

Conseil de l'âge

Avis portant sur le PLFSS 2022

Annexe A

Note établie par la DSS

**Les mesures du « Ségur de la santé » et de ses extensions dans le champ médicosocial
Septembre 2021**

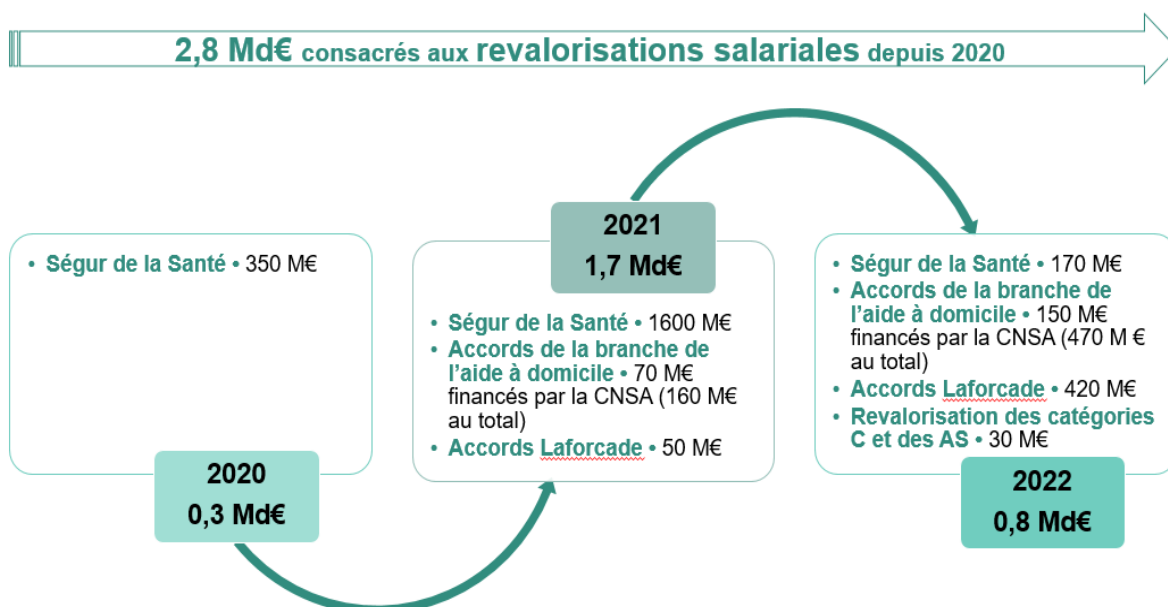
1/ Les revalorisations salariales

**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
Ensemble des revalorisations	1 433	1 088	345	6 389	4 734	1 651	2 037	1 365	658	9 859	7 187	2 654
Ségur de la santé	1 433	1 088	345	6 323	4 734	1 590	1 006	833	172	8 762	6 655	2 107
Revalorisations salariales	1 314	971	343	5 237	3 714	1 524				6 552	4 685	1 867
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
Extension du Ségur de la santé				66		61	469		456	535	0	517
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
Mesures RH labellisées Ségur							562	532	30	562	532	30
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 :

- **Ehapd** : l'intégralité des revalorisations salariales issues du Séguir 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 Séguir de la santé (2021-2025, en M€)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Investissements ESMS		550	540	420	440	140
Séguir immobilier EHPAD		450	440	300	300	
Séguir 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^{er} 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^{er} 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 signés 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 services¹.

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^{er} janvier 2022.
- Montant : 22 €.
- Procédure de fixation : arrêté ministériel.
- Incidence financière : 242 M€/an.
- Financement intégralement à la charge de la CNSA.

¹ 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.

b) Observations

- L'institution de ce tarif minimum était souhaité par le Conseil de l'âge pour sécuriser le financement des Saad². 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 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.³

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...)⁴.

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.^{5 6 7}

² La FESP souligne 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.

³ Selon la DGCS, le mécanisme envisagé est inspiré de la préfiguration en cours depuis 2019. La FESP suggère 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.

⁴La FESP suggère 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.

⁵ 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.

⁶ 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 »).

⁷ 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.

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 prestation⁸. Or l'emploi entre particuliers constitue une part très significative des prises en charge au titre du plan APA dans certains départements⁹. De ce fait, le recours à cet emploi donne lieu à un RAC « au-dessus » des références réglementaires.

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° 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° 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^{er} 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 globale¹⁰.

Avis favorable du Conseil.

⁸ Selon la Fepem, le salaire horaire net moyen (hors congés payés [CP]) était de 9,5 €/h au 4^e 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.

⁹ 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.

¹⁰ 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.

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.

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 forfaitaire¹¹

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 récusé 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.

¹¹ À préciser d'ici le débat parlementaire.

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 ». ¹²

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 ¹³.

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^{er} avril 2022) ¹⁴

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

¹² 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).

¹³ 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.

¹⁴ 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 ».

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.

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 bientraitance, 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		

* prennent acte

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		