concepts. Cette loi pérennise l'isolement de la gestion de la "dépendance" confiée au département de celle des maladies qui en sont à l'origine confiées aux services déconcentrés de l'État et à l'AM en matière de financement.

Suite aux décès, notamment de personnes âgées, liés à une canicule en 2003, la gouvernance du secteur médico-social concernant les deux populations est en grande partie centralisée par la loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en 2004. Cette loi a créé la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA, 2005), et de nouveaux financements, essentiellement sous forme de Contribution sociale pour l'autonomie.

La loi Hôpital, patients, santé, territoire créant les Agences régionales de santé leur confie entre autres missions "*de définir et mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à l'échelon régional et infrarégional à la réalisation… des principes de l'action sociale et médico-sociale*". Mais, cette centralisation a maintenu la séparation entre deux populations en matière de reconnaissance et de compensation de la perte d'autonomie effectuée au niveau des départements dont le rôle a été renforcé.

Au total, en France, malgré le flou du concept de dépendance visible à travers sa définition dans les textes de loi, les personnes âgées de 60 ans et plus sont l'objet d'une catégorisation unique en Europe, celle des personnes âgées dépendantes.

Les facteurs de cette distinction et ses conséquences discriminatoires

La prise en charge de la perte d'autonomie.

Nous vivons plus longtemps, c'est, « en moyenne », une tendance forte depuis plusieurs décennies, dans la plupart des pays, et particulièrement dans les pays « riches » comme la France. Normalement, c'est une bonne nouvelle. Mais cette évolution fait apparaître de nouvelles questions et de nouveaux problèmes, aux personnes elles-mêmes, aux familles, à la société et aux pouvoirs publics. Ce vieillissement des personnes s'accompagne parfois d'une dégradation de l'autonomie physique et/ou cognitive qui s'accentue avec l'âge. Le fait que de plus en plus de personnes vivent plus longtemps, devient une question de société et génère des besoins collectifs nouveaux. Les projections pour 2060 indiquent qu'il y aura alors 2,45 millions de personnes en perte d'autonomie. En 2050, 4,8 millions de personnes auront plus de 85 ans, c'est 3 fois plus qu'en 2020. La prise en charge de la perte d'autonomie a un coût élevé, que ce soit à domicile ou dans un établissement spécialisé (EHPAD). En 2021, une partie des dépenses liées à la perte d'autonomie est financée par la branche Assurance maladie de

la Sécurité sociale. Une autre partie (APA - Aide Personnalisée à l'Autonomie) est financée par les départements. Et une partie importante reste à la charge directe des personnes en perte d'autonomie et de leur famille. Ainsi, en moyenne là encore, plus de 2000 euros restent actuellement à la charge des personnes dépendantes et de leur famille pour financer leur hébergement en EHPAD, ce qui représente assez souvent beaucoup plus que leurs ressources disponibles. En cas de maintien à domicile, le reste à charge pour les services et prestations rendus au domicile peut également être élevé pour les bénéficiaires de l'APA et pour les familles.⊠L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est attribuée après une évaluation médico-sociale, avec un taux de prise en charge qui décroît avec le revenu. Elle est versée par les départements qui assument une partie du financement (par l'impôt donc) et qui reçoivent aussi une subvention publique via la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dont le financement national repose lui-même sur divers prélèvements. Le financement de la CNSA repose essentiellement sur la CSG.⊠Les besoins de financement vont être très importants. Par ailleurs, il faut s'attendre à ce que « l'aide informelle » qui vient de la famille (le plus souvent l'épouse ou la fille) se raréfie, et pour plusieurs raisons : exigences d'une intervention de la société, intensification du taux de participation des femmes sur le marché du travail réduisant leur disponibilité à fournir de l'aide à mesure que s'accroît l'âge moyen des personnes dépendantes ; avec le recul de l'âge de départ en retraite, s'accroît également l'âge moyen des aidants potentiels.⊠Dans un passé récent de très nombreux rapports ont été produits qui, plus ou moins, répondaient à une commande gouvernementale et servaient à conforter des choix idéologiques déjà pris. Sans traduction législative.⊠Pendant la présidence de François Hollande, l'essentiel des travaux sera tourné vers l'adoption d'une loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement. Cette loi sera votée en décembre 2015, portée notamment par Madame Michèle Delaunay. Il est positif de dire qu'il faut intégrer le vieillissement dans l'ensemble des politiques publiques, mais la loi commence à peine à le faire, là encore compte tenu de l'extrême faiblesse des moyens financiers mis en œuvre. La loi engage encore plus dans la « silver économie » et dans le développement de la robotique, de la téléassistance, du tout numérique et informatique, où les êtres humains disparaissent progressivement. Mais la loi reste inachevée : manque le volet EHPAD, faute de financement. Très concrètement, par exemple, le discours sur les personnels de l'aide à domicile insiste sur leur rôle essentiel, mais les crédits programmés ne permettront aucune amélioration sur le terrain (ce seront toujours des emplois précaires, peu formés, mal rémunérés).

Avec Emmanuel Macron, les rapports vont de nouveau se multiplier sur le sujet de la

perte d'autonomie :

- Le rapport Libault, en mars 2019 : ce rapport est une commande du Premier Ministre Édouard Philippe dans la perspective d'une loi sur le grand âge et l'autonomie. Les constats formulés peuvent être largement partagés : il faut donner la priorité au maintien à domicile aux personnes qui le souhaitent, améliorer la prise en charge en établissement, simplifier les démarches, assurer l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire, investir de manière urgente pour la professionnalisation des métiers du secteur de l'aide et augmenter les temps d'intervention. Il s'agit d'améliorer le service rendu à la personne âgée à domicile et d'améliorer de 25% le taux d'encadrement en EHPAD. Le rapport convient que la part du PIB consacrée à la perte d'autonomie, qui alors de 1,2% du PIB, devrait passer à 1,6% du PIB en 2030. En ce qui concerne le financement, le rapport affirme qu'il relève de la solidarité nationale.

- Le rapport El Khomri (octobre 2019) : sur « l'attractivité des métiers de l'autonomie et du grand âge ». Là encore, le décalage est très grand entre les ambitions affichées et les propositions effectives. Le rapport ne préconise que la création de 93 000 postes en quatre ans et pour 2020, ce sont seulement 5 200 postes qui ont été créés en EHPAD.

- Le rapport Vachey, le 15 septembre 2020 : il fait suite au vote, le 7 août 2020, de la loi créant une 5^{e} branche « autonomie » de la Sécurité sociale. Ce rapport multiplie les propositions qui conduisent à faire payer l'autonomie en grande partie par les personnes retraitées. Le recours à des financements privés est bien entendu envisagé : incitations financières à prendre des assurances volontaires et à utiliser son patrimoine immobilier pour payer les frais liés à la perte d'autonomie.

- Le rapport de Luc Broussy (mai 2021) « Nous vieillirons ensemble … 80 propositions pour un nouveau Pacte entre générations ». Il s'agit d'un rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique, en privilégiant une forte participation des familles, d'aidantes et aidants « gratuits » et d'une réduction des assistances,

des services et des prestations par rapport à des personnes en établissement. Par ailleurs, la réussite d'un tel projet nécessite une participation positive de tellement d'intervenants (urbanisme, logement, transports, etc.) qu'il sera difficile de désigner les responsables de l'échec.

Depuis, en dépit des promesses des gouvernements successifs, la revendication d'une grande loi de financement et de programmation est plus que jamais à l'ordre du jour.

Pourquoi un service public national ?

D'ici 2050, plus de 4 millions de personnes de plus de 60 ans devraient être en situation de perte d'autonomie contre 2,5millions aujourd'hui. 85% des Ehpad publics sont en déficit avec un manque criant de personnel : les conditions de travail sont très dégradées et les salaires très bas. Quant aux aides à domicile, 94% des salariés sont des femmes avec un salaire mensuel moyen de 902 euros et des conditions de travail, elles aussi, très éprouvantes. Le reste à charge est très élevé (en moyenne 2000 euros) et le non-recours aux soins pour les personnes à domicile très important : la moitié d'entre elles ne « consomment » pas leur plan d'aide, faute de moyens financiers et de personnels.

Le service public est la réponse : il a pour mission d'assurer les besoins fondamentaux de la population et donc la réalisation concrète des droits fondamentaux des personnes. Il doit offrir une continuité des prestations tant dans le temps que sur l'ensemble du territoire, une égalité d'accès à tous les usagers potentiels en respectant le principe de neutralité. Enfin il répond au principe d'adaptabilité aux besoins. L'activité de service public doit être assurée, réglée, contrôlée par les autorités publiques. C'est la notion d'intérêt général qui prévaut. Lorsque l'activité est assurée non directement par des personnes publiques (collectivités territoriales) mais par des associations à but non lucratif, elles doivent être habilitées par convention et recevoir une délégation de service public en restant sous contrôle d'un cahier des charges strict.

Il s'agit de réfléchir aux liens de l'hôpital avec les Ehpad et le domicile. Quel rôle aussi pour l'hôpital ?

Quel choix d'organisation du service public national ?

1°) La question des Ehpad privés à but lucratif

Un quart des Ehpad sont des structures privées commerciales. Les tarifs pour les résidents y sont bien plus élevés que dans les établissements publics. Le prix moyen d'un hébergement était de 1953 euros par mois en 2017. Il grimpe à 2680 euros dans les Ehpad privés à but lucratif (Korian, Orpea, Domus Vi ...) contre 1820 euros dans le public. Les groupes privés sont entre les mains de fonds de pension ou de fonds d'investissement dans une logique de pure rentabilité financière alors qu'ils sont financés aux 2/3 par de l'argent public. Pendant la crise de la Covid 19, une partie du secteur privé lucratif s'est abstenue de respecter les droits les plus élémentaires en matière de protection et de conditions de travail de leurs salariés, en matière de protection et de conditions de vie des résidents et de communication transparente avec les familles. Les scandales se multiplient. Il est inacceptable que ces groups fassent des profits aux dépens de la santé des personnes âgées et des salariés du secteur. Cette incurie, face à leurs obligations d'employeurs mais aussi à l'exercice de leurs missions de service public, est un argument de poids pour exclure les établissements privés à but lucratif du grand service public national de l'autonomie.

2°) La question des Ehpad privés à but non lucratifs.

Quelles conventions avec ces établissements ? Un cahier des charges sur la qualité des services rendus, la qualification, le nombre par résident et le statut des personnels. Cette démarche devrait s'inscrire dans un cadre national qui définirait les objectifs, les financements, l'évaluation des réalisations. Cette démarche devrait comporter un volet démocratique réel.

3°) Les Ehpad publics.

Il y a nécessité de construire des Ehpad publics, de proximité, à taille humaine, répondant mieux aux besoins des usagers, avec des personnels en nombre, qualifiés et bien payés.

Quel encadrement et quels professionnels ?

1°) Des personnels plus nombreux

Que ce soit en établissement ou à domicile la nécessité de recrutements massifs de personnels est urgente. Ces recrutements doivent reposer sur un plan élaboré nationalement et décliné selon les territoires en fonction des besoins. En Ehpad le ratio d'encadrement doit être amélioré. Il est actuellement de 0,62 ce qui est très insuffisant. Il doit déjà à minima être porté à 1 soignant pour 1 résident ce qui exigerait 200000 embauches, l'objectif étant d'atteindre un ratio comparable à celui de l'Allemagne qui est de 1,2 (voire la Suède 1,7 …). À domicile où réside plus de la moitié des personnes en perte d'autonomie, les besoins aussi sont énormes. Des études diverses évoquent le nombre de 100000 intervenants supplémentaires. Rappelons que83% des personnes âgées interrogées souhaitent rester à leur domicile et que le gouvernement privilégie le « virage domiciliaire ».

2°) Des personnels aux métiers mieux reconnus et revalorisés.

Non seulement on a besoin de personnels plus nombreux, mais bien formés, qualifiés, reconnus et mieux rémunérés à la fois pour répondre aux besoins et au manque d'attractivité de ces métiers (accentué par la crise sanitaire). Il s'agit, pour ce faire, de construire une vraie filière de formation de l'aide à domicile en formation initiale, VAE avec la création de passerelles permettant d'assurer promotion et mobilité professionnelles.

Les associations ou sociétés à but non lucratif actuellement largement financées par des crédits publics, fortement présentes dans le champ de la perte d'autonomie, comme les Ehpad privés à but non lucratif, pourraient adhérer à un cahier des charges sur la qualité des services rendus, la qualification et le statut de leurs personnels.La grande diversité des employeurs (par l'usager employeur ou par une association ou une collectivité locale) et des modes de gestion complexifient l'analyse de l'existant et les réponses à apporter sur cette question.

3°) Il s'agit aussi de définir des droits pour l'ensemble des salariés :

- Relevant du droit privé : définition d'une nouvelle convention collective de haut niveau qui prenne en compte les réalités de l'exercice de leur métier (temps de travail, déplacements, concertation).
- Relevant du droit public : un statut relevant soit de la FPT soit de la FPH.

Il faut bien distinguer plusieurs "entrées" professionnelles correspondant à la nature des missions exigées, d'où l'idée d'équipes pluridisciplinaires avec des animateurs/coordinateurs eux aussi sous statut FPT ou FPH. À côté de ces personnels, il est indispensable que les personnels soignants soient en nombre suffisant.

Quel financement de ce service public ?

La prise en charge de la perte d'autonomie, que ce soit au domicile ou en établissement, doit être du ressort de la solidarité nationale et assurée par la Sécurité sociale dans la branche maladie de la Sécurité sociale pour les soins.

La question du reste à charge est centrale. La suppression à terme de ce reste à charge est l'objectif avec dans un 1er temps des mesures qui permettent sa diminution progressive en établissement comme à domicile. Cela passe par une amélioration de l'accès aux plans d'aide, par une revalorisation de l'APA et une harmonisation de ces aides selon des critères nationaux pour mettre fin aux disparités entre les départements. Une augmentation des dotations publiques aux départements et des tarifs encadrés, en particulier sur l'hébergement à la charge des résidents et de leurs familles est nécessaire. Le coût des Ehpad est élevé, voire prohibitif, pour certaines personnes âgées qui ont de petites pensions. Le coût horaire des services de l'aide à domicile doit répondre aux demandes des personnels et assuré par le Service public en assurant le principe d'égalité entre usagers selon le Code de l'action sociale et des familles qui prescrit que « l'allocation est définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national ». La prise en charge par la Sécurité sociale exige d'augmenter ses ressources par le biais des cotisations sociales renflouées par notamment l'égalité salariale, la lutte contre le chômage, la fin des exonérations des cotisations et une réforme fondamentale de la CSG.

Les fausses réponses.

- La 5ème branche de l'autonomie qui isole les personnes concernées par cet aléa de la vie n'est pas conforme aux principes de la création de la Sécu : elle est financée, très majoritairement par la CSG et pilotée par un établissement, la CNSA, certes public, mais dans lequel les forces syndicales représentatives des salariés sont très minoritaires. Elle contribue à l'étatisation de la Sécu et à une plus grande dépendance à l'égard du pouvoir politique.

- Le Service public départemental de l'autonomie (qui entre en vigueur en 2025) vise à simplifier les parcours des personnes âgées et en situation de handicap en fondant une démarche axée sur l'usager. Mais si l'objectif est légitime et si les moyens permettent d'améliorer la situation des usagers, il ne règle pas la situation catastrophique du secteur de l'autonomie ni pour les personnels ni pour les personnes concernées et leurs familles.

- Les projets se développent sur le financement de la perte d'autonomie : « allocation universelle et solidaire » financée par la contribution de toutes et tous ou « assurance complémentaire dépendance obligatoire » dont le montant varierait selon l'option de rétribution choisie.

Conclusion :

Le service public national doit permettre un libre choix des personnes en perte d'autonomie : cela suppose un choix non contraint par des obstacles géographique ou / et financiers. Il exige des financements pérennes dans le cadre de la solidarité nationale et une augmentation sensible de la part du PIB (1,3%) qui est consacrée à la perte d'autonomie et au grand âge.

La perte d'autonomie relève aussi de la branche maladie de la Sécurité sociale, remboursée à 100%.

Pour citer cet article :
Marylène Cahouet, Personnes âgées : un dossier oublié de la politique de l'autonomie, Les Cahiers de santé publique et de protection sociale, N° 57 juin 2026.