

04 _ 2023

RAPPORT

**L'accompagnement
de la perte d'autonomie :
une politique publique
en déshérence ?**

Diagnostic et propositions

_Luc Domergue

_Pavel Rehor

Fondation
Jean Jaurès
ÉDITIONS

Luc Domergue est titulaire
d'un MBA HEC et expert associé
à la Fondation Jean-Jaurès.

Pavel Rehor est expert associé
à la Fondation Jean-Jaurès.

Introduction

Avec une population estimée à près de 21 millions de personnes âgées de plus de soixante-cinq ans en France d'ici à 2030, soit 3 millions de plus qu'en 2019¹ (13,4 millions au 1^{er} janvier 2019), la prise en charge de la perte d'autonomie associée à ce vieillissement de la population deviendra nécessairement dans un avenir proche un sujet incontournable pour les pouvoirs publics.

Après une campagne présidentielle où ce sujet est resté relativement sous silence, du fait principalement du contexte sanitaire et géopolitique, ce début de quinquennat peut être l'occasion de faire reconnaître la prise en charge de la perte d'autonomie comme un enjeu majeur et une priorité des politiques publiques.

Après plusieurs mandats présidentiels ponctués de fortes déclarations, mais sans grandes initiatives, si ce n'est la création de la cinquième branche de la Sécurité sociale consacrée à l'autonomie depuis la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, le constat des acteurs publics et privés que nous avons rencontrés est sans appel. Il confirme la

nécessité d'une prise de décision à caractère « systémique » intégrant tous les aspects de cet enjeu citoyen majeur.

Si les termes de « dépendance » ou plutôt de « perte d'autonomie » renvoient spontanément la réflexion à la situation des personnes âgées, il convient également de ne pas faire l'impasse sur les difficultés rencontrées par les personnes handicapées (environ 2,7 millions de personnes en 2021²) et les personnes atteintes de maladies rares (environ 3 millions de personnes en 2021³), aux situations parfois toutes aussi problématiques au regard du besoin d'assistance.

La question de la prise en charge de l'autonomie devrait donc être posée de manière plus globale, afin de traiter non seulement le sujet central du financement, qui est déterminant, mais également d'interroger le fonctionnement plus général de la prise en charge incluant des sujets tels que la question des aidants, des ressources humaines, mais aussi les difficultés pour les différents publics concernés d'avoir accès à une prise en charge appropriée.

1. Albane Miron de l'Espinay et Delphine Roy, *Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030*, Études et Résultats, n° 1172, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2 décembre 2020.
2. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 10 juin 2021.
3. « Registre maladies rares » et collections de données sur les maladies rares en France, Rapport remis à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, 28 décembre 2021.

Un enjeu tardivement pris en compte mais des insuffisances persistantes sur le terrain

Un sujet indiscutablement pris en compte par les pouvoirs publics mais sous l'angle exclusif de la « gestion de crise »

La question de la perte d'autonomie est un sujet dont l'importance n'est pas négligée par les pouvoirs publics, des mesures de gestion ayant été assez régulièrement prises. Les mesures les plus significatives ont pour objectif la prise en charge immédiate des publics en perte d'autonomie sans dispositif d'anticipation ou de prévention face à l'aggravation du risque de perte d'autonomie.

La première loi d'envergure adoptée est la loi du 30 juin 1975 instituant, en quelque sorte, le principe d'hospices « médicalisés », puisque la loi imposait de transformer les hospices existants à l'époque⁴ en unités d'hospitalisation dans un délai de dix ans, permettant ainsi une prise en charge médicale de ces personnes. Le nombre de personnes âgées étant alors en forte augmentation à ce moment-là⁵, le risque de saturation des hospices et d'une non-capacité à assurer pleinement les soins à délivrer était bien identifié : il s'agissait donc d'une mesure prise en réaction face à la dimension de plus en plus problématique pour la population que revêtait la perte d'autonomie.

Sur le même modèle, la création de la prestation spécifique dépendance (PSD)⁶ par la loi du 24 janvier 1997 peut également être considérée comme une mesure prise sous l'empire de l'urgence. Il n'existait en effet aucune aide spécifiquement allouée à la prise en charge de la perte d'autonomie, si ce n'est l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) instituée par la même loi de 1975 citée ci-dessus et qui ne concernait que les personnes handicapées.

La loi du 2 janvier 2002 créant juridiquement les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et la loi du 29 décembre 2015 supprimant par exemple le reste à charge (RAC) pour les frais de prise en charge de la perte d'autonomie pour les personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée de solidarité aux personnes âgées (ASPA)⁷ ont permis certes des avancées, mais toujours sous le prisme de mesures d'ajustement et de gestion répondant à des difficultés déjà existantes.

La prise en charge de la perte d'autonomie n'a jamais bénéficié d'une vision très structurante et anticipatrice dans les différentes politiques publiques. La preuve en est qu'à plusieurs reprises ont été annoncés par les gouvernements successifs des projets de « grandes lois » pour mieux anticiper les problèmes de perte d'autonomie. Ces projets ont pourtant très souvent été abandonnés. La cinquième branche de la Sécurité sociale consacrée au financement de la

4. Établissements destinés à accueillir des personnes en perte d'autonomie dont les personnes âgées et handicapées.

5. À peu près 7 millions de personnes en 1975, soit 13,5 % de la population totale française.

6. Allocation permettant le paiement total ou partiel des dépenses nécessaires au maintien à domicile ou au placement en établissements spécialisés pour les personnes âgées d'au moins soixante ans.

7. Allocation versée aux personnes âgées ayant de faibles revenus, effective depuis le 1^{er} janvier 2006.

perte d'autonomie était ainsi déjà une promesse du candidat Nicolas Sarkozy lors de l'élection présidentielle de 2007, mais la réforme devant la concrétiser est finalement mise de côté fin août 2011 par manque de moyens financiers et dans le contexte connu de crise économique mondiale et de crise de la zone euro. C'est sur le même modèle qu'un autre projet de « grande loi » n'aboutit pas en 2014-2015, du fait que l'exécutif de l'époque assumait une priorité donnée à l'aide à la jeunesse⁸.

Enfin, sous le premier quinquennat d'Emmanuel Macron, une loi spécifique relative à la dépendance était annoncée dès juin 2018 pour la fin du mandat, avant de ne pas aboutir du fait de la crise sanitaire de Covid-19. Seules des mesures de revalorisations salariales des personnels des Ehpad, des aides à domicile ainsi qu'un projet d'investissement de 2,1 milliards d'euros d'ici à 2025 pour la rénovation et l'équipement matériel et numérique des Ehpad ont été inscrits dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) de 2022⁹. Mais là encore, ce sont des mesures de gestion nécessaires, mais non suffisantes.

La création de la cinquième branche de la Sécurité sociale consacrée au financement de la perte d'autonomie par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie est une étape partielle, mais concrète, point d'appui de décisions plus ambitieuses.

Ses insuffisances sont bien connues :

- un manque de concertation : des organismes d'assurances et des mutuelles indiquent par exemple ne pas avoir été sollicités lors de sa mise en place¹⁰ ;
- et son financement reste également insuffisant, très incertain et flou puisqu'il est prévu qu'une partie du montant de la Contribution sociale généralisée (CSG) vienne alimenter cette branche seulement à partir de 2024.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que ce n'est qu'après la création de cette cinquième branche qu'un rapport fut commandé à Laurent Vachey, inspecteur général des finances et ancien directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie entre 2007 et 2014¹¹, pour rendre le contenu de cette branche plus consistant. Les propositions qu'il y émet – tel le maintien de l'équilibre des compétences en matière de prise en charge de la perte d'autonomie entre les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux ou encore le transfert de certaines prestations d'autres branches vers cette branche-ci¹² – pour une prise en compte plus globale intégrant donc également la prise en charge du handicap ne semblent pour le moment pas intégrées dans des projets de réformes futures. Et si la création de cette branche consacre certes la reconnaissance d'un risque essentiel, il n'y a donc aucun financement précis pour le moment ni droits nouveaux suite à la création de la branche. Et d'une manière générale, il reste très compliqué d'identifier l'ensemble des dépenses d'autonomie effectuées dans le pays, ce qui pose une difficulté supplémentaire¹³. Mais surtout, sur le « terrain », des insuffisances sont toujours persistantes et ces difficultés ne semblent pas pour le moment être prises en compte dans l'élaboration de textes de projets de lois, alors même que, à l'horizon 2050, la France devrait compter près de trois fois plus de personnes âgées de plus de quatre-vingt-cinq ans¹⁴.

La première difficulté réside déjà dans les effectifs des personnels d'aide à domicile, où un sous-effectif flagrant a pour conséquence que beaucoup repose sur le peu de personnels disponibles qui ne peuvent ainsi se concentrer que sur des tâches essentiellement « techniques » (la toilette,...) et non pas sur le relationnel, pourtant tout aussi primordial pour l'efficacité du soin.

8. Béatrice Jérôme, « Au fil des quinquennats, la malédiction des lois pour le grand âge », *Le Monde*, 30 novembre 2021.

9. Béatrice Jérôme, « Loi "grand âge" : histoire d'une promesse non tenue », *Le Monde*, 30 novembre 2021.

10. Audition d'Actense le 13 septembre 2022.

11. Laurent Vachey, *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement*, rapport commandé le 24 juin 2020 et remis le 14 septembre 2020, Vie publique.

12. Il y propose notamment le transfert de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de l'allocation adulte handicapé (AAH), actuellement de la branche « famille ».

13. Audition de Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, le 16 septembre 2022.

14. *Ibid.*

L'enjeu de l'attractivité des métiers d'aide-soignant est déterminant. La question de l'accès aux différentes aides est une autre problématique de grande ampleur, puisque de nombreux témoignages indiquent que le système fonctionne « en silo » et que c'est parfois très complexe pour les publics concernés de savoir à quel interlocuteur s'adresser (le département, du fait de sa compétence sociale, est l'interlocuteur privilégié). La création de ce qui s'apparenterait à un « guichet unique¹⁵ » où l'ensemble des informations pourraient être obtenues (accès aux aides financières, demande d'aide à domicile,...) est régulièrement évoquée, mais ne semble pas pour l'heure être prise en compte dans les politiques publiques nationales.

La question du coût (l'emploi d'un aide à domicile vingt-quatre heures sur vingt-quatre quotidiennement reviendrait, charges comprises, à un coût d'environ 10 000 euros par mois) devient également un problème que les aides existantes ne semblent pas être en capacité de résoudre de manière satisfaisante.

Mais surtout, l'angle d'approche du sujet semble également à reconsidérer. L'usage du terme de « dépendance » pourrait ainsi être abandonné, car il a, de fait, une connotation négative, ce qui n'est pas le cas de la formule factuelle de la « perte d'autonomie ». Il permet, en outre, de façon logique, de développer une politique plus « inclusive », cherchant donc à véritablement intégrer les personnes en perte d'autonomie dans la société. Une audition notamment¹⁶ a fait remonter de nombreux témoignages indiquant que ces personnes, ici en l'occurrence les personnes en situation de handicap, souhaitent non seulement une meilleure prise en charge de leur perte d'autonomie, mais également aspirent à pouvoir elles-mêmes participer à la vie associative et à jouir d'une « utilité sociale » reconnue tout en assumant la perte d'autonomie au quotidien.

Il est ainsi très clair que la perte d'autonomie est un sujet dont les pouvoirs publics – et naturellement

aussi les acteurs privés, mutuelles et assureurs – ont conscience, mais la façon dont il est géré n'est jamais véritablement sortie de l'optique de la « gestion de crise ». Il faudrait donc développer une approche plus structurelle et systémique, centrée sur la prévention, pour mieux anticiper l'ampleur des défis et considérer le sujet sur le long terme.

Après avoir exposé les différentes initiatives prises lors des derniers mandats, qui témoignent, encore une fois, d'une implication déjà effective des pouvoirs publics dans la prise en charge de la perte d'autonomie, ce rapport examinera ensuite, dans un second point, les différentes initiatives proposées ou réalisées en matière de financement de la perte d'autonomie, avec une analyse comparative de la situation globale de la France au regard d'autres États clés sur ces enjeux d'organisation des politiques publiques et d'implication des acteurs privés.

Des efforts financiers incontestables mais non suffisants

Comme très régulièrement lorsqu'il s'agit de traiter les politiques publiques d'envergure, la question du financement global se pose.

L'engagement des pouvoirs publics est significatif bien qu'il faille assurer un financement supplémentaire de 10 milliards d'euros par an (au moins pour ce qui est de la prise en charge de la perte d'autonomie liée aux personnes âgées) pour que le tout soit suffisant¹⁷. Selon des chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées représentaient un total de 30 milliards d'euros en 2014¹⁸, soit 1,4 %

15. Audition de Asmae Chouta et Mohammed Malki, respectivement directrice et responsable mission partenariats, stratégie et développement territorial de l'agence Autonomie Yvelines, Hauts-de-Seine, le 9 juin 2022.

16. Audition de Florence Gros, directrice de l'Office chrétien des personnes handicapées, le 6 septembre 2022.

17. Dominique Libault, *Concertation, grand âge et autonomie*, ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019.

18. Ces 30 milliards d'euros se décomposent ainsi : 23,7 milliards d'euros de dépenses publiques (79 % du total) et 6,3 milliards d'euros de dépenses à la charge des ménages.

du produit intérieur brut (PIB)¹⁹. À titre de comparaison, ce niveau de dépenses se situait en 2011 à 28,3 milliards d'euros avec une charge de 25 % revenant aux ménages²⁰ ; on peut donc relever une augmentation certes légère, mais effective, du montant global des dépenses ainsi qu'une légère diminution du reste à charge (RAC) pour les ménages.

Pour faire un bref rappel de ce que recouvrent les dépenses de la perte d'autonomie, il s'agit, en ce qui concerne les dépenses des ménages, des frais de prise en charge « quotidienne » de la perte d'autonomie (frais d'Ehpad, recours à une aide à domicile principalement). Concernant les frais comptabilisés dans les dépenses publiques, la somme affectée²¹ à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)²², mais surtout le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)²³, de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)²⁴, de la prestation de compensation du handicap (PCH)²⁵, de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)²⁶ ou encore l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)²⁷ en sont les principales composantes.

La mise en place de la majorité de ces allocations étant assez récente, la continuité de l'engagement des pouvoirs publics est certaine ; cependant, la multi-

plication des différentes aides ayant principalement pour objectif d'accroître le nombre des bénéficiaires, les dépenses publiques liées à la perte d'autonomie seront nécessairement amenées à augmenter. Le périmètre des aides existantes ne comprend pas le travail des quelque 3,9 millions de proches aidants auprès des personnes âgées, dont la valorisation pourrait atteindre, selon un rapport récent²⁸, 7 à 18 milliards d'euros. Le plan national maladies rares annoncé en 2018 pour faciliter la prise en charge des personnes dépendantes à la suite du diagnostic d'une maladie rare a même été doté de 780 millions d'euros²⁹, ce qui n'est pas négligeable non plus.

La problématique réside dans la capacité de certaines tranches de la population à faire face à ces différentes dépenses contraintes. Comme le souligne le rapport *Dépendance. Les enjeux du financement*, il y a toujours une inégalité criante pour ce qui est du reste à charge (RAC) moyen pour les personnes après aides et crédit d'impôt éventuels. Le rapport cite ainsi l'exemple d'un reste à charge moyen de 60 euros mensuels pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant à domicile, mais un reste à charge moyen de 1 850 euros mensuels pour une personne résidant en Ehpad, soit un niveau excédant les ressources courantes de la personne âgée dans 75 % des cas³⁰.

19. Selon la Drees, chiffres repris dans le rapport Dominique Libault, *Concertation, grand âge et autonomie*, op. cit., mars 2019.

20. Arnaud Fizzala, *Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix*, Les Dossiers de la Drees, n° 1, 30 mars 2016.

21. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) de 2023 prévoit de mobiliser près d'1,5 milliard d'euros de crédits pour l'autonomie (800 millions d'euros pour le secteur du grand âge et 700 millions d'euros pour le secteur du handicap).

22. Instance créée par la loi du 30 juin 2004 suite à la canicule de l'été 2003 pour contribuer directement au financement de l'aide à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées, elle permet d'aider les départements dans le versement des différentes allocations liées à la perte d'autonomie ou au handicap. Elle participe également au financement d'actions de prévention face aux différentes situations de dépendance ainsi qu'au fonctionnement des Ehpad.

23. Allocation mise en place le 1^{er} janvier 2002 suite à la promulgation de la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Destinée aux personnes âgées de soixante ans et plus en perte d'autonomie, elle est personnalisée en fonction des revenus des personnes et du niveau de perte d'autonomie (GIR 1 à GIR 4). Il y aurait quelque 1,3 million de bénéficiaires fin 2018 selon la Drees.

24. Mise en place par la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, l'allocation est attribuée en fonction du degré de handicap et a pour objectif d'assurer un revenu minimum à la personne handicapée. Il y avait selon la Drees quelque 1,22 million de bénéficiaires fin 2019.

25. Aide personnalisée mise en place par la loi du 11 février 2005 qui vise à l'aide à la prise en charge des dépenses liées à la situation de handicap, réservée aux moins de soixante ans, elle est attribuée en fonction de la situation individuelle. Il y avait, selon la Drees, quelque 373 000 bénéficiaires en 2018.

26. Allocation destinée à assurer un complément de revenu aux personnes invalides ayant une pension de retraite ou une pension d'invalidité, mais n'ayant pas atteint l'âge légal de départ en retraite. Il y avait, selon la Drees, quelque 82 000 bénéficiaires fin 2018.

27. Allocation destinée à l'aide à la prise en charge des dépenses liées au handicap d'un enfant de moins de vingt ans, elle a été mise en place à la suite de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il y avait, selon la Drees, quelque 372 000 bénéficiaires en 2020.

28. *Dépendance. Les enjeux du financement*, Fondation Concorde, 22 juillet 2021.

29. *Plan national maladies rares 2018-2022. Partager l'innovation, un diagnostic et un traitement pour chacun*, ministère des Solidarités et de la Santé.

30. Voir « Grand âge et autonomie : les chiffres clés », ministère de la Santé et de la Prévention, 11 octobre 2018.

La proportion de personnes âgées exposées au risque de perte d'autonomie devant augmenter considérablement dans les années qui viennent (près de 2,2 millions de personnes en situation de perte d'autonomie selon la Drees en 2050, contre 1,3 million en 2015³¹) et avec un nombre estimé de 20 000 personnes supplémentaires en perte d'autonomie chaque année d'ici à 2030 – et même 40 000 au-delà³² –, ces difficultés dans la prise en charge s'accroîtront, que ce soit pour les personnes dépendantes ou pour leur entourage, sachant que plus d'un Français de plus de quarante-cinq ans sur dix déclare être l'aidant d'une personne en situation de dépendance³³.

Un lien entre le financement quotidien de la perte d'autonomie et le niveau de vie se fait ainsi automatiquement. Si le niveau de vie moyen des retraités, les plus nombreux à être en situation de perte d'autonomie, poursuit sa baisse³⁴, celui des actifs s'est encore plus contracté, notamment à la suite de la crise sanitaire. Si la capacité d'épargne des actifs a été soulignée durant les différentes périodes de confinement, elle a été très inégale en fonction des catégories de population.

Ainsi, selon une étude du Conseil d'analyse économique, près de 70 % de l'épargne réalisée en 2020 à la suite de la première vague de Covid-19 l'a été par 20 % des ménages les plus aisés³⁵. Et encore, cette épargne peut être considérée comme étant principalement de court terme et visant à faire face à des situations anxieuses soudaines, telles qu'on peut les connaître dans le contexte actuel.

L'épargne change ainsi fondamentalement de finalité, puisqu'elle n'est plus constituée dans l'optique de la réalisation de projets plus lointains, mais comme une allocation spéciale pour maintenir un niveau de vie le plus décent possible (même une fois retraité), ou pour anticiper une possible situation de perte d'autonomie.

En plus de cette difficulté structurelle de niveau de vie et de constitution d'une épargne de précaution, s'ajoute également un souci de manque de visibilité et de traçabilité dans l'attribution des financements publics. À titre d'exemple concernant les financements du plan maladies rares, la principale difficulté réside dans le fait que, à supposer que les financements alloués permettent d'avoir suffisamment de ressources en personnel médical ou non médical, son affectation globale à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ne permet pas de donner de la visibilité à ce financement sur le terrain : si des demandes spécifiques ont vocation à être faites pour engager tel ou tel nouveau processus de recherche ou bien améliorer les soins de rééducation, il est toujours très complexe de le mobiliser à cet effet, tout comme le recrutement, car la réponse est toujours que les ressources n'ont pas été allouées pour cet objectif précis. Il y a donc un dévoiement du plan maladies rares, avec des effets contraires aux effets recherchés initialement, faute de pouvoir mobiliser ce montant financier spécifiquement pour ce à quoi il était justement destiné³⁶.

Surtout, les augmentations récentes du financement de la perte d'autonomie doivent être appréciées dans l'optique de « gestion de crise » exposée plus haut. Les différentes augmentations sont souvent mobilisées de manière urgente et sans réelle anticipation. Pour souligner cette réalité, peuvent être cités deux exemples d'États ayant développé une vision plus « long-termiste » de la prise en charge de la perte d'autonomie :

– l'Allemagne : le pays étant confronté à un vieillissement de sa population, la création d'une branche de la Sécurité sociale spécialement dédiée à la perte d'autonomie a été effective dès 1995. Le financement de la dépendance est également assuré par une cotisation obligatoire à hauteur de 2,55 %

31. *Dépendance. Les enjeux du financement*, op. cit., 22 juillet 2021.

32. Selon la Drees, chiffres repris dans le rapport Dominique Libault, *Concertation, grand âge et autonomie*, op. cit., mars 2019.

33. Voir « Étude sur la prise en charge de la perte d'autonomie », Harris Interactive, 14 juin 2018.

34. Sandrine Gorreri, « La baisse du niveau de vie des retraités se poursuit », Fondation IFRAP, 2 novembre 2022.

35. Voir *Dynamiques de consommation dans la crise : les engagements en temps réel des données bancaires*, Conseil d'analyse économique, 12 octobre 2020 ; *Dépendance. Les enjeux du financement*, op. cit., 22 juillet 2021.

36. Audition d'une personnalité spécialiste de l'hémophilie à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et souhaitant rester anonyme, le 19 juillet 2022.

37. À parts égales entre l'employeur et le salarié.

du salaire brut³⁷. Une assurance publique de perte d'autonomie est également obligatoire à contracter, elle reste publique jusqu'à 57 600 euros de salaire annuel³⁸ ;

- la Suède : la Suède peut être érigée en « État modèle » dans la prise en charge de la perte d'autonomie, puisqu'elle y consacre 3 % de son PIB. Les gouvernants ont même institué le principe d'un reste à charge plafonné pour les citoyens effectuant des dépenses liées à une situation de perte d'autonomie, reste à charge plafonné à 170 euros par mois pour les soins à domicile et à 180 euros par mois pour une personne vivant en établisse-

ment d'hébergement. Surtout, les municipalités suédoises font office de « guichet unique » et c'est à cet échelon institutionnel que le suivi des différents cas est effectué³⁹.

Si la nécessité de reconsidérer l'évolution de la prise en charge de la perte d'autonomie n'est plus à contester, ce rapport va s'attacher maintenant à exposer plusieurs initiatives existant déjà sur le terrain pour assurer cette meilleure prise en charge et à formuler des propositions concrètes pouvant être mises en place de manière efficace et rapide.

38. Solveig Godeluck, « Comment nos voisins européens gèrent la dépendance des personnes âgées », *Les Échos*, 28 mars 2019 ; « Livre blanc : Construire une nouvelle solution solidaire et transparente face à la dépendance liée à l'âge », France Assureurs, 7 décembre 2021.

39. *Ibid.*

Une nécessaire évolution dans la prise en charge de la perte d'autonomie

Des conditions d'accès et aux informations quant à la prise en charge de la perte d'autonomie complexes face auxquelles des initiatives émergent

Les difficultés précédemment évoquées, si elles ne semblent pas pour l'heure faire l'objet de projets ou de propositions de lois pour y remédier, sont malgré tout prises en compte par les acteurs de la prise en charge de la perte d'autonomie, qui tentent de trouver des solutions pour rendre l'accès aux informations moins complexe. Il a été intéressant tout au long de l'élaboration de ce rapport de constater les initiatives prises en ce sens par les différents acteurs concernés de près ou de loin par le problème de la perte d'autonomie.

Concernant les problèmes liés au financement des soins de perte d'autonomie par les ménages principalement, France Assureurs, l'organisation professionnelle du secteur de l'assurance, a mis en place avec la Mutualité française (après la publication du rapport de Dominique Libault, *Grand âge et autonomie*, en mars 2019) une solution pour les personnes en situation de perte d'autonomie comportant un dispositif de prise en charge avec un socle de base. Ce dispositif permet le versement d'une rente ainsi qu'un

ensemble de service alloués aux personnes en perte d'autonomie : la généralisation de cette couverture dépendance viendrait s'articuler avec les dispositifs publics et compléter ce qui est pris en charge par les pouvoirs publics⁴⁰.

Dans la même dynamique, le cabinet de conseil Actense⁴¹ nous a indiqué que le principal problème dans la conclusion de contrats d'assurance-dépendance est qu'ils sont proposés à des actifs pour qui le risque d'être dans une situation de perte d'autonomie paraît encore lointain (il se situe au-delà de quatre-vingts ans en moyenne)⁴². Faire prendre conscience des différents risques aux différents publics bien en amont dans une logique de prévention et de partenariat étroit entre acteurs publics et privés constitue sans doute également une clé pour une meilleure prise en charge du problème.

Concernant l'accès à l'information, la pertinence de la création d'un « guichet unique » (à l'échelon départemental, puisque le département dispose de la compétence sociale) qui coordonnerait l'ensemble du processus de la prise en charge (de la simple information à l'accompagnement dans les prestations de soins) est très régulièrement évoquée.

Or, le département des Yvelines (considéré comme pionnier dans la prise en charge de la perte d'autonomie) et celui des Hauts-de-Seine ont créé au 1^{er} janvier 2021 une agence interdépartementale, Autonomy Yvelines-Hauts-de-Seine, avec pour orientation stratégique de répondre au défi de

40. Audition de Hicham Afrache, responsable d'études Vie et capitalisation, direction des assurances de personnes (France Assureurs), et de Philippe Bernardi, directeur du Pôle Assurances de personnes (France Assureurs), le 21 juin 2022.

41. Cabinet de conseil en protection sociale dont l'une des actions concrètes est de faire se rencontrer différentes branches d'entreprises *via* des commissions paritaires, afin de mettre en place des régimes appropriés, mais aussi d'exercer une activité de conseil adaptée sur les sujets de la retraite, de la santé, de la prévoyance et de la perte d'autonomie, en utilisant son expertise en tant qu'actuaire permettant d'optimiser le risque des modèles retenus.

42. Audition de François Lussou, directeur général de Actense, le 13 septembre 2022.

l'accélération du vieillissement sur leurs territoires et à l'aspiration massive des seniors et des personnes en situations de handicap de continuer à vivre à domicile et dans leur environnement habituel ou choisi. Lors de la création de l'agence, l'objectif – ambitieux – était d'en faire l'incarnation pratique de ce que les politiques publiques devraient permettre pour la prise en charge de la dépendance, à savoir respecter le choix des publics concernés souhaitant rester à domicile malgré la complexité de leur situation.

Le département des Yvelines – associé au département des Hauts-de-Seine dans le cadre de la fusion de certains services – est souvent cité en valeur d'exemple pour la qualité de sa gestion. L'agence est l'opérateur du département et a pour vocation de faciliter l'accès à l'offre de services et de soins, aux aides techniques, à l'aménagement des habitats et veille aussi à la sécurisation des parcours des bénéficiaires. Elle a également une mission en matière de transformation de l'offre et d'innovations (types de services, d'organisation de technologies proposées) et d'accompagnement de la transition numérique des établissements sociaux et médicosociaux qui relèvent du périmètre du département. C'est un choix d'organisation inédit en France qui montre son efficacité grâce à sa capacité à agir⁴³. L'agence peut ainsi proposer un plan d'action pour une personne, avec également des recommandations financières pour faciliter la prise en charge, le plan d'aide étant notifié à la personne.

L'intérêt de l'agence réside aussi dans l'exécution de la prise en charge de la perte d'autonomie, puisque le médicosocial est du ressort du département, mais le sanitaire est du ressort des agences régionales de santé (ARS). Avant les prises en charge, les évaluations peuvent différer entre les deux parties. L'agence cherche également à remédier à ces problématiques. En la matière, elle ne fait que suivre en pratique l'une des recommandations du rapport *Grand âge et autonomie* remis par Dominique Libault à la ministre

de la Santé le 28 mars 2019, qui préconisait la mise en place d'un guichet unique de service public territorial en la matière pour faciliter et uniformiser les interventions des départements et des ARS. Cette expérimentation pourrait éventuellement donner lieu à une généralisation partout sur le territoire.

Pour gagner encore plus en efficacité, notamment dans la coordination des différents acteurs locaux liés à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, des gérontopôles ont également été créés à partir de 2007⁴⁴. Actuellement au nombre de 9 (Toulouse, Auvergne Rhône-Alpes, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine, Sud-Provence Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France, Bretagne et Bourgogne-Franche-Comté), ils ont pour objectif l'impulsion à l'échelon régional d'une « dynamique du bien vieillir ». Bien qu'ils présentent des objectifs différents selon les territoires, ils ont en commun de développer systématiquement une approche transversale pour y fédérer l'ensemble des acteurs médicosociaux. Ils développent également l'ambition d'allier la santé, la formation aux métiers d'avenir pour la prise en charge de la perte d'autonomie, la volonté d'éviter la délocalisation de certains emplois pouvant aider à la prise en charge de la dépendance ainsi que l'accompagnement des entreprises concernées par la problématique. Forts de ce nouveau statut, les gérontopôles ont remis en février 2022 à Brigitte Bourguignon, alors ministre déléguée chargée de l'Autonomie, un cahier des charges établissant des recommandations pour la prise en charge de la perte d'autonomie pour les années à venir⁴⁵.

Des solutions ont également été mises en place dans l'accompagnement concret et quotidien des personnes en situation de perte d'autonomie, notamment par rapport aux établissements spécialisés qui accueillent un nombre non négligeable de personnes dépendantes (21 % des personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans résident en Ehpad⁴⁶).

43. Audition de Asmae Chouta et Mohammed Malki, respectivement directrice et responsable mission partenariats, stratégie et développement territorial de l'agence Autonomie Yvelines-Hauts-de-Seine, le 9 juin 2022.

44. Les gérontopôles ont été créés en avril 2007 par le ministère des Solidarités et de la Santé. La création du premier gérontopôle à Toulouse a été annoncée le 12 avril 2007 par les ministres Philippe Bas et Xavier Bertrand.

45. Gilles Berrut et Sébastien Podevyn-Menant, *Cahier des charges des gérontopôles*, ministère chargé de l'Autonomie, février 2022.

46. Dominique Libault, *Concertation, grand âge et autonomie*, op. cit., mars 2019.

La structure Eneal⁴⁷ a par exemple mentionné qu'elle pouvait être en capacité de racheter certains établissements médicosociaux et d'y apporter une ingénierie pour en améliorer la qualité. Une fois des établissements acquis, Eneal peut ensuite les proposer à la location à des établissements partenaires. L'objectif commun de ce genre d'opérations est de permettre d'obtenir, *in fine*, un loyer d'équilibre au sein de ces établissements pour rester dans la logique de prix modérés pour les personnes âgées concernées qui disposent souvent de moyens financiers assez faibles. Eneal s'emploie ensuite à permettre à la fois aux locataires vieillissants d'y vivre, bien entendu, mais également d'y bénéficier de services (restauration, utilisation d'un équipement de télémedecine pour briser l'isolement, disposer de salles et d'espaces suffisants pour accueillir d'autres personnes du quartier, apporter des services à des personnes vieillissantes du quartier qui ne vivent pas forcément dans ces établissements,...)⁴⁸.

Au vu des différentes initiatives ci-dessus évoquées, il paraît maintenant possible de formuler un certain nombre de propositions concrètes pour améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie, propositions établies en réponse aux nombreux problèmes structurels relevés plus haut.

Propositions concrètes pour faire face aux enjeux de la prise en charge de la perte d'autonomie

Une implication plus forte des acteurs privés et *a minima* une mutualisation des actions des acteurs publics et de celles des acteurs privés

L'attente d'une implication plus forte des acteurs privés est le point commun qui ressort de l'ensemble

des auditions effectuées dans le cadre de ce rapport. Cette implication pourrait effectivement combler bien des manques dans les insuffisances actuelles.

Concernant le financement, la capacité de mutualisation proposée par les assureurs et les mutuelles permettrait une prise en charge plus en amont du risque dans une logique de sensibilisation et de prévention.

Une implication croissante du secteur privé, articulée avec précision avec les dispositifs publics et en particulier selon les critères de mesure de la perte d'autonomie, simplifierait la gestion et la prise en charge de ce risque, ajouterait une dimension de prévention, de mutualisation et donnerait des perspectives de diminution du RAC (reste à charge)⁴⁹.

Le rôle des acteurs publics serait toujours déterminant dans la gestion et le suivi du dispositif proposé par les organismes d'assurance (État, caisses de Sécurité sociale, départements, ARS, collectivités locales).

De façon cumulative, les acteurs publics représentent environ 80 % des dépenses, le solde étant assuré essentiellement par les ménages ; le secteur privé est donc encore quasi inexistant à ce jour en masse financière. Or son intervention pourrait également être pertinente : par exemple, pour le reste à charge (RAC) résultant des frais de placement en Ehpad, la majorité des contrats d'assurance classiques de dépendance ne suffisent pas aux signataires pour en régler intégralement les frais.

D'une manière générale, la prise en charge de la dépendance constituant une préoccupation pour l'ensemble des citoyens, il semble tout à fait normal que l'ensemble des acteurs publics et privés puissent s'en saisir.

En opérant cette mutualisation, des solutions nombreuses permettant de faciliter la prise en charge de la perte d'autonomie pourront émerger, adaptées au cas par cas ; en outre, ces solutions spécifiques montreront aux personnes concernées qu'elles sont considérées, ce qui est une des clés de la réussite du défi.

47. Filiale du groupe Action logement, foncière médicosociale spécialisée dans les logements médicosociaux. La structure a notamment pour rôle d'accompagner le secteur médicosocial à but non lucratif, avec par exemple une remise à niveau du volet immobilier.

48. Audition de Mario Bastone, directeur général d'Eneal, le 20 septembre 2022.

49. Voir la description sommaire du dispositif proposée en annexe.

Un renforcement de la cinquième branche de la Sécurité sociale consacrée à la dépendance, qui est une bonne initiative, mais insuffisante pour répondre aujourd'hui à la totalité des enjeux posés

Malgré sa création en 2020, cette branche pêche toujours par l'absence de consistance quant à son contenu et son financement. Elle doit devenir la branche du « pouvoir d'agir », de « choisir sa vie » ou du moins de « garder des espaces de choix dans sa vie »⁵⁰. Actuellement, elle consacre certes la reconnaissance d'un risque spécifique essentiel, mais, parallèlement, il n'y a aucun financement ni droits nouveaux suite à la création de cette branche.

Il faut donc d'urgence lui donner une consistance, des objectifs et des financements précis et en toute logique une articulation précise avec les acteurs privés pour pouvoir amplifier son action sans dépendre exclusivement d'aléas budgétaires.

Résoudre l'équation financière liée à la démographie et au vieillissement de la population par une solidarité intergénérationnelle et une mutualisation du financement de la perte d'autonomie

Si des incitations fiscales pourraient être mises en place au moment de la signature des contrats de complémentaire santé responsable, cela ne suffirait pas à toucher l'ensemble du public concerné, qui n'est pas en totalité assujéti à l'impôt sur le revenu.

Une solution de financement mutualisé pourrait être mise en place comme le préconisait un rapport récent de la Fondation Concorde⁵¹ : un produit d'épargne dépendance pourrait être créé avec le concours des pouvoirs publics et des acteurs assurantiels et mutualistes privés pour permettre aux assurés de disposer d'une rente dépendance.

Pour une mise en place effective (voir le descriptif en annexe 1), le rapport de la Fondation Concorde préconise l'institution d'une cotisation d'équilibre en contrepartie du versement mensuel de cette rente et l'adossement systématique du contrat d'assurance dépendance aux contrats de complémentaire santé responsables couvrant aujourd'hui 96 % de la population française. Le rôle de l'État serait incitatif avec une prise en charge partielle des cotisations dues au titre de la période où la complémentaire santé serait valide.

La mise en place de ce modèle de financement pour la perte d'autonomie serait possible sans augmentation parallèle des dépenses publiques et des prélèvements obligatoires.

Rassembler les initiatives locales en faveur de la lutte contre la perte d'autonomie grâce à un guichet unique facilitant le décloisonnement de l'information sous l'autorité du Département dans le prolongement logique de sa compétence sociale

Durant l'examen de la proposition de loi « Bien vieillir » à l'Assemblée nationale, un amendement gouvernemental proposant la création de ce guichet unique à l'échelle des départements a été adopté le 12 avril 2023. Il reste néanmoins à lui donner une vraie consistance.

Assurer une valorisation effective des métiers d'aidants afin de renforcer leur attractivité

Il est estimé, actuellement, que la création de 450 000 emplois supplémentaires serait jugée nécessaire au marché actuel pour que la prise en charge se fasse au mieux. L'augmentation de 25 % du ratio entre les aidants et les personnes aidées serait aussi bénéfique⁵². Il convient aussi de poser la question d'une meilleure rémunération de ces professions

50. Audition de Denis Piveteau, conseiller d'État et ancien directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 2005 à 2008, le 7 octobre 2022.

51. *Dépendance. Les enjeux du financement*, op. cit., 22 juillet 2021.

52. Audition de Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, le 16 septembre 2022.

pour prendre en compte leurs diverses spécificités, tels les frais de déplacement ou autres. La profession doit également jouir d'une meilleure inclusion. En 2018, par exemple, 72 % des aidants indiquaient ne pas être interrogés sur leur propre état de santé conséquemment à leur statut. Or, environ trois aidants sur dix reconnaissent que leur profession a des effets parfois délétères sur leur état de santé (forme physique, sommeil,...)⁵³. Les Français étant de plus en plus sensibles à cette valorisation insuffisante du statut d'aidant, une remise à plat de ce que ce statut implique semble plus que jamais nécessaire.

Donner une meilleure visibilité à l'ensemble des personnes concernées par une situation de perte d'autonomie

Lorsqu'il est question de perte d'autonomie, le lien est fait de manière quasiment automatique avec la

problématique des personnes âgées. Pourtant, d'autres publics, telles les personnes atteintes de maladies rares ou en situation de handicap, sont tout autant concernés, d'autant plus que peuvent se poser pour ces publics d'autres défis qui ne concernent pas nécessairement les personnes âgées, à l'image de l'accès au marché du travail.

Le manque de visibilité des publics concernés par les problématiques de perte d'autonomie est une réalité et les décideurs publics pourraient ainsi réfléchir aux possibilités de mieux donner la parole à ces personnes pour déterminer les dispositifs publics *ad hoc*.

53. Anne-Laure Gallay, *Quelle place pour les aidants dans notre société ?*, Fondation Jean-Jaurès, 5 octobre 2022.

Conclusion

Assez peu évoqué par l'ensemble des candidats lors de la dernière élection présidentielle, le sujet de la perte d'autonomie a été inscrit à l'ordre du jour du Conseil national de la refondation mis en place le 8 septembre dernier par le président de la République.

Longtemps parent pauvre des politiques sociales publiques françaises, la prise en charge de la perte d'autonomie devrait gagner en visibilité dans les prochains mois dans le contexte du début du nouveau mandat présidentiel. L'absence de prise en charge de ce sujet dans sa globalité témoigne sans doute de l'existence de nombreuses difficultés à structurer des politiques publiques pour répondre aux enjeux posés.

L'engagement des pouvoirs publics est effectif, notamment par l'augmentation significative des différents financements mobilisés ainsi qu'à la multiplication des prestations sociales que les citoyens

concernés peuvent solliciter, mais ne répond que partiellement aux enjeux, d'autant que les perspectives démographiques ne peuvent que les aggraver.

Les difficultés sont en effet d'ordre plus structurel (jeu des acteurs locaux, démographie, intégration de publics distincts, anticipation/prévention, articulation public-privé), la multiplication d'initiatives, notamment locales, étant encourageante pour faciliter les différentes prises en charge nécessaires.

Dans cette optique, nous présentons dans ce rapport différentes propositions, dont le point commun est qu'elles peuvent être mises en place dans un délai relativement court. Nous souhaitons que ces propositions contribuent à faire avancer la réflexion et surtout la prise de décision par les pouvoirs publics sur un sujet qui représente un enjeu majeur pour notre société.

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des personnes listées ci-dessous, auditionnées dans le cadre de la préparation de ce rapport. La reprise de certains de leurs propos a été précisée dans les notes de bas de page.

- **Asmae Chouta**, directrice de l'agence Autonomy Yvelines-Hauts-de-Seine, le 9 juin 2022 ;
- **Mohammed Malki**, responsable mission partenariats, stratégie et développement territorial, Agence Autonomy Yvelines-Hauts-de-Seine, le 9 juin 2022 ;
- **Hicham Afrache**, responsable d'études Vie et capitalisation, direction des assurances de personnes (France Assureurs), le 21 juin 2022 ;
- **Philippe Bernardi**, directeur du Pôle Assurances de personnes (France Assureurs), le 21 juin 2022 ;
- **Alexandre Petit**, président d'Alogia, le 22 juin 2022 ;
- **Florence Gros**, directrice générale de l'Office chrétien des personnes handicapées (OCH), le 6 septembre 2022 ;
- **François Lusson**, directeur général de Actense, le 13 septembre 2022 ;
- **Dominique Libault**, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFPS) et auteur du rapport *Concertation, grand âge et autonomie* remis à la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn le 28 mars 2019, le 16 septembre 2022 ;
- **Mario Bastone**, directeur général de Eneal, le 20 septembre 2022 ;
- **Denis Piveteau**, conseiller d'État et ancien directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 2005 à 2008, le 7 octobre 2022.

Annexe

Solution solidaire et transparente de prise en charge de la perte d'autonomie proposée par France Assureurs et la FNMF

France Assureurs et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) proposent de mettre en place un dispositif de prise en charge de la perte d'autonomie totale, en partenariat avec les pouvoirs publics, reposant sur une mutualisation large à moindre coût.

Ce dispositif permet de bénéficier d'un tarif unique. L'âge à partir duquel la cotisation est prélevée et le niveau de la rente viagère garantie en cas de perte d'autonomie seraient fixés en accord avec les pouvoirs publics.

Il propose un socle de base avec une garantie prévoyant le versement d'une rente viagère (entre 300 euros et 500 euros selon le niveau de la cotisation) en cas de perte d'autonomie totale caractérisée sur les critères de la Sécurité sociale (GIR 1 et GIR 2).

Le dispositif prévoit le rattachement d'une telle garantie aux nouveaux contrats d'assurance complémentaire santé responsables. Tous les organismes collectent une ressource qu'ils reversent au « pool ».

Il prévoit la portabilité de la garantie dépendance en cas de changement d'entreprise d'assurance santé, donnant ainsi à chaque assuré la liberté de choisir son organisme assureur en fonction de l'évolution de sa situation.

La mutualisation du risque est assurée au sein d'un « pool » de co-assurance qui permet une totale transparence dans la gestion du risque. Ce « pool » effec-

tue le pilotage de long terme du risque, en cohérence avec les pouvoirs publics. Il garantit et provisionne les sinistres et couvre financièrement de manière viagère les dépendants totaux.

La gestion du risque permet une prise en charge immédiate des personnes totalement dépendantes sans période de carence dès sa mise en place. En régime de croisière, les cotisations appelées couvrent la charge liée au provisionnement des sinistres de chaque exercice.

Au-delà du socle de base, tous les organismes pourraient proposer des garanties dépendance complémentaire plus larges (montants de rente supérieurs, couverture dépendance partielle, assistance...).

La mutualisation d'une assurance dépendance au plus grand nombre constitue la condition pour pouvoir l'offrir au moindre coût et la gérer en partie par répartition. Le choix de la rattacher aux contrats d'assurance complémentaire santé semble à cet égard pertinent, 96 % des foyers français disposant de cette couverture. Pour y parvenir, les assureurs proposent de créer un nouveau contrat responsable complémentaire santé, pour lequel la taxe de solidarité additionnelle serait supprimée, ou du moins réduite. Cela permettrait à ceux qui en bénéficieraient d'alléger le coût individuel d'une telle protection et de la rendre attractive pour le plus grand nombre.

Table des matières

01	Introduction
03	Un enjeu tardivement pris en compte mais des insuffisances persistantes sur le terrain
03	Un sujet indiscutablement pris en compte par les pouvoirs publics mais sous l'angle exclusif de la « gestion de crise »
05	Des efforts financiers incontestables mais non suffisants
09	Une nécessaire évolution dans la prise en charge de la perte d'autonomie
09	Des conditions d'accès et aux informations quant à la prise en charge de la perte d'autonomie complexes face auxquelles des initiatives émergent
11	Propositions concrètes pour faire face aux enjeux de la prise en charge de la perte d'autonomie
14	Conclusion
15	Remerciements
16	Annexe : solution solidaire et transparente de prise en charge de la perte d'autonomie proposée par France Assureurs et la FNMF

Réalisation : REFLETS GRAPHICS

AVRIL 2023

Collection dirigée par Laurent Cohen et Jérémie Peltier

© Éditions Fondation Jean-Jaurès
12, cité Malesherbes – 75009 Paris

www.jean-jaures.org

Derniers rapports et études :

04_2023 : État d'urgence démocratique : comment décider ensemble ?
Marinette Valiergue

03_2023 : Travailler autrement ? Comment la pandémie a changé les organisations
du travail en Europe
Sarah Proust

02_2023 : Le rapport au travail post-Covid. Télétravail, management, reconnaissance, santé... :
les nouvelles tendances
Romain Bendavid (coord.)

02_2023 : Droits des femmes : combattre le « backlash ». Recommandations pour la politique
étrangère de la France
Amandine Clavaud, Lucie Daniel, Clara Dereudre, Lola-Lou Zeller

02_2023 : Enquête Climat : l'opinion dans 40 pays. Focus sur 10 pays d'Afrique et du Moyen-Orient
Matthieu Cassan, Gilles Olakounlé Yabi

01_2023 : Another License Fee is Possible. For an Earmarked and Fair Funding of Public Service
Media
Julia Cagé

01_2023 : L'extrême droite au sein des parlements européens
Antoine Bristielle, Ann-Cathrine Jungar, Eric Miklin, Aurora Mínguez, Max-Valentin Robert,
Sanna Salo, Wolfgang Schroeder

01_2023 : Pénibilité, une lassitude nommée travail
Denis Maillard

12_2022 : Des « gilets jaunes » à l'inflation. Une réinvention forcée de la consommation ?
Michel-Édouard Leclerc, Dominique Lévy-Saragossi

11_2022 : Lutter contre la fast fashion. Huit propositions pour transformer l'industrie de la mode
à l'échelon européen
Fanny Hervo

-  [fondationjeanjaures](https://www.facebook.com/fondationjeanjaures)
-  [@j_jaures](https://twitter.com/@j_jaures)
-  [fondation-jean-jaures](https://www.linkedin.com/company/fondation-jean-jaures)
-  www.youtube.com/c/FondationJeanJaures
-  [fondationjeanjaures](https://www.instagram.com/fondationjeanjaures)

Abonnez-vous !



www.jean-jaures.org


Fondation
Jean Jaurès
ÉDITIONS