

A-t-on encore les moyens de vieillir aujourd'hui ?

Michaël ROQUART

Association Rhône-Alpes de Gériatrie Psychanalytique (ARAGP)

35ème journée d'étude - LYON - 21 janvier 2023

La vieillesse : une construction essentiellement sociale

Le vieillissement est généralement envisagé sous l'angle purement biologique: la conception de l'avance en âge comme déclin universel est encore dominante.

Néanmoins, le vieillissement constitue un ensemble de processus: les définitions sociales de la vieillesse doivent être **reliées au contexte macro social** (Chaque société a les vieillards qu'elle mérite).

En droit, il n'y a pas de définition légale : la vieillesse est catégorisée en fonction de certains seuils (âge légal de départ en retraite, seuil de 60 ans pour percevoir l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), seuil de 65 ans pour percevoir l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA)

...

Dans le monde du travail, l'âge moyen d'un sénior se situe autour de 50 ans : les candidats au recrutement parlent de « sénior » à partir de 52,7 ans, les recruteurs autour de l'âge de 49,6 ans.





La vieillesse : une construction essentiellement sociale

« En y pensant j'aperçois quatre raisons de plaindre les vieillards : en premier lieu il leur faut renoncer aux affaires, deuxièmement le corps s'affaiblit, troisièmement ils sont sevrés de presque tous les plaisirs, quatrièmement ils sentent la mort prochaine ».

Caton l'Ancien - De la vieillesse

Une longue prise en compte du vieillissement

Vieillir au Moyen-Age, le privilège des riches

Au Moyen Age, la notion de vieillard n'existe quasiment pas: l'espérance de vie est assez basse (autour de 45 ans).

La vie humaine est divisée en quatre âges:

- l'enfance (de la naissance à une vingtaine d'années);
- la jeunesse (jusqu'à environ 35 ans);
- l'âge de la maturité (souvent désigné comme l'âge parfait, celui de l'équilibre et de l'accomplissement);
- la vieillesse (qui commence à 50 ou 60 ans).

La société médiévale est une société de « jeunes », la longévité étant l'apanage des rois, des seigneurs, des évêques, des grands bourgeois.



Le XVIIème siècle : une confusion entre vieillesse et pauvreté

Au XVII ème siècle, installation dans les mentalités d'une « confusion historique » entre la vieillesse et la pauvreté :

« dès lors que le vieillard n'est pas capable de se prendre en charge ou de se reposer sur sa famille, la vieillesse devient une forme pitoyable et aggravée d'indigence et d'impotence. Dans ce cadre, le vieillard miséreux subit une perte de son âge : son identification ne repose plus sur l'âge mais sur les secours dont il est désormais dépendant, notamment dans les hôpitaux ou les autres établissements charitables, où il est mélangé avec les autres nécessiteux (enfants abandonnés, estropiés, contagieux et filles perdues,...). Les besoins particuliers de l'âge ne sont jamais pris en compte par les Etats soucieux de porter assistance aux misérables » (ALBOU, Philippe, l'image des personnes âgées à travers l'histoire, Paris, Glyphe et Biotem Editions, 1999, p.73)



Au XVII^{ème} siècle: la création des hôpitaux généraux



Par l'édit de Saint-Germain du 14 juin 1662, Louis XIV ordonne la création d'un hôpital général dans toutes les grandes villes de France, destiné à enfermer les mendiants, gueux et autres indigents qui envahissent les villes à la suite des guerres et des disettes.

Ces établissements se transforment en institutions destinées à l'accueil de tous les déshérités : vieillards indigents, orphelins et enfants abandonnés, infirmes et insensés.

Le XVIII^e siècle : l'émergence des personnes âgées comme groupe social

Au XVIII^e siècle, on assiste à une véritable réhabilitation de la vieillesse et à l'émergence des personnes âgées en tant que groupe social avec des particularités et des besoins spécifiques (« la naissance du vieillard », Jean-Pierre GUTTON, Naissance du vieillard. Essai sur l'histoire des rapports entre les vieillards et la société en France, Paris, Aubier, 1988).

La prise en compte des personnes âgées comme groupe social se traduit par :

- ❑ le souci d'apporter une assistance aux vieillards nécessiteux qui progressivement distingués des autres pauvres,
- ❑ l'idée novatrice d'une prévoyance-retraite.

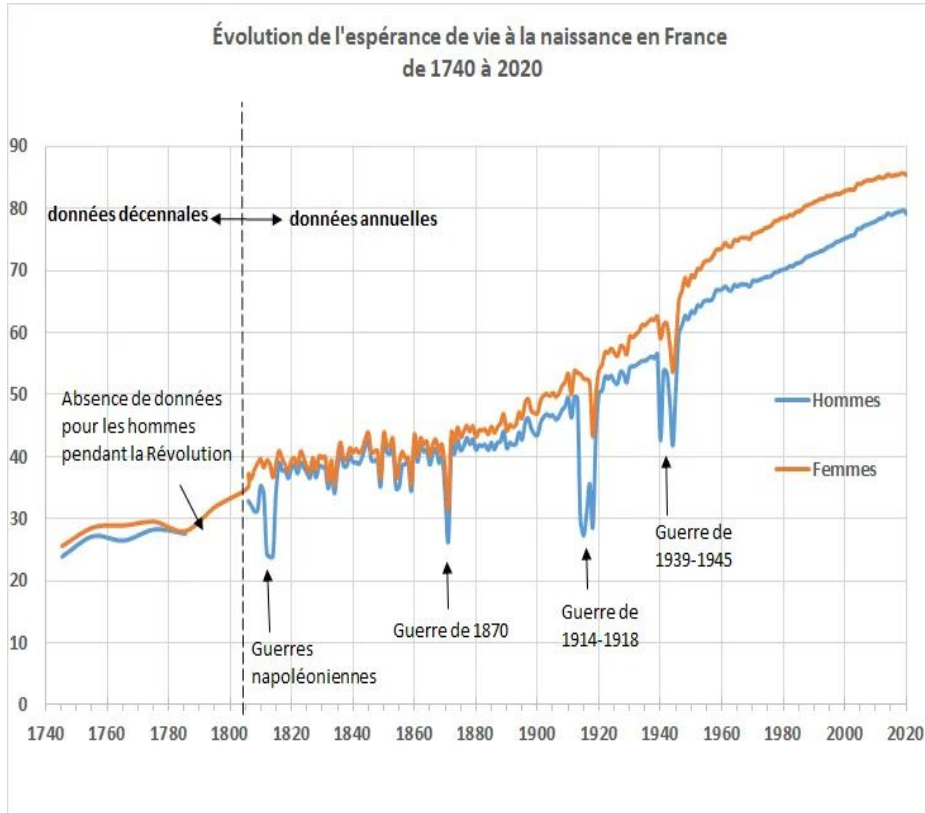
Au XIX ème siècle : la loi hospitalière de 1851

Dans la première moitié du XIXe siècle, la loi du 7 août 1851 dite « d'assistance publique » pose les prémices du service public hospitalier actuel en énonçant : « *lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission à l'hôpital existant dans la commune* ».

Elle laisse au règlement intérieur des établissements le soin de fixer les conditions d'admission : le problème de l'âge n'apparaît souvent qu'en deuxième position, la gestion locale de l'hospice donnant plus d'importance aux questions de naissance ou de domicile dans la ville.

Peu à peu, l'âge de 70 ans s'impose comme seuil minimal pour l'admission à l'assistance.

L'augmentation de l'espérance de vie : un facteur de la prise en compte du vieillissement



Fin du XVIII^{ème} siècle : un français sur cinq atteint son soixantième anniversaire

En 1860, l'espérance de vie à 60 ans est comprise entre 13 et 14 ans, pour les hommes comme pour les femmes.

Au début du XX^e siècle, plus d'un français sur deux atteint l'âge de 60 ans.

La prise en compte du vieillissement



« Un vieux, ça ne sert à rien et ça coûte. Lui-même avait souhaité la fin de son père. Si, à leur tour, ses enfants désiraient la sienne, il n'en ressentait ni étonnement ni chagrin. Ça devait être ».

Emile ZOLA, La Terre (1887)

Une incitation à construire des dispositifs d'aide aux vieillards indigents inaptes au travail



Au XIXe siècle, l'assistance relève essentiellement du ressort de la bienfaisance privée.

Plusieurs lois vont instaurer des droits relevant de l'assistance publique gérée par les collectivités locales avec un soutien financier de l'État : afin de lutter contre la pauvreté des personnes âgées, en 1897 et 1902, à l'occasion du vote du budget, la Chambre des députés incite les communes et les départements à créer des pensions pour les malades incurables, les infirmes et les vieillards incapables de travailler, l'État se chargeant d'une partie de la dépense.

Une logique d'assistance incitative source d'inégalités

Les résultats de cette logique incitative font apparaître de **fortes disparités de prise en charge**:

- ↪ en 1904, 68 départements ont constitué 25 016 pensions.
- ↪ un rapport présenté au Conseil supérieur de l'assistance estime que, sur une population de 1.912.000 Français de 70 ans et plus, 100.000 au moins devraient relever de ce type de secours.

Dès lors, la généralisation de mesures rendues obligatoires apparaît comme le seul levier de nature à amener les collectivités locales à adopter une attitude commune et à corriger les inégalités régionales.

La loi de 1905 sur l'assistance des vieillards et infirmes : une logique d'assistance obligatoire

La loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire des vieillards et infirmes est l'amorce du système français de solidarité sociale républicaine.

« Tout Français privé de ressources, incapable de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence et, soit âgé de plus de 70 ans, soit atteint d'une infirmité ou d'une maladie reconnue incurable, reçoit, aux conditions ci-après, l'assistance instituée par la présente loi ».

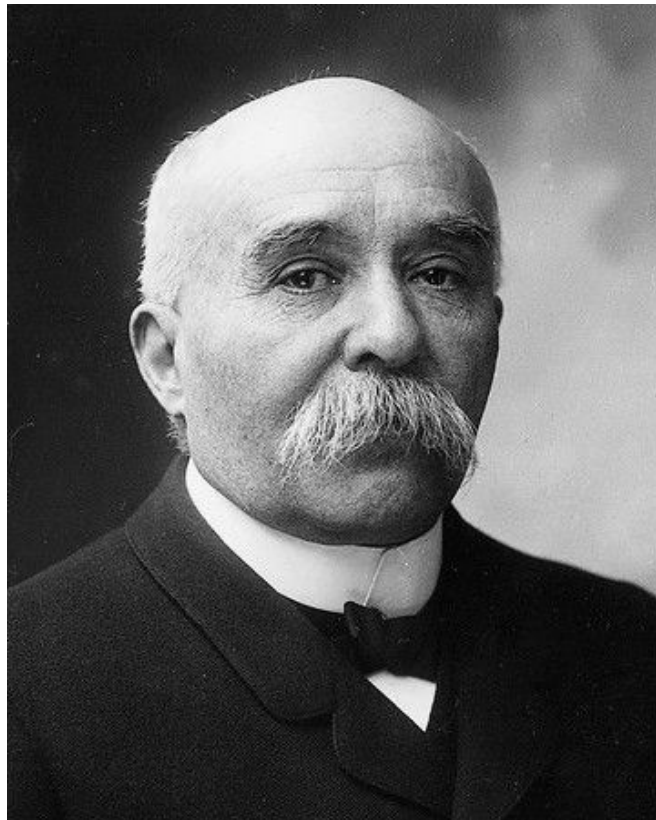
Elle concerne les « vieillards de plus de 70 ans » mais aussi les « *infirmes et les incurables* » français incapables de subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence.

Elle met fin au caractère facultatif des entraides proposées par les bureaux de bienfaisances et les hospices en renforçant les pouvoirs des instances communales: elle alloue aux bénéficiaires une allocation mensuelle dont le taux est arrêté par le conseil municipal.

La loi de 1905 sur l'assistance des vieillards et infirmes : une logique d'assistance obligatoire

La personne de plus de 70 ans doit, comme « l'infirme ou l'incurable », **apporter la preuve de son incapacité à travailler.**

Une circulaire de Georges Clemenceau aux préfets du 15 janvier 1908 indique que « le vieillard de soixante-dix ans encore valide, devait être écarté ».



La mise en place progressive d'assurances vieillesse obligatoires

Au cours du XXe siècle, des **assurances vieillesse obligatoires** vont être mises en place de manière progressive pour assurer une pension aux travailleurs âgés :

- ❑ Une première législation générale instaurée par la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes: elle couvre une population faible et alloue des pensions d'un montant modique à un âge légal jugé trop tardif par nombre d'ouvriers, âge légal ensuite ramené à 60 ans.
- ❑ Les lois sur les assurances sociales des 5 avril 1928 et 30 avril 1930: elles ajoutent aux régimes spéciaux de certains employeurs (État, chemins de fer...) deux régimes principaux d'assurance obligatoire, l'un pour les salariés non agricoles (travailleurs du commerce et de l'industrie, gens de maison) et l'autre pour les agriculteurs; elles couvrent le risque vieillesse aux côtés des risques maladie, maternité, invalidité, et décès (la loi du 30 avril 1930 introduit pour la première fois la notion de minimum de pension sous réserve d'avoir cotisé pendant cinq ans au 1er juillet 1930).

L'allocation aux vieux travailleurs salariés, un régime de secours attendu mais limité

La retraite des vieux travailleurs, si longtemps attendue, a été instituée par la loi du 14 mars 1941.

- ❑ Elle accorde une allocation aux vieux travailleurs non pensionnés des assurances sociales ou des retraites ouvrières et paysannes: le bénéfice de l'allocation nouvelle est réservé aux vieux travailleurs salariés ou anciens salariés dépourvus du minimum de ressources indispensable à leur subsistance.
- ❑ Elle modifie les taux des pensions des assurances sociales et des retraites ouvrières pour les pensionnés de ces deux institutions.

Il s'agit d'un régime de secours assez limité pour être réalisable, assez équilibré pour être durable: l'allocation n'étant établie qu'en fonction de la situation présente du marché du travail, elle tend à écarter du marché du travail les salariés âgés et devrait être suspendue « *au cas où la situation économique ferait apparaître qu'un accroissement de la main-d'œuvre nationale est indispensable et nécessite le concours de vieux travailleurs* ».

La sécurité sociale, une ambition universelle



« Nul ne saurait ignorer que l'un des facteurs essentiels du problème social en France, comme dans presque tous les pays du monde, se trouve dans ce complexe d'infériorité que crée chez le travailleur le sentiment de son insécurité, l'incertitude du lendemain qui pèse sur tous ceux qui vivent de leur travail. Le problème qui se pose aujourd'hui aux hommes qui veulent apporter une solution durable au problème social est de faire disparaître cette insécurité. Il est de garantir à tous les éléments de la population qu'en toute circonstance ils jouiront de revenus suffisants pour assurer leur subsistance familiale. C'est ainsi seulement, en libérant les travailleurs de l'obsession permanente de la misère, qu'on permettra à tous les hommes et à toutes les femmes de développer pleinement leurs possibilités, leur personnalité, dans toute la mesure compatible avec le régime social en vigueur ».

Ambroise Croizat

La création de la Sécurité sociale en 1945

- ❑ A la sortie de la Seconde Guerre Mondiale, en 1945, le gouvernement du général de Gaulle institue la Sécurité sociale par ordonnance : fondement du système social public et de l'économie française contemporaine assis sur les cotisations sociales prélevées sur les salaires et non sur l'impôt.
- ❑ Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 créent une organisation de la Sécurité sociale qui fusionne toutes les anciennes assurances (maladie, retraite...) et garantit à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes.
- ❑ Elle crée un régime général pour les retraites, les accidents du travail et la maladie des salariés.

L'aide sociale aux personnes âgées en 1953

Article 26 du décret 53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance :
« *Toute personne âgée de 65 ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement chez des particuliers ou dans un établissement. Les personnes âgées de plus de 60 ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail* ».

Les caractères du droit à l'aide sociale :

- 1 un droit alimentaire et spécialisé:** la cause de l'aide sociale est le besoin et son objet réside dans un ensemble de prestations construites pour satisfaire divers besoins.
- 2 un droit à caractère subjectif:** une appréciation en fonction de la situation individuelle et non définie de manière universelle (un droit encadré par la loi et les règlements et conditionné par la situation de besoin du demandeur).
- 3 un droit subsidiaire:** une traduction du caractère alimentaire de l'aide sociale (les personnes tenues à l'obligation alimentaire sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invitées à indiquer l'aide qu'elles peuvent allouer au postulant et à apporter le cas échéant la preuve de leur impossibilité de couvrir la totalité des frais).

La création du minimum vieillesse: la loi du 30 Juin 1956 portant institution d'un fonds national de solidarité Minimum vieillesse



Le minimum vieillesse, héritier de l'allocation aux vieux travailleurs salariés de 1941 : une prestation sociale française versée sans contrepartie de cotisation, créée par la loi de 1956:

Il constitue historiquement le **premier minimum social**.

L'objectif : apporter un complément de ressources pour porter au niveau du minimum vieillesse les revenus des personnes âgées de 65 ans et plus disposant de faibles moyens d'existence (personnes âgées ne disposant pas d'une pension ou ayant de faibles ressources).

**Une approche moderniste de la vieillesse: le rapport
Pierre LAROQUE de 1962**

Une approche moderniste de la vieillesse: un troisième âge actif, autonome et participant



Le rapport Pierre Laroque de 1962 : un véritable « cri d'alarme », permettant de dresser le constat de la paupérisation d'un nombre de plus en plus important de personnes âgées en France.

- ❑ Répondre à la situation des « laissés-pour-compte » de la croissance économique et de la protection sociale via le triptyque : pauvreté, mal logement et isolement social.
- ❑ Fixer des axes prioritaires : le maintien au domicile et adopter une conception « moderniste » de la vieillesse (un « troisième âge actif, autonome et participant »).

Les préconisations du rapport LAROQUE

- ❑ **Prioriser l'aide à domicile** : une généralisation de l'aide ménagère (quel que soit le revenu), une prise en charge soit par les organismes de sécurité sociale, soit par l'aide sociale, l'organisation de services collectifs: la coordination administrative par les services départementaux de l'Etat, la coordination sociale à un niveau territorial de proximité (possibilité pour les personnes âgées de s'adresser à un "réseau d'action" unique, l'émergence d'un personnel spécialisé).
- ❑ **Transformer l'accueil en institution** : une nette séparation entre les maisons de retraite (ayant vocation à recevoir les personnes valides), les hôpitaux (pour les affections aiguës) et les hospices (vestiges tenaces des "dépôts de mendicité", laissés dans un "abandon médical"), qu'il faudrait transformer ou fermer.
- ❑ **Refonder la politique médicale à l'égard des personnes âgées** : sur le plan médical, développer le dépistage précoce, développer l'hospitalisation à domicile et les services de soins à domicile, créer des hôpitaux de jour pour les personnes frappées de "légers troubles mentaux", des services de gériatrie dans les hôpitaux et des services de réadaptation fonctionnelle et généraliser les moyens permettant de dispenser les soins courants dans les maisons de retraite.

La traduction concrète des préconisations du rapport LAROQUE

La mise en œuvre des préconisations du rapport Laroque s'est traduite dans le cadre du Programme finalisé du VIe Plan (1970-1974) et du Plan d'action prioritaire du VIIe Plan (1975-1979) par les mesures suivantes:

- ❑ revalorisation des retraites et du minimum vieillesse
- ❑ amélioration de l'habitat par des soutiens financiers (allocation logement) et dispositifs de rénovation et adaptation de l'habitat
- ❑ multiplication des services de maintien au domicile: services d'aide-ménagère, puis services de soins à domicile
- ❑ diffusion des clubs du 3e âge et de dispositifs d'information, destinés à rompre l'isolement des personnes âgées, sur l'ensemble du territoire.

**La décennie 1980-1990 :
le virage de la dépendance**

LES TRENTE GLORIEUSES

ou la révolution invisible



Le vieillissement à l'aune de la dépendance

À l'issue des « Trente Glorieuses », les années 1980 marquent un changement de modèle, le vieillissement est désormais appréhendé sous le prisme de la dépendance (prééminence des aspects médicaux).

Le vieillissement s'oriente sur la prise en charge de la dépendance, au détriment de l'idéologie sociale du troisième âge.

Des impératifs économiques et budgétaires



Des contraintes économiques nécessitant une maîtrise des dépenses de protection sociale,

Des contraintes budgétaires liées à l'augmentation des déficits des budgets sociaux.

Décentraliser l'aide sociale dans une logique de responsabilisation

Avec les lois de décentralisation, l'Etat transfère aux collectivités territoriales la responsabilité de l'action sociale et la gestion de l'aide sociale.

Cette logique décentralisatrice vise à :

- ❑ responsabiliser les acteurs,
- ❑ optimiser la gestion dans un contexte budgétaire tendu.



La prise en charge du vieillissement soumise à un impératif de gestion

- ❑ Promotion du maintien à domicile mais développement de l'emploi direct,
- ❑ Création des services mandataires,
- ❑ Libéralisation du secteur de l'aide à domicile: ouverture du champ aux entreprises privées à but lucratif,
- ❑ Création des chèques emploi-service,
- ❑ Restriction des prises en charge au regard de la dépendance (incapacité physique ou mentale liée à l'âge).

La Prestation Spécifique Dépendance : première allocation spécifique pour les personnes âgées dépendantes

Instituée par la loi du 24 janvier 1997, il s'agit d'une prestation en nature, gérée et servie par les conseils généraux, destinée aux personnes de plus de soixante ans, présentant un certain degré de dépendance évalué par une équipe médico-sociale selon une grille agréée dénommée grille AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources).

La PSD constitue un nouveau dispositif en direction des personnes âgées qui vient s'ajouter à ceux existants : assurance-vieillesse et plus largement système des retraites, minimum vieillesse, aide sociale légale aux personnes âgées et dispositifs complémentaires relevant de l'action sociale.



Une prestation guidée par des impératifs budgétaires : un dispositif peu efficient et relativement dissuasif

- ❑ La PSD est **conditionnée à un état de besoin** : besoin lié à la situation de dépendance (le demandeur doit justifier un certain degré de dépendance que la loi définit comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière »).
- ❑ La PSD revêt un **caractère catégoriel** : le dispositif ne prend en compte que les personnes âgées de plus de 60 ans.
- ❑ La PSD constitue une **prestation en nature**: elle ne peut que servir à couvrir le coût des services strictement liés à l'état de dépendance de la personne bénéficiaire, à l'exclusion de toute autre affectation des sommes engagées.

De nombreux facteurs dissuasifs : des plafonds de ressource, des recours sur les successions et les donations, des carences quant à l'information des personnes susceptibles de bénéficier du dispositif, un inégal développement de réseaux structurés susceptibles de mener une action gérontologique globale sur l'ensemble du territoire, un dispositif caractérisé par de nombreuses incohérences et de grandes inégalités: deux catégories d'acteurs, les départements, d'une part, les caisses de retraite, d'autre part, se partagent les rôles selon les groupes iso-ressources (GIR)¹.

Le système actuel

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie, un renforcement de la prise en charge

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) mise en place par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie s'est substituée au 1^{er} janvier 2002 à la PSD.

L'APA visait à **renforcer la prise en charge des personnes âgées dites dépendantes en élargissant le nombre de bénéficiaires potentiels** par rapport aux anciens bénéficiaires de la PSD (135 000 en mars 2001).

Selon les prévisions ministérielles de l'époque, 560 000 personnes devaient être concernées par l'APA en 2002, ce chiffre devant progresser par la suite pour s'établir en régime de croisière à 800 000.

L'estimation a été largement dépassée: fin 2016, l'APA bénéficiait à environ 1,3 million de personnes (Chiffres DREES n° 29, oct. 2018).

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie, un renforcement de la prise en charge

- ❑ Dans son enquête sur l'aide et l'action sociale 2019, la DREES qui a recensé 1,3 million de personnes bénéficiaires de l'APA a estimé le coût à près de 6 milliards d'euros.
- ❑ Depuis la mise en place de l'APA en 2002, les dépenses totales ont été multipliées par 2,6 et le nombre de ses bénéficiaires a plus que doublé.
- ❑ 60% des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile, 40% en établissement d'hébergement spécialisé.

Une volonté de couverture plus universelle de la dépendance

A la création de l'APA, le gouvernement de l'époque s'était engagé dans le **sens d'une couverture plus universelle du risque dépendance**, en ouvrant le bénéfice de cette allocation aux personnes affectées d'un niveau moindre de dépendance (intégration des personnes classées dans le groupe de dépendance n° 4 de l'outil AGGIR).

Il a supprimé la notion de plafond de ressources au profit d'un mécanisme de participation financière des bénéficiaires (ticket modérateur) proportionnelle à leurs ressources.

Un fonds national de financement de l'APA issu des fonds d'action sociale des caisses de Sécurité sociale et de la CSG a été institué destiné à accompagner l'effort consenti par les Départements.



Favoriser le maintien à domicile: l'APA à domicile

En France, 90 % des Français préféreraient vieillir chez eux (sondage Odoxa paru en 2019).

Le domicile s'entend en premier lieu de son logement.

L'APA à domicile aide à payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile malgré la perte d'autonomie.



Les dépenses couvertes par l'APA à domicile

L'APA à domicile est affectée à la **couverture des dépenses de toute nature** figurant dans le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale :

- ❑ rémunération de l'intervenant ou du service d'aide à domicile: activité prestataire (aide à domicile employée par la structure de services à la personne), activité mandataire (aide à domicile employée directement par la personne âgée, celle-ci étant dispensée des formalités) ou encore l'emploi direct.
- ❑ règlement de frais d'accueil temporaire, avec ou sans hébergement, dans des établissements ou services autorisés à cet effet.
- ❑ règlement, en fonction des services prévus par le plan d'aide, de tout ou partie de la rémunération des accueillants familiaux.
- ❑ règlement de certaines dépenses de transport, d'aides techniques, d'adaptation du logement et de toutes autres dépenses concourant à l'autonomie du bénéficiaire (produits à usage unique pour l'incontinence par exemple).

Les proches aidants : un pilier du maintien à domicile

- La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, dite loi ASV, a pris des dispositions pour faciliter le travail des aidants à domicile: elle institue un "**droit au répit**" qui donne les moyens à un aidant de prendre du repos. Un proche aidant une personne âgée en perte d'autonomie peut bénéficier d'une aide jusqu'à 500 euros par an pour financer la prise en charge de la personne dépendante dans une autre structure (hébergement temporaire, relais à domicile, etc.) afin qu'il puisse se reposer ou dégager du temps pour soi.
- Depuis le 1^{er} janvier 2017, un **congé de proche aidant** est entré en vigueur: non rémunéré, il permet à un salarié du secteur privé disposant d'un an d'ancienneté dans l'entreprise, avec l'accord de son employeur, de suspendre ou réduire son activité professionnelle pour accompagner un proche qui souffre d'une perte d'autonomie importante: d'une durée maximale de trois mois, le congé est renouvelable dans la limite d'une année pour l'ensemble de la carrière.

L'APA en établissement

- ❑ Le droit à l'APA est ouvert aux personnes résidant dans les établissements sociaux ou médico-sociaux accueillant des personnes âgées et dans les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée relevant de l'article L. 6111-4 du code de la santé publique.
- ❑ Sont visés les EHPAD, les maisons de retraite médicalisées ou non, les résidences autonomie, les maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD) ainsi que les unités de soins de longue durée, à condition qu'ils aient une capacité supérieure ou égale à 25 places.
- ❑ En établissement, l'APA a vocation à **aider son bénéficiaire à acquitter le tarif dépendance de l'établissement.**

L'hébergement en EHPAD

L'hébergement dans un EHPAD a un coût qui correspond aux dépenses générales d'administration, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées au niveau de perte d'autonomie des personnes accueillies.

Ce tarif reste à la charge de la personne âgée.

Il est arrêté chaque année par le Président du Conseil départemental pour les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

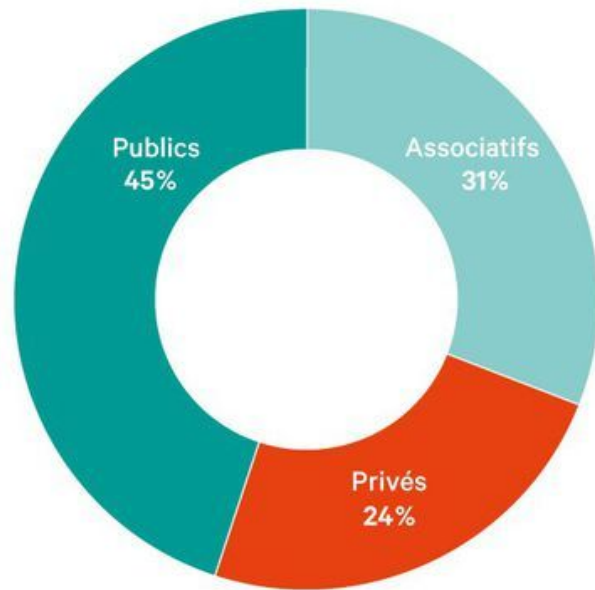
Lorsque la personne âgée ne dispose pas des ressources suffisantes pour faire face à ce coût, elle peut avoir recours à l'aide sociale.



Des EHPAD relevant de différents statuts juridiques

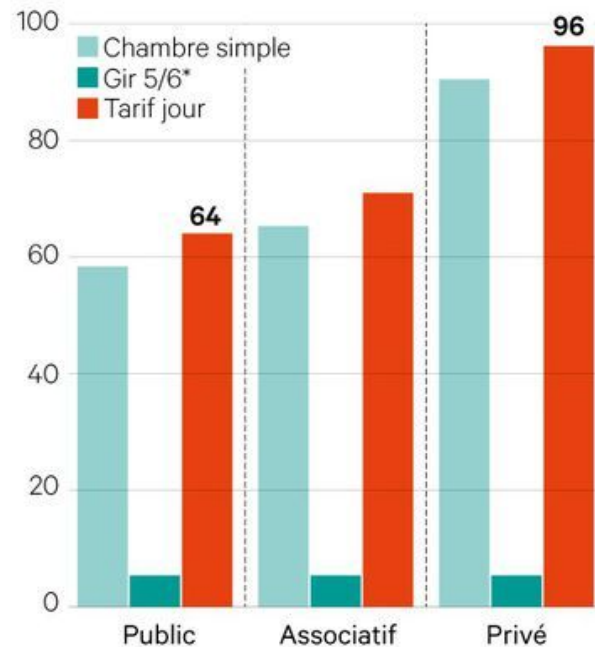
La répartition des Ehpads

En %, en 2021, selon le statut



Tarif journalier

Montant moyen journalier (sur la base d'une chambre simple + Gir 5/6)



Les gestionnaires des établissements et services pour personnes âgées peuvent être des personnes physiques ou morales de droit public ou privé.

* GIR pour Groupes-Iso-Ressources qui permettent de définir les tarifs de la prise en charge de la dépendance ; 5/6 classent les personnes les moins dépendantes ne pouvant bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Le financement des EHPAD: trois sources de financement

- ❑ **le budget « soins »** : intégralement à la charge de l'Assurance maladie, il sert à financer le personnel soignant et les équipements médicaux ;
- ❑ **le budget « dépendance »** : financé majoritairement par les départements et en partie par les résidents, il sert aux prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie (aide-soignants, psychologues ...);
- ❑ **le budget d'hébergement** (hôtellerie, restauration, animation ...) : il est à la charge du résident qui, en fonction de sa situation financière, peut percevoir des aides publiques.

Les EHPAD publics: une situation financière de plus en plus préoccupante

En 2022, plus de 8 EHPAD publics sur 10 ont fini l'année en déficit : 85% ont vu leurs comptes finir en déficit en 2022, selon une étude publiée par la Fédération hospitalière de France auprès de 350 établissements (chiffre deux fois plus important qu'en 2019).

63% des EHPAD interrogés ont expliqué qu'ils s'attendaient à des problèmes de trésorerie à court terme.

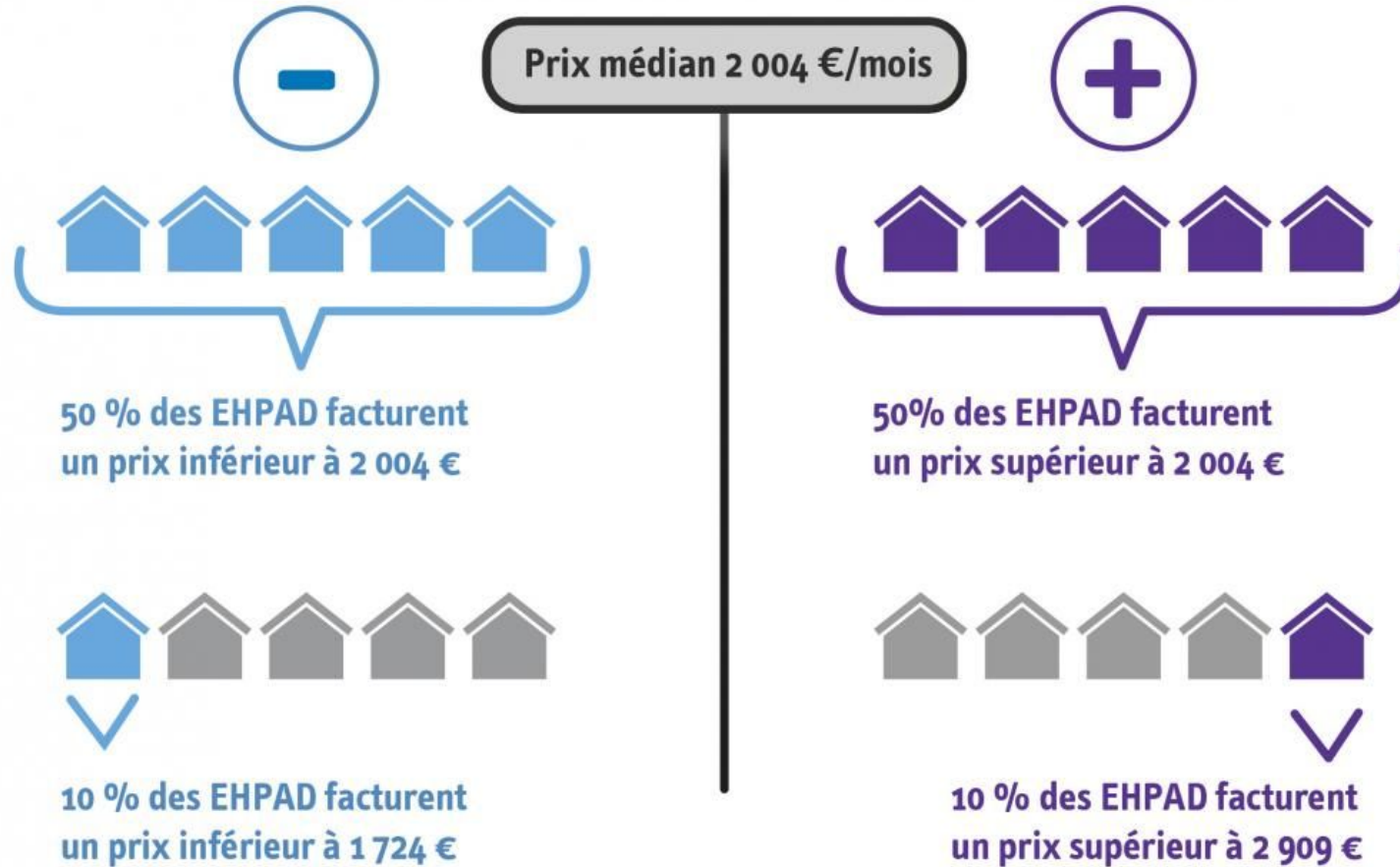
90% expliquent que leur capacité à s'autofinancer s'est réduite ces trois dernières années.

Le secteur subit de plein fouet l'inflation, avec des hausses des dépenses d'hébergement de 9% depuis 2019 alors que les tarifs ont seulement été rehaussés de 1 à 1,5 %, et les augmentations des salaires n'ont pas été intégralement compensées.



Le coût de l'hébergement en EHPAD

Prix médian¹ en 2019 pour un hébergement en EHPAD.



¹Prix (prix hébergement + tarif dépendance GIR 5-6) pour une chambre seule en hébergement permanent.

Des prix d'hébergement très diversifiés

En 2019, le **prix médian en hébergement permanent d'une chambre individuelle** en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (pour un échantillon de 6 751 EHPAD) s'élève à **2.004 euros par mois**, soit 27 euros de plus (+1,39 %) que celui constaté en 2018 (pour 6 668 EHPAD).

Les écarts de prix (prix hébergement + tarif dépendance GIR 5-6) entre les EHPAD sont importants. Pour les 10 % les moins chers, il est inférieur à 1 724 euros par mois ; pour les 10 % les plus coûteux, il est supérieur à 2.909 euros par mois.

Les prix médians ont augmenté de +1,39 % entre 2018 et 2019, un taux de progression légèrement supérieur à celui de 2018 (+1,22 %).

En 2019, le **prix journalier médian d'hébergement permanent** s'établit à 61,11 euros pour une chambre individuelle. L'écart de prix médian entre un établissement habilité ou non à l'aide sociale s'élève à 27 € puisqu'il est de 57,97 euros pour une chambre individuelle d'un établissement habilité à l'ASH et de 85 euros pour une chambre individuelle d'un établissement non habilité à l'ASH.

L'importance du reste à charge pour les personnes hébergées

- ❑ En 2018, une étude CARE- DREES « Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? » montre l'ampleur des restes à charge pour les **personnes âgées sur les parties hébergement et dépendance** et la façon dont elles y font face: fin 2016, d'après l'enquête, la moitié des résidents en EHPAD dépensent au moins 1 850 € mensuels pour financer leur prise en charge, après perception des allocations et des contributions des obligés alimentaires.
- ❑ Cette participation financière s'élève à au moins 2 420 € pour la moitié des résidents des établissements privés à but lucratif, contre 1 800 € pour les autres types d'établissements.
- ❑ Un tiers des résidents déclarent devoir **puiser dans leur épargne pour financer les frais liés à la prise en charge de leur dépendance en institution**, et 11 % devoir mobiliser leur entourage pour payer une partie de ces frais. Près d'un résident sur dix envisage, à l'avenir, de vendre du patrimoine pour couvrir ces dépenses.

L'importance du reste à charge

Le **reste à charge moyen** des résidents serait désormais de 1.957 euros par mois avant prise en compte des aides, telle l'aide sociale à l'hébergement (Dossiers de la DREES N° 99, juillet 2022).

En 2019, 611.000 personnes de 60 ans ou plus résident en établissement pour personnes âgées et doivent s'acquitter des frais de séjour, comprenant les tarifs hébergement et dépendance.

Au niveau individuel, ces frais s'élèvent en moyenne à 2.385 euros par mois en 2019 : 1 875 euros pour l'hébergement et 510 euros pour la dépendance.

Les aides financières

- ❑ Pour aider à financer la partie dépendance, les résidents classés en GIR 1 à 4 peuvent recourir à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement (près de 550.000 seniors en bénéficient en 2019).
- ❑ Pour financer l'hébergement, il est possible de solliciter les aides au logement (APL ou ALS selon l'établissement), mais leur montant apparaît faible par rapport aux frais d'hébergement.
- ❑ Les résidents des établissements peuvent également bénéficier, sous conditions, d'une réduction d'impôt sur le revenu pour leurs frais de séjour en établissement pour personnes dépendantes.

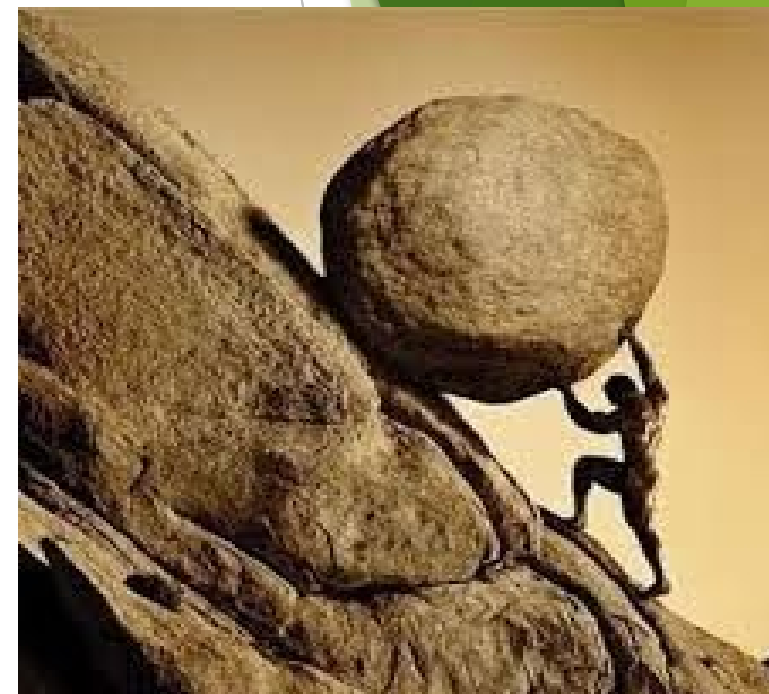


Des aides financières manifestement insuffisantes

- ❑ Le montant moyen des aides perçues par les personnes âgées (toutes aides confondues, avant prise en compte de l'aide sociale à l'hébergement) s'élève à 428 € par mois : 338 € d'APA, 44 € d'aide au logement et 46 € de réduction d'impôt.
- ❑ Le reste à charge moyen est ainsi de 1 957 euros par mois.
- ❑ De fortes disparités en fonction des ressources des personnes: les aides au logement sont destinées aux personnes les plus modestes, tandis que les réductions d'impôt bénéficient aux personnes les plus aisées; les personnes ne disposant pas des ressources nécessaires pour acquitter les frais de séjour, une fois l'APA et les aides au logement perçues, peuvent demander l'aide sociale à l'hébergement (ASH), versée par les départements.

Un taux d'effort très important

- ❑ Une fois les dépenses rapportées aux ressources des résidents, le taux d'effort est très important, même en tenant compte des aides publiques : hors aide sociale à l'hébergement, il est de 147 % en moyenne.
- ❑ Le reste à charge après déduction des aides (hors ASH) est, en moyenne, supérieur aux ressources jusqu'à environ 2 000 euros de ressources mensuelles.
- ❑ Avant prise en compte de l'ASH, quatre résidents sur cinq sont dans l'impossibilité de financer leurs frais de séjour à partir de leurs seules ressources « courantes » : une partie recourt à l'ASH, mais ils sont relativement peu nombreux par rapport à l'ampleur du phénomène (18 %); le taux d'effort des bénéficiaires de l'ASH avoisine 90 %, par « construction » de l'aide.
- ❑ Une fois décomptés les bénéficiaires de l'ASH, pour six résidents sur dix (61 %), le reste à charge est supérieur aux ressources « courantes » : la mobilisation de l'épargne et du patrimoine ou le financement par la famille ou des proches sont nécessaires pour financer le reste à charge.



Le recours à l'aide sociale

- ❑ Pour pouvoir être admis au bénéfice de l'aide sociale, il convient de remplir deux conditions générales : résider en France et **ne pas disposer de ressources suffisantes pour faire face aux besoins** que l'aide sociale est susceptible de prendre en charge, l'état d'impécuniosité étant apprécié par rapport soit au coût de la dépense, soit à un plafond de ressources.
- ❑ Les **ressources de toute nature**, à l'exception des prestations familiales, des personnes placées dans un EHPAD au titre de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, sont affectées au remboursement de leurs frais d'hébergement, **dans la limite de 90 %** : ainsi, la personne âgée doit **pouvoir disposer librement de 10 % de ses ressources**, la somme minimale laissée à sa disposition mensuellement ne pouvant être inférieure à 1 % du montant annuel du minimum vieillesse.
- ❑ Le cadre législatif de l'admission à l'aide sociale est régi par les dispositions du code de l'action sociale et des familles; toutefois, il peut être complété par des dispositions prises par chaque Département dans le cadre de son Règlement Départemental d'Aide Sociale, au titre des prestations d'aide sociale relevant de leur compétence.

La subsidiarité de l'aide sociale

L'aide sociale ayant un caractère **subsidaire**, l'attribution des prestations d'aide sociale à l'hébergement pour une personne âgée dépendante est conditionnée par l'absence ou l'insuffisance des ressources de celle-ci et par l'impossibilité d'intervention des personnes tenues à l'obligation alimentaire envers elle.

Ainsi, l'aide sociale n'intervient **qu'à défaut de débiteurs d'aliments ou en complément de ceux-ci**: les personnes tenues par la loi à l'obligation alimentaire doivent indiquer l'aide qu'elles peuvent apporter au postulant à l'aide sociale et apporter la preuve, le cas échéant, de leur incapacité à couvrir la totalité des frais. En effet, la proportion de l'aide accordée est fixée en tenant compte du montant de la participation éventuelle des personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Le **défaut de réponse des obligés alimentaires** quant à leurs capacités contributives n'a pas pour effet de priver la personne âgée du droit à l'aide sociale de la collectivité; en pareil cas, il appartient au Président du Conseil départemental de saisir le Juge aux Affaires Familiales afin de faire fixer le montant éventuel de la dette alimentaire.

Les personnes tenues à l'obligation alimentaire

Les personnes tenues à l'obligation alimentaire sont celles mentionnées aux articles 205 et suivants du code civil sont ainsi visés :

- ❑ les **enfants** à l'égard de leurs ascendants qui sont dans le besoin;
- ❑ les **gendres et belles-filles** à l'égard de leur beau-père et belle-mère, et réciproquement, cette obligation ne cessant que lorsque celui des époux qui produisait l'affinité, ainsi que les enfants issus de son union avec l'autre époux, sont décédés.

Les époux étant tous les deux, dans la limite de leurs moyens, débiteurs d'aliments à l'égard du postulant à l'aide sociale, le Conseil d'Etat a considéré que les ressources du gendre devaient être prises en compte pour évaluer la capacité contributive des coobligés alimentaires (CE, 23 mars 2009, n° 307627); ainsi, **le gendre est tenu de contribuer aux frais d'hébergement de sa belle-mère.**



Les personnes tenues à l'obligation alimentaire

- ❑ Le débiteur d'aliments peut être dispensé de cette obligation alimentaire si le créancier a **manqué gravement à ses obligations envers lui**; en pareille hypothèse, le juge peut décharger le débiteur de tout ou partie de la dette alimentaire: ainsi, les enfants qui ont été retirés de leur milieu familial selon décision judiciaire durant une période de 36 mois cumulés au cours des 12 premières années de leur vie sont, sous réserve d'une décision contraire du Juge aux Affaires Familiales, dispensés de droit de fournir cette aide, cette dispense s'étendant également à leurs aux descendants.
- ❑ Au-delà des obligations alimentaires, il existe, entre époux, une **obligation spécifique fondée sur le devoir de secours et l'obligation de contribution aux charges du mariage**, découlant des articles 212 et 214 du code civil: le conjoint resté à domicile est tenu de contribuer aux frais d'hébergement de son conjoint placé en EHPAD, dans la limite de ses facultés contributives.

L'aide sociale :

une aide soumise à récupération

L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées étant consentie par le Département à titre d'avance, des recours en récupération peuvent être exercés:

- ❑ contre le bénéficiaire en cas de retour à meilleure fortune ou contre sa succession postérieurement au décès ;
- ❑ contre le donataire, lorsque la donation qu'il a consentie est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans qui ont précédé cette demande ;
- ❑ contre le légataire ;
- ❑ à titre subsidiaire, contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie souscrit par le bénéficiaire de l'aide sociale, à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de 70 ans.



Le viager : un instrument spécifique pour financer la dépendance

La **vente en viager** permet à une personne, généralement au moment de la retraite, de vendre son bien immobilier en échange d'une rente viagère lui permettant de subvenir à ses besoins jusqu'à son décès.

La personne âgée, propriétaire d'un bien immobilier, peut choisir entre deux types de vente :

- ❑ **le viager occupé**: le vendeur peut rester habiter chez lui en contrepartie d'une décote effectuée sur son bien en fonction de son sexe et de son espérance de vie, ce qui lui permet de financer son maintien à domicile.
- ❑ **le viager libre** : il permet à l'acquéreur de disposer immédiatement du logement que le vendeur doit quitter, généralement pour partir en maison de retraite.

Le rapport de la concertation Grand âge et autonomie remis par Dominique Libault à la Ministre des Solidarités et de la santé Agnès Buzyn le 28 mars 2019 propose de développer le viager : *« En parallèle, la mobilisation des patrimoines doit être facilitée pour le financement de la perte d'autonomie, à travers le développement d'instruments spécifiques, en particulier les sorties en rentes viagères des produits d'épargne, les solutions modernisées et mutualisées de viager, et le prêt viager hypothécaire adapté aux situations de perte d'autonomie. »*

Et demain?

L'avenir : un vieillissement important de la population

Les prochaines décennies vont être marquées par un vieillissement important de la population française :

- ❑ arrivée à des âges élevés des générations issues du baby-boom
- ❑ allongement de l'espérance de vie.

Le vieillissement se traduira par une forte augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans et, également, par une augmentation de la proportion de personnes âgées au sein de la population française.



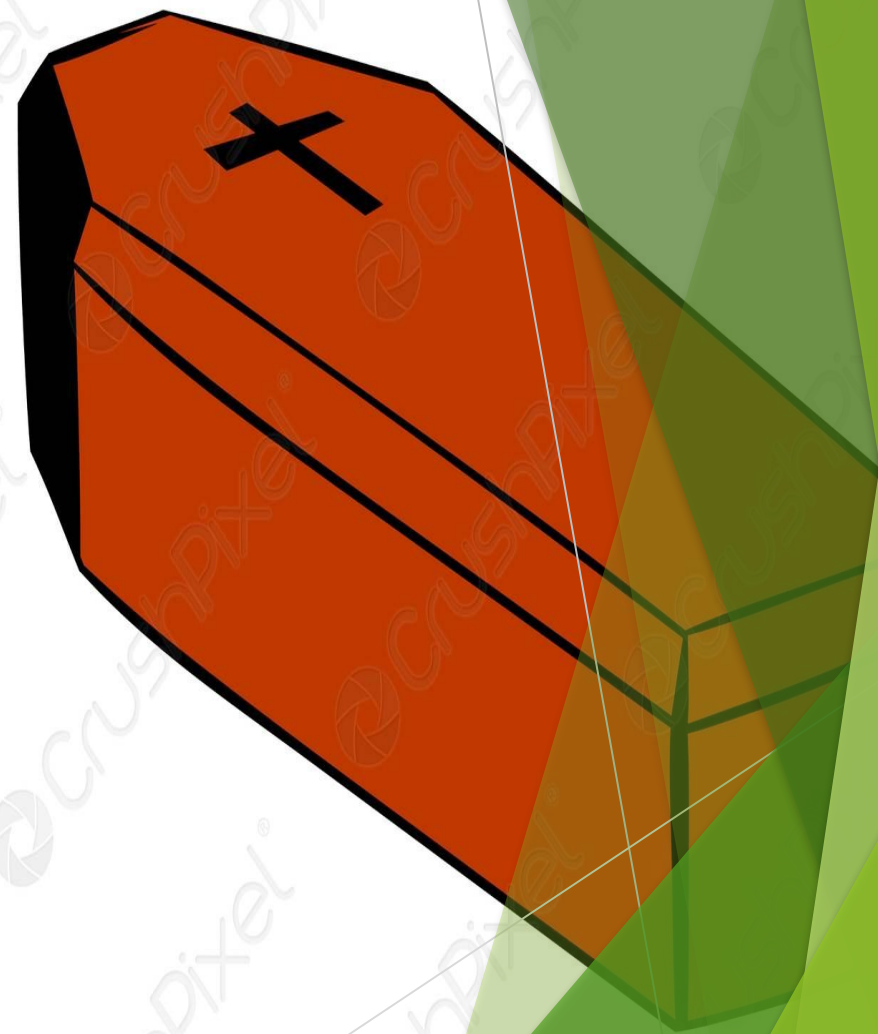
La loi Grand âge et autonomie : une promesse enterrée

En 2060, le nombre de personnes en perte d'autonomie devrait atteindre 2,45 millions, contre 1,6 million en 2030.

Afin de faire face à ce véritable défi démographique, en octobre 2018, le Président de la République annonce une loi « Grand âge et autonomie ».

175 propositions sont élaborées pour passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie.

Faute de loi ordinaire, le projet de loi sur le grand âge et l'autonomie a été **définitivement enterré**.





“La tragédie de la vieillesse est la radicale condamnation de tout un système de vie inutilisant : un système qui ne fournit à l’énorme majorité des gens qui en font partie aucune raison de vivre. Le travail et la fatigue masquent cette absence [...] Les vieillards sont-ils des hommes ? À voir la manière dont notre société les traite, il est permis d’en douter...”

Simone de Beauvoir, La Vieillesse

Simone de Beauvoir