



## Conseil de l'âge

### Avis portant sur le PLFSS 2022

Lors de la séance du 04/10/2021, le Conseil de l'âge a examiné le PLFSS pour 2022, pour les volets qui concernent le champ de l'âge.

#### **1) Le PLFSS 2022 intègre et poursuit la mise en œuvre des engagements du Ségur de la santé et son élargissement en faveur du secteur médicosocial.**

Le Conseil de l'âge se félicite notamment des mesures améliorant les rémunérations d'une partie des professionnels du secteur. Il note que leur financement ne pèse que de façon limitée sur le reste à charge des ménages. Mais il attend que ces mesures s'étendent à l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes âgées vulnérables<sup>1</sup>. On trouvera en annexe A un bilan établi par la DSS.

#### **2) La grande majorité<sup>2</sup> du Conseil de l'âge déplore vivement l'abandon d'une loi « grand âge » et que le PLFSS sur lequel son avis est demandé n'ait qu'une portée limitée.**

Se borner à l'horizon 2024/2025 ne permet pas aux acteurs intéressés (notamment les ménages, les opérateurs de terrain ou les assureurs) de situer leurs réflexions et actions de façon suffisamment pertinente. Le PLFSS n'a pas les vertus de réducteur d'incertitudes qu'on pouvait souhaiter.

Les mesures retenues sont insuffisantes au regard des propositions faites par le Conseil de l'âge dans sa « contribution à la concertation sur le grand âge » (adoptée le 6 décembre 2018<sup>3</sup>) et dont il rappelle qu'elles étaient déjà nettement contraintes par les perspectives financières du moment.

#### **3) Dans ce contexte, le Conseil**

- a examiné les dispositions du projet de PLFSS. Chacune de ces dispositions limitées lui semble positive dans ses principes ;
- souhaite une clarification de l'impact de la mise en place du tarif socle sur le financement de services d'une part, sur les procédures de tarifications des différents opérateurs et la portée des règles d'opposabilité qui leur seront associées d'autre part ;
- déplore que les mesures visant à élargir les missions des Ehpad et à adapter les statuts des Saad, Ssiad et Spasad dans une logique de décloisonnement, *a priori* pertinente, soient de portée difficile à évaluer notamment du fait d'une incertitude sur les statuts transitoires, sachant que des

---

<sup>1</sup> On trouvera des précisions supplémentaires sur ce point dans le commentaire de l'article 31 du PLFSS qui figure à l'annexe 1.

<sup>2</sup> À l'exception des administrations qui n'ont pas pris part au vote du présent avis.

<sup>3</sup> [https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/avis\\_contribution\\_grand\\_age.pdf](https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/avis_contribution_grand_age.pdf).

incohérences potentielles à venir ont été pointées par divers membres du Conseil (comme on le voit dans leurs contributions annexées à document) ;

- n'a retenu que des amendements qui ne s'écartent pas de façon radicale du cadrage de ce projet de loi.

C'est dans ce cadre qu'il a adopté la présente note et son annexe 1.

Le détail de son vote, auquel les administrations n'ont pas pris part, est précisé dans l'annexe 2.

Sont également annexées les contributions des membres :

- CFDT retraités ;
- déclaration intersyndicale (7 organisations) au HCFEA ;
- Fedesap ;
- Unaf ;
- CFTC ;
- FNMF ;
- Una.

## Annexe A

### Note établie par la DSS

## Les mesures du « Ségur de la santé » et de ses extensions dans le champ médicosocial

Septembre 2021

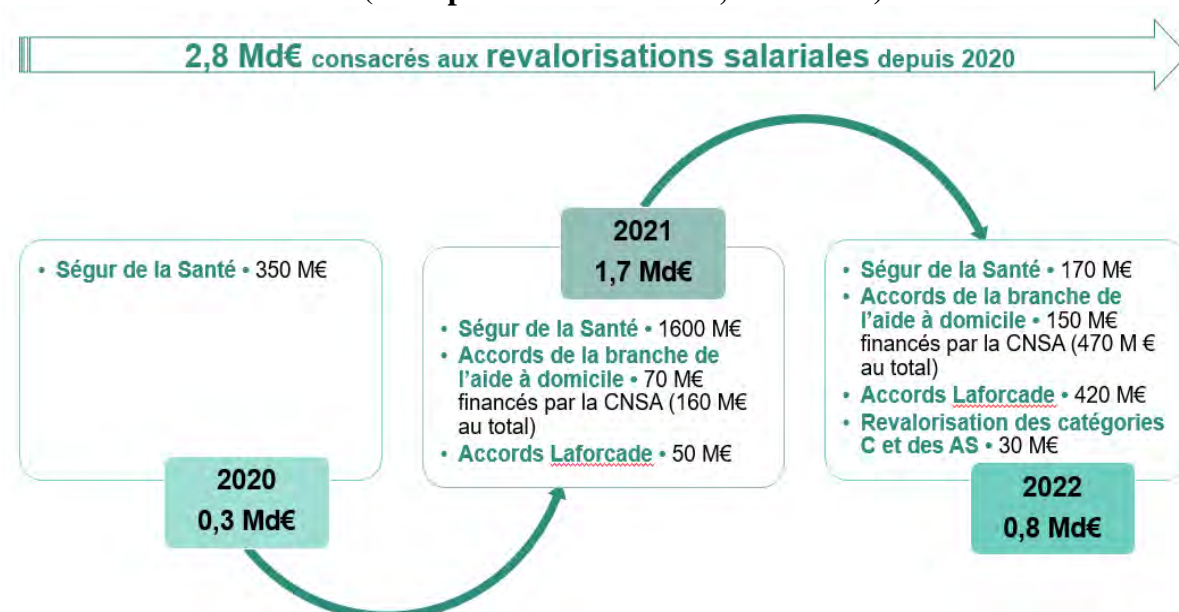
### 1/ Les revalorisations salariales

#### Les mesures de revalorisations salariales dans le champ de l'Ondam (secteurs sanitaire et médicosocial, 2020-2022, en M€)

	2020	Sanitaire	MS	2021	Sanitaire	MS	2022	Sanitaire	MS	2020-2022	Sanitaire	MS
<b>Ensemble des revalorisations</b>	<b>1 433</b>	<b>1 088</b>	<b>345</b>	<b>6 389</b>	<b>4 734</b>	<b>1 651</b>	<b>2 037</b>	<b>1 365</b>	<b>658</b>	<b>9 859</b>	<b>7 187</b>	<b>2 654</b>
<b>Ségur de la santé</b>	<b>1 433</b>	<b>1 088</b>	<b>345</b>	<b>6 323</b>	<b>4 734</b>	<b>1 590</b>	<b>1 006</b>	<b>833</b>	<b>172</b>	<b>8 762</b>	<b>6 655</b>	<b>2 107</b>
<b>Revalorisations salariales</b>	<b>1 314</b>	<b>971</b>	<b>343</b>	<b>5 237</b>	<b>3 714</b>	<b>1 524</b>				<b>6 552</b>	<b>4 685</b>	<b>1 867</b>
Attractivité - revalorisation des grilles	0		0	166	159	8	635	516	119	802	675	127
Intéressement collectif	37	37	0	484	431	53	330	277	53	851	745	106
PM	82	80	2	435	430	5	40	40	0	557	550	7
<b>Extension du Ségur de la santé</b>				<b>66</b>		<b>61</b>	<b>469</b>		<b>456</b>	<b>535</b>	<b>0</b>	<b>517</b>
Branche de l'aide à domicile - avenant 43 (impact OGD - SSIAD)				12		12	37		37	49		49
Accords Laforcade*				53		49	432		419	486		468
<b>Mesures RH labellisées Ségur</b>							<b>562</b>	<b>532</b>	<b>30</b>	<b>562</b>	<b>532</b>	<b>30</b>
Revalorisation des catégories C et aides-soignants							275	245	30	275	245	30
Revalorisations des sage-femmes							41	41		41	41	
Primes managériales							83	83		83	83	
PU-PH							26	26		26	26	
Primes d'encadrement							16	16		16	16	
Médecins contractuels							122	122		122	122	

\* Les montants des accords "Laforcade" indiqués dans la colonne total couvrent également les revalorisations financées dans le cadre de l'Ondam spécifique, qui ne sont pas détaillées dans le tableau (4 M€ en 2021 et 13 M€ en 2022)

#### Les mesures de revalorisations salariales dans le secteur médicosocial (champ Ondam et au-delà, 2020-2022)



#### Notes :

- La principale différence entre le total de 2,7 Md€ dans le tableau supra sur le champ médicosocial et le total de 2,8 Md€ du schéma s'explique par le fait que le montant de 2,8 Md€ comprend également des mesures hors OGD (compensation par la branche autonomie aux départements des revalorisations salariales dans les Saad relevant de la branche de l'aide à domicile – BAD) ;
- Chiffres arrondis à la différence du tableau supra.

## 2) L'effet des revalorisations salariales sur le reste à charge

Pour ce qui concerne les personnes âgées :

- **Ehpad** : l'intégralité des revalorisations salariales issues du Ségur sont financées par un rehaussement du financement de la section soins par la branche autonomie, sans effet par conséquent sur le reste à charge des résidents ;
- **services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)** : les revalorisations (issues des accords « Laforcade » ou de l'avenant 43 de la branche de l'aide à domicile) ne créent pas de reste à charge ;
- **services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad)** : les revalorisations issues de l'avenant 43 de la branche de l'aide à domicile devraient être financées par les départements principalement sous la forme de subventions aux services et non de hausses de tarif, afin d'éviter d'accroître le reste à charge des usagers.

## 3/ Les investissements

### Dépenses d'investissement dans le champ médicosocial prévues dans le cadre du Ségur de la santé (2021-2025, en M€)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Investissements ESMS</b>		<b>550</b>	<b>540</b>	<b>420</b>	<b>440</b>	<b>140</b>
Ségur immobilier EHPAD		450	440	300	300	
Ségur numérique ESMS		100	100	120	140	140

## Annexe 1

### Mesures prévues dans le PLFSS et le dossier de presse

#### I) Mesures prévues dans le PLFSS

##### A) Article 8

Affectation à la CNSA d'une ressource dédiée pour lui permettre de payer sa contribution aux frais de gestion de l'Acoss.

Avis favorable du Conseil.

##### B) Article 13

Versement immédiat des aides sociales et fiscales des services à la personne.

Extrait de l'exposé des motifs :

« Cet article vise à rendre immédiate la perception des aides applicables au secteur des services à la personne de manière à ce que les dépenses acquittées par les particuliers tiennent compte directement des aides dont ils bénéficient, qu'elles soient fiscales ou sociales. Ainsi, l'avance de trésorerie que les particuliers doivent consentir en raison du décalage de versement de certaines aides, et qui peut aller jusqu'à 18 mois en ce qui concerne le crédit d'impôt services à la personne, sera supprimée.

Une expérimentation, prévue par la LFSS pour 2020, a d'ores et déjà été engagée et a permis de valider le dispositif technique...

La présente mesure conserve ce dispositif technique tout en le généralisant. Quel que soit le mode de recours, le versement immédiat des aides sociales et crédits d'impôts restera optionnel, chacun restant libre de continuer à utiliser les modalités déclaratives actuellement en vigueur.

Le déploiement sera organisé par phases : la première concernera, en 2022, le crédit d'impôt au titre des services à la personne perçu au titre des services de la vie quotidienne, hors garde d'enfant. Ainsi, le dispositif sera généralisé au 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour les particuliers employeurs adhérant au service « Cesu + », pour l'ensemble des prestations sauf celles ouvrant droit à l'APA ou à la PCH, et au 1<sup>er</sup> avril 2022 pour les usagers recourant à des services intermédiés pour les mêmes prestations.

Une extension progressive aux prestations donnant lieu à une prise en charge au titre de l'APA ou de la PCH sera envisageable à compter de 2023, en fonction de l'avancée de l'expérimentation, qui sera prolongée l'année prochaine pour les usagers de services intermédiés, et en partenariat avec les conseils départementaux en charge de ces prestations. Cette extension pourra se faire au rythme du conventionnement des départements avec l'Acoss ».

Avis favorable du Conseil qui souhaite un raccourcissement du délai de mise en œuvre.

##### C) Article 31

L'article prévoit les revalorisations salariales au titre des protocoles d'accord signées en 2021 au terme de la mission confiée à Michel Laforcade et qui prévoient l'extension du bénéfice de la mesure du Ségur (CTI) à plus de 90 000 personnels du secteur médicosocial

Avis favorable du Conseil. Mais le Conseil rappelle son souhait de voir ces mesures s'étendre en particulier aux personnels de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière intervenant auprès des personnes âgées.

## **D) Article 32**

### **1) Au I : Institution d'un tarif horaire minimum des services d'aide aux personnes âgées vulnérables**

Il a pour but de sécuriser le financement des services<sup>4</sup>.

#### **a) Analyse du dispositif**

- Champ

Le tarif minimum concerne :

- les services mentionnés à l'article L. 313-12-0 habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Le tarif qui est fixé par le président du conseil départemental ne peut être inférieur au tarif minimum ;
- les services non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Le montant de la prestation versée par le président du conseil départemental, qui **contribue à compenser** pour la personne accompagnée le prix facturé par le service, ne peut être inférieur au tarif minimum.

Rappelons que les Saad habilités assurent 120 M d'heures par an et les Saad non habilités environ 80 M d'heures (heures solvabilisées par l'APA et la PCH).

- Date d'application : 1<sup>er</sup> janvier 2022.
- Montant : 22 €.
- Procédure de fixation : arrêté ministériel.
- Incidence financière : 242 M€/an.
- Financement intégralement à la charge de la CNSA.

#### **b) Observations**

- L'institution de ce tarif minimum était souhaité par le Conseil de l'âge pour sécuriser le financement des Saad<sup>5</sup>. Le Conseil était donc parti d'un avis de principe favorable, mais fait observer qu'une série d'obstacles, qui seront à éclairer, se présente quant à sa mise en œuvre :

- pour apprécier l'incidence de ce tarif national plancher de 22 €, il faut tenir compte du dispositif complémentaire (le « bonus qualité ») prévu pour financer le surcoût de certaines prestations plus coûteuses (domicile éloigné de l'allocataire, interventions du dimanche...). Ce dispositif fera

---

<sup>4</sup> Actuellement, les Saad sont financés selon les modalités suivantes :

- pour les Saad habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale : ils sont « tarifés » par le département qui fixe un tarif horaire pris intégralement en charge par l'APA sous réserve du ticket modérateur applicable en fonction du revenu ;
- pour les Saad non habilités : ils demeurent libres de fixer leurs prix, sous réserve de respecter un taux maximal de progression annuelle fixé chaque année par arrêté ministériel. L'allocation est versée au bénéficiaire dans la limite d'un « tarif de référence » fixé par le département (très variable d'un département à l'autre).

Avec le tarif plancher :

- pour les services habilités, le Président ne pourra pas fixer de tarif inférieur à ce plancher. Le RAC est limité à la participation réglementaire,
- pour les services non habilités, le tarif qui sert de base au calcul du montant de l'APA ne pourra être inférieur à ce plancher. Le RAC peut dépasser la participation réglementaire.

<sup>5</sup> La FESP et le Fedesap soulignent qu'il est souhaitable de demander l'institution d'un tarif horaire minimum de prise en charge des personnes âgées vulnérables mais également pour la prise en charge des personnes en situation de handicap afin d'inclure la PCH dans le tarif socle minimum.

l'objet d'un amendement lors du débat au Parlement qui devra notamment définir les règles de sa détermination, de sa gestion et de son financement.<sup>6</sup>

Les estimations du coût de revient dont nous disposons (CNSA ; Conseil de l'âge) tournent autour de 24/25 €/heure ;

- le PLFSS ne donne aucune indication ni sur les données qui ont servi à la fixation du montant initial, ni sur l'évolution de ce montant. Pour prévenir le risque de sa dévalorisation (évolution inférieure à l'augmentation des coûts), le Conseil pourrait demander qu'on documente le montant initial de 22 €, qu'on définisse les règles d'évolution et/ou de procédure de révision régulière (sur la base d'un échantillon de services ; sur proposition d'un comité associant notamment la CNSA, les départements et les opérateurs...)<sup>7</sup>.

Une actualisation régulière de ce tarif est capitale pour les services régis par le principe d'opposabilité qui leur interdit de facturer leur prestation au-dessus du tarif minimum. Un décalage par rapport à la réalité des coûts fragiliserait ces services et conduirait, là où ce principe n'existe pas, à une augmentation du reste à charge.<sup>8 9 10</sup>

### c) le PLFSS ne propose pas d'instituer un tarif minimum pour l'emploi de gré à gré dans les relations entre le département et l'allocataire.

Dans nombre de départements le tarif de référence en emploi direct est inférieur au coût horaire de la prestation<sup>11</sup>. Or l'emploi entre particuliers constitue une part très significative des prises en charge au titre du plan APA dans certains départements<sup>12</sup>. De ce fait, le recours à cet emploi donne lieu à un RAC « au-dessus » des références réglementaires.

---

<sup>6</sup> Selon la DGCS, le mécanisme envisagé est inspiré de la préfiguration en cours depuis 2019. La FESP et la Fedesap suggèrent d'obtenir des précisions quant aux modalités de son attribution et accessibilité à toutes les structures d'aide et d'accompagnement à domicile quel que soit leur statut juridique.

<sup>7</sup> La FESP et la Fedesap suggèrent de prévoir une indexation de ce tarif socle sur un critère significatif (Smic, etc.) et une augmentation des plafonds des plans d'aide APA / PCH afin d'éviter d'une baisse des heures du fait de l'instauration d'un tarif socle.

<sup>8</sup> Concernant l'APA, il n'y a pas de tarif de facturation opposable dans les modes emploi direct et mandataire :

- l'opposabilité du tarif de facturation concerne les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) habilités à l'aide sociale qui sont tarifés dans le cadre de l'APA et de la PCH par le conseil départemental. Il n'y a normalement pas de dépassements dans le mode prestataire pour ces services ;
- les autres services prestataires, Saad non habilités à l'aide sociale (anciennement agréés), même s'ils interviennent (sur autorisation) auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH, ne peuvent se voir opposer un tarif de facturation réglementaire. Leur facturation à l'usager est libre. La solvabilisation du recours se fait dans ce cas par un tarif de référence (ou tarif de remboursement). L'écart entre le tarif de remboursement et le tarif de facturation (libre) est à la charge de l'usager.

<sup>9</sup> Dans son rapport « Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile » d'avril 2020, le Conseil estimait que l'opposabilité couvrait un maximum de 56 % du volume d'heures reçues par les bénéficiaires de l'APA personnes âgées (80 % des heures en mode prestataire qui pèse 70 % du total). Il indiquait que le champ effectif de l'opposabilité est probablement inférieur (certains Saad habilités à l'aide sociale ne sont pas tarifés par les conseils départementaux ; certains départements autorisent les Saad habilités à l'aide sociale à pratiquer des facturations « connexes »).

<sup>10</sup> Les 242 M€ prévus pour financer la mesure prévoient aussi de couvrir le rehaussement des plafonds APA. Le Conseil souhaite que d'ici à la discussion parlementaire des éléments permettant d'éclairer l'impact du mécanisme proposé par le gouvernement sur le RAC des bénéficiaires au plafond de l'APA soient apportés, en distinguant les effets dans les départements qui tarifent actuellement au-dessus du tarif plancher ou non.

<sup>11</sup> Selon la Fepem, le salaire horaire net moyen (hors congés payés [CP]) était de 9,5 €/h au 4<sup>e</sup> trimestre 2018 (baromètre Fepem n° 29). Après prise en compte des charges sociales, on estime le coût moyen de l'heure d'aide en emploi direct à 13,83 €/h hors CP et 15,21 €/h CP inclus.

<sup>12</sup> Représente par exemple 41 % à La Réunion contre 12 % en moyenne au niveau national, Rapport du Conseil de l'âge sur les DOM, à paraître.

Le Conseil souhaite qu'on examine l'opportunité et les conditions de l'institution d'un barème minimum et de son financement

## **2) Au II de l'article**

La tarification de l'activité de soin dispensée par un service autonomie à domicile mentionné au 1<sup>o</sup> de l'article L. 313-12-0 est arrêtée chaque année par le directeur général de l'agence régionale de santé. Ce dernier verse une dotation globale calculée en tenant compte notamment du niveau de dépendance moyen et des besoins en soins requis des personnes accompagnées.

« Art. L. 314-2-3. – Les services mentionnés au 1<sup>o</sup> de l'article L. 313-12-0 reçoivent une dotation versée par le directeur général de l'agence régionale de santé finançant des actions visant à assurer le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence des interventions d'aide, d'accompagnement et de soins auprès de la personne accompagnée. »

« Les dispositions relatives à la tarification de l'activité de soins entre en vigueur à compter de la publication d'un décret en Conseil d'État pris sur le fondement de l'article L.314-8 et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2023 »

### Observations :

À l'heure actuelle, cette dotation est attribuée à chaque Ssiad par nombre de patients sans tenir compte de l'état ou de l'âge des personnes concernées, alors que ces facteurs modifient substantiellement la répartition des coûts de prise en charge entre soins techniques, plus ou moins lourds et onéreux, soins de base, aides et coordination des intervenants. L'article s'inscrit dans la suite de la proposition 39 de la concertation grand âge et autonomie de faire évoluer l'équation tarifaire des Ssiad pour prendre en compte les besoins de soins des personnes. Un nouveau modèle est en cours d'élaboration pour 2023, qui réaffirme le principe d'une dotation globale<sup>13</sup>.

Avis favorable du Conseil.

## **3) Au III.C**

Deux alinéas s'inscrivent dans un projet de fusion progressive des statuts de Saad, Ssiad et Spasad.

L'exposé des motifs de l'article prévoit que « s'appuyant sur la réussite du modèle des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) intégrés, dont l'expérimentation prend fin en 2021, il est proposé de prévoir la généralisation de ce modèle par la mise en place d'un financement spécifique de l'ARS permettant d'inciter à la coordination entre les prestations d'aide et de soins.

Avis favorable du Conseil. Mais le Conseil souhaite être éclairé sur les modalités de mise en œuvre et le calendrier du dispositif, des incertitudes de nature à modifier l'incidence de ces évolutions pesant sur la période transitoire.

## **E) Article 33**

**1) Création d'une mission Ehpad de centre de ressources territoriales. Les crédits prévus à cette fin seraient de 80 M€ d'ici 2025.**

---

<sup>13</sup> Le financement des Ssiad dépend de l'Agence régionale de santé (ARS). Les dépenses des Ssiad sont financées par une dotation globale de soins qui prend en compte la rémunération des infirmiers libéraux, celle des salariés du service (infirmiers coordinateurs, infirmiers salariés du Ssiad, aide-soignants, aides médicopsychologiques, kinésithérapeutes, etc.), les frais de déplacement des intervenants au domicile, les charges relatives aux fournitures et au petit matériel médical, et les frais généraux de fonctionnement du service.



Ces crédits à la charge de la CNSA hors équation tarifaire. Deux modalités d'intervention sont prévues. Les ARS pourront allouer une dotation annuelle moyenne d'environ 100 k€ par Ehpad pour la mission d'appui aux professionnels du territoire. Par ailleurs l'accompagnement renforcé de personnes âgées à domicile donnerait lieu à un financement forfaitaire<sup>14</sup>

Le Conseil est très partagé sur ce dispositif.

Il est favorable à ce que l'Ehpad puisse exercer dans certains territoires, et dans certaines circonstances des missions de type « centre de ressources » et recevoir des dotations limitées dans cette perspective. Et dans une telle option, le Conseil approuve que cette option n'impose aucune obligation, Il récuse que ce dispositif puisse devenir un modèle et prenne une place autre que limitée dans la structuration d'opérateurs de services à domicile à mission globale, que l'article 32 commence à favoriser, et que le virage domiciliaire requiert. Il alerte également sur la complexité qu'un tel dispositif dont les dotations relèvent des ARS pourrait occasionner.

## **2) Par ailleurs l'exposé des motifs de l'article aborde les options retenues pour renforcer les moyens des Ehpad**

### a) Trois mesures spécifiques

- le renforcement du temps de médecins coordinateurs dans les Ehpad, de façon à garantir *a minima* 2 jours de présence dans tous les établissements ;
- la généralisation des astreintes infirmières de nuit en Ehpad. Une nouvelle trajectoire de recrutement vise à permettre à chaque établissement de recruter une infirmière de plus en trois ans ;
- le développement de structures d'appui au bénéfice des établissements et services du secteur médicosocial avec le déploiement d'équipes mobiles de gériatrie et d'hygiène.

Avis favorable du Conseil. Le Conseil attire l'attention sur l'urgence de mettre en œuvre les moyens permettant d'atteindre cet objectif d'ici à cinq ans.

### b) une indication globale sur le renforcement des moyens des Ehpad

« À partir de 2023, la hausse des personnels (infirmiers, aides-soignants, encadrants, professionnels spécialisés) des Ehpad à population donnée de résidents se poursuivrait pour atteindre un total de 10 000 ETP supplémentaires au cours des cinq prochaines années ». <sup>15</sup>

Cette augmentation est « à effectif et niveau moyen de perte d'autonomie des résidents constants » qui vient en sus de la hausse prévue par ailleurs (estimée par la DSS à 3 000 ETP à l'horizon 2025) pour tenir compte du glissement des résidents vers les situations de dépendance les plus lourdes et l'amélioration générale du taux d'encadrement.

Il souhaite que le nombre des ETP prévu en fin de période soit **très substantiellement** augmenté<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> À préciser d'ici le débat parlementaire.

<sup>15</sup> Cette enveloppe de 10 000 ETP correspondrait à une augmentation de 1,6 ETP pour 100 places sur cinq ans. Le taux d'encadrement atteindrait alors un niveau proche de 67 ETP pour 100 places, soit un niveau très inférieur à celui que proposait de cibler le Conseil de l'âge dans sa contribution n° 3 à la « Concertation Grand âge et autonomie (80 ETP pour 100 places).

<sup>16</sup> France Alzheimer regrette que cet article ne porte pas l'ambition de s'adapter à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles cognitifs en établissements et la nécessité d'aller plus loin dans la hausse prévue de personnels d'ici à 2025 à cet égard et de renforcer simultanément la formation spécifique nécessaire à ces professionnels pour prendre en soins et accompagner les personnes atteintes de MAMA notamment.

## **F) Article 34**

Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA).

Avis favorable du Conseil.

## **G) Article 42 : amélioration de l'accès à la filière visuelle**

Avis favorable du Conseil.

## **H) Article 48 : simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire**

Avis favorable du Conseil au b) du 1° du III (« facilitation de la CSS aux allocataires de l'ASPA au titre des allocations de solidarité aux personnes âgées attribuées à compter du 1<sup>er</sup> avril 2022<sup>17</sup> »)

Le Conseil souhaite être informé des actions qui devraient être entreprises pour augmenter le taux de recours à la CSS des allocataires actuels de l'ASPA (qui semble très faible).

## **I) Article 63 : objectif de dépenses de la branche autonomie]**

« Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la Sécurité sociale sont fixés à 34,2 milliards d'euros.

L'article 5 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a créé une cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie. Les objectifs de dépenses pour 2022 de cette branche sont fixés à 34,2 milliards d'euros, en augmentation de 6,1 % par rapport à 2021 pour permettre de financer les mesures nouvelles pour les établissements médicosociaux ainsi que les dispositifs de soutien de la prise en charge à domicile grâce à l'abondement des financements en direction des départements. »

Le Conseil prend acte de cet objectif. Il souhaite qu'il soit rehaussé pour tenir compte de ceux de ses amendements qui entraîneraient des charges nouvelles.

## **J) Annexe III**

Le Conseil prend acte des hypothèses économiques qui sous-tendent les prévisions de recettes et de dépenses de la branche Autonomie.

Notant que la CNSA afficherait un excédent de 1,6 Md€ en 2024 puis de 1,7 Md€ en 2025 après prise en compte de la montée en charge des mesures nouvelles proposées en PLFSS pour 2022, il souhaite que :

1. Une partie du « disponible » – l'excédent précité de 1,7 Md€ en 2025 – soit affecté à l'augmentation des effectifs des Ehpad.
2. Les recettes de la branche soient augmentées pour financer ceux de ses amendements qui entraîneraient des charges nouvelles à l'horizon 2025.

## **II) Dispositions évoquées dans le dossier de presse du 24 septembre**

1) page 27 : meilleure valorisation des visites à domicile des médecins traitants.

---

<sup>17</sup> Dossier de presse page 33 : « Les démarches des bénéficiaires du minimum vieillesse seront simplifiées : ils bénéficieront d'une présomption de droit à la Complémentaire santé solidaire avec participation financière. Une fois l'Aspa attribué, les organismes payeurs leur transmettront l'ensemble des documents permettant de souscrire un tel contrat. Le taux de recours devrait augmenter de 25% en 2021 à 75% d'ici 2025 ».

Avis favorable du Conseil.

2) renforcement des moyens des Ehpad.

- le PLFSS prévoit la création de nouvelles places en Ehpad à compter de 2024 limitée à un peu plus de 2 000 places par an.

On déduit de cette référence que le taux de personnes domiciliées en Ehpad baisserait de façon sensible.

Le Conseil souhaite que l'objectif de baisse de ce taux soit explicité et cité dans l'exposé des motifs de l'article 33.

## Annexe 2

### Votes de l'avis HCFEA sur PLFSS 2022

#### Avis adopté à la majorité

#### Total

Oui : 40

Non : 4

Abstention : 6

Les administrations n'ont pas pris part au vote (mais ont participé à la séance de vote et délibération).

#### Détail des votes exprimés

**Président Bertrand Fragonard : Oui**

#### **Membres élus et représentants de l'action sociale territoriale**

	Oui	Non	Abstention
Assemblée nationale M. Iborra	x		
Assemblée des départements de France, conseiller social JM. Rapinat			x

#### **Membres représentant l'Etat**

Les administrations présentes - DREES, DGCS, DSS, DHUP, ANAH, France Stratégie –ont choisi de ne pas prendre part au vote.

#### **Membres représentant les organismes et acteurs de la protection sociale**

	Oui	Non	Abstention
Mutualité française (D. Joseph)	x		
CTIP ( B. Boivin-champeaux)			x
CMSA (I. Ouedrago)	x		

#### **Membres représentant les organisations syndicales et des associations de personnes retraitées, de personnes âgées et de leurs familles**

	Oui	Non	Abstention
CGT (D. Blache)		x	
CFDT (D. Fabre)	x		
CFE-CGC (M. Giloux)			x*
Fédération générale des retraités de la fonction publique (M. Salingue)		x	
Union professionnelles de l'artisanat (AM. Vuaroqueaux)	x		
FSU (M. Cahouet)		x	
FO (B. Jalliez)		x	
Union nationale des syndicats autonomes (JP. Tripogney)	x		
Union nationale des professions libérales (L. Godinho)	x		
FNSEA (M. Huger)	x		
Union nationale des retraités et des personnes âgées (MB. Koslowski)	x		
Union française des retraités (C. Visconti)	x		
Confédération française des retraités (S. Denis)	x		

Confédération française des travailleurs chrétiens (S. Welti)			X*
Medef	x		
Agirc-Arco (F. Decherf)	x		

**Membres oeuvrant dans le domaine de l'âge, de la bienveillance, de la recherche et de l'innovation, de l'économie sociale et solidaire**

	Oui	Non	Abstention
Unaf (C. Basset)	x		
Fédération 3977 (Pierre Czernichow)	x		
SFGG (JP. Aquino)	x		
Synerpa (P. Meyniel)	x		
Fédération nationale des associations des directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (JP. Riso)	x		
UNA (M. Dupont)			x
Notaires de France (JP. Prohaszka)	x		
Groupe SOS – Sos seniors (M. Duval)	x		
Inria (P. Guitton)	x		
Fepem (MB. Levoux)	x		
Fédération du service aux particuliers (FESP) (S. Rmiki)	x		
FHF (B. Caniard)	x		
Uniopss (A. Villez)	x		
Fedesap (C. Martin)	x		
Monalisa (F. Fromageau)			x
Fehap (Magdalena Starzak-Tomon)	x		
France Alzheimer	x		
Association Française des aidants (C. Cabrières)	x		
Ad-pa (P. Champvert)	x		

**Personnalités qualifiées**

	Oui	Non	Abstention
B. Baccaïni	x		
C. Billaud	x		
A. Caron d'Eglise	x		
C. Gatignol	x		
AM. Gullemard	x		
Alain Koskas	x		
K. Lefeuvre	x		
F. Forette	x		
C. Mechkhat	x		

\* prennent acte

## Annexe 3

### Contributions et déclarations annexées à l'avis du Conseil de l'âge du HCFEA sur PLFSS 2022



47-49 avenue Simon Bolivar

75019 Paris

#### Intervention de la CFDT Retraités- PLFSS 2022 à la réunion du 5 OCTOBRE 2021

Nous ne pouvons commencer cette intervention sans souligner l'engagement extraordinaire des différentes branches de la sécurité sociale et de ses personnels au cours de la crise que nous avons traversée. Plus que jamais, les partenaires sociaux comme la représentation nationale se doivent de saluer le haut niveau de protection sociale que nous construisons ensemble, et que nous nous devons donc de financer à la hauteur des enjeux.

Le PLFSS qui nous est présenté intègre encore les conséquences de la crise sanitaire et nous espérons qu'il est le PLFSS de sortie de crise.

Il traduit aussi les engagements du gouvernement pris lors des accords Ségur puis Laforcade pour reconnaître les professionnels de santé et de l'accompagnement, et pour investir également dans notre système de soin. Le texte prévoit ainsi 2 milliards supplémentaires pour la revalorisation des métiers de la santé et des personnels de santé dans le secteur médicosocial. La logique de revalorisation des métiers autres que soignants doit être absolument à l'ordre du jour. Par ailleurs, nous saluons l'instauration d'un tarif horaire plancher national de 22 € dès 2022 pour les SAAD prestataires, et ce, pour tous les départements, même si des questions demeurent. Par exemple cela ne risque-t-il pas d'encourager les départements à baisser leurs tarifs pour profiter de la prise en charge CNSA ?

Ce PLFSS prévoit aussi de renforcer le pilotage de la politique en faveur de l'autonomie et celui de la cinquième branche de la sécurité sociale. Ceci passera notamment en 2022 par la création d'un système d'information national fourni par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) aux départements pour la gestion de l'APA. **C'est pour la CFDT un premier pas positif, néanmoins la loi « autonomie-grand âge » reste un rendez-vous raté et nous nous inquiétons du financement pérenne qu'il nous faut absolument assurer.** Cela deviendra vite complexe avec la charge durable inscrite dans les remboursements à la CADES d'une dette dont une partie devait selon nous être affectée à l'état. .

Nous soulignons de nombreuses mesures qui représentent de réelles améliorations des droits ou de leur effectivité pour les assurés sociaux. L'accès facilité à la complémentaire santé solidaire, l'extension de la prise en charge de la contraception par l'assurance maladie jusqu'à 25 ans, la généralisation de l'intermédiation des pensions alimentaires et le versement en temps réel du crédit d'impôt et des aides sociales liées aux services à la personne, sont parmi les plus notoires. Ce PLFSS aligne par ailleurs, le régime socio-fiscal de la couverture complémentaire santé des agents publics sur celui du privé. Il y a selon nous matière à réviser globalement à l'avenir cet environnement de faveur qui n'a plus à se justifier en termes d'encouragement à déployer la protection

En conclusion, nous reconnaissons l'engagement du PLFSS sur des priorités que nous partageons ;

- la reconnaissance des professionnels de santé avec la traduction des accords Ségur et Laforcade.
- la facilitation de l'accès à la complémentaire santé solidaire,
- Des améliorations des droits ou de leur effectivité pour les assurés sociaux,

La CFDT porte une appréciation favorable sur l'avis proposé par le HCFEA

Pour la CFDT Retraités  
Madame Dominique Fabre  
Secrétaire Générale



## Déclaration de nos 7 organisations au HCFEA

Les organisations protestent solennellement contre l'abandon de la loi Grand Âge, promise au plus haut niveau de l'État et dont l'urgente nécessité n'est plus à démontrer.

### **La portée des mesures annoncées est très en deçà d'une véritable loi ambitieuse sur le grand Âge.**

Les mesures du PLFSS (malgré quelques « coups de pouce ») ne répondent pas aux exigences de l'époque et sont notoirement insuffisantes.

#### Ainsi :

- L'effort global de mesures supplémentaires est chiffré à 400 millions d'euros pour atteindre 1,3 milliard en 2024. On est loin des 6 milliards prévus pour 2024 par le rapport Libault publié en 2018 et que nous chiffrons à 10 milliards.
- On annonce la création de 10 000 emplois supplémentaires sur 5 ans pour les 7 200 EHPAD soit un peu plus d'un emploi par établissement, bien loin des besoins réels. Le projet de recrutement d'une infirmière de plus, par établissement, en 3 ans, s'inscrit dans la même démarche.
- Si l'instauration d'un tarif national de référence pour l'APA et la PCH à 22 euros est une avancée, il faut rappeler que le rapport de deux Sénateurs sur l'aide à domicile, paru en 2014, proposait un montant porté à 25 euros.
- Il faut rappeler que tous les personnels de l'aide à domicile n'ont pas été concernés par les mesures du Ségur de la santé. Si Madame Bourguignon annonce l'ouverture d'un dialogue social, rien n'est dit sur la nécessaire qualification, formation de l'ensemble des personnels. La nécessaire harmonisation des services ne suffit pas :
  - Rien n'est dit sur le RAC pourtant exorbitant : le crédit d'impôt est loin de répondre à la difficulté.
  - Il est également prévu 54 millions d'euros pour augmenter le temps du médecin coordonnateur (2 jours minimum) et pour généraliser les astreintes infirmiers de nuit d'ici 2023 : les chiffres parlent d'eux-mêmes.
  - Alors que la situation des EHPAD est catastrophique, le gouvernement entend étendre leurs missions : devenir un centre de ressource territorial et proposer un accompagnement « hors les murs » alors qu'on prévoit de doter les établissements de 1,3 poste ! Avec quels moyens supplémentaires ? Le texte ne le dit pas.

Notons aussi que le financement dédié à la 5<sup>e</sup> branche passe essentiellement par un transfert de la part des branches maladie et famille (il est d'ailleurs symbolique que la branche autonomie affiche en déficit de 0,4 milliard d'euros en 2021).

Ce sont 1,3 million de personnes actuellement en perte d'autonomie et leur famille qui sont une fois de plus ignorées. Et le texte fait l'impasse sur le vieillissement de la population et sur les besoins accrus auxquels il faudrait répondre.

**Ces mesures sont loin de répondre à la nécessité d'une grande loi de l'autonomie qui dépasse largement les points abordés dans le PLFSS.**



Elles confortent notre revendication d'un grand Service Public de l'Autonomie (demande reprise d'ailleurs dans une tribune du Monde).

Elles confortent également notre demande de prise en charge à 100 % de l'autonomie par la sécurité sociale dans la branche maladie.

Ces renoncements sont hautement symboliques de la place que le gouvernement assigne aux retraites dans la société.

## **Positions et propositions de la Fédésap sur le PLFSS 2022 (art. 32)**

Le 04/10/21

La présente note présente les positions et propositions de la Fédésap sur les dispositions du PLFSS pour 2022 concernant la réforme de l'organisation et du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) (article 32).

La Fédésap formule cinq propositions :

- Indexer l'augmentation du tarif national socle de l'APA sur l'évolution annuelle de l'ONDAM médico-social et s'atteler véritablement au chantier de la revalorisation salariale des aides à domicile du secteur privé ;
- Complément « qualité » : instaurer un cahier des charges défini au plan national, avec des contreparties simples à atteindre par les SAAD, et actualiser son montant chaque année ;
- Recomposer le paysage des services à domicile non pas sur le concept du SPASAD, qui est un échec, mais autour du SAAD, le plus à même d'articuler aide et soin à domicile, et abandonner l'idée de transformer l'EHPAD en « centre de ressources territorial » ;
- Etendre à la PCH le système d'information fourni par la CNSA aux départements prévu pour la gestion de l'APA ;
- Permettre aux SAAD autorisés d'accueillir un pourcentage minimum de bénéficiaires à l'aide sociale.

### **1. Indexer l'augmentation du tarif national socle de l'APA sur l'évolution annuelle de l'ONDAM médico-social et s'atteler véritablement au chantier de la revalorisation salariale des aides à domicile du secteur privé**

La Fédésap salue cette mesure historique, réclamée depuis des années par la Fédésap.

Rappel : D'après une étude de la Fédésap (juillet 2021) sur les tarifs APA et PCH pratiqués par les 101 départements, 94 d'entre eux ont un tarif APA inférieur à 22 euros, la moyenne s'établissant à 20,12 euros (au 1<sup>er</sup> octobre 2020). L'écart des tarifs APA va de 16 euros (Corrèze) à 24,25 euros (Haute-Marne). Plus d'1,3 million de Français sont bénéficiaires de l'APA. Pour la PCH, 95 départements affichent un tarif inférieur à 22 euros. La prise en charge par l'Etat sera plus importante que pour l'APA, le tarif moyen de la PCH étant de 18,46 euros (au 1<sup>er</sup> octobre 2020), mais avec un nombre moindre de bénéficiaires (390.000).

**Pour autant, si le tarif national socle de l'APA et la PCH est une mesure d'équité territoriale, elle n'est pas, contrairement à la présentation qu'en fait le Gouvernement, une mesure de**

**revalorisation salariale pour les salariés du secteur privé.** La création du tarif national socle n'est pas, pour les aides à domicile du secteur privé, le pendant de l'avenant 43 de la convention collective de la branche de l'aide à domicile, dont l'agrément par l'Etat permet, depuis le 1<sup>er</sup> octobre, l'augmentation des rémunérations de +13 à +15% des 220.000 salariés du secteur associatif.

La création d'un tarif national socle pour l'APA et la PCH aurait pu permettre un rattrapage des salaires du secteur privé par rapport à ceux du secteur associatif, s'il avait été fixé à 25 euros hors taxe, ce qui correspond au coût de revient de l'heure de prestation à domicile.

Il n'est pas neutre de souligner que la Caisse nationale d'assurance-vieillesse (CNAV) a augmenté le tarif horaire de l'aide à domicile, à compter du 1<sup>er</sup> octobre, à 24,50 euros afin de tenir compte de l'incidence financière de l'entrée en vigueur de l'avenant 43 de la branche d'aide à domicile.

**Le tarif national socle doit être regardé comme une mesure de diminution des restes à charge pour les bénéficiaires de l'APA et la PCH.**

Par ailleurs, il est important de veiller à ce qu'il n'y ait pas une convergence à la baisse pour les conseils départementaux qui ont un tarif de référence APA et PCH actuellement supérieurs au tarif national socle de 22 euros. Par exemple, la Haute-Marne, dont le tarif de référence de l'APA est de 24,25 €, ne devrait pas diminuer ce tarif et le ramener à 22 € de l'heure.

**Le tarif national socle** ne doit pas être figé - contrairement au précédent du tarif national plancher pour la PCH, qui n'a évolué que de 18 centimes en sept ans mais **doit impérativement être actualisé chaque année, sur la base de l'évolution de l'ONDAM médico-social** (cela a du sens car l'autonomie est désormais une branche de la sécurité sociale), voire de l'augmentation du SMIC.

## **2. Complément « qualité » : instaurer un cahier des charges défini au plan national, avec des contreparties simples à atteindre par les SAAD, et actualiser son montant chaque année**

**La Fédésap est favorable au principe du complément « qualité », mais considère qu'il subsiste encore beaucoup de questions sans réponse** : quels seront les SAAD éligibles au dispositif ? Celui-ci sera-t-il mis en œuvre dès 2022 ou en 2023 ? Quels seront les objectifs à atteindre par les SAAD ? ...

La 1<sup>ère</sup> interrogation concerne le véhicule juridique : le complément « qualité » fera-t-il l'objet d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), signé entre le conseil départemental et le SAAD ?

Si la réponse affirmative, cela signifie que tous les SAAD ne pourront pas bénéficier du complément « qualité », car la conclusion d'un CPOM n'est pas obligatoire. Chaque conseil départemental juge de l'opportunité d'en signer, notamment à l'aune de ses ressources financières disponibles.

**La proposition de la Fédésap vise à instaurer un CPOM obligatoire pour le complément qualité, à condition que le cahier des charges soit fixé nationalement, par décret par exemple, avec des contreparties, qui pourraient être les suivantes : la couverture des zones blanches, l'intervention des SAAD sur une plage horaire étendue et l'intervention auprès de publics spécifiques, avec des besoins soutenus.**

Il convient de préciser que l'aide et l'accompagnement à domicile est un des rares secteurs du médico-social où le CPOM n'est pas obligatoire, alors qu'il l'est pour les SSIAD et les SPASAD.

**La Fédésap propose, comme voie alternative au CPOM obligatoire, la mise en place d'un complément « qualité » indexé au plan d'aide APA ou PCH, calculé sur le nombre d'heures réalisées.**

Ce système aurait le mérite de la simplicité. Le forfait « qualité » ne serait pas lié à la structure mais indexé au plan d'aide. Il n'y aurait pas de reste à charge pour les bénéficiaires. L'argent public ne financerait que l'activité réelle de la structure, avec une efficacité pour chaque euro versé.

Par ailleurs, **la Fédésap demande que le montant du complément « qualité », comme le tarif national socle de l'APA et la PCH, fasse l'objet d'une actualisation annuelle, indexée par exemple sur l'évolution de l'ONDAM du médico-social.**

### **3. Recomposer le paysage des services à domicile non pas sur le concept du SPASAD, qui est un échec, mais autour du SAAD, le plus à même d'articuler aide et soin à domicile, et abandonner l'idée de transformer l'EHPAD en « centre de ressources territorial »**

Le PLFSS 2022 prévoit une recomposition et une simplification du paysage des services à domicile, en incitant - « à marche forcée » - à la fusion entre 2022 et 2025 des SAAD, SSIAD et SPASAD existants, en une seule catégorie de services, dénommée « services autonomie ».

La Fédésap ne peut que soutenir la volonté du rapprochement du soin et de l'aide domicile, dans une logique de parcours et d'accompagnement global de la personne. En effet, le SAAD est déjà le coordinateur de tous les intervenants à domicile, y compris les professionnels de santé, et la plateforme ressources de l'autonomie d'un territoire.

Toutefois, elle est opposée à l'idée du Gouvernement de recomposer le paysage des services à domicile autour du modèle du SPASAD, dont l'IGAS a souligné les faiblesses, dans un rapport visant à tirer les enseignements d'une expérimentation de 338 SPASAD, prévue à la suite de la loi ASV de 2015 :

- 95 % des usagers du SPASAD ne font appel qu'à des prestations d'aide à domicile ; il n'y a donc que 5 % des usagers du SPASAD qui ont recours à une prestation de soin. Il en résulte une disproportion entre les moyens et financements publics mis en œuvre par rapport au très faible nombre de bénéficiaires de prestations de soins dans le cadre d'un SPASAD.

- Le rapport de l'IGAS souligne le nombre insuffisant de places dans les SSIAD. S'il n'y a pas d'équipes d'infirmiers sur un territoire, la création d'un SPASAD est impossible. Dans les faits, les SAAD éprouvent beaucoup de difficultés pour trouver un SSIAD qui accepte de travailler avec eux.
- Le financement en silo, c'est-à-dire le financement des soins par l'assurance-maladie, de la coordination par l'ARS ou de l'aide à domicile par le département, est source de complexification et de non-efficience.

La Fédésap regrette que le Gouvernement veuille faire du concept du SPASAD le pivot de la recomposition des services à domicile, qui témoigne en réalité d'une vision très médicale de la personne âgée en perte d'autonomie.

En alternative, la Fédésap propose un modèle plus souple : soit la mise en place d'un conventionnement des SAAD avec, par exemple, des infirmiers libéraux, soit un conventionnement avec des groupements de santé ou bien des Centres de soins infirmiers (CSI) (qui regroupent des infirmiers libéraux ou bien salariés).

Par ailleurs, la Fédésap ne comprend pas pourquoi le PLFSS 2022 accorde autant de place à l'EHPAD « centre de ressources territorial », qui pourra, soit être en appui des professionnels du territoire en intervenant à domicile comme en établissement (formation, appui administratif et logistique, mise à disposition d'une expertise gériatrique ...), soit en accompagnant les personnes âgées qui ont besoin d'un soutien intensif, à leur domicile, par exemple à la suite d'une chute, et rechignent à aller en établissement.

En effet, la crise sanitaire a prouvé que le domicile était rentré dans l'EHPAD et non l'inverse : des professionnels du domicile sont venus renforcer les équipes des EHPAD ; de plus, les personnes âgées qui étaient sur liste d'attente pour entrer dans des établissements ont pu rester à leur domicile, à leur demande, grâce à l'accompagnement des personnels des SAAD.

En outre, dans les faits, les personnes âgées ne souhaitent pas, la plupart du temps, aller de leur propre volonté passer des journées entre les murs des EHPAD (accueil de jour) ou y consulter des professionnels de santé. Encore une fois, le Gouvernement, dans le PLFSS, en accordant des financements à la nouvelle mission de l'EHPAD comme « centre de ressources territorial », a une vision très médicale de la personne âgée, qui est éloignée de la réalité et des besoins des personnes en perte d'autonomie.

La position de la Fédésap est que le SAAD, futur service autonomie, doit être positionné comme le « centre ressources territorial », plutôt que l'EHPAD, dont cela n'est pas la vocation naturelle.

#### **4. Etendre à la PCH le système d'information fourni par la CNSA aux départements prévu pour la gestion de l'APA**

La Fédésap soutient la création, par le PLFSS 2022, d'un système d'information fourni par la CNSA aux départements pour la gestion de l'APA, idée qu'elle défend depuis longtemps.

Toutefois, la Fédésap demande que le système d'information fourni par la CNSA aux départements puisse être étendu à la gestion de la PCH. Ce guichet unique numérique serait bien plus efficient s'il cumulait la gestion de ces deux allocations. Il importe que les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes handicapées puissent s'exprimer dans un cadre numérique unique, que les besoins de réévaluation des plans d'aide puissent y être énoncés, etc. Ce système, en outre, permettrait rapidement à la CNSA de piloter, demain, la 5<sup>e</sup> branche en termes de budgets, de nombre d'heures, de nombre d'intervenants ...

Or, l'exécutif semble compter sur la refonte du système d'information des MDPH pour traiter de la gestion de la PCH.

## Déclaration Unaf au Conseil de l'âge - HCFEA

4 octobre 2021

L'Unaf s'étant exprimée au sein des conseils des caisses de sécurité sociale sur les articles concernant les branches familles et maladie de ce PLFSS nous avons ciblé notre propos sur les mesures concernant la branche autonomie.

Tout d'abord, l'Unaf soutien la création d'un système d'information national pour la gestion de l'APA par la CNSA. Ceci permettra une plus grande égalité entre les territoires dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Concernant le financement de la branche autonomie, l'article 32 prévoit la mise en place d'un tarif horaire planché pour les interventions des services d'aide à domicile et la valorisation des temps de coordination. **Pour l'Unaf, cette revalorisation à 22€, qui est indispensable, est un premier pas. Il sera nécessaire de pousser plus loin cette mesure, par exemple en valorisant la qualité des soins et des interventions** (amplitude horaire, formation des professionnels...).

Néanmoins, l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap ne peut se réduire à la question de son financement. C'est pourquoi, **l'Unaf regrette vivement l'absence d'une loi d'envergure et ambitieuse sur la question de l'autonomie.**

L'article 33 prévoit le renforcement du temps de médecins coordonnateurs dans les Ehpad, la généralisation des astreintes d'infirmières de nuit et le déploiement d'équipes mobiles de gériatrie et d'hygiène. L'Unaf demandait depuis de nombreuses années ces mesures, qui vont dans le bon sens.

Ce même article donne la possibilité aux EHPAD d'être un centre de ressource territorial via un appui aux professionnels et un accompagnement renforcé pour les personnes âgées à domicile. L'Unaf ne peut être que favorable à la mise en œuvre d'une telle mission : (i) elle permettra **de mieux soutenir les aidants familiaux dans l'aide qu'ils apportent à leur proche à domicile**, (ii) elle **facilitera la coordination des acteurs pour une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes**, (iii) elle favorisera le respect du choix de lieux de vie de la personne âgée en perte d'autonomie.

Néanmoins, il est regrettable qu'il ne soit pas donner une plus grande impulsion à cette mesure : d'une part, avec l'élaboration d'un cahier des charges permettant de définir précisément les contours et normes que devraient respecter cette mission, et d'autre part avec la garantie d'une égalité de traitement des personnes âgées et de leurs familles entre les territoires.

Enfin, pour que les EHPAD puissent se saisir pleinement de cette nouvelle mission, il nous semble indispensable de répondre à leur difficulté de recrutement de personnel<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Voir [Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD](#), *Etudes et Résultats*, n°1067, DREES, 2018





## UNION NATIONALE DES RETRAITES ET PENSIONNES

DECLARÉE A LA PREFECTURE DE POLICES LE 31 JANVIER 1968 SOUS LE N° 13764 P.

### Intervention de l'UNAR CFTC

Nous souhaitons rappeler la situation que notre pays a vécu ces deux dernières années qui ont fait apparaître les faiblesses de notre offre de soins, sur la prise en charge des malades mais également dans celle de la politique des personnes âgées fragilisées. L'UNAR CFTC tient à remercier tout le personnel de santé et associations engagées durant cette pandémie. Grâce à eux, notre pays a su tant bien que mal gérer cette situation particulièrement difficile.

Le PLFSS 2022 intègre et poursuit la mise en œuvre des engagements du Ségur de la Santé et son élargissement en faveur du secteur médico-social.

L'UNAR CFTC soutient notamment des mesures améliorant les rémunérations d'une partie des professionnels du secteur, mais regrette que celui-ci ne s'applique actuellement pas à l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes âgées vulnérables

L'absence d'une politique claire telle que le prévoyait la loi grand âge ou la visibilité claire sur le contenu et rôle de la 5<sup>ème</sup> branche de la sécu ne permet pas aux acteurs intéressés, opérateurs de terrain, de situer leurs réflexions et actions de façon suffisamment pertinentes. Le PLFSS laisse trop de place aux incertitudes tout en apportant certaines avances à ne pas négliger.

Les propositions visant le versement immédiat des aides sociales et fiscales des services à la personne représentent une vraie progression à faciliter l'utilisation de ses services pour le demandeur à faible ressource. La généralisation du dispositif à l'ensemble des prestations ne doit pas souffrir d'une expérimentation trop longue.

Institution d'un tarif horaire minimum national à partir de 2022 des services d'aide aux personnes âgées est une bonne décision. L'UNAR CFTC est consciente que les modalités de mise en œuvre, le calendrier, ainsi que les incertitudes de nature à modifier l'incidence de ces évolutions pesant sur la période transitoire. Aussi, il nous paraît important qu'un suivi département par département soit régulièrement fait par une commission afin d'assurer une bonne et rapide mise en place.

Création d'une mission Ehpad de centre de ressources territoriales. D'une manière générale l'UNAR CFTC est partagée, mais elle ne peut pas abandonner l'idée que toutes les mesures qui devraient améliorer la situation actuelle doivent être tentées.

Les trois mesures spécifiques : proposer le renforcement du temps de travail des médecins coordinateurs dans les Ehpad, la généralisation des astreintes infirmières de nuit en Ehpad. Le développement des structures d'appui au bénéfice des établissements et services du secteur médico-social avec le déploiement d'équipes mobiles de gériatrie et d'hygiène vont dans le bon sens . Ce qui manque à l'UNAR CFTC dans cette proposition c'est la vision d'une vraie qualité de vie et d'hygiène dans ces établissements. Il ne faut pas attendre 5 ans pour la mise en place des propositions . La proposition actuelle nous paraît pas assez ambitieuse.

Il va de soi que toutes les propositions, créations, permettant d'améliorer l'information la visibilité et la simplification pour les bénéficiaires, trouvent notre soutien.

Les objectifs de dépenses pour l'année 2022 de la branche autonomie de la Sécurité sociale sont fixés à 34,2 milliards d'euros. L'article 5 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a créé une cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie. Les objectifs de dépenses pour 2022 de cette branche sont fixés à 34,2 milliards d'euros, en augmentation de 6,1 % par rapport à 2021 pour permettre de financer les mesures nouvelles pour les établissements médico-sociaux ainsi que les dispositifs de soutien de la prise en charge à domicile grâce à l'abondement des financements en direction des départements. L'UNAR CFTC prend acte et souhaite que la prévision budgétaire soit rehaussée pour tenir compte des besoins grandissants de la population.

La création de nouvelles places en Ehpad prévue par le PLFSS à compter de 2024 de 2 000 places ne règlera pas le manque déjà accumulé.

En conclusion et avec les remarques exprimées nous reconnaissons que le PLFSS démontre une volonté et des priorités que nous partageons.

Malheureusement L'UNAR CFTC considère insuffisantes elle prend actes des propositions fait par HCFEA.

Pour l'UNAR CFTC

Madame Simone WELTI



## Avis fédéral sur l'avant-PLFSS 2022 – volet Autonomie

La Mutualité Française considère que l'avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (PLFSS) est un texte sans surprise, ni véritable ambition (notamment sur le champ de la transformation de l'offre de soins et de l'accompagnement).

Pour l'exécutif, qui a renoncé à une loi dédiée, le PLFSS constitue en outre un véhicule législatif bienvenu permettant d'intégrer un certain nombre de mesures Autonomie. Bien que prévisible, le renoncement à une Loi Grand Age et Autonomie, pourtant souhaitée par la ministre, la Mutualité Française et l'ensemble du secteur, est regrettable. La question du financement de la prise en charge de la perte d'autonomie ne trouve toujours pas de réponse de la part des pouvoirs publics.

### Article 31 - Extension de la mesure socle du Ségur au sein du secteur médico-social

#### Position de la Mutualité Française

Sur l'extension de la mesure socle du Ségur de la santé au sein du secteur médico-social

Les hausses de salaire découlant du "Ségur de la santé" ont été progressivement étendues à d'autres professions que les personnels non médicaux des établissements hospitaliers et des EHPAD, mais selon un processus très complexe, qui révèle en outre des iniquités de traitement selon les secteurs et les territoires. Le présent article vise des personnels soignants et non soignants d'établissements et services pour personnes âgées et en situation de handicap, mais seulement si la structure est financée par la Sécurité sociale. Les salariés d'une maison d'accueil spécialisée - qui accueille des handicaps assez lourds - seront concernés, mais pas ceux d'un foyer d'hébergement - où les handicaps sont plus légers - car ce type d'établissement est financé par les départements. Sur le plan du circuit de financement, l'employeur n'est assuré de récupérer que 60% de cette somme (via l'Assurance maladie), le reste étant à la charge des départements. Les centres de santé, acteurs incontournables du 1er recours (550 en mutualité), largement mobilisés sur la crise sanitaire, restent exclus du champ des revalorisations Ségur. La mise en œuvre du Ségur de la santé, volet revalorisations salariales, différenciée entre les secteurs et statuts, fragilise les organisations et collectifs de travail, exacerbe des tensions sociales, déjà très fortes, au sein des établissements et services sanitaires et médico-sociaux. Des pénuries de personnels (infirmiers diplômés d'Etat, aides-soignants...) sont d'ores et déjà constatées conduisant à des fermetures de lits ou de services.

Du fait de ces tensions sociales, la mise en œuvre des revalorisations dans le secteur privé, qui ne relève pas de mesures législatives mais d'accords de branche, n'en est que plus complexe. Par ailleurs, cette situation s'inscrit dans un contexte de vaste mouvement de transformation de l'offre de service des structures. Il convient de dégager les financements nécessaires au rétablissement d'une situation équitable en faveur de la reconnaissance du travail et de l'engagement de tous les professionnels du secteur social et médico-social.

### Article 32 : Réforme et revalorisation de l'offre des services à domicile de l'autonomie

#### Position de la Mutualité Française

La Mutualité Française se félicite de l'application d'un tarif horaire plancher national pour tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) favorisant l'équité sur l'ensemble du territoire. Cependant, l'offre à domicile est globalement économiquement fragile. Les études montrent que les coûts de revient d'un service d'aide à domicile sont proches de 25 €. Actuellement, nombre de services en Mutualité supportent des coûts importants tout en assurant une continuité horaire le soir et le week-end ainsi que

l'accompagnement de besoins spécifiques. En conséquence, nous soutenons une bonification de financement versée à ces services qui opèrent d'ores et déjà des prises en charge de cas lourds. Le soutien financier devra se faire dans le cadre de la tarification par l'apport d'une dotation complémentaire reconductible venant neutraliser la charge réelle pour le service pour ne pas la répercuter sur le tarif horaire du SAAD. La Mutualité Française participe aux travaux visant à faire évoluer la tarification des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) afin de prendre davantage en compte les besoins en soins des personnes. Elle prend note que les modalités de mise en œuvre d'une nouvelle tarification devraient être mises en œuvre en 2023. Dans une note transmise à la DGCS, la Mutualité Française s'est exprimée favorablement sur la généralisation du modèle des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Ces derniers, intégrés par la mise en place d'un financement spécifique de l'ARS, permettent le financement de la coordination entre les prestations d'aide et de soins. Ils renforcent ainsi l'organisation d'un accompagnement global à domicile en même temps que l'intégration du financement des actions de prévention. Il est important de financer ces services au juste coût afin d'optimiser l'efficacité du service rendu aux personnes à domicile. Les bénéfices de ces dispositifs se concentrent autour de l'amélioration de la prise en charge : ils offrent un niveau de coordination favorable aux partages des connaissances et des compétences en intégrant un volet prévention qui représente une vraie plus-value pour les bénéficiaires.

### **Article 33 : Extension des missions des EHPAD : centre de ressources territorial**

#### **Position de la Mutualité Française**

La Mutualité Française est favorable au principe des Centres ressources qui participe à la transformation des EHPAD et au développement nécessaire des passerelles entre le secteur du domicile et les EHPAD. Elle est favorable également à ce que la mission de Centre Ressources puisse être portée par un service autonomie, en fonction des logiques territoriales. La Mutualité Française porte par ailleurs une expérimentation article 51 de "Dispositifs renforcés de soutien à domicile" (DRAD). La création d'une nouvelle mission de "Centre Ressources" ne doit pas obérer les conclusions de cette expérimentation en cours jusqu'en 2023. La Mutualité sera attentive au contenu des missions d'un "Centre de ressources" qui seront définies par voie réglementaire. Elle reste à la disposition des pouvoirs publics pour travailler sur le cahier des charges. Parallèlement à cette transformation, la Mutualité Française prend note de l'augmentation des financements en faveur de la médicalisation des EHPAD. En revanche, elle regrette l'absence de financement permettant le recrutement dès 2022 d'ETP supplémentaires de soignants en EHPAD. À partir de 2023, la hausse des personnels (infirmiers, aides-soignants, encadrants, professionnels spécialisés) des EHPAD prévue doit atteindre un total de 10 000 ETP supplémentaires au cours des cinq prochaines années. Or, cet objectif, ramené aux plus de 7 500 EHPAD, représente moins d'1,5 ETP par EHPAD. Ce chiffre est cependant bien loin des estimations du rapport El Khomri (octobre 2019) qui prévoyait un besoin de plus de 350 000 postes à pourvoir dans les EHPAD d'ici 2024 (dont près de 93 000 postes supplémentaires à créer et 260 000 professionnels à former pour pourvoir les postes vacants). En outre, le renforcement du temps de médecins coordonnateurs dans les EHPAD, de façon à garantir a minima 2 jours de présence dans tous les établissements, devrait être utile mais reste insuffisant au regard des difficultés que rencontrent les établissements à trouver des médecins coordonnateurs mais aussi des médecins traitants. Enfin, la Mutualité prend note de la généralisation d'ici 3 ans des astreintes infirmières de nuit en EHPAD.

La Mutualité sollicite :

- La poursuite du financement de dispositifs de réponses aux besoins d'accompagnement des personnes âgées atteintes de maladies neuro-dégénératives comme les Pôles d'accompagnement et de soins adaptés (PASA) et des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) en EHPAD, de plateformes d'accompagnement et de répit supplémentaires en soutien des personnes malades et de leurs aidants.
- La possibilité pour les EHPAD en tarif de soin option "partiel" d'avoir un temps de médecin prescripteur.

Devant la pénurie de médecin traitant conjuguée à la difficulté de trouver des médecins coordonnateurs et celle de trouver des médecins traitants pour les nouveaux résidents, certains EHPAD sont souvent confrontés à une carence de médecin traitant et par conséquent à une rupture dans la continuité des soins. Cet état de fait conduit parfois des médecins coordonnateurs à devenir « prescripteurs » au-delà des missions qui leur sont dévolues. Cette situation ne peut être tolérée, car elle met en difficulté les médecins coordonnateurs eux-mêmes. Ainsi, il serait souhaitable d'autoriser la prescription du médecin coordonnateur sur un temps complémentaire distinct, pour lequel il exerce en tant que médecin traitant et non plus comme médecin coordonnateur ou encore de permettre à un médecin libéral d'être salarié. En aucun cas, cette disposition ne doit remettre en cause la liberté de choix du médecin traitant par le résident. En fonction des organisations dans les territoires, afin de lever les difficultés de recrutement, il pourrait être proposée une mutualisation entre plusieurs EHPAD. Cette disposition vise à permettre à l'ensemble des résidents des EHPAD de bénéficier d'un suivi médical régulier dès lors qu'ils ne disposent pas d'un médecin traitant. Ceci ayant pour but de diminuer les hospitalisations évitables, d'assurer un suivi médical de qualité et de prévenir tout risque épidémique. Par ailleurs, favorable au développement du tarif de soin option global en EHPAD, la Mutualité Française reste disponible pour travailler à une adaptation de son contenu afin de répondre davantage au besoin de médicalisation renforcée des EHPAD.

#### **Article 34 : Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation à l'autonomie (APA)**

##### **Position de la Mutualité Française**

La Mutualité Française est dans l'ensemble favorable à cette mesure. Cependant, afin d'atteindre l'objectif

de simplifier en continu les démarches des proches aidants, mesure inscrite dans la priorité 2 de la stratégie

« Agir pour les aidants » 2 , il conviendra de s'assurer que le système permet effectivement des démarches plus simples à partir d'un compte unique pour la personne en perte d'autonomie ou pour les proches qui l'accompagnent (si les intéressés sont d'accord) : accès facile aux informations/démarches concernant la personne qui l'accompagne, possibilité de faire les demandes de répit, de congé aidant, etc . Dans tous les cas, une attention particulière doit être portée sur les modalités de communication et le contenu des données constituant le système d'information.

La fédération UNA salue les financements complémentaires inscrits au PLFSS pour la tarification des services, comme pour les SSIAD, ou encore les services autonomie à domicile (SAD). Cependant, force est de constater que les mesures fortes annoncées lors de l'abandon de la loi « générations solidaires », n'y sont pas. Y apparaissent des mesures en demi-teinte, qui posent plus de questions qu'elles n'apportent de réponses, et qui pour certaines risquent de complexifier davantage un paysage médico-social déjà peu lisible, notamment pour ce qui est des acteurs intervenant à domicile.

Ainsi, le tarif socle à 22 €, qui a pour objectif légitime et qu'UNA soutient, d'en finir avec les iniquités territoriales et d'augmenter les ressources des SAAD, amène, de par sa construction actuelle dans le PLFSS, une confusion entre tarif de prise en charge de la personne (APA/PCH) et tarification horaire.

En effet, instaurer ce tarif socle via un nouvel article (L. 314-2-1 du CASF) placé dans la Section 1 : Règles de compétences en matière tarifaire à la suite des articles sur les autorités de tarification (article L.314-1) et sur les formes de tarification (article L. 314-2) revient à faire de l'APA et de la PCH des éléments de tarification, et donc de financement public direct des SAAD, sans distinction d'habilitation.

Cette tarification socle de 22 euros est clairement inférieure au coût réel des SAAD (que le rapport Libault évaluait il y a plus de 2 ans à 24 euros), et revient à valider légalement un sous financement des SAAD tarifés.

Certes, une bonification est évoquée, mais rien n'indique son montant ni les conditions d'attribution. S'il s'agit de prendre en compte les interventions le soir et le week-end, la continuité de services etc, le terme de dotation « qualité » est inadéquat, les services habilités les assurant déjà. C'est, à notre sens, le fonctionnement normal de tout service médico-social intervenant auprès de publics fragiles. Une bonification sur la base de ces critères doit donc être, de fait, intégrée dans le tarif correspondant au coût de fonctionnement.

Le tarif socle, tel qu'il est défini, pourrait inciter à la dé-tarification des SAAD et à l'augmentation du reste à charge facturé aux personnes. En effet, un SAAD habilité tarifé à 22 euros/heure ne peut facturer aux bénéficiaires que les participations financières légales, sans reste à charge supplémentaire. Un SAAD non habilité bénéficiera du même tarif socle de 22 euros, avec les mêmes règles de participation financière mais pourra surfacturer au bénéficiaire un reste à charge extra légal.

En conséquence, au vu de cet avantage donné au SAAD non habilités, les SAAD tarifés qui seront au tarif socle pourraient être incités à demander à être dé-tarifés pour augmenter leurs ressources. Cette non différenciation aboutira inévitablement à une augmentation du reste à charge des bénéficiaires de l'APA et de la PCH et donc à une diminution de leur pouvoir d'achat, et une sous-consommation de leur plan d'aide.

Lors de sa présentation du PLFSS, le Premier Ministre a dit vouloir des SAAD viables économiquement, attractifs et accessibles financièrement, déclaration à laquelle UNA souscrit pleinement. Si le tarif socle participe en partie à la viabilité économique, sous réserve des paramètres de la dotation complémentaire, si l'attractivité, nous le constatons, est une préoccupation du Gouvernement, il n'en demeure pas moins qu'en maintenant SAAD tarifés et non tarifés, la question de l'accessibilité financière reste entière à l'heure où, selon la DREES, 47% des bénéficiaires de l'APA renoncent à tout ou partie de leur plan d'aide.

Par ailleurs, l'APA étant assortie de plafonds mensuels, une augmentation du tarif horaire à 22 euros entrainera mathématiquement soit la saturation des plans d'aide, soit la diminution des heures de prestation pour rester dans même volume financier mensuel. Le rehaussement des plafonds peut avoir pour conséquence une diminution des plans d'aide par les départements, comme cela a été le cas après la loi ASV.

Concernant la compensation complète par la branche autonomie du différentiel entre 22 € et les tarifs actuels inférieurs, il s'agit là clairement d'une prime aux départements qui, jusqu'à présent, n'ont pas pris ou voulu prendre la mesure des besoins en matière d'autonomie, en particulier à domicile. Nous constatons que cette prise en charge à 100 % constitue un APA3, qui s'ajoute à l'APA 1 compensée à 30 % et l'APA 2 à 100 %, auxquelles il faut ajouter l'article 47 du PLFSS 2021, tout cela pour une même heure d'intervention ! Cela ne nous semble pas aller dans le sens de la simplification.

Si nous nous réjouissons de voir apparaître dans le texte les services autonomie à domicile, dont on comprend qu'il s'agit de s'orienter vers une généralisation des SPASAD, et donc de la coordination aide et soin. Nous regrettons que le texte du PLFSS n'aille pas au bout de la logique. En effet, il maintient 2 catégories de Service autonomie, ceux qui sont actuellement SPASAD et ceux qui resteraient SAAD, auxquelles s'ajoutent les sous-catégories habilités/tarifés ou non, aggravant le manque de lisibilité de ces acteurs.

Là où il aurait pu créer de vrais services à l'autonomie médico-sociaux en charge de l'accompagnement et du soin des personnes, modernes et à la hauteur de l'ambition domiciliaire affichée, le PLFSS acte la diversité et la multiplicité des services, sans obligation à se doter de nouvelles compétences. C'est à nos yeux un rendez-vous manqué que nous ne pouvons que déplorer.

La définition d'EHPAD Centres de ressources nous paraît pour le moins incongrue. Les EHPAD ont la possibilité et non pas l'obligation d'exercer une mission de centre de ressource. Cette mission peut s'exercer selon deux modalités :

- Des actions de soutien aux autres ESMS intervenant auprès des personnes âgées. Il est à noter que ces EHPAD pourront mettre des ressources humaines à disposition des autres ESMS,
- Proposer une offre d'accompagnement renforcé à domicile.

Si c'est une vraie valeur ajoutée pour les personnes et les autres ESMS du territoire, les EHPAD ne devraient-ils pas tous être dans l'obligation de devenir centre de ressources, sous peine de voir se développer un phénomène d'iniquité territoriale dans l'accès des personnes à ces ressources ?

Quant à la mission de soutien aux autres ESMS, il nous semble tout à fait contestable. D'une part, il ne nous semble pas évident que les EHPAD aient une expertise sur le champ du domicile plus légitime que les acteurs qui y travaillent depuis des années. S'il peut arriver, sur certains territoires, que les services soient absents ou défaillants, nombre de SAAD ou SPASAD sont suffisamment structurés, et assurent déjà un rôle de centre de ressources. La généralisation de ce dispositif autour des EHPAD n'est pas acceptable.

Quant à l'intervention à domicile des EHPAD, dans des situations complexes, elle n'a pas de sens au moment où l'article 32 crée des services autonomie, qui, avec les aménagements évoqués ci-dessus demandés par notre fédération, devraient être pleinement en capacité de se charger de ces situations. Créer une offre concurrente sur les territoires ne peut être acceptable.

La Ministre chargée de l'Autonomie a indiqué, lors de la réunion avec les fédérations du 28 septembre, qu'elle ne désire pas d'exclusivité pour les EHPAD et qu'elle souhaitait que ce rôle de centre de ressources puisse être assumé par l'acteur du territoire le plus légitime, y compris s'il est un service à domicile. Nous

prenons acte de cette déclaration et demandons à ce qu'elle se concrétise et que le PLFSS soit amendé dans ce sens.

Enfin, nous ne comprenons pas l'absence de mesures relatives au répit à domicile, qui avaient pourtant été annoncé avant l'été, lors des débats de préparation de la loi génération solidaire.

En conclusion, au regard des manques et des faiblesses que nous relevons, la fédération UNA est défavorable au PLFSS.





Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

**RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :**

[www.hcfea.fr](http://www.hcfea.fr)



**Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie ([www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr))**

Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP