

Grands courants d'approche de l'autonomie des personnes âgées vulnérables dans les pays confrontés au vieillissement de leur population

Travaux du Conseil de l'âge sur les conditions du
bien vivre et bien vieillir à domicile

Sommaire

Contexte	3
Les travaux 2023 du Conseil de l'âge autour des conditions du bien vieillir à domicile	3
Retour sur les travaux de comparaison internationale conduits par le Conseil de l'âge en 2019	4
Ces travaux avaient permis de différencier deux courants distincts sous-tendant les politiques à destination des personnes âgées vulnérables	4
I. La compensation, essentiellement financière, de la « perte » d'autonomie	4
II. Le droit à vivre de façon autonome	6
III. La barrière d'âge et l'opposition entre une approche « causaliste » et une approche « finaliste ».....	8
Les travaux du Conseil de l'âge ont ainsi dégagé deux grandes tendances	10
Une réponse compensatoire de la « perte d'autonomie » découlant d'une approche causaliste opposée à une réponse plus globale au droit à vivre autonome, sous-tendue par l'approche finaliste.....	10
I. Les enseignements des travaux 2019 de comparaison internationale conduits par le Conseil de l'âge.....	10
II. Les nouveaux éléments transmis par l'Allemagne, l'Italie et la Suède en 2023.....	12
A. Éléments sur les fondements principaux des politiques d'autonomie	12
B. Précisions sur les modalités d'évaluation des besoins dans les différents pays	16
L'émergence d'une nouvelle approche dans la politique française	19
Une réorientation de la politique à destination des personnes âgées vulnérables vers une approche globale.....	19
Table des illustrations	23

Contexte

Les travaux 2023 du Conseil de l'âge autour des conditions du bien vieillir à domicile

Les travaux conduits en 2023 par le conseil de l'âge du HCFEA portent sur les éléments conditionnant, pour les personnes âgées vulnérables, le bien-vivre et bien-vieillir à domicile.

Les perspectives démographiques et la volonté d'un virage domiciliaire très ambitieux rendent en effet nécessaire l'analyse de l'adéquation de la réponse apportée aujourd'hui aux besoins et aux aspirations de ces personnes et l'identification des progrès qui pourraient être réalisés dans ce domaine.

A cet égard, l'analyse de l'approche retenue dans différents pays confrontés à des enjeux démographiques similaires à ceux de la France fournit un cadre de réflexion éclairant.

Ce document d'éclairage expose schématiquement, en se fondant sur des travaux antérieurs du Conseil de l'âge, les principes qui sous-tendent les politiques d'autonomie dans différents pays. Elle propose sur cette base de distinguer deux grandes approches conceptuelles de l'autonomie des personnes âgées vulnérables et en dégage des enseignements sur la façon d'élaborer la politique sociale à destination de ces personnes.



Retour sur les travaux de comparaison internationale conduits par le Conseil de l'âge en 2019

Ces travaux avaient permis de distinguer deux grands « courants » distincts sous-tendant les politiques à destination des personnes âgées vulnérables

Les éléments présentés dans cette partie sont issus du rapport du Conseil de l'âge « [Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales](#) » de mars 2019.

Ils exposent brièvement l'organisation des politiques d'autonomie¹ dans différents pays caractérisés par un vieillissement démographique similaire à celui de la France (Allemagne, Suède, Danemark, Belgique, Italie, Québec, Japon et Pays-Bas).

L'objet de cette partie est de caractériser les approches principielles² qui sous-tendent les politiques à destination des personnes âgées vulnérables dans ces différents pays en décrivant le périmètre des besoins couverts par ces politiques.

I. La compensation, essentiellement par des prestations, de la « perte » d'autonomie

Le cœur de cette approche est **la compensation du risque social de perte d'autonomie**.

Il s'agit de prendre en compte l'impact de la survenue d'incapacités ou de besoins liés à l'avancée en âge sur la vie de la personne et de son entourage. Il s'agit moins de s'adapter que de compenser un déficit, « une dépendance », avec une **vision plutôt négative** (ou « déficitaire ») et davantage **centrée sur la personne** et ses proches que sur son environnement.

Cette approche suppose de catégoriser le degré de perte d'autonomie et de lui associer un niveau de compensation en prestations (en nature ou en espèces). Dans cette approche, les dispositifs d'évaluation sont alors utilisés comme des instruments de financement plutôt que comme des outils de mesure des besoins à satisfaire.

¹ Le rapport de 2019 abordait d'autres aspects, notamment ceux ayant trait au financement des prestations et à la solvabilisation de l'accès aux services, à la gouvernance et à l'organisation territoriale de la politique d'autonomie. Ces éléments ne sont pas repris ici.

² L'objet de ce document est bien de mettre en lumière l'approche conceptuelle sous-jacente à l'action publique, même si un écart significatif entre les principes annoncés et la réalité du terrain peut être observé dans certains pays

Encadré 1 | Exemples de pays retenant l'approche compensatoire de la réduction de l'autonomie

Belgique

La plupart des prestations sont en espèces.

Le socle de l'aide sociale fédérale est une prestation non contributive, l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, accordée pour cause d'autonomie réduite aux personnes âgées de 65 ans et plus. Une indemnité forfaitaire pour les frais de matériel d'incontinence est financée par l'assurance maladie fédérale. Des mesures fiscales et sociales peuvent venir compléter ces prestations.

Des prestations en nature sont dispensées par les assureurs maladie régionaux. Elles couvrent les services à domicile d'aide à la vie quotidienne, l'aménagement du lieu de vie, la possibilité de passer du temps dans un centre d'accueil.

Les communes, de leur côté, dispensent des services aux personnes ayant besoin d'un soutien à domicile : livraison de repas, soins d'hygiène corporelle, assistance à l'entretien du domicile et des vêtements, etc.

Italie

Le secteur des services est modérément développé et la plupart des prestations sont en espèces. Parmi les prestations en nature, on distingue : l'assistance à domicile intégrée (gérée au niveau régional), qui permet une prise en charge multidimensionnelle du patient, au moyen de l'offre de services sanitaires, physiologique et psychologiques et les services municipaux d'assistance à domicile, offrant des services sociaux et d'assistance (davantage orientés vers les tâches domestiques et de soins personnels). L'indemnité d'accompagnement est la principale prestation en espèces, versée indépendamment de l'âge et des revenus, à toute personne qui justifie, à cause d'une pathologie physique ou mentale, du besoin d'une aide continue pour déambuler et accomplir les tâches de la vie quotidienne. La contribution économique pour le soutien et l'assistance des personnes dépendantes est une allocation annuelle calculée en fonction des revenus, pour les personnes dans une situation d'invalidité totale et permanente, dont peuvent bénéficier les personnes qui nécessitent une assistance continue afin d'accomplir les activités quotidiennes.

Allemagne

L'éligibilité aux prestations n'est pas conditionnée aux ressources financières de la personne en perte d'autonomie, mais seulement à son degré de limitation de l'autonomie. Il existe trois types de prestations, cumulables sous conditions : la prestation en espèces, dont l'emploi est libre, la prestation en nature pour les soins ambulatoires et l'indemnité de soutien qui sert des objectifs précis (ex : remboursement frais d'entretien à domicile, soins de courte durée en établissement).

D'autres aides sont également disponibles dans le cadre de du système allemand : les aides techniques (système d'appel d'urgence à domicile (installation et fonctionnement), gants jetables, protège-lits...) et le soutien financier au logement : aides à l'adaptation du logement et achat d'équipements.

Source : SG HCFEA à partir du rapport « [Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales](#) » de mars 2019



II. Le droit à vivre de façon autonome

Cette approche, par les **besoins de la personne**, repose sur le postulat selon lequel l'incapacité n'amène à la perte d'autonomie que si **l'environnement humain, social et matériel n'a pas été adapté**.

Selon cette approche, c'est à la société de s'adapter pour que la personne exerce son droit à vivre de façon autonome, dans la dignité et le bien-être, et en pleine citoyenneté.

En conséquence, **la réponse doit s'organiser de manière cohérente**, essentiellement par des services de prévention et de soutien, et s'appuyer sur une professionnalisation du « care ».

Encadré 2 | Exemples de pays fondant leur politique d'autonomie sur le droit à vivre de façon autonome

Suède

La loi suédoise sur les services sociaux dispose que : « la prise en charge des personnes âgées par les services sociaux devrait être axée sur leur dignité et leur bien-être », mais aussi que « les personnes âgées doivent avoir la possibilité de vivre de manière indépendante dans la sécurité et pouvoir mener une existence active et significative en communauté avec les autres ».

Les services proposés par les municipalités sont nombreux : heures d'auxiliaires de vie et d'aide-ménagère, transports, fournitures de repas, système d'assistance fonctionnant 24h/24 en lien avec les centres de santé, organisation d'événements collectifs à destination des 65 ans ou plus, accompagnement à des activités sociales et culturelles, participation à des activités dans des lieux de rencontre ouverts et des points de rencontre pour personnes âgées ou ayant une déficience mentale, bricolage, etc.

Toute personne prenant soin d'un membre de sa famille peut bénéficier gratuitement d'une aide à la maison jusqu'à 16 heures par mois (au-delà, les frais « de relève » sont facturés.)

Les actions de prévention des chutes et de lutte contre l'isolement constituent un axe important de la politique de prévention.

Les centres de santé spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées se développent, avec pour objectif d'éviter que la personne ne soit prise en charge successivement par des médecins des équipes différentes et de lutter ainsi contre les prescriptions abusives et inadaptées.

Danemark

La citoyenneté constitue le principe dominant de solidarité : chaque citoyen a des droits sociaux incluant un ensemble de services publics permettant de répondre à ses besoins en cas de perte d'autonomie. Ce droit à l'indépendance est notamment garanti par le Conseil des Seniors, élu dans chaque municipalité, qui vérifie que les politiques publiques sont bien conformes aux besoins des seniors de la ville.

Les prestations sont majoritairement offertes en nature. Le plan d'aide déterminé lors de l'évaluation est là pour définir quelles améliorations pourraient rendre l'individu plus autonome.

Une visite préventive doit être proposée par la municipalité à tout citoyen à risque, notamment d'isolement, entre 65 et 79 ans. A partir de 80 ans, elle doit être proposée tous les ans

En dehors des aides à domicile (nettoyage, blanchisserie...) et de l'attribution d'auxiliaires de vie (douche, rasage...), d'autres types de prestations existent : aides techniques (déambulateurs, douches adaptées, fauteuils roulants, toilettes), aides personnelles (prothèses, perruques et chaussures orthopédiques) ou impliquant des changements de base dans le logement (réglage de l'adhérence et suppression des pas de porte), biens de consommation (scooter ou vélo électrique, aspirateur robot).

En termes de prévention, des programmes sont destinés à prendre en charge les personnes âgées dont les activités sont réduites (programmes de réadaptation physique, mentale et sociale). Des stages de réhabilitation à la sortie de l'hôpital sont également prévus avec pour objectif la prévention des besoins conséquents d'aide à domicile par la suite.

Des centres de loisirs sont à la disposition des personnes âgées offrant des activités physiques (fitness, menuiserie, couture), intellectuelles (jeux de cartes, cours de langue, informatique, chant) souvent animées par des adhérents eux-mêmes afin de stimuler l'usage des compétences tout au long de la vie

Chaque municipalité dispose d'un Centre des aides techniques permettant aux personnes de découvrir et tester des nouvelles technologies et de bénéficier de services de conseil.

Québec

La politique mise en œuvre, notamment pour le soutien à domicile, ne vise pas directement l'intégration sociale mais en pose les bases avec des services à domicile suffisants, adaptés et personnalisés, étayant ainsi ce que le pays considère comme la première condition à remplir pour favoriser l'intégration sociale, c'est-à-dire la participation pleine et entière à la vie collective des personnes ayant une incapacité significative et persistante.

Le soutien à domicile repose sur une diversité de moyens, regroupés en trois volets.

- Le noyau de base des services à domicile : les soins (médicaux, infirmiers, etc.) à domicile ou en ambulatoire ; les services d'aide à domicile (aide domestique, soins d'hygiène, etc.), les services aux proches-aidants (répit, dépannage, etc.) ; le support technique requis à domicile (équipements, fournitures et aides techniques) et les services d'adaptation du domicile.
- Les services au pourtour du domicile qui contribuent à l'objectif de soutien à domicile (services des centres de jour, activités de jour, hôpital de jour), ainsi que les services généraux et spécialisés par le réseau de la santé et des services sociaux.
- Le troisième volet s'inscrit dans une perspective globale et sociétale. Il regroupe les mesures relatives au logement, au transport adapté, à l'intégration sociale, les services municipaux, les mesures fiscales et les prestations destinées aux personnes ayant une incapacité et à leurs proches aidants.

En matière de prévention l'accent est mis sur l'alimentation, la diminution de la consommation de médicaments, la prévention des chutes, le dépistage de la dépression, la vaccination, la lutte contre la maltraitance, l'adaptation de l'environnement, le développement des Maisons des grands-parents.

Japon

La notion de perte d'autonomie est appréciée de manière très transversale avec une dimension médicale, fonctionnelle, familiale et environnementale. Dans ce type d'approche inclusive, l'adaptation de la société à la personne est vécue de manière positive et s'inscrit dans une approche globale et transversale.

Le dispositif de soins de longue durée repose sur des prestations en nature et la fourniture d'une grande variété de services offerts pour le soutien à domicile, couvrant tous les niveaux y compris ceux qui relèvent d'actions de prévention (aide à domicile, aide-ménagère, services de soutien à la vie quotidienne tels que les repas à domicile et les bains, visites à domicile, centre locaux de groupes



de soutien, dispositif général d'actions préventives, rondes de sécurité, soins buccaux, soins infirmiers). Parmi les prestations offertes, figurent également celles qui concernent l'environnement de la personne avec des aides techniques, mais aussi des services d'adaptation du logement. La lutte contre l'isolement constitue un axe fort de prévention, la socialisation étant conçue comme un élément constitutif de la politique de santé publique. Le recours à des institutions complémentaires du domicile tels que des centres d'accueil de jour et d'accueil temporaire pour une prise en charge mixte est très développé.

Pays-Bas

Diverses prestations en nature sont intégrées dans le panier de soins à domicile : les soins de longue durée, l'auxiliaire de vie (aide pour se laver, s'habiller, aller aux toilettes, manger et boire), les soins qui aident à être plus indépendant (aide à structurer la journée, à mieux contrôler la vie et à exécuter les tâches ménagères), les soins infirmiers, le traitement médical, paramédical ou psychologique contribuant au rétablissement ou à l'amélioration d'un état spécifique, le transport vers les programmes de jour, un système d'alarme ;

Les prestations d'action sociale sont organisées au niveau municipal, il s'agit de l'aide-ménagère, du portage de repas à domicile, de l'accès au service de transport local ou régional, de programmes personnalisés d'activités de jour (coaching, compagnie), des aménagements du logement (monte-escalier, toilettes surélevées...), des aides techniques comme un fauteuil roulant, des soins de relève ou encore du soutien aux aidants informels.

Source : SG HCFEA à partir du rapport « [Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales](#) » de mars 2019

III. La barrière d'âge et l'opposition entre une approche « causaliste » et une approche « finaliste »

Le rapport du HCFEA de mars 2019 notait également que la France, la Belgique et le Japon étaient les seuls pays, parmi ceux étudiés, pour lesquels le statut des prestations tenait compte de la cause et de la date de survenance des limitations fonctionnelles, et qui appliquaient une différenciation de ses politiques d'autonomie selon l'âge. On pouvait en cela les rattacher à une approche « causaliste », par opposition à une approche « finaliste » : « *Dans un régime causal ou causaliste, la prise en charge varie selon la **cause de l'incapacité** ; dans une logique finaliste cette prise en charge est conçue en **fonction des besoins** »³.*

³ Capuano. Christophe. et Florence Weber. « La tierce personne : une figure introuvable ? L'Incohérence des politiques françaises de l'invalidité et de la perte d'autonomie (1905-2015) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, vol. 8, no. 1, 2015, pp. 106-130.

Encadré 3 | La France et la Belgique sont les deux seuls pays dont la politique d'autonomie est différenciée selon l'âge

Belgique

Le socle de l'aide sociale fédérale est une prestation non contributive, l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, qui est accordée, pour cause de « manque d'autonomie » ou « d'autonomie réduite » aux personnes âgées de 65 ans et plus, domiciliées en Belgique et vivant à domicile ou institution.

Japon

La prise en charge par l'assurance de soins de longue durée, au Japon, est, en principe, accessible aux plus de 65 ans sauf lorsqu'ils sont atteints avant cet âge d'une maladie liée à l'avancée en âge. Lors de la mise en place de l'assurance des soins de longue durée, la question de la prise en charge des handicapés a été évoquée mais écartée notamment du fait de l'opposition des associations de personnes handicapées qui réclamaient un financement par l'impôt.

France

La France adopte une approche dite « causaliste » pour ce qui est des politiques publiques de soutien à l'autonomie. Cela est particulièrement visible dans la distinction entre les allocations liées au handicap, dont la plus importante est la prestation de compensation du handicap (PCH), et celles liées à la dépendance due à l'âge : principalement l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) :

* L'APA est destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus, qui ont besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne, ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

* L'attribution de la PCH dépend de plusieurs critères : degré d'autonomie (avoir une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité importante du quotidien, ou une difficulté grave pour deux d'entre elles), ressources, résidence, et âge (avoir moins de 60 ans).

C'est donc avant tout sur la « frontière d'âge » érigée à 60 ans, que repose la distinction entre deux prestations aux modalités propres d'application.

Source : SG HCFEA à partir du rapport « [Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales](#) » de mars 2019



Les travaux du Conseil de l'âge ont ainsi dégagé deux grandes tendances

Une réponse compensatoire de la « perte d'autonomie » découlant d'une approche causaliste opposée à une réponse plus globale au droit à vivre autonome, sous-tendue par l'approche finaliste

I. Les enseignements des travaux 2019 de comparaison internationale conduits par le Conseil de l'âge

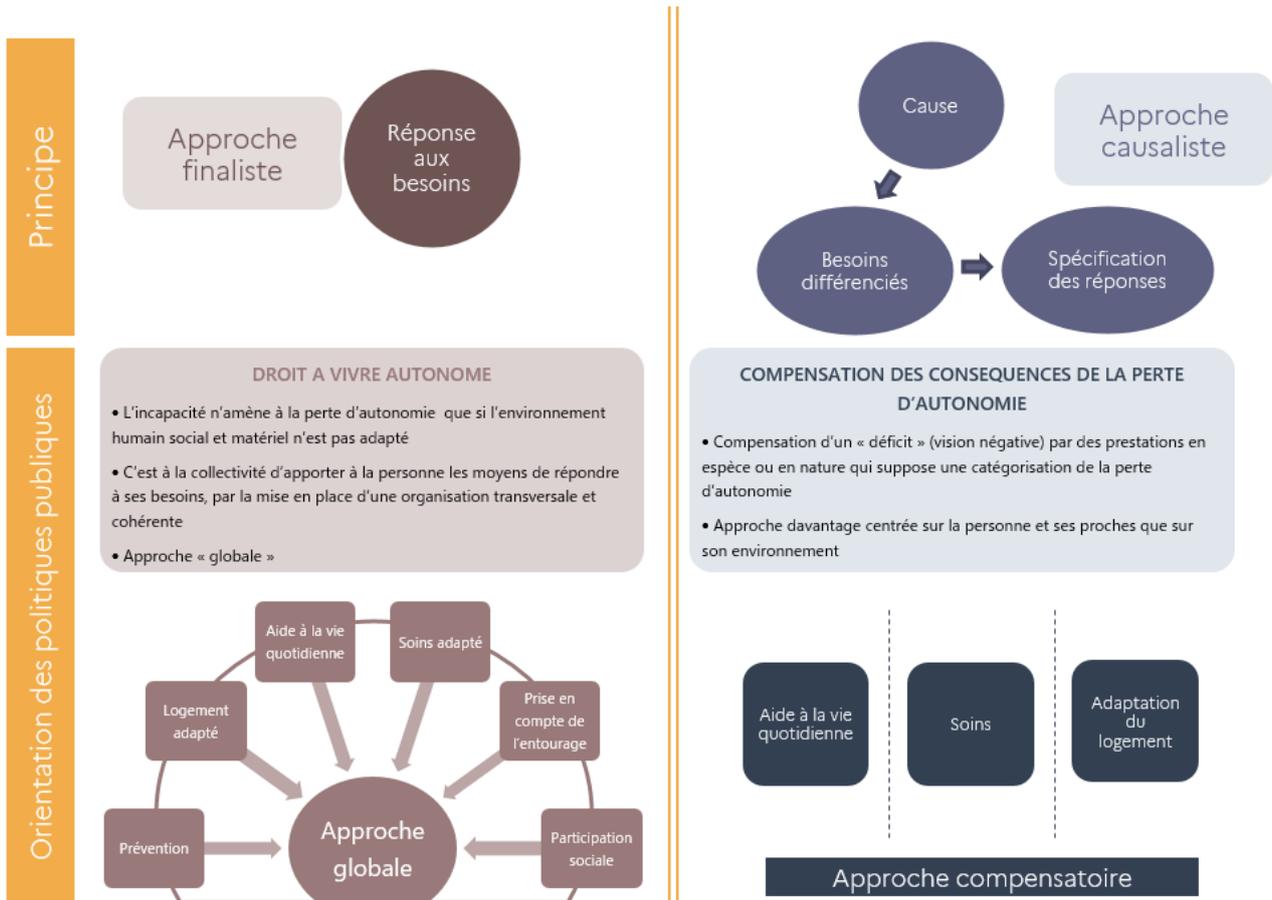
Les travaux de 2019 conduisent ainsi à distinguer deux orientations des politiques publiques pouvant schématiquement être décrites de la façon suivante :

- **L'approche compensatoire** consiste essentiellement à apporter des réponses aux incapacités physiques et cognitives des personnes âgées, par la solvabilisation de prestations d'aide et de soins, complétée éventuellement d'un co-financement des biens et services nécessaires à l'adaptation du domicile. Ces différentes actions ne s'inscrivent pas systématiquement dans une démarche coordonnée et sollicitent une démarche active des bénéficiaires et de leurs aidants.
- **L'approche globale** repose sur l'inclusion de la personne âgée dans la cité. Elle vise à construire une démarche transversale coordonnée répondant aux besoins, mais également aux aspirations, de la personne. Elle porte une attention particulière à la prévention et à la vie sociale de la personne.

Ces travaux soulignent également l'opposition de deux grandes approches, « **causaliste** » et « **finaliste** », la première étant fondée sur le principe d'une réponse variable selon l'origine du besoin de soutien à l'autonomie quand la seconde vise à répondre à ce besoin, quelle qu'en soit la cause.

Les deux dichotomies semblent opérer sur une affinité de principes⁴ : là où **les approches causalistes et compensatoires singularisent la « perte d'autonomie »** en mettant l'accent sur l'« origine » de celle-ci, et en personnalisant le plan d'aide, les approches finalistes et globales adoptent une **perspective plus holiste** en développant des typologies de besoin, et en adaptant l'environnement à la perte d'autonomie.

Figure 1 | Les grands courants d'approche de la politique d'autonomie



Source : SG HCFEA

Dans l'approche compensatoire et causaliste, la conceptualisation de départ peut induire des **effets négatifs**, notamment des situations de discrimination liées à l'âge (« **âgisme** ») ou encore **l'incapacité de développer une approche préventive et inclusive**.

⁴ Il s'agit là de catégories que l'on peut projeter sur l'appréhension des plans d'aide par certains pays, sans qu'aucun d'entre eux ne s'en revendique explicitement.



II. Les nouveaux éléments transmis par l'Allemagne, l'Italie et la Suède en 2023

A. Éléments sur les fondements principaux des politiques d'autonomie

Le Conseil de l'âge a souhaité reprendre et poursuivre ses travaux de 2019 en se rapprochant des conseillers aux affaires sociales en poste dans différents pays afin de :

- Conforter les descriptions des fondements principaux de la politique conduite par un pays donné et notamment confirmer le classement retenu pour ce pays dans la typologie par grandes approches ;
- Confronter les fondements principaux à leur application effective ;
- Mettre à jour les travaux si des ajustements récents de la politique d'autonomie ont été mis en œuvre dans le pays ;

Un questionnaire a été élaboré en juin par le SG HCFEA et diffusé à l'été aux conseillers aux affaires sociales. Des réponses ont été adressées par l'Allemagne, l'Italie et la Suède.

En ce qui concerne l'Allemagne, les travaux du Conseil de l'âge menés en 2019 l'avaient conduit à classer le pays dans une approche mixte « compensatoire finaliste » :

- « Finaliste » car les dispositifs sont destinés à toute personne, quel que soit son âge, présentant un déficit d'autonomie nécessitant des soins et un soutien prolongés ;
- « Compensatoire » car la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie est organisée de manière à offrir une gamme de services et de soutien adaptés à leurs besoins, englobant à la fois les soins médicaux et les services de soins sociaux, en se fondant sur une évaluation approfondie des besoins individuels, du niveau de soins requis et du degré d'autonomie de la personne âgée.

Les éléments transmis en 2023 amènent à légèrement relativiser ce classement, certains objets de la politique d'autonomie allemande semblant davantage relever de l'approche causaliste. La réponse transmise par le CAS souligne ainsi que la politique de soutien à l'autonomie en Allemagne est certes construite autour du cadre général de l'évaluation de la « dépendance », destinée à toutes les personnes sans distinction d'âge, mais que cette procédure globale est ensuite complétée par des programmes spécifiques, notamment pour les personnes âgées, la rapprochant ainsi de l'approche causaliste. Elle confirme le caractère « compensatoire » de la politique d'autonomie allemande et souligne que cette propriété a plutôt été renforcée sur la période récente, dans le cadre d'importantes réformes conduites entre 2015 et 2017.

Encadré 4 | Les récentes réformes de la politique allemande d'autonomie

La politique allemande d'autonomie a fortement évolué entre 2015 et 2017, à travers trois réformes principales renforçant son aspect compensatoire. Les procédures d'évaluation ont été élargies et réformées en parallèle d'une promotion des prestations à domicile. Depuis 2015, les pouvoirs publics allemands ont accentué le virage domiciliaire. Les politiques de soutien à l'autonomie cherchent à promouvoir davantage une prise en charge à domicile, par l'intermédiaire des proches aidants ou d'aides médicales ambulatoires.

- Le premier volet de la réforme avait ainsi pour objectif de rehausser le montant des prestations d'aide à l'autonomie, notamment pour les soins de courte durée et l'aménagement du logement. Le droit à ces allocations a également été étendu concernant les prises en charge ambulatoires.
- Le deuxième volet a réformé le concept de « dépendance » et son système d'évaluation, datant de la mise en place de l'assurance dépendance en 1995. La classification en 3 paliers⁵ a disparu, pour être remplacée par 5 degrés mesurant l'autonomie de la personne (modèle causaliste), et non le temps journalier nécessaire aux soins (modèle finaliste). Les troubles psychiques ont également été intégrés à la grille d'évaluation. Cette réforme a permis une meilleure évaluation des restrictions d'autonomie et autorise ainsi une prise en charge plus adaptée aux besoins de la personne.
- Avec le troisième volet, entré en vigueur en 2017, une plus grande autonomie a été donnée aux communes pour coordonner l'offre de soins à la dépendance sur leur territoire. Elles ont désormais la possibilité de créer de nouvelles structures et doivent assurer la bonne information de leurs administrés concernant les différents modes de prise en charge. Cette gestion plus localisée de l'autonomie vise ainsi promouvoir les soins à domicile, à travers le développement de petites initiatives communales proche des personnes en bénéficiant.

Source : CAS Berlin

Encadré 5 | Eléments de la politique allemande d'autonomie relevant de l'approche compensatoire

Différentes allocations ou subventions sont prévues dans le cadre de la politique de soutien à l'autonomie. Leur montant mensuel varie selon le degré d'autonomie résultant de l'évaluation. Seuls les degrés 2 à 5 y sont éligibles. Les allocations peuvent être perçues sous différentes formes : la plus répandue est l'allocation « dépendance » qui prend la forme d'un versement mensuel. Dans le cas d'une prise en charge ambulatoire, les personnes bénéficient de prestations de soins en nature. En soins « stationnaires » (c'est-à-dire en établissement avec hébergement), ce sont les frais médicaux qui sont intégralement remboursés, laissant les frais d'hébergement et de nourriture à la charge de l'assuré.

⁵ La grille en 3 paliers se basait sur le temps nécessaire à la prise en charge de la personne et selon des critères uniquement physiques (mobilité, hygiène, alimentation...). Le palier 1 concernait les personnes nécessitant minimum 90 minutes de prise en charge par jour, dont 45 minutes de soins de base. Le palier 2 était dédié à une prise en charge de 3 heures minimum, avec 2 heures de soins ; et le palier 3 regroupait les personnes demandant 5 heures par jour, dont 4 heures de soins. Cette ancienne méthode d'évaluation faisait l'objet de nombreuses critiques à la fois de la part des spécialistes et du grand public. Les acteurs concernés dénonçaient une évaluation trop restreinte car uniquement somatique de la dépendance, menant à un déficit de prise en charge.



Des subventions peuvent également être perçues dans des situations spécifiques et selon les recommandations de l'expert en charge de l'évaluation : aides pour l'aménagement du logement, formation de proches aidants ou logements partagés par exemple.

Les personnes classées en degré 1 ont aussi droit à des subventions spécifiques, conditionnées à l'accord de l'expert.

Un montant de décharge de 125€ par mois est prévu pour permettre aux proches aidants de déléguer la prise en charge de la personne pour une durée limitée. Tous les degrés peuvent en bénéficier.

	Degré 1	Degré 2	Degré 3	Degré 4	Degré 5
Prestations de soins en nature (prises en charges ambulatoires)		689 €	1298 €	1612 €	1955 €
Allocation « dépendance » (pour les personnes à domicile accompagnées par des proches aidants)		316 €	545 €	728 €	901 €
Surveillance / soins stationnaires		689 €	1298 €	1612 €	1955 €
Soins préventifs		1612 € par an + max. 806 € au titre de financements de soins de courte durée non encore utilisés			
Montant de décharge utilisable pour permettre aux proches aidants de déléguer la prise en charge de la personne pour une durée limitée		125 € pour la prestation de services de soins infirmiers : <ul style="list-style-type: none"> • Services de garde de jour • Services de soins de courte durée 			
Couverture maximale de 40% des dépenses quotidiennes d'accompagnement		275,60 €	519,20 €	644,80 €	798 €
Aides-soignantes			40€		
Subventionnement des logements partagés			214 €		
Aides pour l'aménagement du logement		Jusqu'à 4000 € par mesure			
Services de conseil	23 € par semestre (optionnel)	23 € par semestre (obligatoire)	23 € par semestre (obligatoire)	33 € par semestre (obligatoire)	33 € par semestre (obligatoire)

Source : CAS Berlin

En ce qui concerne l'Italie, le CAS confirme également le classement dans l'approche « compensatoire-finaliste » en indiquant que **l'aspect « finaliste » a été renforcé par la réforme des soins aux personnes âgées dépendantes adoptée en mars 2023** (mais encore à mettre en place). Ainsi, l'allocation d'accompagnement sera transformée en une « prestation universelle pour non-autonomie » ; il ne s'agira plus d'une contribution monétaire égale pour tous, mais de montants gradués en fonction des besoins de soins des différentes personnes âgées (dans la logique de donner plus à ceux qui sont moins bien lotis). En outre, la possibilité est introduite de décider de recevoir la contribution sans restriction d'utilisation, comme c'est le cas aujourd'hui, ou de l'utiliser pour recevoir des services personnels (de la part de soignants réguliers ou de sujets organisés).

Cette réforme de mars 2023 a également pour ambition de **passer d'une approche compensatoire à une approche plus globale** en visant à unifier le secteur, simplifier le parcours des personnes âgées et concevoir de nouveaux modèles d'intervention en fonction des besoins réels des personnes âgées et de leurs familles.

- Aujourd'hui l'aide publique aux personnes âgées est divisée en trois volets très peu coordonnés : les politiques de santé, les politiques sociales et les transferts monétaires. Il en résulte une fragmentation des mesures disponibles et une multitude de règles et de procédures à suivre qui désorientent les personnes âgées et les familles. En outre, la fragmentation existante limite la possibilité de fournir des interventions appropriées. **La loi de mars 2023 crée un « système national pour les personnes âgées non autonomes », afin de planifier, de mettre en œuvre et de contrôler de manière intégrée tous les services et interventions dans le secteur.** Concrètement, l'utilisation des différentes ressources pour les personnes non autonomes sera planifiée conjointement par les différentes parties responsables, afin de créer les conditions pour assurer des réponses unitaires et appropriées aux personnes concernées ;
- **La loi prévoit également une transformation des parcours des personnes âgées et des familles, en les replaçant au niveau des individus.** En effet, la pléthore d'évaluations des conditions de vie des personnes âgées, qui déterminent les interventions à recevoir, est revue. Aujourd'hui, elles sont trop nombreuses (5-6) et ne sont pas interconnectées, ce qui duplique les efforts des opérateurs et rend le parcours des personnes concernées très compliqué. Avec la réforme, les évaluations seront réduites à deux : l'une relève de la responsabilité de l'État et l'autre de celle des régions. Et contrairement à la situation actuelle, les évaluations seront liées entre elles.
- Enfin, de **nouveaux modèles d'intervention** seront développés. Par exemple, des services publics à domicile spécifiques pour les personnes âgées dépendantes, qui n'existent pas en Italie, seront introduits.

Les éléments transmis par le CAS en poste en **Suède** confirment le classement dans l'approche « finaliste-globale » retenu dans les travaux de 2019. En effet, la politique suédoise de prise en charge des personnes âgées vulnérables est axée sur l'offre de services en réponse à des besoins. Les besoins des personnes vulnérables sont évalués pour déterminer l'accompagnement qui peuvent leur être proposés, que ce soit pour accompagner les personnes en situation de handicap, les étudiants, les personnes âgées...

La Suède a ainsi mis en place un certain nombre de politiques d'autonomie qui visent à traiter les causes sous-jacentes du besoin de prise en charge et à prévenir la dépendance.

La Suède fixe l'objectif d'accompagner les personnes âgées de sorte qu'elles puissent **vivre en bonne santé et en autonomie chez elles**. En effet, les **logements sont rendu plus accessibles** pour faciliter le bien-être des personnes âgées. Les **zones résidentielles** doivent être planifiées et **aménagées** par les municipalités pour répondre aux besoins des personnes âgées.



Les services de **transport** sont eux aussi développés de sorte que les personnes âgées puissent circuler librement. Par exemple, les communes proposent des services de transport qui permettent à ces personnes de voyager en taxi ou dans les véhicules spécialement adaptés à des tarifs comparables à ceux des transports publics, y compris pour des voyages régionaux et nationaux.

Un personnel municipal disponible et à l'écoute accompagne les personnes dans leurs tâches quotidiennes de courses et de ménage. Des **équipements adaptés aux besoins**, comme des déambulateurs, des alarmes de sécurité, des systèmes d'éclairage adaptés, sont également mis à disposition de ces personnes. L'aide à domicile facilite la vie des personnes âgées et prévient la perte d'autonomie en leur fournissant l'aide leur permettant de vivre dans leur propre maison le plus longtemps possible (quasiment toutes les municipalités suédoises proposent un service de livraison de plats cuisinés pouvant être livrés à domicile, aux frais des bénéficiaires). Près de la moitié des municipalités propose également des repas communs aux personnes âgées dans des centres de jour spéciaux tandis que quelques-unes organisent de petits groupes de personnes âgées en équipes qui préparent leurs propres repas).

Ainsi, les personnes âgées sont en **contact régulier avec des professionnels du médico-social qui suivent leur évolution**. Ces politiques contribuent à l'autonomie des individus en s'attaquant aux causes sous-jacentes de la dépendance (la perte d'autonomie durant la vieillesse et les inégalités d'accès) en mettant l'accent sur la **prévention et l'accessibilité**, et en encourageant la **participation active à la société**.

L'approche globale est celle qui se rapproche le plus du modèle suédois et de ses politiques de prise en charge des personnes âgées. L'un des principaux objectifs des politiques de prise en charge des personnes âgées est de maintenir le plus longtemps possible leur autonomie (près de 92% de la population âgée de plus de 65 ans vit dans chez elle en Suède). En parallèle, l'accent mis sur l'activité physique à tout âge (nombre de salles de sport ayant des tarifs attractifs pour les seniors) et la valorisation de la « vie en plein air », centrée autour d'activités comme la cueillette des champignons à l'automne ou des myrtilles en été, ou la course d'orientation (très populaire parmi les seniors) contribue à encourager le maintien d'un niveau minimal d'activité.

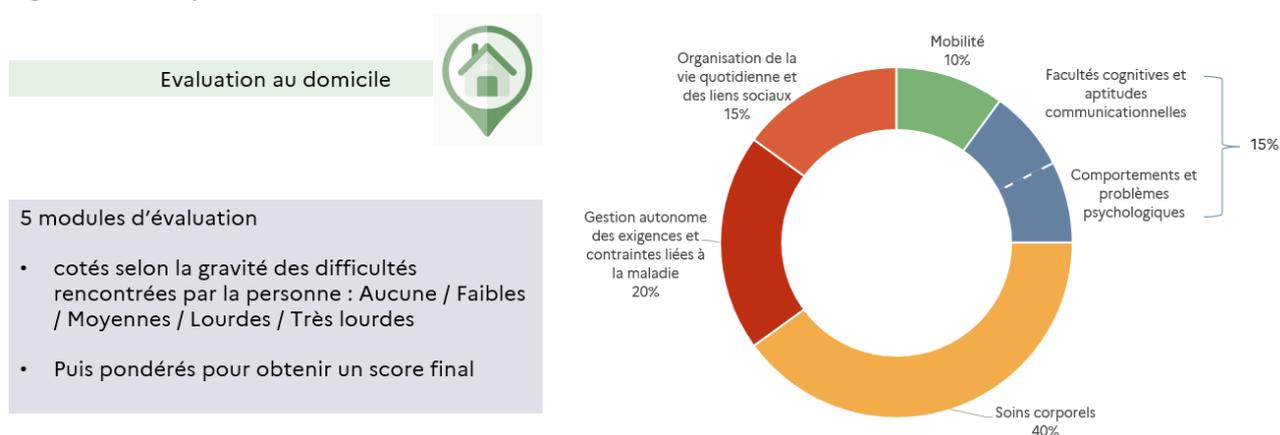
B. Précisions sur les modalités d'évaluation des besoins dans les différents pays

Le Conseil de l'âge a souhaité obtenir des éléments complémentaires sur les modalités d'évaluations des besoins des personnes âgées vulnérables conduites dans les trois pays ayant répondu à l'enquête. Le périmètre des besoins mesurés lors de ces évaluations est en effet l'un des principaux sujets d'attention des travaux conduits en 2023 autour des conditions du bien-vivre et bien- vieillir à domicile.

En Allemagne, une **grille unique** est utilisée pour l'évaluation des besoins. Elle conduit à un classement selon cinq degrés de perte d'autonomie. Les évaluations sont conduites dans le cadre d'une **procédure commune** et réalisées sur le lieu de vie de la personne.

L'évaluation comporte 6 modules correspondant à des capacités de la vie quotidienne. Une liste de critères concrets est associée à chaque module. Une échelle de cinq niveaux détermine un certain nombre de points mesurant le degré d'autonomie par critères, qui sont additionnés pour obtenir les points par module. L'importance de ces différents modules dans l'évaluation est pondérée pour aboutir au classement dans un degré de perte d'autonomie donné.

Figure 2 | La procédure allemande d'évaluation des besoins.



La loi pour l'indépendance et l'amélioration de l'évaluation de la dépendance, entrée en vigueur en 2021, a instauré **l'indépendance des services d'évaluation**. Les évaluations sont conduites par des professionnels de santé indépendants, et non plus par les caisses d'assurance dépendance qui sont en charge du versement des prestations de soutien à l'autonomie. L'Allemagne, a ainsi pris des mesures pour faire en sorte que le « payeur » ne soit pas « l'évaluateur », ce qui n'est pas le cas en France, l'évaluation comme le versement de l'APA étant effectués par les services des Conseils départementaux.

A la suite de l'évaluation, un **plan de soins** est proposé à la caisse d'assurance dépendance par le professionnel qui a effectué l'évaluation. Ces conseils concernent principalement le type de prise en charge, ambulatoire ou stationnaire, les mesures thérapeutiques ou encore l'aménagement du lieu de vie.

En Italie, les évaluations doivent être demandée par le médecin traitant, agissant de son propre chef ou à la demande de l'entourage de la personne concernée. Des Points d'Accès Unique (PUA) maillent le territoire et constituent le lieu d'activation du réseau socio-sanitaire territorial. Il garantit la **continuité et la rapidité de la prise en charge des personnes** présentant des problèmes socio-sanitaires complexes, pour lesquelles des réponses sanitaires et socio-sanitaires multiples doivent être apportées. Le PUA assure également une **information adéquate sur les services proposés, notamment en vue d'un choix éclairé, de**



l'usager et/ou sa famille, et garantit une **évaluation multidimensionnelle et un projet personnalisé**, en réduisant les délais de réponse et en évitant les parcours compliqués qui sont souvent à l'origine d'une hospitalisation abusive.

Si de multiples grilles sont encore mobilisées, **les aspects multidimensionnels des évaluations sont progressivement renforcés**. Les informations concernant l'aide apportée par les aidants et les besoins concernant l'adaptation du logement sont collectés. Une loi de décembre 2021, prévoit le **développement de nouvelles solutions de logement** ou d'adaptation des logements (nouvelles formes de cohabitation solidaire des personnes âgées, renforcement des interventions des réseaux de proximité intergénérationnels, adaptation des logements aux besoins de la personne âgée, fourniture de solutions domotiques et technologiques favorisant la continuité des relations personnelles et sociales à domicile, y compris la téléassistance et la télémédecine). Cette loi a aussi mis l'accent sur l'intégration sociale et sanitaire afin de garantir une **inclusion sociale effective des personnes non autosuffisantes**. Dans cette loi, il est notamment indiqué que les domaines dans lesquels les services d'aide sociale sont fournis pour promouvoir la continuité et la qualité de la vie à domicile et dans le contexte social auquel elles appartiennent, des personnes âgées non autonomes.

Le système suédois de prise en charge des personnes âgées vulnérables est décentralisé. Ce sont les municipalités qui sont responsables des soins en institution tels que les maisons de retraite, les établissements de soins résidentiels, c'est à dire des résidences destinées aux personnes âgées qui ont besoin d'accompagnement, ainsi que des soins et services d'aide à domicile. Il n'existe pas de réglementation nationale qui détermine le seuil d'accès aux prestations de dépendance, et c'est aux autorités locales d'apprécier les services qui doivent être fournis aux individus pour l'aide à domicile et les soins en institution.

Le besoin de soins est évalué soit par un médecin généraliste, soit dans le cadre d'une demande d'évaluation auprès de l'autorité locale concernée. Pour les demandes adressées directement aux autorités municipales, le bénéficiaire potentiel ainsi que ses proches éventuels sont interrogés par **un agent des services sociaux** représentant la municipalité. Celui-ci se rend au domicile de ces personnes pour déterminer avec elles, ou, si ce n'est pas possible, avec leurs proches, leurs besoins et leurs capacités. L'évaluation se fait à partir de cet entretien et de l'observation des conditions de vies de la personne. Le conseil social municipal décide alors des services auxquels la personne a accès sur la base de la proposition du médecin généraliste ou de l'évaluateur municipal. Ainsi, une fois le besoin évalué, les solutions et le soutien sont apportées par la municipalité.

L'émergence d'une nouvelle approche dans la politique française

Une réorientation de la politique à destination des personnes âgées vulnérables vers une approche globale

Avec la création de l'ACTP en 1975, sa substitution pour les personnes âgées par la prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997 puis par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001, **la France se situe, ces trente dernières années, dans une approche causaliste de « compensation de la perte d'autonomie »**, fondée sur une approche relativement restrictive de la « dépendance », à partir des incapacités physiques et cognitives, plutôt que sur une approche sociale du vieillissement et segmentée en fonction de l'âge, entre les « personnes âgées dépendantes » et les « personnes handicapées non autonomes ».

Le rapport « comparaisons internationales » de 2019 soulignait la nécessité d'une **réorientation de la politique de soutien à l'autonomie française**, initialement fondée sur une approche de « compensation » vers une approche plus transversale et inclusive de « droits des personnes à vivre de façon autonome et en plein citoyenneté ».

Comme le notait ce rapport, la **conception de l'autonomie retenue en France** s'est rapprochée – en termes principiels – de celle retenue par les pays ayant une **approche finaliste affirmant les droits des personnes à vivre de façon autonome et en pleine citoyenneté** : la loi de 2005 et la loi ASV de 2015 fixaient comme objectif la convergence des deux politiques à destination des personnes en situation de handicap et des personnes âgées vulnérables. La loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) constitue un tournant important dans cette direction en s'assignant l'« *objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement* »⁶. La France a convergé en cela vers les politiques mises en œuvre dans la plupart des autres pays économiquement et démographiquement comparables.

Le rapport annexé à la loi ASV⁷ affirme ainsi : « *La réponse au défi de la « révolution de l'âge » doit avoir un caractère universel : tout le monde est concerné par l'âge. Alors que les politiques de l'âge se sont construites par étapes successives, l'ambition du Gouvernement est aujourd'hui de les remettre en cohérence, d'impulser une dynamique et d'assurer l'égalité de tous les citoyens face au risque de perte d'autonomie. Cette « révolution » est aussi porteuse de croissance, génératrice d'un développement économique au service des besoins et*

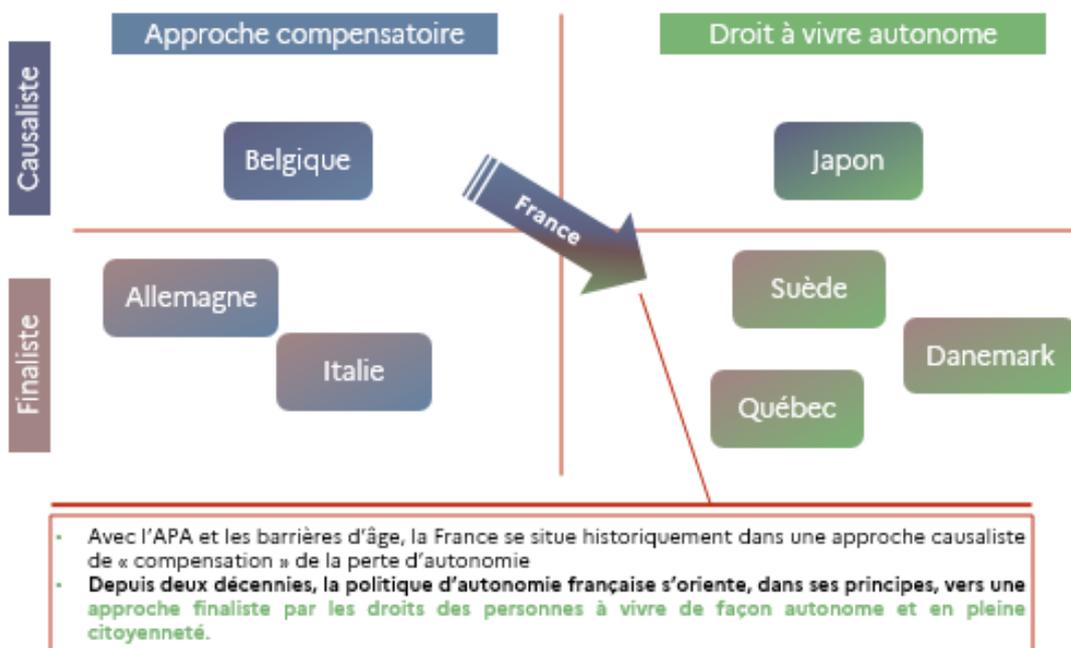
⁶ [La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement | Pour les personnes âgées \(pour-les-personnes-agees.gouv.fr\)](#)

⁷ [LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)



aspirations des plus âgés. La longévité de la population française représente un fort potentiel de création d’emplois de service mais aussi d’emplois industriels. La révolution de l’âge constitue un défi majeur : notre société doit s’adapter, dès à présent, pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et sanitaires, et le plus longtemps possible, de ce formidable progrès porté par l’allongement de l’espérance de vie. Elle doit s’adapter pour donner toute leur place aux âgés, véritable colonne vertébrale pour la cohésion sociale et citoyenne, compte tenu de leur contribution essentielle à la solidarité familiale, au lien social et à l’engagement citoyen. La question de l’image se pose également fortement, alors que l’âge est trop souvent associé à une ou plusieurs maladies. Les représentations sont fortes et ancrées dans les esprits, il faut les dépasser. »

Figure 3 | Les textes les plus récents semblent témoigner d’un changement d’approche dans la politique en faveur de l’autonomie des personnes âgées vulnérables en France



Source : SG HCFEA

Le rapport de 2019 du Conseil de l’âge soulignait néanmoins la **nécessité de faire évoluer les principes de départ de la politique d’autonomie** pour poser effectivement le principe d’un droit à vivre de façon autonome et décliner en conséquence de nouvelles réponses, la seule stratégie incrémentale de mise en œuvre de nouvelles mesures en complément des dispositifs existants plutôt que de réelle refonte ne pouvant parvenir à un véritable changement de paradigme. La dichotomie constatée, entre les principes adoptés à l’origine pour mettre en place de nouvelles réponses politiques à un problème, engage en effet des stratégies de réponses différenciées au problème et toute stratégie de changement efficace nécessite de revenir sur ces principes initiaux pour les adapter.

La création de la **branche « autonomie » de la Sécurité Sociale** en 2020 – correspondant à un « cinquième risque social »⁸ – a confirmé cette réorientation puisqu'elle émanait d'une volonté de **renforcement du soutien au handicap et à la « perte d'autonomie » envisagés comme une problématique globale. Sur le plan du lexique, les concepts et les termes employés pour l'inscription de ce risque au sein de l'article principal du Code de la sécurité sociale marquent un progrès, avec une affirmation de son universalité et de la volonté de transcender les questions de causes des limitations et d'âge.**

Encadré 6 | L'article L111-2-1 du Code de la sécurité sociale

III. - La Nation affirme son attachement au caractère universel et solidaire de la prise en charge du soutien à l'autonomie, assurée par la sécurité sociale. La prise en charge contre le risque de perte d'autonomie et la nécessité d'un soutien à l'autonomie sont assurées à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé.

La branche et le risque autonomie restent singulière⁹ au sein de la sécurité sociale, et les logiques et les caractéristiques des prestations sont inchangées au cas par cas. L'analyse individuelle des besoins préalable à l'obtention de l'APA et de la PCH (et qui relève de l'approche compensatoire-causaliste) limite d'une certaine manière le droit à la protection, qui peut être considéré comme « relatif »¹⁰. **La conception causaliste de la protection sociale est ainsi encore prégnante**, et les prestations sont davantage juxtaposées qu'articulées. La barrière d'âge demeure aujourd'hui, malgré la création de la branche « autonomie » en 2020. Le rapport de l'Inspection des Finances « *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement* » avançait que la cinquième branche devrait « permettre de progresser dans ce qui est un symbole de la **sécurité sociale française : un même droit pour tous, partout** ». L'abandon de la logique causaliste incarnée par l'âge de 60 ans et vectrice d'âgisme, était également un autre argument.

Encadré 7 | Une barrière d'âge dont la pertinence peut être remise en question et vectrice d'âgisme

L'approche causaliste équivaut à une « *gouvernance par l'âge* », avec 3 âges bien distincts dans la vie : « *enfants à l'école, adulte au travail, vieux à la retraite* »¹¹. Si cette gouvernance pouvait fonctionner efficacement par le passé, l'agencement de la vie en trois temps distincts ne paraît plus adapté, car il se décompose avec les transformations du marché du travail et l'augmentation de l'espérance de vie. Or, c'est précisément l'entrée dans une société de longue vie qui rend d'autant plus essentielle la conduite de politiques publiques adaptées au vieillissement, comme entendait le faire la loi ASV de décembre 2015.

⁸ Cette appellation a été largement discutée, la statistique nationale comptant déjà 10 « risques » répartis parmi les 4 branches de la Sécurité Sociale

⁹ Ferras, Benjamin. « La cinquième branche : mythe, réalité, objectif ? Une analyse, deux ans après... », *Les Tribunes de la santé* vol. 74 no. 4 2022 pp. 47-58

¹⁰ Ferras, Benjamin. « La cinquième branche : mythe, réalité, objectif ? Une analyse, deux ans après... », art.cit.

¹¹ Guillemard, Anne-Marie. « La catégorie d'âge n'est plus une catégorie pertinente de l'action publique », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, 2022



L'organisation différenciée des politiques à destination des personnes en situation de handicap et de celles envers les personnes âgées vulnérables opérant via l'âge discriminant – au sens premier du terme – de 60 ans, est en outre critiquée pour ses conséquences discriminatoires, non seulement en termes financiers mais également sociaux, par de nombreux acteurs.

Les modalités de prise en compte de la perte d'autonomie en France (principalement, avec l'APA), poseraient ainsi une « *analogie erronée* : "vieux = dépendant" », faisant des aînés des personnes perçues uniquement par la société comme causant des coûts¹².

Les politiques publiques contribueraient alors à produire socialement la vieillesse¹⁰, et l'APA serait donc en partie responsable d'une perception de la vieillesse teintée d'âgisme, postulant un lien homogène entre vieillissement et perte d'autonomie.

¹² Verbeeck, Vincent. « « Debout les Aîné.e.s ». Un plaidoyer pour développer ou restaurer le pouvoir d'agir », *Vie sociale*, vol. 40, no. 4, 2022, pp. 35-47.

Table des illustrations

Encadré 1 Exemples de pays retenant l’approche compensatoire de la réduction de l’autonomie..	5
Encadré 2 Exemples de pays fondant leur politique d’autonomie sur le droit à vivre de façon autonome.....	6
Encadré 3 La France et la Belgique sont les deux seuls pays dont la politique d’autonomie est différenciée selon l’âge.....	9
Encadré 4 Les récentes réformes de la politique allemande d’autonomie	13
Encadré 5 Eléments de la politique allemande d’autonomie relevant de l’approche compensatoire	13
Encadré 6 L’article L111-2-1 du Code de la sécurité sociale.....	21
Encadré 7 Une barrière d’âge dont la pertinence peut être remise en question et vectrice d’âgisme	21
Figure 1 Les grands courants d’approche de la politique d’autonomie.....	11
Figure 2 La procédure allemande d’évaluation des besoins.	17
Figure 3 Les textes les plus récents semblent témoigner d’un changement d’approche dans la politique en faveur de l’autonomie des personnes âgées vulnérables en France	20



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

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

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)

Adresse : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, 75015 PARIS

Adresse postale : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, CS 59234, 75739 PARIS cedex

