



Séminaire LISA - OCIRP

Politique de l'autonomie : à rénover de fond en comble

14^{ème} séance : 11 Juin 2025

Synthèse

La séance est ouverte par **Marie-Anne Montchamp**, qui présente **Frank Nataf**, président de la **Fédésap** depuis septembre 2022. Figure reconnue du secteur de l'**aide à domicile**, il est aussi **fondateur du réseau AUXI'life**, dédié à l'accompagnement des personnes en situation de **handicap**. Membre du **Conseil de la CNSA** et du **Comex de la CPME**, il incarne une vision militante en faveur d'une société **inclusive**, fondée sur le triptyque : « **bien grandir, bien vivre, bien vieillir à domicile** ».

Marie-Anne Montchamp appelle à une **inversion de perspective** : quitter un modèle **hospitalo-centré**, hérité du sanitaire, pour construire une approche **ascendante**, ancrée dans les **besoins concrets** des personnes. Ce « voyage » aux côtés de Frank Nataf propose d'explorer une vision centrée sur l'**individu**, ses **capacités**, ses **aspirations** et les **adaptations** progressives face à l'avancée en âge.

Stéphane Le Bouler resitue l'intervention pour cette **14^e séance du séminaire**, amorcé avec **Bernard Ennuyer**. Ce séminaire a été l'occasion de revenir sur vingt années d'atermoiements, sinon d'**immobilisme politique relatif**, malgré des repères législatifs tels que la **loi Handicap**, le **plan Solidarité grand âge**, ou encore la **création de la branche Autonomie**, dont les effets concrets se font attendre.

Il souligne deux fils rouges du séminaire : la **centralité de l'aide à domicile** et la **nécessité de repenser les modèles d'évaluation** et de **soutien à l'autonomie**. L'intervention de Frank Nataf s'attachera notamment aux **enjeux économiques**, à la **solvabilisation du secteur** et à sa **capacité de fidélisation** des intervenants.

État des lieux du secteur : entre poids économique et complexité structurelle

Frank Nataf commence son propos par un **panorama du secteur** via la **Fédésap**, **première fédération en nombre de structures employeuses** : **4 300 adhérents** représentant environ **170.000 salariés**. Sa particularité : regrouper **entreprises et associations**, opérant aussi bien dans les **SAAD** (aide à domicile) que les **SSIAD** (soins infirmiers), alors qu'une **fusion** de ces entités est engagée.

Le **poids national** de la Fédésap est notable :

- **27 %** des heures d'intervention à domicile,
- **35 %** des heures financées par l'**APA** ou la **PCH**.

Ces **aides publiques**, conçues initialement pour soutenir la **demande**, servent désormais aussi à maintenir l'**offre**, dans un contexte nécessitant une **clarification politique urgente**.

Il rappelle que le secteur couvre **26 activités différentes** (de l'**aide à domicile** au **coaching sportif**), avec une **hétérogénéité des statuts et conventions collectives** (trois principales), et des **modes d'intervention** variés : **prestataire, mandataire ou gré à gré (CESU)**.

Un secteur aux multiples atouts, mais profondément fragilisé

Le secteur présente de **forts atouts** :

- Il répond aux **attentes de 90 % des Français : vivre et vieillir chez soi**.
- Il est **non délocalisable** et couvre **l'ensemble du territoire**, y compris les **zones rurales**.
- Il représente plus de **400.000 emplois**.

Mais ces atouts sont **contrebalancés par des fragilités structurelles** :

- Une **extrême atomisation** : environ **9.000 structures d'aide** et **2.200 de soins**.
- Une **majorité de CDI**, mais souvent à **temps partiel**, d'où une **faible rémunération**.
- Une **féménisation massive** (près de **90 % des salariés**), menant à une **dévalorisation économique et symbolique**.

À titre d'inspiration, le **Québec** a procédé à une **revalorisation salariale de 25 %** dans le secteur médico-social, reconnaissant ainsi son **utilité sociale essentielle**.

Premier niveau d'adaptation : une philosophie de l'adaptation et de la proximité

Frank Nataf insiste sur la **spécificité de l'accompagnement à domicile**, fondé sur une **adaptation constante** aux **besoins individuels**, en contraste avec le fonctionnement **standardisé des EHPAD**. L'aide à domicile incarne une logique du « **dernier kilomètre** », permettant aux personnes de **conserver une vie dans leur environnement**.

Cette philosophie se heurte à des **résistances culturelles** (refus de certains équipements adaptés) et à des **contraintes pratiques** pour les professionnels. Malgré une **demande sociale forte**, les **investissements publics** restent insuffisants, renforçant la nécessité d'un **réengagement politique structurant**.

Depuis quatre ans, entre **1,2 et 1,4 milliard d'euros** sont alloués annuellement au secteur par la **CNSA**. Néanmoins, cela ne représente encore que **10 à 12 % de son budget**, contre plus de **85% pour les établissements**. La progression du financement suit une **courbe logarithmique**, bien loin d'une transformation rapide.

Des modèles étrangers, comme **Buurtzorg** aux **Pays-Bas**, illustrent des pistes prometteuses fondées sur l'**auto-organisation locale**. Bien que difficile à transposer directement en France, cette approche stimule l'**innovation**.

L'**intelligence artificielle** commence à être intégrée, notamment pour optimiser les **plannings**. L'objectif : **augmenter l'efficacité de l'intervention humaine**, sans la remplacer. Par exemple, un auxiliaire de vie pourrait organiser automatiquement les **repas adaptés d'un bénéficiaire**, afin de se concentrer davantage sur le **lien social**.

Deuxième niveau d'innovation : le Care Management

Le **Care Management**, inspiré des **États-Unis**, est une **méthode médico-sociale intégrée**, visant à articuler les **besoins des publics**, les **offres de service** et les **financements**. Ce modèle individualisé propose un **accompagnement à 360°** des personnes en perte d'autonomie, assuré par un **intervenant référent**, le **Care Manager**, véritable **facilitateur de parcours**.

Il apporte :

- Un **diagnostic global**,
- Une **information claire**,
- Une **coordination des acteurs**,
- Un **soutien quotidien aux aidants**.

Le **Care Management** répond pleinement aux objectifs de la **Conférence nationale du bien-vieillir** :

- **Prévention**,
- **Lien social et citoyenneté**,
- **Attractivité des métiers**.

Troisième niveau d'innovation : l'habitat inclusif

L'**habitat inclusif** propose une alternative aux EHPAD pour les personnes âgées ou handicapées, en regroupant les logements autour d'un **projet de vie sociale** (loi ELAN 2018). Soutenu par les **articles 34 et 78 des LFSS 2021 et 2023**, le dispositif compte **95 départements engagés** et **plus de 2.000 projets financés** via l'**AVP (aide à la vie partagée)**.

Ce modèle :

- **Mutualise les services** (auxiliaires, animations...),
- **N'est pas médicalisé**, se rapprochant du **domicile**,
- S'adresse aussi à des **logements existants**, (notamment **HLM** dont 30 % des locataires ont plus de 65 ans).

Mais il fait face à des **limites économiques** : la **crise des résidences services** (ex. **Les Girandières, Domitys**) révèle les **fragilités** liées à une logique de **rentabilité immobilière**. Le **rapport Piveteau-Wolfrom** recommande de **décorrélérer valeur immobilière et valeur d'usage sociale**.

Une urgence démographique et économique

Entre **2030 et 2050**, la **population dépendante** augmentera de **40 %**, alors que le modèle économique actuel est déjà **insoutenable**. Le financement reste **faible (1,4 % du PIB)**, comprenant des **restes à charge élevés**, y compris à domicile (**jusqu'à 300 €/mois**).

Le **Danemark** montre une autre voie :

- **Virage domiciliaire engagé dès les années 1980**,
- Seulement **1.000 EHPAD**,
- **3,5 % du PIB consacré à la dépendance**,
- Un **modèle public exclusif**, plus stable.

Les **Pays-Bas** ont opté pour un modèle **progressif**, avec un **fort développement du domicile** et l'**arrêt des créations d'EHPAD**.

En France, le reste à charge moyen pour un EHPAD s'élève à **2 332 €/mois**. **Les soins médicaux sont pris en charge** alors que les aides non médicales sont au moins en partie à la charge des bénéficiaires.

En France, le secteur est fragilisé :

- **70 % des EHPAD sont en déficit,**
- Les services à domicile **manquent de données consolidées,**
- Les structures associatives **consomment leurs fonds propres,**
- Les entreprises privées ont des **marges très faibles (1,5 à 2,5 %),**
- À titre de comparaison, les **EHPAD lucratifs** enregistraient autrefois des **marges de 15 à 25 %.**

Une gouvernance éclatée et une complexité administrative paralysante

Le système de l'aide à domicile souffre d'une **gouvernance fragmentée**, alors même que l'acte d'intervention est simple. Le **financement du soin** relève des **ARS**, tandis que celui de l'**aide** est à la charge des **départements**, via des dispositifs tels que l'**APA** ou la **PCH**. Cette dualité engendre des **logiques de financement distinctes**, particulièrement pour les **SAD mixtes** (aide + soin).

S'ajoutent à cela des **structures mandataires** dont l'autorisation dépend de la **DREETS**, sans implication des départements, renforçant la **désorganisation globale** du secteur.

Dans un contexte où les **recettes départementales déclinent** (notamment via la chute des droits de mutation immobilière), les **marges de manœuvre sont devenues quasi nulles**.

Les **CPOM** (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) fonctionnent comme des **délégations de service public** non assumées. Les **appels à projets**, quant à eux, sont lourds, chronophages et peu efficaces sur le plan opérationnel. En moyenne, **150 SAD par département** sont concernés.

Une proposition radicale vise à **basculer vers un modèle d'allocation directe**, géré via une **interface numérique sécurisée**, afin de réduire la **perte en ligne du financement**, aujourd'hui si importante que **l'argent n'arrive plus au dernier maillon**.

La situation est critique : des structures de **300 à 400 salariés ferment**, sans repreneur, signe d'un **darwinisme économique** inquiétant.

La **loi du 28 décembre 2015** a bloqué la création de nouvelles autorisations dans l'aide à domicile, au nom de la **protection des acteurs historiques**. Ce **verrouillage du secteur** empêche son adaptation, à rebours des transformations observées dans d'autres domaines (ex : **VTC vs taxis**).

Même les tentatives de réforme échouent : l'obligation de **fusionner les SAD mixtes en une entité juridique unique** n'a produit que **huit fusions en trois ans**, montrant l'**inadéquation entre injonction et réalité de terrain**.

Pour une transformation souple de l'offre

La solution serait de **croiser les compétences** : permettre aux **services d'aide de faire du soin** et aux **services de soin d'assurer de l'aide**, rompant ainsi avec la logique d'établissement.

L'exemple de la **Haute-Garonne** illustre l'absurdité d'un système fondé sur l'**adresse du siège social**, sans lien avec la **zone réelle d'intervention**, qui dépend de la **demande et des ressources humaines disponibles**.

Deux modèles coexistent :

- Des **équipes spécialisées localement**, très performantes à l'échelle d'un petit territoire ;
- Des **équipes mobiles**, plus résilientes à long terme.

Contrairement à un EHPAD, le **modèle domiciliaire** est **flexible** et **réactif** face aux **évolutions démographiques** prévues après 2050.

L'**empirisme coopératif** fonctionne : les structures d'aide orientent spontanément vers des infirmiers ou services partenaires (ex : SSIAD), sans cahier des charges formel. C'est sur cette **logique de terrain** que doit s'appuyer la transformation du secteur, plutôt que sur une **régulation rigide, descendante et uniforme**.

Un financement structurellement insuffisant

Le **sous-financement chronique** du secteur est le cœur du problème. Il a fallu **15 ans** pour obtenir une **égalité tarifaire**, avec l'instauration d'un tarif national de **24,58 €**. Pourtant, le **coût réel** s'élève à **32 €**, soit un **déficit de 30 %**.

Conséquences :

- Les structures habilitées absorbent la différence via leurs **fonds propres**, générant des **résultats négatifs**.
- Les structures non habilitées **répercutent le coût** sur les bénéficiaires, ce qui revient à **privatiser une partie de la solidarité nationale**.

Ce **choix politique** est assumé ailleurs (ex : Pays-Bas), mais en **France, il n'est pas clarifié**, créant une zone grise entre **obligation publique** et **responsabilité individuelle**.

Pour y remédier, une mesure simple consisterait à **aligner le tarif sur 32 €** pour couvrir les coûts réels et permettre :

- Une **revalorisation des métiers**,
- Un **rattrapage numérique**,
- Une **intégration intelligente de l'IA**.

Actuellement, les structures ne peuvent pas investir dans l'innovation, freinées par une **logique comptable rigide** : les **dotations fléchées** imposent une utilisation stricte, confondant **charges et investissements**, au détriment de toute **vision stratégique à long terme**.

Agir avant l'effondrement : une nécessité impérieuse

Les réformes interviennent souvent **trop tard**, en réaction à une situation critique, faute d'une **culture de la prévention**. Pourtant, les signaux sont nets : la **construction d'EHPAD ralentit** et les études confirment que même des profils très dépendants (**GIR 2, personnes tétraplégiques**) peuvent être **maintenus à domicile** de manière **viable et économique**, à condition d'un **accompagnement adapté**. Le **Danemark** en est un exemple où l'EHPAD est réservé aux **troubles cognitifs sévères**, privilégiant un modèle **basé sur le domicile** et appuyé sur un **fort soutien familial**.

Ce changement impose de ne plus penser les politiques à partir des cas extrêmes, mais plutôt du **Français moyen**, prêt à **contribuer financièrement** si l'effort est **raisonnable et compréhensible**. L'**écart de reste à charge** — **274 € à domicile** contre **1 500 à 1 800 € en EHPAD** — souligne l'ampleur des **marges de manœuvre**, à condition que l'État **assume clairement un modèle public** comme au Danemark, ou **contributif** comme aux Pays-Bas.

Cela suppose aussi une **simplification des aides**, aujourd'hui dispersées entre la **CNAM**, la **CAF** et les **départements**, selon des logiques **opaques**. Pourtant, la **Sécurité sociale** en finance l'essentiel. Il serait ainsi **cohérent** de créer une **prestation autonomie unique**, fusionnant **APA** et **PCH**, avec un **seul guichet**, une **évaluation unifiée**, intégrant **dépendance, entourage familial et environnement**. Cette évolution fluidifierait les parcours et permettrait d'**agir en amont**, dès la transition vers la retraite.

Cependant, un tel changement nécessite de **sortir de la logique paramétrique actuelle** (ajustement de seuils), pour adopter une **vision politique forte**, un **référentiel repensé** et un **pilotage structuré**, à la hauteur du **défi démographique**.

Enfin, le rôle des **départements**, à la fois **évaluateurs, régulateurs et financeurs**, crée une **contradiction structurelle** : ils peuvent être incités à **minorer les besoins** pour **maîtriser leurs budgets**. Malgré les **maisons départementales de l'autonomie**, ils ne sont **pas l'échelon de proximité le plus pertinent**. D'autres pays comme le **Japon**, la **Corée du Sud** ou les **Pays-Bas** ont opté pour une **décentralisation municipale**, offrant plus de **réactivité**, de **lisibilité** et une **meilleure adéquation aux besoins locaux**.

Vers une gestion nationale des prestations

Le **pilotage est aujourd'hui freiné** par la **fragmentation des modalités de paiement**. Une même structure, opérant dans plusieurs départements, doit s'adapter à **des formats de facturation différents**, sans aucun bénéfice concret pour les départements eux-mêmes.

Par contraste, les **prestations familiales (CAF)** ou certaines aides sociales sont **gérées nationalement**, prouvant la **faisabilité technique** d'une **simplification ambitieuse**, qui **libérerait du temps, de l'énergie et des ressources**.

Le système actuel, en **multipliant les strates de cofinancement**, accroît sa complexité et finit par **coûter plus cher**. La solution proposée : **fusionner les financements** autour d'un **tarif socle unique**, qui couvre le **coût réel de l'intervention**. Cela clarifierait les **responsabilités**, **soulagerait les structures**, et offrirait une **base stable pour une qualité de service renforcée**.

La dernière étape indispensable est de **désigner un échelon unique de gouvernance** — pour **gérer, réguler, évaluer et anticiper**. Modifier un système aussi complexe **demande des années**, et 2030 **approche rapidement**. Il faut donc **commencer aujourd'hui**, sans attendre l'effondrement.

À **système constant**, la hausse du nombre de personnes dépendantes d'ici 2050 imposera **16 milliards d'euros supplémentaires par an** : **6,6 pour le domicile** et **10 pour les EHPAD**, sur un budget actuel de **41 milliards**. C'est **insoutenable sans réforme structurelle**.

Par ailleurs, la **structure des publics évolue** : les **GIR 2 et 3** seront les plus concernés dans les années à venir. Ce sont précisément ceux qui peuvent être **maintenus à domicile**, à condition d'un **soutien structuré et cohérent**. C'est **sur eux** qu'il faut concentrer l'adaptation du système.

Vers de nouvelles offres et une diversification des modèles

Le secteur de l'aide à domicile voit **émerger des alternatives innovantes**, encore peu structurées, mais riches en potentiel. Le **care management** se développe timidement, tandis que l'**habitat intermédiaire**, notamment via les **résidences services**, reste freiné par la crise du modèle immobilier.

Autre piste prometteuse : la **mutualisation volontaire des aides**. Des dispositifs comme l'**habitat diffus** permettent d'assurer une **présence continue (24h/24)** pour un petit collectif, tout en **optimisant les ressources allouées** à chacun. Ce fonctionnement s'inspire d'une **logique**

assurantielle, avec des **réserves activables en cas de besoin**, et peut éviter des hospitalisations ou des entrées prématurées en établissement.

Repenser le coût de l'accompagnement : seuils, temporalités, équilibres

Il est établi que le **seuil des 8h d'intervention par jour** constitue un **point de bascule** : au-delà, le **coût du maintien à domicile** devient supérieur à celui d'un EHPAD. Toutefois, la **majorité des personnes en GIR 4** sont bien **en-deçà de ce seuil**, laissant une marge importante pour favoriser le domicile.

La question de la **temporalité** est également cruciale : l'**accompagnement en fin de vie**, même s'il exige une mobilisation forte sur une courte période, **reste financièrement limité** au regard de son impact humain. À l'inverse, l'**accompagnement à long terme** de personnes en situation de handicap lourd, comme les tétraplégiques, nécessite **des investissements pérennes**. Ces deux situations appellent à **adapter les logiques de financement**, en intégrant **durée, intensité et projet de vie** de la personne.

Faire entrer le secteur dans la stratégie nationale : un impératif

Aujourd'hui encore, le **secteur du domicile reste en marge** des grandes politiques publiques. **Les structures sont fragilisées**, peinent à investir dans le numérique, et manquent souvent d'un **copilote opérationnel**. Pourtant, la **transition numérique** est un **levier de transformation majeur** : elle peut offrir **plus d'agilité, de traçabilité, de coordination...** à condition d'être soutenue.

Le **choc de gouvernance** que réclame le secteur passe par une **reconnaissance politique claire**, et par l'**intégration du domicile dans la stratégie d'autonomie à long terme**.

La **multiplicité des acteurs – 10 fédérations** aux discours divergents – affaiblit la lisibilité du secteur et sa **crédibilité auprès des pouvoirs publics**. Ce morcellement entrave la construction d'un **pilotage national fort**, fondé sur la **confiance régulée**, où la **vigilance ne s'oppose pas à la délégation**.

La **modernisation du contrôle**, notamment via l'**intelligence artificielle**, permettrait de **détecter rapidement les dysfonctionnements**, plutôt que de fonctionner à partir de **plaintes ou signalements**. Cette approche **préventive et proactive** renforcerait la **qualité des prestations** et éviterait **des scandales à la ORPEA**, qui sont dramatiques pour la confiance des usagers.

Réinvestir le sens : autodétermination, territoires et dignité

En conclusion, Frank Nataf souligne la nécessité d'un **réinvestissement profond** de la conception du système. Il s'agit de **rompre avec l'hospitalo-centrisme**, pour faire émerger un **modèle fondé sur l'autodétermination** et les **besoins évolutifs des territoires**.

Le **prêt-à-penser institutionnel** conduit à des **impasses symboliques et opérationnelles**, qui retombent **sur les épaules des auxiliaires de vie**, maillon essentiel mais trop souvent **invisibilisé**. Il faut réhabiliter leur rôle et **construire le système à partir d'elles et d'eux**.

La **politique du handicap**, bien qu'imparfaite, offre **des pistes inspirantes**. Elle a su, en certains points, **dépasser l'institutionnalisation rigide** pour proposer des **solutions individualisées, modulables, articulées autour du projet de vie**. Elle peut servir de **boussole** pour bâtir un système de l'autonomie plus souple, plus centré sur la personne et mieux ancré dans des réalités de terrain.

Mais le temps presse : un **électrochoc politique** est indispensable pour **rebâtir un modèle complémentaire**, en lien avec les **acteurs du quotidien**, dans un **cadre de débat public**.

renouvelé, tel que celui offert par le séminaire LISA.

Une crise de gouvernance révélatrice d'un désengagement public

Enfin, **Stéphane Le Bouler** pointe une **crise de gouvernance évidente**. L'absence des représentants de l'État dans les discussions n'est **pas volontaire**, mais **révélatrice d'un flou organisationnel profond**. L'**administration centrale ne parle plus d'une voix claire**, tandis que les **départements, malgré leurs efforts via les MDA**, n'ont ni la **vocation ni la capacité à assumer seuls les prestations individualisées**.

Les **communes et intercommunalités** restent en retrait, souvent plus investies dans des projets visibles que dans la **structuration durable** du soutien à domicile. Ce désengagement généralisé appelle à une **nouvelle répartition des rôles**, une **redéfinition des responsabilités**, et une **clarification du leadership public**.

En partenariat avec :

SciencesPo
CHAIRE TRANSFORMATION DES
ORGANISATIONS ET DU TRAVAIL



Chaire Aging UP!

