L’autonomie : urgence sociale

Publié le 10 juin 2026 par yoann



©

Résumé :

Les auteurs présentent ici les politiques d’autonomie actuellement à l’oeuvre. Cette situation confuse ne permet pas de répondre aux besoins. Ils décrivent de façon détaillée ce que devrait être une politique nouvelle basée sur la réponse aux besoins. L’objectif de cette urgence sociale relève d’enjeux de civilisation.

Abstract :

The authors present the current autonomy policies in place. This confusing situation fails to address needs. They describe in detail what a new, needs-based policy should look like. The objective of this social emergency is a matter of civilization.

1. Garantir l'autonomie : un nouveau projet de civilisation

En avril 2017 à La Havane, la fédération internationale des associations de personnes âgées lançait un appel pour un droit à rester des citoyens actifs rappelant que construire une société du vivre ensemble, implique que l'éthique doit prédominer dans la réflexion du vieillissement, période naturelle de la vie. Quand cette étape arrive, la société doit garantir la citoyenneté à part entière, à chaque être humain par des droits spécifiques.

L'autonomie de la personne humaine constitue, au sens le plus noble, un véritable projet de civilisation. Pour rester fidèle aux principes fondateurs de la Sécurité sociale de 1946, il faut réaffirmer l'autonomie comme un droit fondamental, ancré dans la dignité humaine et la solidarité nationale et promouvoir l'autonomisation. Ce processus vise à permettre à chaque citoyen, quelles que soient ses fragilités, d'user de la plénitude de ses droits. Ce défi civilisationnel concerne trois populations aux réalités distinctes mais unies par une même exigence de justice : le grand âge, le handicap et l'invalidité. Si les trajectoires de vie diffèrent, le besoin d'un cadre protecteur universel demeure identique. L'autonomisation dépasse la simple compensation financière ; elle est le levier d'une transformation structurelle des conditions économiques et sociales parce qu'elle implique d'agir sur l'organisation du travail pour prévenir l'usure. Or, cette ambition se heurte aujourd'hui à une crise organique du secteur médico-social, fruit de décennies de gestion comptable et d'un refus d'engagement de l'État.

C'est un constat, les politiques libérales ne permettent pas d'apporter les réponses à la hauteur des besoins exprimés et génèrent des comportements qui desservent la perception du vieillissement et du handicap.

2. Anatomie d'un système en crise : cadre législatif et limites de la gestion libérale

Le paysage institutionnel de l'autonomie en France est aujourd'hui marqué par un mille-feuille législatif complexe, dont l'inefficacité croissante trahit une volonté de ne pas affronter le cœur du problème : le financement et la gouvernance.

- *Loi du 11 février 2005* (Handicap) : Bien qu'elle ait posé les jalons de l'égalité des chances et créé les MDPH *(Maisons Départementales des Personnes Handicapées)* comme guichets uniques, son application reste entravée par une pénurie de moyens chroniques, transformant l'accès aux droits en un parcours du combattant administratif.

- *Lois du 17 décembre 2012 et 28/12/2015* (Vieillissement) : Elles ont instauré laCASA (Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie) soit une cotisation de 0,3 % prélevée sur les pensions, réformé l'APA (Aide personnalisée à l'autonomie) et abordé la question de la prévention. En faisant reposer le financement sur les retraités eux-mêmes, elle a acté une rupture avec la solidarité intergénérationnelle et ne s'est pas donné les moyens de répondre réellement aux attentes.

- *Loi du 7 août 2020* (Dette sociale et Autonomie) : Elle a créé la "5ème branche". Cette réforme est une régression majeure. Contrairement au modèle paritaire de 1946, cette branche est gérée par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), un organisme où l'État et les collectivités dominent de façon écrasante (52 membres pour seulement 5 représentants syndicaux). Plus grave encore, elle opère une séparation conceptuelle entre "santé" et "autonomie", une erreur fondamentale qui ignore la globalité des besoins de la personne. En autorisant le fléchage vers les besoins en autonomie d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) de 0,15 % jusque-là consacrée au remboursement de la dette sociale, elle n'a pas démontré non plus une volonté de prendre la mesure du défi du vieillissement.

- *Loi du 8 avril 2024* (Bien-vieillir) : Qualifiée par les acteurs du secteur de "coup d'épée dans l'eau", cette loi multiplie les instances (conférences territoriales et nationales des financeurs) et les mesures cosmétiques notamment pour le domicile mais ignore superbement la question des besoins en personnel (mesures salariales urgentes, effectifs, formations qualifiantes…) pour répondre aux besoins des personnes âgées.

La loi Grand Âge, sans cesse promise et sans cesse repoussée par des gouvernements successifs démontre le peu de cas qui est fait de tout ce secteur : personnes âgées et handicapées, personnels, syndicats, familles, associations…

Synthèse des failles du modèle actuel :

- Mise sous tutelle budgétaire : Généralisation des CPOM pour les établissements médico-sociaux (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) et des EPRD (État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) cadenassés qui les inféodent à des logiques de stricte maîtrise comptable.

- Pénurie de personnels : La volonté de maitriser les effectifs pèse à outrance sur les conditions de travail. Ainsi on relève un taux de vacance de 5 % en ETP (Équivalent Temps Plein) et un absentéisme pour maladie de 9 %, qui sont les signes cliniques d'une maltraitance institutionnelle systémique des personnels où le soin est réduit à des gestes chronométrés dont les résidents subissent les conséquences.

- Manque d'attractivité salariale des professions du service à la personne qui sont des professions difficiles sur le plan physique et moral, exercées majoritairement par des femmes, qui pose d'énormes problèmes de recrutement en établissement comme à domicile.

- Déficit de démocratie sanitaire : une gestion centralisée par les ARS et la CNSA, déconnectée des représentants des usagers et des salariés.

- Absence de politique publique résolue dans ce secteur qui souffre de restrictions budgétaires mais aussi d'un déficit de recherche fondamentale sur le vieillissement, d'outils médicaux peu adaptés notamment pour la dépendance psychique, de manque de formation, de moyens, d'effectifs...

3. La réalité des chiffres : financements, austérité et restes à charge

En 2021, les financements publics consacrés à l'autonomie s'élevaient à 90 milliards d'euros. Si 61 % proviennent de la Sécurité sociale et 15 % des départements, la logique de financement est en pleine dérive vers la fiscalisation. Le fléchage de la CSG et la CASA remplacent progressivement la cotisation sociale. Ces financements contraints ouvrent la porte à un modèle assurantiel privé. Le pilotage par l'Objectif Global de Dépenses

(OGD) agit comme un plafond de verre structurel, interdisant toute réponse adaptée à l'augmentation des besoins. Cette austérité a favorisé une marchandisation sauvage : entre 2011 et 2023, la part des EHPAD publics a chuté de 12 %, tandis que le secteur privé lucratif progressait, captant les marges sur le dos de la vulnérabilité. Les EHPAD privés lucratifs affichent des tarifs d'hébergement supérieurs de 35 % en moyenne à ceux du secteur public, sans garantie de qualité supérieure, et bien au contraire, comme l'ont illustré les récents scandales du secteur.

Le médico-social comme la santé est désormais le champ d'interventions de fonds d'investissements à l'origine de fortunes considérables et ce n'est pas le moindre des scandales. Le reste à charge est devenu le principal vecteur d'exclusion sociale. Pour une personne en besoin d'autonomie, le coût de la vie est insoutenable : il dépasse en moyenne de plus de 40 % le montant moyen des revenus des retraités et à domicile il peut atteindre des niveaux encore plus considérables. L'absence de revalorisation des pensions depuis 15 ans a achevé de fragiliser le système.

4. Le défi démographique et le "mirage domiciliaire" du grand âge

Les projections (INSEE et DREES) sont sans appel : le nombre de personnes de 75 ans et plus passera de 5 millions en 2005 à 11,3 millions en 2050. 75 ans, c'est le seuil à partir duquel la prévalence des besoins d'autonomie augmente. Si on observe une tendance à leur baisse avec les progrès de l'espérance de vie, la hausse de la population âgée induit une progression du nombre de personnes nécessitant une aide, de 1,5 aujourd'hui à près de 4 millions d'individus en 2050. Face à ce mur démographique, le "virage domiciliaire" promu par les gouvernements successifs apparaît comme un mirage budgétaire.

Un rapport de l'IGAS (2023) souligne l'inadaptation de cette politique sans un renforcement massif des services publics et note que la fragilité des services à domicile peut conduire à maintenir des personnes chez elles dans des conditions dégradées reportant aussi la charge sur les familles. Pour l'IGAS faute d'une politique ambitieuse de financements, comme de moyens humains à mobiliser, des conséquences délétères sont à craindre et non des moindres, maltraitance des personnes âgées comme des aidant.es, risques d'abus de faiblesse, inégalités sociales considérables etc... L'IGAS

relève aussi que l'aide professionnelle à domicile est déjà en tension du fait de la faible attractivité des métiers du grand âge et que l'accompagnement à domicile, faute de mutualisation, comme c'est le cas en établissement, requiert plus de moyens et donc encore plus de professionnels. Enfin le nombre d'aidants familiaux avec l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom va se réduire au moment même où la population qui a besoin d'aide augmentera considérablement...

En fait ce discours justifie de ne pas investir dans les EHPAD ! La DREES évalue le nombre de nouvelles places à créer d'ici 2050 à 365000 avec un taux d'entrée en EHPAD identique à aujourd'hui des personnes nécessitant une aide constante. Ce qui veut dire créer 15000 places par an. Or, le nombre de places a, au contraire, reculé entre 2019 et 2023. Il est aujourd'hui selon la DREES de 640000. On peut estimer que l'évaluation de la DREES est basse car, théoriquement, si le nombre de personnes en besoin d'autonomie est multiplié par 2 d'ici 2050 le nombre de places devrait lui aussi être multiplié par 2 ce qui voudrait dire que pour répondre aux besoins il faudrait créer 640000 places supplémentaires soit plus de 25000 par an au minimum et si le taux d'entrée en EHPAD progresse par rapport à la situation actuelle, avec la baisse du nombre d'aidant.es, ce pourrait être encore bien plus.

Le CREDOC, lui estime à 542000, le nombre de places nécessaires d'ici 2040. Que l'on prenne l'un ou l'autre de ces chiffres la réalité actuelle n'est manifestement pas à la hauteur de la situation. Cela revient à organiser l'épuisement des familles. Aujourd'hui, 9,3 millions d'aidants (rappel : ce sont en majorité des femmes) portent un fardeau "invisible" estimé à 11 milliards d'euros par an. En outre, sans services publics de proximité, le domicile devient un lieu d'isolement, d'abus de faiblesse et de perte de chance médicale. Il est impératif de rompre avec l'âgisme ambiant qui voit dans la vieillesse une "charge" plutôt qu'une étape de vie méritant un investissement social plein et entier. Alors que l'émancipation de chacun bénéficie à tout le collectif, l'âgisme est un racisme anti-vieux, une idéologie élaborée par le patronat pour diviser la société et pour ne pas prendre part au financement ce qu'il a obtenu des gouvernements successifs. La discrimination patriarcale crée une forte présence des femmes dans ce secteur à la fois s'agissant des personnes âgées, des professionnels et des aidants et les rend invisibles. Elle barricade la pensée de toute construction de solutions, marquant un renoncement pur et simple à la solidarité intergénérationnelle

5. Invalidité : garantir la dignité au-delà de la maladie

Le système actuel segmente artificiellement les réponses, créant des barrières pour les millions de personnes vivant avec une limitation fonctionnelle. La pension d'invalidité qui relève de la branche maladie, compense la perte de revenus lorsque la santé se dégrade et empêche de continuer à travailler comme avant. Avec 825000 bénéficiaires, la pension d'invalidité peine à remplir son rôle de rempart contre la précarité. À 61 ans, le risque d'invalidité explose, touchant 9 % de la population. Pourtant, la pension moyenne assise sur un revenu annuel moyen s'élève à seulement 840 € bruts/mois. Le passage de la catégorie 1 (capacité résiduelle) aux catégorie 2 (incapacité de travail) et 3 (avec en plus le besoin de tierce personne) est souvent synonyme de chute brutale dans la pauvreté, faute de revalorisations indexées sur le coût réel de la vie et des aides techniques. Or 7 personnes sur dix sont classées en catégorie 2

6. Le handicap : un déficit de places et d'inclusion

Le handicap n’est pas une maladie, mais il peut rendre le recours aux soins plus fréquent. Le droit de prévenir et de se soigner est d’autant plus important. Mais ce parcours est semé d’embûches. Celles-ci sont liées à l'accessibilité comme au manque de formation des soignants. Il faut le répéter, les personnes en situation de handicap ont autant le droit de savoir et le même droit à la dignité que toutes les autres.

Cette population en situation de handicap comprend (rapport CNSA 2024) 1,8 million de personnes bénéficiant soit de l’allocation aux adultes handicapés (AAH), soit de l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé (AEEH), auxquels il faut ajouter 1,3 million de personnes entre 5 et 59 ans se déclarant en limitation sévère d’activité.

Si la part des personnes concernées dans la population totale reste stable, d’autres facteurs doivent être pris en compte : l’espérance de vie des personnes en situation de handicap progresse, le nombre de bénéficiaires de l’AAH de plus de 50 ans a augmenté de 55 % entre 2011 et 2019 et la prévalence des troubles neurodéveloppementaux (autisme, troubles de l’attention) augmente chez les moins de 20 ans. Un quart des

bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé vit sous le seuil de pauvreté et la baisse des prises en charge les atteint plus que d'autres. La "Charte Romain Jacob" pour l'accès aux soins reste une déclaration d'intention faute de financements pour rendre notamment les hôpitaux accessibles.

Les prestations concernant le handicap sont attribuées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) émanation de la MDPH et sont versées par la CAF (AAH AEEH) ou par le département (Prestation de Compensation Du Handicap – PCH- qui finance les aides techniques ou animalières) ou consistent en la délivrance de cartes (prioritaires - CMI) ou une aide à l'insertion professionnelle (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé – RQTS).

Les établissements médico-sociaux (ESMS) destinés aux enfants et adolescents sont divers, IME (médico-social), CEM (éducation motrice), INJS (jeunes sourds), ITEP (thérapie et éducation), SAAAIS (service d'aide à l'autonomie et intégration scolaire), SAFEP (accompagnement familial), SSEFIS (soutien à l'éducation familiale), SESSAD (éducation spécialisée à domicile). Ceux destinés aux adultes aussi ESAT (aide par le travail), FH, FV et FAM (foyers), MAS (accueil spécialisé), SAJ (accueil de jour), SAMSAH, SAVS (accompagnement) ou encore structures d'insertion sociale. Mais le constat est accablant : il n'existe que 535000 places en établissements pour une population en situation de handicap estimée à plus de 3 millions de personnes ayant des besoins de soutien identifiés. Cette disproportion alimente des listes d'attente longues. Or la politique du « tournant domiciliaire » qui sévit aussi dans ce secteur fait au contraire reculer les capacités d'accueil. Ajoutez à cela que les établissements subissent un sous financement, le manque de personnel et une insuffisance de formation aux pathologies accueillies.

L'Inclusion Scolaire : une précarité institutionnalisée

Le droit à l'éducation est saboté par le statut précaire des AESH (Accompagnants d'Élève en Situation de Handicap). Leurs salaires bas et leur manque de formation pérenne nuisent à la qualité de l'inclusion, transformant parfois l'école en un lieu d'exclusion feutrée pour les enfants les plus fragiles.

En synthèse, la situation de ce secteur se résume par un constat accablant : l'accès aux droits est difficile, les délais de réponse MDPH sont longs, les démarches complexes les inégalités territoriales sont patentes.

7. Nos propositions pour l'autonomie : "100% Sécu" et des services publics

Pour l'ensemble du secteur médico-social nous sommes pour le 100% public, dans le cadre d'une vraie démocratie sanitaire intégrant en concertation l'Etat, les collectivités territoriales, les organisations syndicales, les personnes âgées, les usagers, le monde associatif, pour organiser les réponses aux besoins de ces secteurs (repas, toilettes, équipements et aménagements des logements ou des transports) afin de garantir une maîtrise, une cohérence et une égalité sur le territoire national. Il s'agit également de garantir l'accès aux services spécialisés médicaux. Le maillage du territoire par le service public hospitalier est aussi un gage d'égalité en matière de réponse aux besoins. Nous considérons que l'Assurance Maladie doit prendre en charge à 100 % la partie soins et aides techniques dans une conception élargie.

Il y a un besoin urgent d'une vaste politique de formation, de professionnalisation et de création d'emplois qualifiés des services d'aide à la personne et de revalorisation des salaires 700000 professionnels travaillent dans le secteur médico-social dont 50 % en EHPAD. 5 % des postes en ETP sont vacants et le taux d'absence pour maladie atteint 9 %.

Les recrutements des aides-soignants, infirmiers, éducateurs spécialisés et médecins coordonnateurs, sont en forte tension.

Nous voulons créer 100000 emplois qualifiés statutaires par an pendant 3 ans en établissement sur la base de 1 salarié par résident, prévu par le Plan Solidarité Grand-Âge de 2005, et 100000 à domicile la titularisation des personnels contractuels, transformer les contrats aidés en emplois statutaires.

Enfin, pour rendre les métiers du soin et de l'accompagnement attractifs il faut revaloriser fortement les salaires.

Une revalorisation des prestations est indispensable pour garantir une réelle autonomie

Pour un plan d'investissement à la hauteur des besoins

Nous proposons une planification pour construire et moderniser des EHPAD publics, élaborée selon les besoins avec les résidents, les syndicats, les personnels, les familles et les architectes spécialisés et renforcer les USLD (31000 lits supprimés !). Il faut aussi transformer l'espace domiciliaire des EHPAD en créant des espaces privatifs offrant la liberté de vivre comme à domicile avec de petites unités, des lieux de vie communs de taille familiale. Nous voulons créer un service public de l'aide à la personne à domicile, libérant les aidants, de ces contraintes et renforcer les structures d'accueil de personnes en situation de handicap.

Les aidants :

Au regard du nombre d'aidants, celui des plateformes de répit, des places d'accueil de jour et des places d'hébergement temporaire est dérisoire. L'accès au dispositif du congé proche aidant et d'allocations spécifiques reste limité. Si accompagner les aidants paraît légitime actuellement, il ne doit pas conduire à sa pérennité : en supportant l'insuffisance voire l'inexistence de services public, plusieurs générations de femmes *(les jeunes qui travaillent dans ces secteurs, les aidantes souvent âgées)* se substituent à la création de ces services publics. Toute volonté de privilégier le maintien à domicile comme alternative volontaire, doit être complémentaire de la nécessité d'assurer une bonne couverture territoriale des établissements publics pour personnes en besoin d'autonomie.

La question du financement est essentielle :

Nous affirmons que l'autonomie doit être couverte par un financement solidaire à 100% par la Sécurité sociale. Nous sommes opposés à la 5ème branche actée par la loi du 7 août 2020. Il faut intégrer le maintien de l'autonomie dans la branche maladie, simplement parce que le maintien de l'autonomie est indissociable d'une approche globale de la santé alors que cette nouvelle branche opère une séparation radicale.

C'est aussi le seul moyen d'apporter au maintien de l'autonomie un financement dynamique évoluant avec les besoins, avec un financement par la cotisation sociale,

assis sur une nouvelle répartition des richesses produites dans l'entreprise et sur un nouveau type de production.

Aujourd'hui, la branche autonomie est financée par la CSG la CSA et la CASA. L'essentiel des financements repose donc sur les salariés et pensionnés. Il est clair que certains œuvrent à droite comme à gauche pour maintenir une fiscalisation déguisée (la CSG) qui génère des budgets contraints et ouvre la porte au monde assurantiel et à la finance. Le but est clair : transférer le poids du financement sur chaque individu et ainsi exempter le capital de toute contribution tout en lui permettant de réaliser des profits. Nous demandons aussi le remboursement de la dette de l'État auprès des départements en matière d'APA et de PCH et de stopper les réductions de dotations aux collectivités territoriales.

8. La prévention : agir sur les causes et les conditions de vie et de travail

Une politique de l'autonomie digne de ce nom ne peut se contenter de gérer la "dépendance" installée ; elle doit être globale et préventive, comme le propose l'OMS. Aujourd'hui, les actions financées concernent surtout la prévention tertiaire et l'action sur le comportement individuel. La prévention ne doit plus être réduite à des injonctions comportementales mais doit s'attaquer aux déterminants sociaux.

En prévention Primaire, cela exige d'agir pour intervenir sur :

- Les conditions de travail, les charges mentales, où se créent l'usure, les accidents sources d'handicap et de vieillissement précoce,
- Les conditions de vie tout au long de l'existence, en amont, sur les politiques d'urbanisme de logement et de transport pour les rendre accessibles à tous.

En prévention Secondaire de travailler à un repérage précoce des fragilités via un investissement massif dans la recherche médicale sur le vieillissement et la création d'un véritable secteur de psychiatrie de la personne âgée, aujourd'hui parent pauvre de la santé mentale.

En prévention Tertiaire de garantir l'autonomie résiduelle par le remboursement intégral des dispositifs techniques les plus innovants.

En conclusion :

La création d’un Service Public National de l'Autonomie est une urgence absolue. En arrachant ces secteurs aux griffes de la rentabilité et en le réintégrant dans le giron de la Sécurité sociale, nous ne faisons pas seulement un choix budgétaire ; nous affirmons que la dignité n'a pas de prix et que la solidarité de 1946 reste l'horizon indépassable de notre contrat social : condition pour construire une société du vivre ensemble.

Pour citer cet article :
Nicole Grenier-Mérico, Claude Chavrot, Christiane Caro, L’autonomie urgence sociale, Les Cahiers de santé publique et de protection sociale, N° 57 juin 2026