



**CESER de Bourgogne**  
Conseil économique, social  
et environnemental régional

## « CONTRIBUTION AU DEBAT NATIONAL SUR LA DEPENDANCE »

Présentée par

Michel MARTIN

COMMISSION N°4

Politiques sociales, politiques de la ville et de l'habitat, politiques de la santé et du sport,  
politiques culturelles et loisirs

SEANCE PLENIERE DU 6 MAI 2011

Les différentes contributions apportées par les membres du CESER, au titre de leur Commission ou de leur collège, évoquent différents thèmes et questionnements qui nécessitent d'être abordés dans le cadre du débat sur la dépendance.

La dépendance peut se définir comme la perte d'autonomie accrue, le besoin pour une personne d'avoir recours à une aide extérieure pour effectuer les gestes de la vie quotidienne.

C'est dans un contexte d'allongement constant de l'espérance de vie, où actuellement une personne âgée sur 4 risque de devenir un jour dépendante, que le Président de la République a souhaité lancer un débat national sur la dépendance. Ce débat doit s'inscrire dans le principe du respect de la dignité de la personne humaine.

Le CESE, saisi de la question, a manifesté la volonté de se rapprocher des CESER. Par ailleurs, la Préfète de région a sollicité le CESER de Bourgogne afin qu'il apporte sa contribution pour le colloque interdépartemental organisé le 13 mai 2011.

En premier lieu, l'utilisation du terme même de « dépendance » pose question, comme le souligne le collège 2, qui privilégie les mots « aide à l'autonomie ou au handicap ». Le terme de « dépendance » induit en effet la fausse idée que la vieillesse, synonyme de dépendance, est une charge pour la société.

Ceci n'est pas neutre, l'un des risques étant de limiter la problématique à son coût, tandis que parler d'aide à l'autonomie permet d'aborder l'ensemble des sujets liés à l'accompagnement des personnes. A noter d'ailleurs que la perte d'autonomie n'est pas inéluctable et, comme indiqué par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)<sup>1</sup>, même au-delà de 80 ans, six personnes sur dix sont encore quasi intégralement autonomes dans leur vie quotidienne.

Les autres questionnements évoqués peuvent être classés selon plusieurs grands thèmes : la question de la barrière d'âge (I), une réponse globale, équitable et coordonnée (II), l'accompagnement, la formation, l'emploi et le rôle des aidants naturels (III), le financement (IV) et la prévention (V).

## **I – La question de la barrière d'âge**

Le débat, tel qu'il est présenté, semble se consacrer exclusivement à la dépendance de la personne âgée. Cela exclue les personnes en situation de handicap, si elles ont moins de 60 ans.

La loi 2005-102 du 11 février 2005, dans l'article 13, stipule :

*« Dans les trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, la prestation de compensation sera étendue aux enfants handicapés. Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées ».*

Ne conviendrait-il pas mieux de supprimer l'idée d'une barrière d'âge, et de faire de la compensation à la perte d'autonomie un droit universel ?

Serait ainsi considérée comme relevant de la future loi sur la dépendance toute personne faisant face à une situation de perte d'autonomie, que celle-ci soit liée à un handicap de naissance, un accident, ou simplement à la détérioration de ses facultés liée à l'âge.

Cette position fait l'objet d'un consensus général au sein du CESER.

---

<sup>1</sup> Communiqué de presse du 27 avril 2011

## **II – Une réponse globale, équitable et coordonnée**

La recherche de l'équité territoriale apparaît comme un objectif à atteindre, comme le soulignent les Commissions 1, 4 et 6 : il y a actuellement des inégalités de traitement des personnes selon les départements (différence de prestations et de participation financière à la prise en charge), selon les établissements d'hébergement dont les capacités d'accueil (souvent inférieures aux besoins) et les statuts sont différents, mais également selon les bassins de vies : les zones urbaines permettent un accès plus facile aux soins et aux services tandis qu'en zone rurale, l'éloignement des centres médicaux et des services de proximité est problématique pour les personnes dépendantes).

C'est afin de corriger ces inégalités qu'il convient de coordonner les actions au niveau territorial, par la création de plates-formes uniques de proximité ou par le renforcement du rôle des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et de leur communication par exemple, tout en permettant une harmonisation des tarifications, une meilleure transition entre le milieu familial et les centres d'hébergement (meilleure information, amélioration du ratio personnel/résident) ainsi que le développement de solutions innovantes (développement de la domotique, actions favorisant le lien intergénérationnel, etc.).

Dans le cadre des hospitalisations de personnes dépendantes, la coordination entre services intervenant à domicile d'une part et les établissements sanitaires et médico-sociaux d'autre part est une nécessité.

Aucune divergence sur ce point n'est apparue.

Les Commissions 4 et 6 plaident pour la prise en compte d'un nouveau droit, identique pour tous, permettant à chacun de faire librement ses choix de vie en dehors des considérations financières (mode d'hébergement, prise en charge).

## **III – Accompagnement, formation et emploi**

Pour la Commission 5, comme l'évoquent également la Commission 3 et le Collège 2, les dimensions ressources humaines-formation-compétence doivent entrer dans la réflexion globale. C'est la question du maintien à domicile qui est, en particulier, au cœur des propositions de la Commission 5 qui constate que :

- « - le personnel en question est souvent dans une situation précaire (travail à temps partiel, peu ou pas de qualification, rémunération peu élevée) ;
- il existe une disparité de prestations et de prise en charge selon les départements ;
- former plus, en termes de niveaux de qualification pose le problème de la rémunération plus élevée ;
- l'accent est mis sur la formation continue qui permet aux personnels d'être mieux formés, mais on ne rémunère pas les compétences supplémentaires qu'ils ont acquises ;
- les personnes avaient été sollicitées pour s'engager dans la Validation des acquis par l'expérience (VAE) mais aujourd'hui, avec les problèmes de financement, on encourage moins les personnes à évoluer ».

En réponse, les propositions de la Commission 5 soulignent l'importance de la formation, de la qualification et de l'accompagnement des aides à domicile et invitent à une valorisation des métiers de l'aide à domicile et du médico-social. La possibilité de mutualisation des personnels entre

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et Service d'aide à domicile est sollicitée.

Par ailleurs, la solidarité familiale restant essentielle dans l'organisation actuelle de la prise en charge de la dépendance, la Commission propose de « développer le soutien et la formation des aidants naturels ».

Elle préconise aussi de limiter le mode d'intervention à domicile de gré à gré « afin de permettre un suivi et un accompagnement extérieur » dans l'intérêt des familles aidées d'une part, des professionnels d'autre part.

La Commission 3 note également qu'une part importante des aides à domicile est âgée de plus de 50 ans, ce qui invite à penser dès à présent au renouvellement de la profession, à l'attractivité du métier, à sa pénibilité... alors que nous savons que le souhait d'une majorité de personnes est de vieillir à domicile.

Pour la Commission 4, il conviendrait de mettre en valeur les emplois du secteur médico-social, dont les conditions de travail difficiles sont peu attractives. Cela peut passer par une simplification, une harmonisation et une reconnaissance des diplômes, mais également par une valorisation et une sécurisation des métiers du secteur, car le personnel est souvent dans une situation précaire (travailleurs payés au SMIC, temps partiel subi).

La professionnalisation et la qualification des personnels est indispensable.

Tous les aidants ne sont pas des professionnels : il existe en effet beaucoup d'aidants naturels, souvent familiaux, qui se retrouvent à charge d'une personne dépendante et doivent apprendre ce nouveau rôle d'eux-mêmes, sans véritable aide extérieure. Cette nouvelle fonction se fait parfois aux dépens de leur vie personnelle ou de leur activité professionnelle.

Il paraît important de pouvoir apporter à ces aidants naturels une formation, mais également un soutien, qu'il soit matériel (aménagement d'horaires par exemple) ou psychologique (prise en compte du stress que peuvent provoquer ces nouvelles responsabilités).

**Pour ce qui vient d'être développé dans ce chapitre comme pour les précédents, se pose la question essentielle du financement.**

#### **IV – Le financement**

La perte d'autonomie coûte cher, que ce soit en raison des tarifs des établissements d'hébergement, du recours à l'embauche d'une aide à domicile ou de l'aménagement du lieu de vie.

Actuellement, pour les personnes placées en structures d'hébergement par exemple, ce financement se fait en trois parties : les soins sont pris en charge par l'Etat (assurance maladie), la dépendance par le Conseil général (Allocation personnalisée à l'autonomie (APA)) et le résident, l'hébergement par le résident et sa famille ou le Conseil général (Aide sociale départementale).

Il faut que chaque individu puisse faire librement ses choix, en dehors de toute considération financière.

L'hypothèse haute du financement de la dépendance est de l'ordre de 34 milliards d'Euros. Actuellement, les pouvoirs publics déboursent près de 25 milliards d'Euros. Il est essentiel que cette somme ne soit pas remise en cause et constitue le socle de la contribution publique nécessaire à l'accessibilité sociale.

Ces ressources devraient être gérées au niveau national par un seul et même organisme. La CNSA peut remplir ce rôle.

Il conviendrait également de travailler sur l'optimisation des mécanismes et prestations.

Pour les Commissions s'étant exprimées sur le sujet, il apparaît un consensus en faveur d'un système équitable, en adéquation avec les besoins de prise en charge et les choix de vie. Les

contributions divergent sur les moyens d'y parvenir et en matière de financement, sur le degré d'intervention des pouvoirs publics, la plupart des expressions mentionnent un socle de solidarité nationale, la CGPME propose en complément le développement d'assurances dépendance.

Différentes solutions sont ainsi proposées : le recours au financement public, les financements privés ou le recours à un partenariat public-privé qui associerait financements publics et assurances personnelles.

Financements publics : Parmi les idées émises émerge la création d'un « 5<sup>ème</sup> droit » (ou 5<sup>ème</sup> branche) de la sécurité sociale concernant l'autonomie. On ferait ainsi appel à la solidarité nationale. Certaines propositions ont été faites pour financer cette branche : l'extension de la journée de solidarité à tous les travailleurs (et non seulement les salariés), la création d'une 2<sup>ème</sup> journée de solidarité, la création d'une cotisation sociale dédiée.

La fiscalité des services à la personne doit être également adaptée, notamment pour les personnes retraitées touchant un faible revenu. Il convient ici de distinguer les services indispensables qui conditionnent une existence décente, des services apportant un confort de vie.

Financements privés : On fait appel à la solidarité familiale dans le cadre du reste à charge mais cela pourrait passer également par le biais de contrats d'assurance individuelle ou de garantie, adaptables aux situations personnelles. Afin d'encadrer ce type de contrats, l'Etat pourrait signer une convention nationale avec les compagnies d'assurance.

Pour une majorité de commissions et collègues, la part du financement privé doit rester marginale.

## **V – La prévention**

La question de la perte d'autonomie revêt une importance sociétale fondamentale, nécessitant une réflexion globale intégrant, outre la question du financement, des dimensions fortes de prévention, coordination et accompagnement de la personne.

Malgré les très bons résultats sanitaires obtenus en France et l'amélioration continue de l'espérance de vie, il existe de grandes inégalités sociales dans les chances de vivre en bonne santé durant la retraite et d'accès au « bien vieillir ». Les ouvriers, particulièrement exposés en termes de mortalité prématurée, ont également les risques les plus importants de vivre une retraite avec des limitations fonctionnelles et des incapacités. A 60 ans, les incapacités sévères occupent 16% de l'espérance de vie des ouvriers contre 9% de celle des hommes cadres.

Ainsi, au-delà de la simple prise en charge de la dépendance, il paraît aujourd'hui nécessaire d'agir par une action préventive tout au long de la vie : éducation pour la santé, facilitation de l'accès aux soins, dépistages plus systématique par exemple. L'individu doit également participer à cette démarche préventive, en tant qu'acteur de sa santé.

L'adaptation des logements est un autre point important à prendre en compte, notamment pour limiter les risques de chute aux conséquences souvent lourdes pour les personnes âgées.

Enfin, reste la nécessité de lutter contre l'isolement et de travailler au maintien du lien social qui constitue un autre facteur déterminant du « bien vieillir ».

## **L'intervention en direction des personnes âgées en perte d'autonomie**

La CFDT, au congrès de Tours, a choisi de peser dans le débat sur la prise en charge de la perte d'autonomie, en lien avec deux objectifs plus larges :

- \* Influencer sur l'évolution de notre système de protection sociale (santé, retraite)
- \* Avoir un haut niveau de socialisation des dépenses de protection sociale.

Cette note a pour objectif de permettre aux militants CFDT :

- \* de s'approprier les enjeux autour de la prise en charge de la perte d'autonomie.
- \* de présenter les propositions CFDT pour l'amélioration de cette prise en charge et la diminution du reste à charge des familles au travers d'un financement solidaire et pérenne.
- \* de peser dans les débats nationaux et régionaux qui s'ouvrent

### **I. La perte d'autonomie : historique et définition**

#### **1945 : Une construction progressive de nos systèmes de protection sociale**

Nos systèmes de protection sociale ont été créés en 1945, à une époque où ne figurait pas parmi les risques à couvrir celui de la perte d'autonomie (terme préféré à celui de dépendance). Lors de la création de la Sécurité sociale, les risques correspondaient aux besoins prioritaires de l'après-guerre : améliorer la situation des familles (allocations familiales) dans la phase de reconstruction du pays, et assurer des revenus de remplacement aux malades (assurance-maladie), aux accidentés du travail et aux retraités (assurance-vieillesse de base puis complémentaire). L'assurance chômage est venue compléter cette palette une dizaine d'années plus tard.

#### **Les années 80 : L'apparition de la question du grand âge**

La question du grand âge n'est entrée dans le débat public qu'au cours des années 1980. L'allongement spectaculaire de la durée de vie, l'évolution de l'habitat, qui rend le plus souvent impossible l'accueil ou le maintien des personnes âgées dans les familles, l'éloignement géographique de ces dernières, le coût élevé de l'accueil en établissements, ont amené à s'interroger sur le soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées dans la seule sphère privée. Il a fallu attendre 1997 (avec la Prestation spécifique dépendance – PSD) et surtout 2002 pour que soit instaurée une aide substantielle par l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées (APA). On sortait avec cette loi de l'aide sociale, de l'assistance. La CFDT a participé à ces avancées tant au plan national que local. Aujourd'hui, l'APA compte 1,1 million de bénéficiaires

#### **2002 : Création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**

Depuis le 1er janvier 2002, les personnes âgées de 60 ans révolus justifiant d'une perte d'autonomie bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie. L'APA leur permet de bénéficier, à domicile ou en établissement, des aides et des services qui leur sont nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. L'attribution de l'APA n'est pas soumise à des conditions de ressources, mais son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire. C'est la Commission départementale de l'APA qui fixe, en fonction du plan d'aide établi, le montant de l'allocation qui peut fortement varier d'un département à l'autre. Le montant moyen du plan d'aide à domicile est de 494 euros par mois et de 461 euros en établissement (source : Drees, Études et résultats, n°710, novembre 2009).

L'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées (APA) bénéficie à 1,1 million de bénéficiaires à domicile (61%) et en établissements (39%). 1,3 million de personnes ont plus de 85 ans aujourd'hui (2 millions en 2015). Le taux des personnes en perte d'autonomie est estimé à 7% à 60 ans ; 17% à 80 ans, et 42% à 90 ans. Les personnes sont réparties dans six groupes dits Iso Ressource (les GIR) en fonction de leur degré de perte d'autonomie. L'APA n'est ouverte qu'aux personnes les plus lourdement dépendantes (GIR 1 à 4).

#### **2004 : Création de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)**

En 2004, suite aux débats provoqués par la canicule, il a été décidé de créer une caisse d'un genre nouveau alliant la gestion locale et l'action d'un opérateur national chargé de participer au financement mais aussi de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et d'assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. La CNSA est chargée de :

- \* Financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ;
- \* Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps ;
- \* Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

La CNSA est donc à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique. Ainsi, on ne peut plus parler de cinquième risque au sens strict du terme puisque la CNSA n'est pas un organisme de sécurité sociale mais une agence dont le conseil, regroupe tous les acteurs concernés (Etat, partenaires sociaux, élus locaux et nationaux, représentants des différents « publics » etc.).

#### **2007 : Une promesse de campagne présidentielle**

Pendant la campagne présidentielle, les principaux candidats avaient tous annoncé des initiatives dans ce domaine. En juin 2007, le nouveau gouvernement a immédiatement demandé à la CNSA, qui regroupe tous les acteurs du secteur, de mener une réflexion. Celle-ci a débouché en octobre 2007 sur un texte voté à la quasi-unanimité. Au même moment, le président de la République demande au gouvernement de mettre en œuvre « une réponse adaptée et structurée ». Le 28 mai 2008, le gouvernement lance une concertation qui durera jusqu'en décembre de cette même année. Un projet de loi annoncé pour janvier 2009 est ensuite sans cesse reporté, les différents responsables du dossier ne cachant pas que l'arbitrage était à l'Élysée. Fin 2009, le Président comme le Premier ministre ont indiqué que la réforme serait entreprise après le dossier retraite.

**Qu'est-ce que la perte d'autonomie ?**

Une situation de perte d'autonomie peut être définie comme « l'impossibilité ou la difficulté durable d'accomplir seul et sans aide les gestes de la vie quotidienne et de participation à la vie sociale ». Les situations qui portent atteinte à l'autonomie de la personne sont susceptibles de concerner chacun à tous les âges de sa vie, de l'enfance jusqu'au grand âge. Mettre en place une protection sociale pour l'autonomie consiste donc à promouvoir des prestations qui sont à la fois au delà des soins, et au delà des dépenses de la vie courante. Il s'agit en effet de couvrir les « surcoûts » de la dépendance dans la vie quotidienne et la vie sociale.

Dans son rapport de 2007, la CNSA a décidé d'abandonner le terme de 5ème risque pour le remplacer par le concept de « nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie ». Il y a un large consensus pour ne pas mettre en place une nouvelle branche de la sécurité sociale qui amènerait à bouleverser l'organisation actuelle sans avoir l'assurance que cette nouvelle branche assure un meilleur service.

## **II. Etat des lieux**

### **Qui finance quoi ? (Cf. tableau récapitulatif en annexe)**

La dépense publique consacrée aux personnes âgées en perte d'autonomie atteint aujourd'hui près de **25 milliards d'euros**<sup>1</sup> et équivaut à plus de **1,1 % du produit intérieur brut (PIB)**. Il faut ajouter environ **8 milliards d'euros payés directement par les personnes concernées et leurs familles**.

Les soins prodigués aux personnes âgées en perte d'autonomie sont de l'ordre de 14 milliards d'euros. L'hébergement est pris en charge essentiellement par les familles (près de 6 milliards d'euros) et en partie par les départements via l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) voire la Cnaf : 2 milliards d'euros. La dépendance liée à la perte d'autonomie proprement dite, en établissement comme à domicile est financée par l'APA : 5,1 mds d'euros dont 1/3 est financé par la CNSA, 2/3 par les départements et marginalement par l'aide sociale de la caisse nationale d'assurance vieillesse. Sur cette partie, le reste à charge des familles est de l'ordre de 700 à 800 millions d'euros. Des exonérations fiscales et sociales sont possibles.

La dépense publique est financée par les organismes de sécurité sociale, par les départements et par la CNSA.

• Les différentes branches de la sécurité sociale participent à hauteur de près de **15 milliards d'euros** au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées, directement ou via la CNSA, auxquels il faut ajouter 1,5 milliard d'euros d'exonérations de cotisations sociales non compensées. La branche maladie est le principal financeur de cette prise en charge de la dépendance. En 2009, on estime cette dépense à plus de 13 milliards d'euros, dont 7,3 milliards d'euros pour les soins au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

---

<sup>1</sup> Le chiffrage est actuellement en cours d'actualisation (groupe ministériel autour de B. Fragonard et travaux du HCAAM).

Si la branche vieillesse verse chaque année une contribution à la CNSA (65,8 millions d'euros en 2009), son intervention principale réside dans sa propre politique d'action sociale, dont le budget total d'intervention a été de 394 millions d'euros cette année-là. Au total les caisses de retraite participent pour plus de 700 millions d'euros. La branche famille et la Mutualité sociale agricole (MSA) allouent sous condition de ressource des aides personnelles au logement qui, sans leur être spécifiquement destinées, peuvent être versées aux personnes âgées dépendantes résidant en institution ou à leur domicile. Le montant de ces interventions en 2009 est estimé à 568 millions d'euros par la Direction du budget.

- **Le budget propre de la CNSA** (hors financements des caisses de sécurité sociale décrits ci-dessus) : il finance une partie des charges liées à la perte d'autonomie (services à domicile, aides techniques, contribution aux établissements, etc.) : de l'ordre de **près de 3 milliards d'euros** dont la moitié pour le financement de l'APA.

Deux ressources fiscales, ont en effet été spécifiquement affectées à la CNSA par la loi du 30 juin 2004 : la **contribution solidarité autonomie** (CSA) est composée d'une contribution de 0,3 % des rémunérations versées par les employeurs privés et publics, en contrepartie de la journée dite « journée de solidarité » à laquelle s'ajoute une contribution de 0,3 % assise sur les revenus du patrimoine et les produits de placement. La seconde ressource est une fraction de **0,1 % de la contribution sociale généralisée (CSG)** perçue sur les revenus d'activité. Ces financements ont subi de plein fouet les effets du ralentissement économique dû à la crise.

La part de la CNSA dans le financement de l'APA passera sous la barre des 30 % en 2010.

- **L'apport des départements** : ils interviennent au travers de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), financée aujourd'hui à 70% par les conseils généraux qui en assument la gestion et le service, met à la charge des départements une dépense dont la croissance est régulière. De 2004 à 2009, les dépenses nettes d'APA sont passées de 2,2 milliards d'euros à **3,6 milliards d'euros** pour les départements.

L'aide sociale à l'hébergement (ASH), attribuée sous condition de ressources, vise à prendre en charge les frais d'hébergement des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans accueillies en établissement. Elle s'élevait à plus de **2 milliards d'euros** en 2008, dont 1 milliard de récupération sur succession.

- **Les exonérations fiscales et sociales** : en 2009, les exonérations fiscales (370 millions d'euros selon le rapport Marini-Vasselle, 2008) permettent aux particuliers de réduire leurs dépenses d'aides à la vie quotidienne. Ce montant est sous estimé, car d'autres dispositifs fiscaux servent aussi à une partie des populations en perte d'autonomie (réduction fiscale pour l'emploi d'un salarié à domicile, par exemple). Les exonérations sociales citées plus haut (1,5 milliard d'euros) bénéficient aux organismes prestataires, associatifs, privés lucratif, particuliers employeurs.

### La question du « reste à charge »

Le niveau des prestations ne permet encore pas à de nombreuses personnes et à leurs familles de faire face aux dépenses, en particulier aux restes à charge pour la partie des charges liées à la perte d'autonomie (services à domicile, aménagement appartement, véhicule...) et surtout pour la partie hébergement pour les personnes en établissement.

L'APA est versée en fonction des revenus mais peut fortement varier d'un département à l'autre, ainsi que la Cour des Comptes le relevait en 2009 : sur les départements étudiés, la part restant à la charge des bénéficiaires en GIR 1 (grande dépendance) variait de 88 € à 149 € par mois. **En matière d'hébergement**, selon les territoires et le statut des établissements, le reste à charge peut être estimé entre 1000 et 3000 euros. Enfin plusieurs rapports ont pointé que l'empilement des aides entre prestations, exonérations fiscales et sociales est inéquitable dans ses effets **en favorisant plutôt les hauts revenus**.

A ces questions s'ajoutent, malgré les plans, de fortes disparités d'équipement au plan territorial.

### La question de la convergence des prestations

L'article 13 de la loi du 11 février 2005 indique que dans un délai maximum de 5 ans, les distinctions entre les personnes handicapées en fonction des critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées. En clair les dispositifs en vigueur ne devraient plus tenir compte de l'âge mais répondre aux situations des personnes quel que soit leur âge.

En 2007, la CNSA dans son rapport avait souhaité que se crée un droit universel à l'autonomie quel que soit l'âge mais dès la phase de concertation, les ministres chargés du dossier laissaient entendre que la convergence ne figurerait plus dans les priorités.

Cette convergence reste souhaitable pour la CFDT. Cependant il est raisonnable de penser que devant l'état des finances publiques, le gouvernement ne la mettra pas en œuvre à court terme.

### Quelles perspectives démographiques et financières à moyen terme ?

Le premier constat est optimiste : 1,1 million de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ne correspond **qu'à 6,7 % des 16,4 millions de personnes de plus de soixante ans**. Au grand âge, la perte d'autonomie est un phénomène en relative diminution, c'est ce que l'INSEE appelle la compression de la morbidité : les années gagnées en espérance de vie le sont massivement en années sans dépendance. Survenant de plus en plus tardivement et étant de plus en plus courtes, les pertes d'autonomie régressent objectivement mais du fait de l'augmentation des classes d'âge de plus de soixante-dix ans et de l'apparition d'une longévité plus importantes des personnes handicapées, les personnes âgées dépendantes devraient tout de même être de plus en plus nombreuses au cours des prochaines années.

Mais il existe des **incertitudes démographiques** sur le moyen long terme : l'espérance de vie a augmenté dans des proportions inédites. Les parts des personnes de plus de 65 ans et de plus de 75 ans dans l'ensemble de la population seront respectivement de 32,2 % et de 10,5 % en 2025 (contre 24,4 % et 8 % en 2005). **Des inconnues demeurent sur l'augmentation de la durée de vie.** Les progrès scientifiques et leurs conséquences permettront-ils de trouver des solutions pour les maladies neuro-dégénératives ? Ou augmenteront-elles les coûts prise en charge ? Le nombre de personnes en perte d'autonomie, comme leur coût peut ainsi varier sensiblement, ce qui empêche toute prospective sérieuse à long terme.

Quels que soient les scénarii, le défi financier est à relativiser. Les **25 milliards de coût** en 2009, même s'ils évoluent significativement, doivent être comparés aux 261 milliards d'euros versés en 2009 au titre des pensions de retraite ! L'enjeu du vieillissement porte bien plus sur le financement des retraites que sur celui de la perte d'autonomie. La perte d'autonomie est un risque « finançable ».

**L'enjeu principal tient aux équilibres à opérer entre le maintien, voire l'amélioration, de l'intervention publique, l'évolution des restes à charge pour les familles et le recours à l'assurance complémentaire.**

### **III. Objectifs et propositions CFDT**

L'objectif final est bien de permettre une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie en diminuant le reste à charge des familles au travers d'un financement mutualisé, solidaire et pérenne.

#### **Un droit universel d'aide à l'autonomie**

Lors du bureau national de juin 2008 et du congrès confédéral de Tours, nous avons tracé les objectifs que nous pouvions nous assigner :

*« L'ambition est de créer un droit universel d'aide à l'autonomie concrétisé par une prestation de compensation à la perte d'autonomie, faisant tomber les barrières d'âge, source d'inégalités, ouvrant à toute personne l'accès à l'autonomie dans ses gestes de vie courante et sa participation à la vie sociale. Il s'agit d'un nouveau risque à couvrir par une prise en charge solidaire qui devra reposer sur un financement majoritairement public (BN de juin 2008) »*

*« La CFDT revendique la création d'un droit universel d'aide à l'autonomie, concrétisé par une allocation, et l'amélioration quantitative et qualitative des services et établissements spécialisés. Le financement doit être mutualisé, majoritairement public et reposer sur des exigences de solidarité et de justice. La CFDT revendique un financement pérennisé sur la base d'une solidarité large assurée par tous les revenus, y compris les pensions de retraite. En outre une réelle imposition des successions et des donations devrait participer à ce financement. » (Tours 2010).*

#### **1. Développer la prévention de la perte d'autonomie**

Il est démontré que la **prévention peut avoir un impact important pour faire reculer la survenance de la perte d'autonomie. C'est donc un enjeu majeur.**

Nous constatons également que les inégalités socio-professionnelles dans l'espérance de vie liées aux conditions de travail, à l'accès aux soins, à l'éducation sanitaire sont aggravées par des inégalités accrues dans l'accès à la prévention pour les plus défavorisés.

Les déterminants de la prévention susceptibles de faire reculer la perte d'autonomie sont connus : l'éducation sanitaire et alimentaire, le maintien en activité physique et intellectuelle, une surveillance médicale régulière.

#### **La prévention doit commencer à l'école**

La crèche puis l'école sont les lieux privilégiés de l'accès au plus grand nombre à une éducation sanitaire et alimentaire.

Nous constatons souvent une rupture de prise en charge de la prévention entre les différents niveaux (par exemple la prévention bucco dentaire entamée à la crèche est souvent interrompue au-delà faute de personnels formés et/ou d'équipement adaptés). **Il convient de mieux coordonner les intervenants en milieux scolaires et d'équiper les établissements pour permettre les apprentissages et diffuser l'éducation sanitaire et alimentaire.**

L'information des jeunes sur les comportements à risque peut aussi éviter d'hypothéquer gravement la qualité du vieillissement.

#### **La prévention a sa place dans l'entreprise**

La situation de travail, peut être déterminante pour la santé du salarié. L'amélioration de la qualité de la vie au travail, la réduction du stress et de la pénibilité du travail aident à préserver la santé des salariés, à réduire les inégalités d'espérance de vie, mais aussi à améliorer les conditions du vieillissement.

Au-delà des mesures de prévention et de suivi médical en entreprise et celles plus spécifiques pour les salariés particulièrement exposés, l'entreprise peut jouer un rôle dans prévention de la perte d'autonomie. En particulier, le maintien dans une activité peut être accompagné par :

- \* des transitions plus progressives et diversifiées vers la retraite,
- \* une préparation au départ à la retraite (des expériences de ce type existent dans certains organismes de protection sociale et pourraient être généralisées).

Les partenaires sociaux, les IRP et les organismes de protection sociale doivent être mobilisés et coordonnés sur ces actions.

**La surveillance médicale et le dépistage**, en particulier des maladies neuro-dégénératives doivent être favorisés.

Le dépistage précoce permet de limiter les effets de certaines pathologies (hypertension, diabète, surdité), d'en améliorer les chances de guérison, de faire reculer l'entrée dans la dépendance.

Enfin, la CFDT réclame le maintien de la prise en charge du GIR4<sup>2</sup> par l'APA. En effet, c'est à ce moment crucial que peuvent être mis en place des dispositifs qui permettent aux personnes de ne pas aller vers une dépendance lourde.

---

<sup>2</sup> Il s'agit du groupe de personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

## 2- Améliorer l'organisation du système de soins et la prise en charge médico-sociale et sociale

Au-delà des aspects purement médicaux, adopter une vision globale de la personne pour prévenir la dépendance nécessite de porter une attention à son cadre de vie et à ses relations sociales. Il convient donc également d'améliorer cette prise en charge globale par une meilleure organisation du système de soins et d'accompagnement.

**Il faut réorganiser le système de soins autour de la personne en perte d'autonomie.** Pour cela, il faut que tous les acteurs institutionnels coordonnent leurs interventions pour construire un dispositif qui assure une continuité dans la prise en charge et évite le recours fréquent à l'hospitalisation, voire aux urgences.

Cela peut impliquer notamment :

- \*de favoriser le développement de services regroupant professionnels du soin et de l'aide à la vie quotidienne, en particulier dans les Services polyvalents d'aides et de soins à domicile (SPASAD) ou au moins une bonne coopération entre eux ;
- \*de développer l'Hospitalisation à Domicile (HAD) ;
- \*de rendre possible une fin de vie digne à domicile, ce qui suppose une prise en charge des soins palliatifs hors du milieu hospitalier ;
- \*de généraliser les réseaux gérontologiques sur l'ensemble du territoire : en organisant, autour de la personne âgée, une équipe pluridisciplinaire médicale et sociale ;
- \*la mise en œuvre effective du dossier médical permettrait de mieux gérer les parcours de soins en particulier lors des hospitalisations, et de limiter le recours aux urgences.

Ces propositions supposent d'augmenter, et mieux répartir sur le territoire, le nombre de professionnels de santé et d'auxiliaires de vie sociale.

La mise en place des **Agences Régionales de Santé (ARS)** qui va permettre à cette dernière d'agir à la fois sur l'organisation sanitaire et l'organisation médico-sociale devraient y contribuer.

**Nos mandats dans ces structures doivent être à l'initiative** pour que se développe une meilleure coordination entre la **partie sanitaire** (établissements de soins, hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile, équipes mobiles de soins palliatifs, professionnels libéraux etc.) et la **partie sociale** (établissements médico-sociaux et les services d'aide à domicile, ces derniers ne relevant pas de l'ARS). La confédération contribuera à la coordination de nos mandats dans cet objectif.

Cela implique aussi de **faire évoluer les outils** actuels, insuffisants pour définir des plans de prise en charge personnalisés. La CFDT est favorable à **des coordonnateurs sanitaires et sociaux**.

Par ailleurs, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible ou souhaité, des solutions alternatives existent à l'hébergement en EHPAD. Les petites unités de vie à taille humaine assurent une continuité avec les modes de vie antérieurs des personnes âgées : les logements sont privatifs, les personnes âgées peuvent y disposer de leur mobilier personnel, les professionnels extérieurs (médecins, infirmiers, services d'aides à domicile) peuvent intervenir auprès d'elles. Par ailleurs, les petites unités proposent des services communs (repas, buanderie, bibliothèque). La CFDT estime que ces structures, quelles que soient leur appellation et leur organisation **sont une des réponses à la prise en charge en termes d'aides et de soins des personnes âgées.**

### 3- La gouvernance

La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées) est un établissement public mis en place en mai 2005 (voir page 3).

La CNSA est à la fois une caisse, une agence et un espace public d'échanges pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. La CNSA effectue en effet **une médiation entre la politique nationale et les politiques locales.**

**Compte tenu de son expérience** et du fonctionnement de la Caisse Nationale Solidarité Autonomie, la CFDT considère que ce mode de gouvernance est pertinent pour mettre en œuvre nos objectifs de transversalité dans la prise en charge. Nous ne revendiquons donc pas de placer la dépendance sous l'égide exclusive de la sécurité sociale. Les ARS interviennent au travers de la mise en œuvre des Plans Régionaux Stratégiques sur la prévention, l'organisation médico-sociale et l'offre de soins. Cette intervention doit être complétée par la CNSA sur les aspects d'accompagnement social qui ne sont pas dans le champ de compétence des ARS.

### 4- Le financement public

Le financement doit être mutualisé, **majoritairement public.** La CFDT revendique un financement pérennisé sur la base d'une solidarité large assurée par tous les revenus, y compris les pensions de retraite. **Le financement de la perte d'autonomie ne peut reposer sur les seuls salariés.**

La CFDT considère que **des financements publics complémentaires** sont nécessaires pour **améliorer la prise en charge des plans d'accompagnement** individualisés mis en œuvre par l'APA (1 à 2 milliards d'euros supplémentaires) et pour **diminuer le reste à charge hébergement** (3 à 4 milliards d'euros), (cf. point II. Etat des lieux).

Aujourd'hui, les départements financent 70% de l'APA, il faut qu'un **rééquilibrage** intervienne **entre la part nationale, financée par la CNSA, et la part des départements.**

#### **Imposer l'ensemble des revenus du travail**

La journée de solidarité se traduit financièrement par un prélèvement de 0,3 % sur la masse salariale : **contribution solidarité pour l'autonomie (CSA).** Cette contribution repose uniquement sur les salariés. Nous proposons que **la CSA soit élargie aux catégories qui ne la paient pas** (professions non salariées, retraités) et qui bénéficient également de la prestation APA. Cette extension est évaluée entre 7 à 800 millions d'euros.

#### **Rapprocher les taux de CSG des actifs et des retraités**

La CFDT propose l'alignement du taux le plus élevé de CSG des retraités (actuellement 6,60%) sur celui des actifs (7,5%). Cette proposition rapporterait 1,5 milliards d'euros.

#### **Imposer les revenus financiers**

Aujourd'hui les revenus financiers sont concernés par la CSG et une taxe spécifiquement affectée à la perte d'autonomie de 0,3% assise sur les revenus du patrimoine et les produits de placement (de l'ordre de 300 millions d'euros). La CFDT ne demande pas de modification de cette taxe (sauf à revoir une réforme plus générale des revenus de la fiscalité).

#### **Imposer la transmission à titre gratuit du patrimoine (successions et donations)**

Enfin, la CFDT demande l'instauration d'une **taxe sur la transmission à titre gratuit de tous les patrimoines** (une taxe de 1% pourrait rapporter 1 milliard d'euros d'après nos estimations). Cette taxation serait plus solidaire que la récupération sur succession, (qui ne concerne que les personnes dépendantes aisées par la collectivité) et éviterait les comportements d'évitement.

Cependant, au-delà d'un certain niveau de patrimoine (qui peut être, par exemple, le niveau d'entrée dans l'ISF soit 740 000 euros à ce jour), une reprise sur succession peut être envisagée. Il ne paraît en effet pas choquant que la solidarité familiale puisse être sollicitée pour les patrimoines les plus importants.

#### **5- La question de l'assurance complémentaire**

Ce sujet n'est pas la priorité dans la période. Dans un premier temps, la CFDT considère en effet qu'il faut préserver le pouvoir d'achat des salariés et éviter de leur demander toute contribution supplémentaire, y compris dans le cadre de l'intervention des complémentaires.

En second lieu, l'important est de consolider le financement public comme indiqué ci-dessus.

Pour la CFDT, l'intervention d'organismes complémentaires n'est cependant pas forcément à exclure à terme, dès lors que se développerait un partenariat entre elles et le régime public en vue de réguler ce nouveau champ de protection sociale.

Mais c'est sur ce point que réside la principale inconnue du débat qui s'ouvre tout comme les projets du gouvernement.

Pour la CFDT, il faut éviter de reproduire les mêmes inégalités qu'en santé complémentaire. C'est pourquoi un cadre interprofessionnel doit être mis en place, qui permette la mutualisation du financement, la portabilité des droits au cours du parcours professionnel, quel que soit ses aléas, et propose un panier de services qui contribue aux objectifs de prévention, de qualité des prestations et de coordination des acteurs.

La CFDT travaille en lien avec les intervenants sur ce chantier, en particulier les mutualistes, afin que l'intervention éventuelle de compléments assurantiels se fasse en conformité avec les objectifs de solidarité, de non sélection des risques, de qualité des prestations, de maîtrise des coûts et d'accès universel.

#### **6- Renforcer l'attractivité des métiers**

Pour des raisons quantitatives (hausse des besoins en emploi dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes) et qualitatives (qualité de la prise en charge, conditions d'emploi des salariés), il est indispensable d'améliorer l'attractivité des métiers concernés.

Cela implique une professionnalisation de tous les métiers (du soin à l'accompagnement), la reconnaissance des qualifications acquises par la formation et l'expérience professionnelle auprès des personnes âgées, une rémunération prenant en compte cette qualification, une amélioration des conditions de travail (charge de travail, organisation du travail, trajet, etc.).

La confédération soutient et coordonne en tant que de besoin les travaux des fédérations concernées pour la valorisation de ces métiers et la négociation de cadres conventionnels homogènes.

En matière d'accompagnement au maintien à domicile, la CFDT considère que l'emploi prestataire constitue une meilleure réponse, tant pour le patient que pour le salarié, que les emplois directs qui ne sont encadrés par aucune structure. La CFDT suggère, de soumettre les salariés employés par un particulier relevant de l'APA (ou de la PCH pour les personnes handicapées), à une procédure d'agrément préalable comme pour les assistantes maternelles.

#### **7- Renforcer l'aide aux aidants familiaux**

La prise en charge des personnes en perte d'autonomie, est, pour beaucoup d'aidants, très éprouvante.

Les études de la DREES montrent que la mise en place de l'APA n'a pas modifié l'intensité de l'intervention des proches. Ce type de solidarité constitue deux enjeux pour la société : à court terme, l'enjeu est de faire en sorte que les aidants puissent être soutenus et soulagés dans cet accompagnement de leurs proches.

L'égalité homme-femme dans l'emploi et le déroulement de carrière est le second enjeu. Aujourd'hui, force est de constater que c'est sur les femmes que repose la plus grande partie de l'aide familiale aux personnes âgées. Les évolutions sociologiques et l'objectif CFDT d'égalité dans la rémunération et la carrière sont incompatibles, à moyen terme, avec cette prise en charge.

Il convient donc de trouver des mesures qui, sans être incitatives à la prise en charge dans le cadre familial, soutiennent et accompagnent les aidants qui en font le choix.

La CFDT souhaite que se multiplient **toutes les solutions de répit temporaire, de jour comme de nuit**, pour permettre le libre choix de ces dispositifs, et par les aidants et par les aidés, **accessibles géographiquement et financièrement par tous**.

Nous souhaitons favoriser la formation des aidants familiaux, leur accès à une information personnalisée, le bénéfice de l'intervention de professionnels pour leur permettre d'échanger sur leurs expériences et leurs connaissances.

Pour rompre l'isolement, il est possible d'imaginer aussi la mise à disposition de plateformes d'écoute et l'accès à des groupes de parole et d'échange, afin d'identifier les situations d'épuisement.

#### **8 - Penser l'urbanisme, adapter les logements aux besoins de la personne âgée**

L'une des conditions pour ralentir les pertes d'autonomie demeure dans l'adaptation du logement et si possible bien en amont. De surcroît un investissement massif dans ce domaine peut aider au développement des dernières innovations concernant la domotique, les aménagements préventifs des accidents domestiques. Plus largement, c'est une partie de notre urbanisme qui doit être repensée pour faciliter les déplacements, pour développer les modes d'hébergement variés entre « le domicile classique » et les établissements d'hébergement définitif parce qu'aujourd'hui le souhait des personnes est très majoritairement de rester dans leur environnement de vie le plus longtemps possible.

Concrètement, il faut favoriser le **développement de résidences intergénérationnelles**, accélérer et contrôler l'application de la loi du 11 février 2005 qui dispose que tous les logements neufs construits doivent être accessibles aux personnes en situation de handicap, intégrer les problèmes des personnes âgées dans l'aménagement du territoire. Ainsi la fermeture de certains services publics et des commerces de proximité pénalise particulièrement les personnes âgées les moins mobiles, aggrave leur isolement et peut être à l'origine d'une entrée précoce et non choisie en établissement.

La confédération se tient à la disposition des organisations qui le souhaitent pour participer à des débats ou rencontrer des militants sur ce thème.

Un argumentaire de 4 pages sera prochainement diffusé.

## ANNEXE 1

**Estimation des dépenses publiques 2009 en faveur de la dépendance (chiffres en cours d'actualisation)**  
 (En millions d'euros)

2009	État	Dépenses fiscales	Administrations de sécurité sociale	CNSA	Administrations publiques locales	Total
Soins	Objectif global de dépenses (Sous-ONDAM x personnes âgées x + contribution sociale autonomie)		6 267	985		7 252
	Sous-ONDAM hospitaliers et soins de ville (estimation)		4 738			4 738
Hébergement	Aides au logement (CNAF)		568			568
	Tranche 2009 des plans d'investissement (CNSA)			344		344
	Aide sociale à l'hébergement (estimation)				1 170	1 170
Aide à la personne	Action sociale des caisses (CNAV) et des communes		380		170	550
	Exonérations fiscales et sociales ciblées	255	1 501			1 756
	Allocation personnalisée d'autonomie			1 529	3 587	5 116
Autres	Dépenses d'aide à domicile, modernisation, etc.			58		91
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>255</b>	<b>13 454</b>	<b>2 916</b>	<b>4 927</b>	<b>21 585</b>

Source : Estimations de la Direction du budget (avril 2010).

**Intervention de Maurice BOLLARD**  
**Membre du CESER au titre de l'URAPEI et du CREAI**

Au cours du premier semestre de cette année, le Gouvernement organise un grand débat national sur la dépendance. Au plan national Madame Bachelot-Narquin a installé quatre groupes de travail composés d'experts et de partenaires concernés. En région les Préfets et les Directeurs d'ARS organiseront une journée interdépartementale sur ce sujet. Ensuite se tiendraient quatre colloques thématiques interrégionaux suite à des « groupes de parole » de citoyens.

Ce dispositif doit permettre d'imaginer quelle sera demain la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. C'est pourtant une question ancienne dont les enjeux humains, sociaux et financiers sont connus mais toujours d'actualité, faute de décisions sur l'essentiel, à savoir l'estimation du coût des réponses et le financement.

Les nombreux rapports d'experts ou de parlementaires publiés au cours des vingt dernières années (Cour des comptes, IGASS, CNSA, Assemblée Nationale, Sénat, CESE...) colloques et journées d'études ont largement décrit les bouleversements familiaux générés par la dépendance, les difficultés de trouver une solution adaptée dans les cas où l'adéquation de l'offre aux besoins n'est pas réalisée, le poids du « reste à charge » financier comparé au montant de certaines retraites, les insuffisances ou les défauts du système actuel : accès aux droits, accès aux soins de proximité, aux services, qualification des personnels, coordination des institutions et des acteurs, aide aux aidants.....Tous ces constats et les préconisations qui les accompagnaient méritaient peut être d'être réactualisés dans un nouveau modèle de prise en charge.

Mais une question n'a jamais été tranchée. Le coût et son financement. Beaucoup d'estimations ont été produites. Des propositions de financement ont été formulées, sans suite, faute de choix de principe sur la répartition des dépenses entre les acteurs publics, les assureurs ou les mutuelles, et les familles, autrement dit entre la solidarité nationale, la solidarité familiale et la prévoyance individuelle ou collective. Ce débat est depuis longtemps agrémenté de trois aspects toujours évoqués: accès ou remboursement sous conditions de ressources, l'obligation alimentaire, le recours sur succession. Les deux derniers parviennent rarement au stade de la décision.

Le débat public permettra-t-il d'éclairer le décideur ? En effet les participants ne disposeront pas des résultats des travaux des groupes de travail nationaux chargés de l'évaluation macro-économique du coût et de la répartition de la charge financière liée à la dépendance. Le débat risque donc de se cantonner à la question de principe du dosage de la répartition de la prise en charge des dépenses entre la solidarité nationale, familiale et la prévoyance dans la mesure où, l'existence simultanée de ces trois sources de financement, semble posée par avance comme un principe intangible. Or, sur cette question de principe, la société civile a déjà fait connaître depuis longtemps sa position notamment à la suite du rapport ROSSO-DEBORD. S'agit-il de répéter en région les positions nationales dans un exercice purement formel avec mise en scène ?

Pour les personnes en situation de handicap, leurs familles et les associations qui les accompagnent, ce débat sera l'occasion de rappeler les dispositions de l'article 13 de la loi du 11 Février 2005, qui prévoyait la suppression dans les 5 ans des barrières d'âge en matière de compensation du handicap. En effet la préparation de la réforme de la dépendance n'aborde qu'à la marge (accessibilité, aide aux aidants...) la prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap. Indiquer que la priorité du Gouvernement est aujourd'hui de traiter la perte d'autonomie des personnes âgées, sans mentionner de calendrier de mise en œuvre de la loi de 2005, n'est pas rassurant pour ces personnes vulnérables qui attendaient beaucoup de cette « convergence ».

De quelques questions essentielles : (Mots clés)

La prise en compte des besoins et des attentes des personnes âgées dans les différentes dimensions couvertes par l'ARS d'une part : prévention, soins, accompagnement médico-social et par la Direction chargée de la Cohésion Sociale d'autre part, bénéficie-t-elle d'un décloisonnement réel depuis la mise en place de ces nouvelles structures ?

L'approche globale des besoins de la personne exige une adaptation des outils d'évaluation : nécessité d'un GEVA « aîné » en remplacement de la grille AGGIR ?

La continuité des parcours d'accompagnement, qui repose essentiellement sur l'anticipation des ruptures particulièrement traumatisantes pour les personnes âgées, est elle vérifiée ? Quel bilan de la coordination/coopération, concertation des institutions et des personnels intervenants « au lit du malade » dont il est question depuis tant d'années ?

En effet, l'accompagnement des situations des personnes fragiles se comprend dans le cadre d'une **stratégie globale d'intervention** qui réunit plusieurs acteurs : la personne concernée, les acteurs non professionnels de son contexte de vie, et les représentants des services sanitaires et sociaux impliqués dans la situation. L'accompagnement fonctionne comme un système dans lequel les acteurs sont **interdépendants** et dans lequel **l'action des uns agit ou rétroagit sur le fonctionnement des autres, ce qui suppose des ajustements permanents** pour maintenir l'équilibre du système. Sous cet angle, on peut faire l'hypothèse que les modes et les outils d'évaluation des besoins de la personne âgée déterminent la construction des plans d'intervention et les relations entre les acteurs, d'où l'importance et l'urgence de construire des outils pertinents.

**Intervention de Jean-Louis CABRESPINES  
Au titre de la Chambre régionale de l'économie sociale et solidaire**

Le travail présenté par Michel MARTIN est complet et pose bien la problématique du droit à l'autonomie et les réponses qui peuvent y être apportées, y compris dans tout ce qui touche à la prévention, permettant ainsi de proposer des solutions d'avenir pour limiter les difficultés des personnes en situation de perte d'autonomie.

Le choix de parler de perte d'autonomie plutôt que de dépendance permet de situer le débat dans une vision dynamique, dans laquelle la personne est plus prise en considération.

Cette question est centrale dans l'intervention de plusieurs entreprises de l'économie sociale et solidaire. Il convient, d'ailleurs, de souligner que la plupart des organisations représentant les acteurs de service aux personnes ayant une autonomie réduite (associations, mutuelles de santé et d'assurance, coopératives, fondations...) sont des structures représentatives de ces entreprises.

Leur investissement auprès des personnes et leur connaissance des problématiques des publics à autonomie réduite en font des acteurs et des forces de proposition à entendre et écouter.

Le travail que nous avons entrepris à ce titre au plan national et auquel a largement contribué Michel MARTIN et l'ensemble des structures mutualistes, a conduit à formuler un ensemble de propositions importantes au regard de la situation des personnes âgées ou souffrant de handicap.

Car, ne situer cette question de la « dépendance » que dans le seul champ des personnes âgées, donne une connotation qui peut apparaître comme excluante à l'égard d'autres personnes dont la situation demande un soutien pour s'autonomiser.

Compte tenu de l'évolution de notre société, de la prise en charge des handicaps et du prolongement de la durée de vie, l'aide au maintien de l'autonomie des personnes est un enjeu pour le présent et l'avenir de notre société.

Nous pouvons constater que les dispositifs actuels (l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH), les dispositifs d'accès aux soins (CMU, AME, ACS...) et les revenus d'aide (AAH, pension d'invalidité), ne sont pas suffisants pour assurer à toutes les personnes ayant une autonomie réduite un accompagnement adapté à leurs besoins.

Le financement de ces dispositifs ne permet pas d'en assurer la pérennité, conduisant à revoir l'investissement et la couverture de la solidarité avec les personnes dont l'autonomie est réduite du fait de l'âge ou d'une situation de handicap.

Les propositions portent alors, de la part des structures de l'ESS, sur un ensemble de domaines qu'a abordé le rapporteur :

- **Reconnaitre un droit universel à l'autonomie** pour toute personne ouvrant droit à compensation de la réduction de l'autonomie quel que soit l'âge ou la situation de handicap.
- **Proposer une prise en charge digne, globale et personnalisée** fondée sur une approche globale intégrant l'éducation, la prévention, le diagnostic précoce et la participation de la personne comme acteur de sa santé. La mise en place de **plateformes uniques de proximité** pour l'ensemble des services, ainsi que l'a indiqué le rapporteur en est un outil central, tout comme l'**aide aux aidants** (guide de bonnes pratiques, formation et accompagnement, amélioration des conditions de vie).
- **Assurer une solidarité élargie, innovante et durable.**

Dans l'immédiat, les acteurs de l'ESS travaillent à un ensemble de propositions qui permettent de rechercher les moyens de mettre en œuvre une politique permettant de couvrir les besoins de ce 5<sup>ème</sup> risque de protection sociale, assis sur un partage équitable entre les collectivités territoriales et l'Etat, financé par des ressources sanctuarisées.

Plusieurs pistes sont en cours d'étude sans que des choix définitifs aient été faits (reprise de réflexions au sein du CEGES (**Conseil des entreprises, employeurs et groupements de l'économie sociale**)) :

- une contribution étendue à tous les revenus, complétée par un élargissement de la CSG ou un impôt sur les successions. Pour une équité entre tous, toutes conditions de ressources dans l'accès au droit doivent être exclues, la part contributive de chacun pourrait être faite en fonction de ses capacités. Ce risque devrait être géré par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pour associer les acteurs de la société civile et les partenaires publics concernés.
- En supplément des financements publics et pour la réduction d'autonomie liée à l'âge exclusivement, une **prise en charge par les assurances [complémentaires santé collectives ou individuelles]** peut être envisagée, dans le cadre d'une mutualisation la plus large possible afin d'assurer un coût modique, pour la couverture de besoins restant à la charge des personnes et dans le cadre de règles de partenariat public-privé assurant [un tronc commun obligatoire], le maintien de la couverture après entrée dans le risque et la couverture des personnes en situation de précarité.

S'il est important de poser ce débat et d'y trouver des solutions, il me semble essentiel que cela se fasse dans le respect des êtres et des situations.

La solidarité nationale doit, plus que jamais être le socle de notre réflexion et de nos propositions.

« Mettre l'être humain au centre de nos préoccupations » doit être ce qui oriente les décisions qui pourraient être prises. Nul doute que chacun et tous, nous trouverons les moyens de mettre en place une proposition qui nous donne des droits identiques face à la situation de perte d'autonomie.



Intervention de Gilbert MARPEAUX  
Au titre de La CGT – FORCE OUVRIERE

Dans la contribution présentée par notre collègue Michel MARTIN, page n° 5, on peut lire « *l'extension de la journée de solidarité à tous les travailleurs (et non seulement les salariés), la création d'une 2<sup>ème</sup> journée de solidarité, la création d'une cotisation dédiée.* »

Notre organisation syndicale Force Ouvrière n'avait pas applaudi des deux mains la création de la journée de solidarité, en son temps, par le Gouvernement de Monsieur RAFFARIN, c'est le moins que l'on puisse dire. Nous avons, à l'époque, appelé à des grèves et à des manifestations doublées d'entrevues avec les députés, hommes politiques, Préfecture, etc pour expliquer notre opposition à cette disposition.

La loi est là et ces dispositions s'appliquent sans que l'affectation des sommes perçues n'ait pas été vraiment très claire. Le temps a passé et aujourd'hui si on peut, à regrets, accepter cette disposition, nous serions favorables à l'extension plus large de ces contributions à tous les travailleurs, artisans en particulier. Oui, on peut être d'accord pour élargir l'assiette des prélèvements ; par contre, nous sommes totalement opposés à la création d'une deuxième journée de solidarité de ce type. Il y a une limite à ne pas dépasser dans le travail « gratuit » des salariés dont le pouvoir d'achat est en baisse régulièrement. On voit même aujourd'hui se créer une catégorie de travailleurs pauvres et dans les familles ouvrières, le surendettement fait des ravages.

Nous voulons, ici aujourd'hui dire notre opposition ferme à la création d'une 2<sup>ème</sup> journée de solidarité.

**Intervention de Daniel BIGEARD**  
**Au titre de Vice-président chargé de l'animation du Collège I**

On ne peut que se féliciter de l'initiative d'une mobilisation du grand public sur une problématique qui touche toutes les familles et parfois pose des problèmes dramatiques, presque toujours financiers, corollaire de l'allongement de la durée de vie qui marque les progrès du secteur de la santé.

Au terme de ces échanges, que restera-t-il ? Une meilleure lucidité sur les besoins financiers importants de la couverture d'autonomie, sans aucun doute.

Certes, l'ouverture pour instaurer un prélèvement supplémentaire sera théoriquement mieux acceptée parce qu'il y aura eu une mobilisation sur le bien fondé du problème.

Dans une France qui s'asphyxie sous la lourdeur des prélèvements de toutes natures qui se retournent en fait contre le mieux être des familles françaises et plombent notre développement, ne faut-il pas au contraire libérer tout ce secteur prioritaire et faire preuve d'un **courage fiscal inédit en défiscalisant** totalement tous les apports des familles qui viennent aider leur « vieux » à mieux vivre, avec leur handicap et la problématique de « autonomie de la vie au quotidien » ?

N'ayons pas peur d'aider nos futurs jeunes vieux, de redonner par là, du sens à la solidarité familiale, à l'entraide familiale, au maintien à domicile, et d'avoir le courage de libérer les initiatives libérées fiscalement. Faciliter tous les soutiens, aux emplois adaptés, aux aides de proximité, aux services qui accompagnent ce secteur, aux investissements nécessaires au logement privé et éviter qu'ils se construisent des prisons dorées que seules les familles très aisées peuvent se permettre et où elles ne savent pas toujours vraiment comment leurs vieux y sont traités, car même si dans ce domaine des progrès sont notés, la maltraitance, avec chaque année des révélations, existe encore.

N'ayez pas peur de mettre la vieillesse avec les risques de pertes d'autonomie **au cœur des valeurs de la France** et de l'Etat, encourageant et incitant les familles à développer des solutions privées, familiales, libérées de toutes charges et contraintes réglementaires.

La Bourgogne, souvent citée pour son bien vivre et sa moyenne d'âge, devrait elle aussi mettre son action au profit d'une démarche qualité, et regarder si cette « terre promise » pour les anciens offre vraiment un niveau de service à la hauteur de son attractivité supposée.

La Bourgogne terre d'accueil pour une retraite heureuse ? Cela pourrait être une « auto saisine » du CESER qui viendrait relayer les travaux de la section prospective.

**Intervention de Gérard MOTTET**  
**Au titre des organismes culturels (patrimoine)**

Au nom de la Commission n° 1 et de l'aménagement du territoire, j'ai demandé que soit inscrite dans ce travail sur la dépendance, la notion essentielle d'équité territoriale.

Notre région, vaste et peu peuplée, voit en effet s'installer progressivement, de véritables « déserts médicaux ».

C'est pourquoi, il me semble très indispensable d'insister sur ce terme d'équité.

Car il n'y a pas que le commerce qui soit équitable.

Le maintien en bonne santé d'une population quel que soit son âge, doit être aussi équitable.

Intervention de Thierry GROSJEAN  
Au titre de l'environnement

Tout est dit ou presque dans le rapport du CESE de 2009, le rapport ROSSO-DEBORD du 23 juin 2010 et celui de Daniel MARTIN pour le CESER Bourgogne. Il ne reste, si je puis dire, qu'à faire un état des lieux régionalisé, à mettre en pratique les quelques propositions de bon sens de ces textes...et à les financer.

Sur ce dernier point, on serait beaucoup moins dans l'expectative si les retraites des personnes âgées ne les plaçaient en dessous du seuil de pauvreté pour une majorité d'entre elles. C'est la première des dépendances. Et les orientations actuelles ne feront qu'aggraver la situation. Il ne reste en effet que deux voies possibles. Faire contribuer les familles et/ou faire appel au privé (mutuelles, assurance et fonds de pension) : les deux sont des impasses.

Je n'insisterai que sur quelques points précis qui n'ont pas été abordés (par mes collègues).

Tout d'abord en insistant, surtout en Bourgogne, sur la **spécificité du monde rural** : les personnes âgées cumulent les handicaps : habitat éparpillé et souvent « indigne », désertification et raréfaction des services publics, difficultés accrues d'accessibilités aux soins, retraites miséreuses...Pour être concret, puisqu'on suggère des emplois de proximité et leur formation aux soins, ces personnes dépendantes souhaitant rester à domicile car n'ayant pas les moyens de payer une maison de retraite et leurs enfants non plus, leurs problèmes quotidiens relèvent aussi du bricolage, du transport, de l'approvisionnement...Bref, la panne de télé, de plomberie, de chauffage... devient vite un drame.

J'insiste sur les caractéristiques actuelles de l'**habitat rural** : non isolé, cher et difficile à entretenir, pas de possibilité d'accéder aux énergies renouvelables qui permettraient de baisser les charges... Ces caractéristiques rendent improbable le **maintien à domicile**.

C'est pourquoi je souscris à la **proposition du PRSE 2** « *Cartographier les caractéristiques de l'habitat des personnes âgées en milieu rural pour mieux prendre en compte cette population fragilisée* » .

Alors que le rapport ROSSO pointe avec raison « *L'importance des restes à charges financiers pesant pour les personnes âgées* », c'est le moment que choisit le Grenelle 2 (art 57 voté en 4 minutes) pour grever définitivement le maigre budget des personnes âgées en milieu rural par un véritable racket : **l'assainissement non collectif**.

Sur les 5 millions de « foyers » concernés par l'ANC, combien de personnes âgées dépendantes à qui on a fait signer n'importe quoi ? Contrôle – en moyenne 80 euros – entretien – entre 150 et 280 euros/an – et réhabilitation – entre 6000 et 14000 euros. Un marché de 20 milliards d'euros pour les majors de l'eau qui seraient bien en mal de démontrer un risque pour la santé des personnes ou pour l'environnement comme le demande le Code (art L 2224-8). Avec les quelques épluchures de leur jardin, ces personnes âgées ne sont pas de dangereux pollueurs. Ca représente au pire 2 à 3 % des pollutions de l'eau et des sols. Les priorités de lutte contre la pollution sont ailleurs, où l'on se garde bien d'agir avec autant d'autorité.

Foin des beaux discours et belles intentions : si l'on voulait vraiment RESPECTER ces personnes dépendantes, on commencerait par abroger cette disposition scandaleuse.

Il paraît que j'uge du degré de civilisation d'une société à la façon dont elle traite ses anciens. Notre société planétarisée est dirigée par des financiers opaques. Elle n'admet plus les « vieux » qu'à l'aune de ce qu'ils peuvent « rapporter ». Dans ce contexte, les solidarités familiales intergénérationnelles, même additionnées de celles des collectivités publiques ne seront jamais à la hauteur de besoins croissants car croisant la cupidité.

A BERLIN, le chargé des affaires sociales a mis au point un système : toute personnes âgée valide prenant en charge à titre bénévole pendant x heures une personne non valide, acquiert un crédit lui ouvrant droit lorsqu'elle sera dépendante à un service équivalent. Le système échappe ainsi à la monétarisation et à la mesure du rendement.

A PARIS, GRENOBLE... des retraités mutualisent leurs moyens pour louer, acheter, adapter des immeubles à une prise en charge solidaire de leur vieillissement.

Ce sont quelques pistes permettant de court-circuiter l'idéologie de la « rentabilisation » des maisons de retraites.



Intervention de Pierre-Yves du FOU  
Au titre de la CGPME

Nous sommes ou nous serons tous, peu ou prou, dépendants de la solidarité nationale pour des raisons d'handicap, de maladie, de vieillissement ; ainsi la dépendance va devenir un problème majeur dans les années à venir et les questions de l'amélioration du dispositif actuel et, bien sûr, de son financement sont des questions que l'on ne pourra éluder.

C'est la prise véritablement en compte d'un nouveau volet lourd de l'économie, « L'économie de la santé », que nous avons le devoir de prendre enfin en compte. Toutefois, l'ampleur de la problématique et les besoins financiers qui en découlent doivent être précisément délimités.

En effet, à titre d'exemple, sans nier les évolutions qui pourraient intervenir après 2020, moins de 7 % des plus de 60 ans sont actuellement concernés par la perte d'autonomie.

Par ailleurs, le corps médical estime que seulement environ 15 % des plus de 80 ans deviennent dépendants.

S'agissant des besoins financiers, si la Mission sénatoriale de 2008 sur le « cinquième risque » estime que « *le budget dépendance de la Nation devrait passer annuellement de 21,6 milliards d'euros en 2009 à 30 milliards d'euros d'ici ) 2025* » -soit une augmentation annuelle supérieure à 8 milliards d'euros- la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée en 2003, est moins alarmiste : « *l'effort à l'horizon d'une génération équivaut* », selon elle, à « *environ 5 milliards d'euros par an* ».

En tout état de cause, avant toute mesure de réforme structurelle, il est indispensable :

- d'avoir l'idée la plus juste des sommes que rapportent les contributions déjà existantes, c'est-à-dire :

- . s'agissant des salariés, la journée de solidarité,
- . pour les employeurs, la contribution de 0,3 % sur toutes les sommes versées en contrepartie ou à l'occasion du travail : salaires mais aussi indemnités, primes, gratifications, avantages en nature...,
- . enfin, la contribution additionnelle (au prélèvement social de 2 %) sur les revenus du capital.

- de vérifier le montant exact des recettes ainsi obtenues, effectivement utilisé pour la dépendance.

#### **Concernant les orientations politiques**

Si, comme l'annonce le Gouvernement, il doit y avoir une réforme structurelle en matière de dépendance, les solutions ne peuvent être que mixtes et ainsi associées :

- des prestations relevant de la solidarité nationale comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), qui doit être confortée,
- et des démarches privées à travers, notamment, un développement rationalisé et organisé des assurances spécialisées.

Une telle formule impliquant tout à la fois la solidarité nationale et l'effort personnel assurantiel aurait, entre autres, l'avantage d'éviter l'instauration d'une nouvelle contribution obligatoire accroissant encore le niveau des prélèvements sur les salaires.

. Toujours si une réforme structurelle était engagée, elle devrait absolument se garder d'instaurer ou d'aggraver quand ils existent des mécanismes de mise sous condition de ressources, s'agissant notamment des dispositifs relevant de la solidarité nationale.

. Enfin, considérant que l'APA doit être maintenue et renforcée, il n'est absolument pas souhaitable de la concentrer sur des populations réduites et notamment d'exclure du dispositif les personnes classées en groupements iso-ressources 4 (individus sans troubles locomoteurs mais qui ont des difficultés à se déplacer et doivent être aidés pour leur toilette, leur habillement ou leurs repas).

Une telle mesure serait d'ailleurs inefficace sur le plan des économies puisque l'Assurance Maladie serait très probablement amenée à prendre en charge ce type de public.

La volonté de garantir la pérennité de l'APA n'exclut pas de saisir l'occasion donnée par une réforme structurelle pour améliorer la cohérence et la rationalité des mécanismes et prestations destinés à traiter la dépendance.

### **Concernant la gouvernance**

Nous ne sommes pas partisans de la création d'une cinquième « branche » du régime général de la Sécurité Sociale qui viendrait encore alourdir sur le plan institutionnel une « machine » déjà très lourde et amènerait inévitablement à l'instauration d'une nouvelle contribution obligatoire.

La CNSA suffit et elle peut être utilisée comme institution de référence pour cette question de la dépendance.

Toutefois, la présence des organisations d'employeurs devrait être renforcée au sein de la CNSA (actuellement, 3 représentants titulaires sur 48 membres titulaires).

### **Concernant des pistes de mesures avec leurs aspects financiers**

Sous réserve des constats préalables qui doivent être faits pour évaluer les besoins, y compris financiers, en matière de dépendance, la CGPME préconise les pistes suivantes :

. la sécurisation financière de l'APA apparaît comme une première mesure consensuelle.

A ce titre, l'alignement du taux de CSG des retraités imposables sur celui des actifs paraît logique ainsi que l'extension du champ d'application de la journée de solidarité aux actifs autres que salariés (agriculteurs, artisans, commerçants, professionnels libéraux, autres indépendants...).

Au-delà de ce premier type de disposition, d'éventuelles mesures impliquant directement ou indirectement un accroissement des prélèvements doivent être examinées avec la plus grande prudence.

A cet égard, la CGPME n'est favorable ni à la création d'une cotisation obligatoire de type sécurité sociale payée par les salariés et les employeurs ni à une assurance obligatoire à partir d'un certain âge pour éviter de pénaliser encore les classes moyennes.

A propos de prélèvements nouveaux, il convient de rappeler, à titre d'exemple, que, selon les sondages effectués à propos d'une réforme de la dépendance, moins d'un tiers des Français souscrit à l'idée d'utiliser le patrimoine immobilier dont ils disposent pour financer leur perte d'autonomie.

. le développement des contrats d'assurance individuelle et leur financement, quant à eux, devraient être abordés avec un esprit de souplesse et d'innovation :

- plutôt que d'instaurer une assurance obligatoire à partir de 50 ans, pourquoi l'Etat ne favoriserait-il pas, dans le cadre d'un accord ou d'une convention nationale qu'il signerait avec les compagnies d'assurance, la création de formules plus flexibles et incitatives de contrat individuel ? Une première proposition pourrait consister, sachant que l'âge moyen va, à l'horizon d'une génération, approcher –surtout pour les femmes– les 90 ans, à permettre de souscrire ce type de contrat après 75 ans (qui est la limite actuelle).
- l'idée d'un cahier des charges encadrant l'offre et celle d'un label devraient être également explorées à cette occasion ;
- de même, sachant qu'il faut raisonner à moyen et long terme, l'idée d'une incitation financière à la souscription de contrats individuels, limitée dans le temps, ne doit pas être écartée.

Sur ce point, une technique pourrait consister à ne pas taxer les sommes retirées d'un contrat d'assurance vie à condition qu'elles servent à la souscription de contrats individuels.

Enfin, la prudence doit jouer aussi à l'égard de la proposition d'un « recours sur succession » dont toutes les conséquences, si elle était mise en œuvre, doivent être soigneusement évaluées ; des effets pervers pouvant jouer.

A ce propos, on peut s'interroger, en cas de mise en place d'un tel « recours sur succession », même si un plafonnement du prélèvement effectué était prévu au départ, sur la tentation que pourraient avoir les gouvernants et leurs administrations de remonter régulièrement ce plafond par voie réglementaire en fonction des besoins réels ou supposés.

**Intervention de Bruno LOMBARD**  
**Au titre de la Fédération des conseils de parents d'élèves des écoles publiques**

L'avis présenté par Michel MARTIN souligne à juste titre que la dépendance ne doit pas être cantonnée aux problèmes du vieillissement mais concerne toutes les formes de handicap.

La loi de 2005 qu'il évoque souhaite voir se dessiner un traitement semblable pour tous les types de perte d'autonomie.

Elle stipule également dans son article 19 III ; *« il est proposé à chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire ».*

Au-delà de la démarche humaine, refusant l'exclusion de la société de ces enfants et adolescents, cette loi fait preuve de réalisme économique. Il est, en effet, beaucoup moins coûteux de conduire vers une formation et un emploi que de maintenir toute une population dans des établissements spécialisés en état de dépendance totale et permanente.

Mais ces dispositions appellent la mise en place de moyens et de démarches appropriés au travers, notamment, des Projets Personnalisés de Scolarisation, ou PPS. Ceux-ci prévoyaient le développement de ce que l'on a appelé les Assistants de Vie Scolaire (AVS). Or, ceux-ci ont quasiment disparu. D'autre part, les formations qui leur ont été proposées se sont avérées nettement insuffisantes, pour ne pas dire inexistantes.

Les parents d'élèves souhaiteraient voir la création d'un véritable corps, et partant d'un statut, des AVS avec la définition des qualifications requises pour l'accompagnement de toutes les formes de handicap.



Intervention de Michel MAILLET  
au titre du groupe CGT

Tout d'abord, nous devons relever que les conditions dans lesquelles notre CESER a dû réaliser cette contribution n'ont pas été des meilleures. Du fait d'une part des contraintes de temps imposées par la sollicitation de Mme la Préfète de région, et d'autre part du choix fait par le Président de renvoyer ce débat à chacune des commissions du CESER, il n'a pas été possible de travailler un véritable avis. Il aurait sans doute été plus efficace de mettre en place un groupe de travail spécifique, comme notre règlement intérieur le prévoit.

A partir de ce constat, nous voulons exprimer le souhait que toutes les contributions rédigées par les commissions ou par les collègues, ainsi que les interventions prononcées dans le débat d'aujourd'hui, soient adressées à Mme la Préfète de région.

Ceci étant dit, la commission 4, en s'appuyant sur les différentes contributions qui lui ont été adressées, et malgré les divergences exprimées, a su relever ce défi. Ainsi, la contribution qui nous est présentée aujourd'hui rapporte les différentes expressions, tout en soulignant les questions essentielles qui se posent, à travers 5 chapitres : la question de la barrière d'âge - une réponse globale, équitable et coordonnée - la formation, l'emploi et le rôle des aidants naturels – le financement – la prévention.

En complément de la contribution rédigée par les organisations syndicales du collège 2 : CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT, FSU et UNSA qui a été transmise à la commission 4, l'intervention de notre groupe n'aura pas pour objet de revenir sur chacun des chapitres. Nous partageons en effet plusieurs des propositions formulées, notamment :

- l'exigence que la réforme envisagée prenne en compte toutes les situations de perte d'autonomie, comme, par exemple, celles des personnes handicapées de moins de 60 ans ;
- l'urgence de la mise en place d'une réponse globale, équitable et coordonnée qui, pour notre organisation syndicale, passe par une prise en charge dans le cadre solidaire, collectif et public de la Sécurité sociale, à l'opposé du versement actuel de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, inégalitaire selon les départements ;
- la nécessaire professionnalisation de tous les intervenants auprès de la personne, notamment à domicile, qui souligne l'exigence de formation, d'amélioration des conditions d'emploi et de travail, de véritables garanties collectives, ainsi qu'une gestion au plus près des personnes concernées ;
- la place qui doit être donnée à la prévention : en effet « bien vieillir » ne peut se détacher du « bien travailler » et du « bien vivre ». D'où l'exigence d'une véritable politique nationale de prévention engageant la médecine scolaire, la médecine du travail et la médecine de ville.

Nous savons tous que c'est la question du financement qui constitue le noyau dur du projet de réforme. C'est sur cette question que nous insisterons plus particulièrement, tout d'abord en

soulignant d'emblée que la campagne actuelle visant à présenter la prise en charge de la perte d'autonomie comme un gouffre financier est mensongère. Le rapport GISSEROT l'a souligné : à l'horizon 2050, la charge pour la collectivité nationale ne représenterait que 1 % du PIB et d'ici là celui-ci devrait doubler. En même temps, il faut souligner que l'espérance de vie en bonne santé progresse plus vite que l'espérance de vie et que, de ce fait, la part des personnes âgées en perte d'autonomie va régresser (un rappel : seulement 9 % des plus de 60 ans perçoivent aujourd'hui l'Allocation Personnalisée d'Autonomie).

Pour notre organisation syndicale, la question centrale réside dans le choix de société qu'il convient de faire. Quelle place donne-t-on à l'humain, et en particulier aux personnes âgées, dans notre société ? Quelle conception de la solidarité faut-il défendre ?

Alors que le niveau moyen des retraites des salariés se situe aux alentours de 1 200 € par mois et qu'il va encore baisser du fait de la réforme de 2010, comment peut-on considérer qu'ils pourront avoir accès aux services ou établissements médicalisés que nécessite leur perte d'autonomie dont le coût mensuel oscille entre 1 500 et 3 000 € ? Verra-t-on surgir de nouveaux «vieux pauvres et indigents » ? C'est inacceptable dans notre société moderne.

La Sécurité sociale, à laquelle nous sommes tous attachés, pose dans ses principes fondateurs l'exigence de faire face aux aléas de la vie, de la naissance jusqu'à la mort. C'est à partir de ce principe solidaire que nous revendiquons une prise en charge de la perte d'autonomie dans le cadre de la Sécurité sociale avec la création d'un nouveau droit « autonomie » que nous situons dans la branche maladie. C'est en effet le seul dispositif qui peut permettre une prise en charge collective et solidaire de la perte d'autonomie, avec un engagement de l'Etat et qui appelle donc une réforme juste, pérenne et équitable

En opposition totale avec les propositions formulées dans différents rapports (par exemple le rapport ROSSO-DEBORD), nous n'acceptons pas :

- le financement de l'aide à l'autonomie par le seul recours au système assurantiel qui engendrera de nouvelles inégalités,
- la remise en cause de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie pour les publics les moins dépendants,
- la possibilité de recours sur succession pour ceux qui ne pourraient pas s'assurer,
- l'augmentation de la CSG pour les retraités,
- et l'augmentation du reste à charge pour les familles qui sont déjà largement sollicitées.

**Intervention de Marc BENNER**  
**Au titre du Pôle nucléaire bourguignon**

Cette question est pour moi essentiellement celle du **financement** de la "dépendance" des personnes âgées.

Actuellement, nous avons deux solutions seulement : le maintien individuel en l'état à domicile ou le collectif en maison de retraite. Dans les deux cas, le financement de la dépendance est un vrai problème, soit parce que la personne et la famille n'ont plus les moyens de financer, soit du fait des associations de soins à domicile qui ont des soucis de financement, soit à cause des montants devenus prohibitifs des tarifs journaliers de maison de retraite et de dépendance.

Les propositions que pourraient étudier le CESER devraient être, d'une part de faire un état des lieux chiffré et qualitatif en Bourgogne, d'autre part de travailler l'innovation pour bâtir de nouvelles solutions, par exemple avec un benchmark des solutions mises en œuvre dans d'autres régions européennes (en Europe du Nord par exemple), solutions souvent innovantes par leur approche. Exemple : pourquoi pas l'adaptation à ce public de la collocation développée sans loi, ni texte par les jeunes étudiants et maintenant les travailleurs ? D'autres innovations existent probablement.

Deuxième point, celui de la formation des personnels bien entendu qui sont dévoués mais qui manquent souvent de fondements par exemple les directeurs de maison de retraite en management d'équipe.

Troisième point : quelle cohésion sociale, et en particulier territoriale, avec un équilibre générationnel ou de revenus sur nos territoires ?



**Intervention de Noël GILIBERT**  
**Au titre de l'Union régionale des associations familiales**

Mon intervention se situe tout à la fois en « rebondissement » sur tel ou tel point souligné dans la synthèse qui nous est proposée, mais aussi en complément des interventions préalables de certains de nos collègues sur la dépendance, voire de la « perte d'autonomie » si on veut parler plus globalement et plus positivement...

Tout d'abord, nous sommes tous, les uns et les autres, dans des considérations générales ; nous n'avons pas de données chiffrées sur la dépendance en Bourgogne, par exemple (et pour n'en citer qu'un) quel est le GIR moyen pondéré (je traduis Groupe Iso Ressource) des personnes dites « dépendantes :

- lesquelles seraient en établissements ?
- lesquelles seraient au domicile ?

S'agissant du domicile, tout d'abord ne devrait-on pas parler du « soutien à domicile » plutôt que du maintien à domicile, certains sociologues estimant que « maintien » est synonyme de « mise à l'écart »... alors que parler du « soutien » est plus valorisant... Bref, dans la synthèse il est question du « libre choix » (en dehors des considérations financières)...

- La notion de « libre choix » dans le domaine de la prise en charge de la dépendance a-t-elle un grand sens dans la mesure où c'est la situation de dépendance de la personne qui dicte le mode de prise en charge ? Celui-ci s'établissant plus en fonction d'un (ce que je pourrai appeler) continuum d'intervention (accueil à domicile et accueil en établissement)... plus qu'à partir d'un choix alternatif (accueil à domicile ou accueil en établissement).

Par contre, il est vrai que dans les attentes de nos aînés de « rester à leur domicile » est largement souhaité.

- Dans la note de synthèse, il est question des « aidants naturels », lesquels sont souvent familiaux »... Permettez-moi de dire quelques mots à ce sujet :

. La reconnaissance par les pouvoirs publics du rôle crucial des aidants familiaux doit être affirmée. Les pouvoirs publics doivent, en outre, accompagner l'investissement humain des familles auprès des personnes en perte d'autonomie.

. Tout d'abord, il y a lieu de définir l'aidant familial ; à savoir aidant naturel ? proche ? informel ? non professionnel ? Bref autant d'acceptation et d'approches différentes.

Il convient à mon sens de retenir « l'aidant familial » non pas pour exclure les autres types d'intervention, mais pour en souligner la dimension éminemment familiale.

. Ne faut-il pas mieux reconnaître la situation et le rôle des aidants familiaux ? A l'heure actuelle, ce travail est peu reconnu, peu visible, peu valorisé et parfois lourd de conséquences sociales,

psychologiques, financières, professionnelles... et bien souvent familiales... sachant que le professionnel ne pourrait pas remplacer totalement l'aidant familial ; d'où la nécessité pour ce dernier de bénéficier d'un statut, en aménageant par exemple « le congé de soutien familial » (possibilité de suspension ou de réduction de l'activité professionnelle et en introduisant son indemnisation sur les trois premiers mois).

. Il en serait de même en favorisant « une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle », notamment en ce qui concerne les enfants qui aident leurs parents (d'où la nécessaire sensibilisation également des employeurs).

. Enfin toujours s'agissant des « aidants familiaux »... n'y a-t-il pas également une limite humaine (liée à leur propre santé) quand il faut satisfaire les besoins d'une personne dépendante dans la durée ? D'où la nécessité de développer des dispositifs offrant des « temps de répit », notamment par le recours à l'hébergement temporaire, mais aussi au soutien psychologique...

Enfin, un mot sur le reste à charge pour les familles et la mise en œuvre, le cas échéant, de l'obligation alimentaire (car personne n'en a parlé).

Comme chacun le sent, l'obligation alimentaire est inscrite dans la loi et incite très justement à la responsabilité financière des parents et enfants. Pour autant, ne serait-il pas judicieux de revoir son champ d'application, notamment en limitant le recours à deux générations (parents et enfants) ? Ne devrait-on pas limiter l'obligation alimentaire seulement à la partie « nourriture-hébergement » en excluant les charges liées à l'administration générale, l'animation, l'amortissement de l'établissement où se trouve la personne dépendante ?

En conclusion, sur cet important sujet de société, très fédératif car nous avons notre mot à dire, n'oublions pas que la dépendance est aussi génératrice d'emploi et que la solidarité familiale (dont j'ai beaucoup parlé) ne peut être que complémentaire à la solidarité nationale.

## Plaidoyer

### Pour la reconnaissance d'un nouveau risque de protection sociale relatif à la compensation du besoin d'aide à l'autonomie

adopté par le Conseil d'Administration 22 septembre 2010  
amendé par le Conseil du 30 mars 2011

#### L'égalité de traitement

L'enjeu principal est celui de l'égalité de traitement de toute personne en manque ou en perte d'autonomie quels que soient son âge et son projet de vie. Il s'agit donc de supprimer toutes les dispositions qui peuvent conduire à des ruptures ou à des différences de prise en charge, comme l'a mis en perspective le législateur par la disposition de l'article 13 de la loi du 11 février 2005 fixant à 5 ans l'échéance de l'abrogation des barrières d'âge dans les prestations de compensation du handicap. Les prestations qui pourront être financées par ce nouveau champ de protection sociale devraient intégrer celles qui sont aujourd'hui financées par l'APA et celles énumérées par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Personne « handicapée » de moins de 60 ans et personne âgée « dépendante » de plus de 60 ans, seraient alors considérées non plus selon leur âge mais selon leurs besoins de compensation de leur situation de handicap quelle qu'en soit l'origine (pathologique, congénitale ou liée à un accident de la vie).

Ce panier de services offert couvrirait aussi ce qu'on appelait il y a quelques années encore « l'aide ménagère », des aides techniques (appareillages), l'aide à la participation à la vie sociale, l'adaptation du logement ou du véhicule... L'ambition affichée est de garantir l'accessibilité de la société, pour tous, et des conditions de maintien à domicile dignes, sur le long terme. Il en est de même concernant les établissements qui les accueillent et qui doivent être dotés de personnels qualifiés et en nombre suffisant pour assurer le respect de leur dignité ainsi qu'un accompagnement et des soins de qualité. Seuls, le projet de vie de la personne, sa situation, les particularités de son environnement devraient différencier les plans personnalisés proposés. Des outils et des méthodes identiques d'évaluation des situations et des besoins des personnes devraient s'appliquer aux deux publics.

#### La complémentarité des solidarités

La question de la vieillesse est une réalité qui concerne chacun. L'augmentation du nombre d'années à vivre sans incapacité est objectivement une chance et six personnes sur dix, de 80 ans ou plus, vivent relativement autonomes. Toutefois la vulnérabilité augmente avec l'âge et les difficultés de motricité générale, d'audition, rendent les actes de la vie quotidienne et l'accès à la vie sociale plus difficiles. Les enjeux de la longévité nous obligent à mettre au cœur de nos relations individuelles et collectives ainsi que dans notre société plus d'attention aux personnes vulnérables, plus de sollicitude et plus de fraternité.

De ce fait, les solidarités privées de proximité (les aidants, familles et proches), associatives, se référant aux valeurs de la non lucrativité (le bénévolat associatif), et publiques (les prestations et interventions sanitaires, sociales et médico-sociales financées par la protection sociale) sont chacune irremplaçables et non substituables les unes aux autres. Les dispositions législatives doivent faire en sorte qu'elles se renforcent.

#### **L'enjeu du financement de l'APA à l'horizon 2015**

Le financement de l'APA (5,1 Mds d'€ en 2009 pour 1 115 000 bénéficiaires) repose sur le principe de la combinaison de financements issus de la solidarité nationale et de ceux issus de conseils généraux. Compte tenu de la progression des dépenses, la part relative à la solidarité nationale s'est réduite à environ 30 %, laissant ainsi le plus gros de la charge aux conseils généraux. La part dominante prise par les départements facilite les disparités dans les modalités d'attribution des allocations sur le territoire. Aujourd'hui, la prestation de compensation est également financée par les départements mais à parité avec la CNSA. S'agissant d'un droit plus récent, les montants cumulés et le nombre de bénéficiaires sont moins importants. Cependant, la charge imposée aux départements s'accroît et vient augmenter la pression qu'ils subissent déjà du fait de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA.

#### **L'importance majeure de la prévention**

Les enjeux de la longévité invitent à donner une place majeure à la prévention pour limiter la perte d'autonomie et augmenter les années de vie sans incapacité. Les programmes de prévention doivent intégrer un volet concernant le lien social pour lutter contre l'isolement, la solitude et le repli sur soi. L'évaluation de la situation et des besoins d'une personne vulnérable devrait se faire suffisamment tôt pour retarder ou réduire les pertes d'autonomie.

**Les propositions de l'Uniopss**  
**sur le nouveau risque social pour l'aide à l'autonomie**  
**des personnes âgées et personnes handicapées**

L'Uniopss a participé activement aux réflexions du groupe de travail constitué sous l'égide de la CNSA et se retrouve parfaitement dans les lignes directrices tracées par le rapport d'octobre 2007 qui en est issu.

Depuis plusieurs années (1992) en effet, notre union milite pour la reconnaissance d'un nouveau risque de protection sociale couvrant à la fois les personnes âgées et les personnes handicapées et ce pour plusieurs raisons :

- ✓ **L'augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et l'allongement de la durée de vie des personnes handicapées** vont accroître les besoins d'accompagnement de ces personnes ainsi que les moyens financiers qui devront être dégagés par la collectivité pour y faire face. Les départements ne pourront assumer seuls cette augmentation. Lors de la première année d'existence de l'APA, son financement était assuré à hauteur de 54 % par les départements et à 46 % par l'Etat. Aujourd'hui, les départements en assurent 70 % et la CNSA 30 %. Si rien n'est fait, la charge financière des départements continuera à s'accroître et ils assumeront une part sans cesse croissante du financement du dispositif. Compte tenu des inégalités de richesses entre les départements, ceux qui ont les potentiels fiscaux les plus faibles et le nombre de personnes âgées dépendantes et de personnes handicapées le plus élevé auront de plus en plus de mal à financer les allocations en direction de ces publics.
- ✓ **Le dispositif actuel est marqué par des inégalités dans l'octroi des prestations**, notamment de l'APA en raison d'une absence de régulation nationale, posant la question de l'égal accès de nos concitoyens aux prestations sociales.
- ✓ **L'APA et la PCH ne couvrent pas tous les besoins de compensation du manque et de la perte d'autonomie**. Les failles de la PCH en matière d'aides humaines (*sur le versant aides à caractère ménager*) sont en particulier connues par l'ensemble des parties prenantes. La création d'un nouveau dispositif doit permettre d'y remédier, tout en considérant que le montant moyen d'un plan d'aide APA correspond à peine à la moitié d'un plan de compensation PCH.
- ✓ **La nécessité de mettre un terme aux barrières d'âge discriminatoires dans l'accès aux prestations**.  
C'est l'ensemble de ces raisons qui a conduit l'Uniopss à se prononcer pour le remplacement de l'APA et de la PCH par une nouvelle prestation universelle unique de compensation du manque et de la perte d'autonomie dans le cadre de la reconnaissance d'un nouveau risque social. Ce nouveau risque aurait vocation à être piloté par la CNSA et mis en œuvre, localement, par les départements dans le cadre d'un partenariat renforcé entre les deux institutions en vue d'assurer une égalité effective de traitement de nos concitoyens sur l'ensemble du territoire.
- ✓ **La création d'une prestation unique de compensation pour l'autonomie à l'intention de toute personne en situation de handicap quel que soit son âge vise à mettre un terme aux seuils discriminants en fonction de l'âge dans l'accès aux prestations** et à ne plus se focaliser que sur les besoins des personnes. Toute personne en situation de manque ou de perte d'autonomie doit pouvoir accéder à cette prestation et recevoir une aide en fonction de ses besoins et de son projet personnalisé et non en fonction de l'âge où elle s'est trouvée dans cette situation de manque ou de perte d'autonomie.
- ✓ **La création d'une prestation réellement universelle doit permettre à toutes les personnes âgées et à toutes les personnes handicapées en situation de manque ou de perte d'autonomie d'accéder à cette nouvelle prestation**. L'introduction d'un seuil de ressources dans l'accès à cette nouvelle prestation serait un retour dans des logiques « assistantielles » dont l'APA timidement et la PCH plus fortement tendent à se démarquer.

Le pacte républicain concernant la santé doit conserver toutes ses valeurs universelles appelant tout citoyen à contribuer selon ses moyens et à recevoir selon ses besoins.

Sur le cadrage de cette nouvelle prestation, l'Uniopss émet les propositions suivantes :

- ✓ **La conception de la nouvelle prestation.** La prestation ne doit pas être conçue comme un simple montant financier mais comme une réponse d'ensemble à une situation et des besoins reposant sur une évaluation individualisée et multidimensionnelle prenant en compte les attentes et le projet de vie de chaque personne. Ce dernier doit être appréhendé comme l'expression même de l'autonomie de chacun plutôt que comme la satisfaction d'une formalité administrative telle qu'elle est malheureusement comprise aujourd'hui par nombre de MDPH qui devraient être invités en corollaire à évoluer en Maison départementale de l'Autonomie (MDA) afin de prendre en considération la population âgée ayant besoin d'aide à l'autonomie, option d'ores et déjà retenue par une quinzaine de conseils généraux.
- ✓ **Le « panier de services » de la nouvelle prestation.** L'Uniopss considère que ce panier doit couvrir l'ensemble des aides à la personne et aux tâches domestiques, les aides techniques, l'adaptation du cadre de vie, l'aide à la participation à la vie sociale et les aides animalières. L'évaluation des besoins doit être multidimensionnelle et personnalisée. Pour cette raison, la grille AGGIR ne peut tenir lieu d'outil d'évaluation des besoins comme l'avait rappelé la commission scientifique chargée de l'évaluer<sup>(1)</sup>. Toutes les aides incluses dans le plan de compensation pour l'autonomie doivent intégrer le socle de la nouvelle prestation et être financées sur la base d'un financement socialisé.  
Une place particulière devrait être réservée au « bénévolat d'accompagnement » proposé par certaines associations lorsque l'entourage familial est défaillant ou inexistant. L'implantation dans les territoires de ces équipes de bénévoles organisés en association devrait par ailleurs être encouragée.  
Faut-il prévoir un ticket modérateur afin que les personnes elles-mêmes participent au financement du dispositif ? L'Uniopss n'y est pas opposée dès lors que certains publics et les personnes dont les ressources sont inférieures à un certain seuil puissent en être exonérés. En tout état de cause, ce ticket modérateur devrait être limité, contrairement à ce qui se passe aujourd'hui avec l'APA où il peut aller jusqu'à 90 % du droit à la prestation.
- ✓ **Le portage du nouveau risque.** Plusieurs options sont mises en débat aujourd'hui dans différents cercles de réflexion. Le confier aux organismes de sécurité sociale en dessaisissant les départements de la gestion de l'APA et de la PCH, maintenir la gestion par les départements en leur apportant des financements nationaux complémentaires, confier ce nouveau risque aux assurances privées avec des départements ne servant plus des prestations qu'à des personnes ayant des ressources inférieures à certains seuils... Pour sa part, l'Uniopss considère comme les membres du GR31<sup>2</sup> que les conseils généraux peuvent rester maîtres d'œuvre de la future prestation sous réserve que le pilotage de ce nouveau risque social soit confié à la CNSA qui se verrait allouer de nouvelles ressources afin de financer majoritairement la nouvelle prestation. Assurant un financement majoritaire, la CNSA serait tout à fait légitime pour conduire plus fortement le dispositif afin d'assurer une égalité de traitement de nos concitoyens sur l'ensemble du territoire. Les départements seraient chargés de mettre en œuvre la prestation localement. Ils continueraient à participer à son financement mais ne seraient plus la variable d'ajustement comme actuellement. Dans cette approche les produits d'assurance privés qu'ils soient individuels ou collectifs ne peuvent jouer qu'un rôle complémentaire et nécessairement marginal dans la couverture du risque.  
Pourquoi faire le choix de la CNSA ? A travers cette institution, apparaît une nouvelle forme de gouvernance de la protection sociale au sein de laquelle les organismes et associations regroupant ou œuvrant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées sont en effet associés à la gestion et au Conseil de cette instance. Cet élargissement du cercle

<sup>1</sup> La commission scientifique chargée d'évaluer la grille AGGIR avait conclu qu'AGGIR devait être appréhendé comme un outil d'appréciation de l'éligibilité à une prestation, mais ne pouvait être considéré comme un outil d'évaluation des besoins

<sup>2</sup> Le GR 31 est constitué des 31 organisations représentées au sein du conseil de la CNSA.

d'acteurs impliqués dans la CNSA permet de mieux prendre en compte les différents points de vue en tentant de dégager des synthèses en vue d'une meilleure réponse aux besoins des personnes concernées.

L'Uniopss préconise toutefois, comme le suggère également, la mission parlementaire présidée par Béatrice Poletti<sup>3</sup> d'améliorer la représentation des départements au sein du Conseil de la CNSA par une augmentation du nombre de sièges qui leur sont réservés ainsi que par l'octroi d'une Vice-présidence comme il existe actuellement une Vice-présidence dédiée aux usagers (une au titre des personnes âgées, une autre au titre des personnes handicapées). De même, la constitution d'un bureau comprenant les différentes composantes du Conseil serait judicieuse. Afin d'assurer une meilleure régulation du dispositif, l'Uniopss propose :

- Une meilleure définition par la loi des rôles respectifs de la CNSA et des conseils Généraux ;
- Un partenariat CNSA-conseils généraux structuré par un conventionnement fort ;
- La garantie que les financements solidaires issus du niveau national soient majoritaires. Afin de tenir compte des différences de potentiels fiscaux et de dépenses sociales à assumer entre les départements, il serait nécessaire d'amplifier les mécanismes de péréquation financière déjà à l'œuvre ;
- Une évaluation régulière, transparente et pluraliste du dispositif.

✓ **S'agissant des ressources nationales à mobiliser pour financer la nouvelle prestation,**

l'Uniopss préconise le recours à des financements qui soient assis sur tous les revenus (du travail et du capital) et qui concernent toutes les catégories socio-professionnelles. La journée de solidarité nous semble un précédent à ne pas réitérer dans la mesure où certaines catégories socio professionnelles en sont dispensées alors qu'elles peuvent bénéficier du dispositif de l'APA ou de la PCH (agriculteurs, professions indépendantes notamment). Est-il possible de mobiliser ces ressources nationales supplémentaires ? Certains en doutent et préconisent pour cette raison le recours accru voire exclusif à l'assurance privée. L'Uniopss rappelle que notre pays devra, de toute façon, faire face aux dépenses induites par le vieillissement de notre population et par l'augmentation des besoins des personnes handicapées. La seule question est de savoir si nous ferons face à ces dépenses supplémentaires sur une base solidaire ou si chacun devra y faire face seul avec le risque que certains de nos concitoyens ne puissent recevoir une réponse à la hauteur de leurs besoins pour des raisons financières. Le rapport remis à Ph. BAS dans le cadre de la mission confiée à Hélène GISSEROT en mars 2007 envisageait plusieurs scénarii dont un médian avec une progression du niveau des prélèvements obligatoires qui permettait la réalisation du Plan Solidarité Grand Age tout en restant soutenable à long terme pour les finances publiques. Le développement des réponses en faveur de ces personnes ne constitue pas uniquement une dépense pour la collectivité, il participe également à la croissance de la richesse nationale, en développant de l'activité, de l'emploi et du bien-être pour la population. C'est également pour ce motif que l'Uniopss réfute les propositions qui concluent le rapport de la mission parlementaire présidée par Valérie Rosso-Debord<sup>4</sup> qui aggravent, tant en matière de place des produits d'assurance que de rétablissement de la récupération sur succession, celles du rapport de la mission sénatoriale présidée par Philippe Marini<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Mission d'information parlementaire sur les missions et l'action de la CNSA présidée par Béatrice Poletti Rapport n° 2687 juillet 2010.

<sup>4</sup> Mission parlementaire d'information sur la perte d'autonomie des personnes âgées : répondre aux défis d'aujourd'hui et de demain Rapport n°2647 juin 2010

<sup>5</sup> Rapport de la mission sénatoriale déposé par Alain Vasselle Sénat n° 447 8 juillet 2008

### Mise en oeuvre de la réforme

Du fait des contraintes, notamment celles qui pèsent sur les finances publiques, l'Uniopss est consciente qu'il n'est sans doute pas possible de mettre rapidement en place la nouvelle prestation universelle qu'elle appelle de ses vœux. Mais deux séries d'objectifs peuvent être poursuivis :

#### *A moyen terme :*

- ✓ Conserver la perspective initiale de la réforme d'une prestation universelle, c'est-à-dire :
  - ne rien faire, dans le domaine de la dépendance, qui puisse compromettre à l'avenir l'ouverture du régime aux personnes handicapées ;
  - prévoir une loi-cadre, ou de disposition-cadre, fixant les principes qui devront inspirer immédiatement la réforme de la dépendance et à terme l'ouverture aux personnes handicapées. La loi pourrait ainsi prévoir :
    - le principe même de convergence et de suppression de la barrière d'âge ;
    - la construction de la prestation à partir du besoin d'autonomie et du projet de vie de chacun ;
    - la place majoritaire de la solidarité nationale dans le financement du régime ;
    - une gouvernance faisant appel aux collectivités territoriales et au monde associatif de la solidarité.
- ✓ Valoriser les actions de prévention afin de limiter la perte d'autonomie et augmenter les années de vie sans incapacité. Les programmes de prévention devant intégrer un volet concernant le lien social.
- ✓ Promouvoir la qualité de l'accompagnement et des soins en prenant mieux en compte l'objectif de professionnalisation des intervenants et de mise en place des démarches qualité et en ajustant les dotations en personnel aux besoins des personnes accueillies.

#### *A court terme :*

- Sur le plan technique : remédier au problème de l'incohérence des référentiels d'évaluation du manque d'autonomie. Les outils sont disparates, les langages ne sont pas les mêmes (guide Aggir pour Conseils généraux et EPAHD ; « AVQ » pour organismes d'assurance).
- Faire converger, ce qui est d'ores et déjà possible, des sujets communs aux deux populations en matière de transport, de logement.
- Soutenir les solidarités familiales et renforcer l'aide aux aidants.
- Réduire de façon tangible le « reste à charge » des personnes bénéficiant de prestations d'aide à l'autonomie tant à domicile qu'en établissements et notamment dans le cadre des prestations délivrées par les EHPAD dont la tarification actuellement en cours de réforme ne prend pas en compte suffisamment cet objectif.

Portant depuis plus de 60 ans une vision solidaire de la société, l'Uniopss continuera à militer pour que la création de ce nouveau risque social s'inscrive dans cette logique.

Mars 2011

## **Position commune des organisations syndicales**

**représentées au CESER de Bourgogne :**

**CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT, FSU et UNSA**

### **Pour la dépendance : il faut une réponse collective, solidaire et publique**

Depuis des années, les gouvernements successifs projettent de créer une véritable couverture sociale afin de prendre en charge les personnes en perte d'autonomie.

Le président Sarkozy a confirmé à plusieurs reprises ce projet, mais nous constatons que la réalisation en a été différée chaque fois. Récemment il a annoncé que ce dossier serait ouvert après que celui sur les retraites soit terminé. C'est dans cette optique que les organisations syndicales de retraités signataires de ce document ont voulu affirmer leurs revendications et exprimer leurs craintes et leur opposition à certaines pistes évoquées récemment.

### **Un enjeu de société qui demande une réponse de la collectivité nationale**

Les enjeux sont importants. Les projections démographiques montrent que la population des plus de 80 ans passera dans notre pays à quatre millions de personnes d'ici l'année 2020, soit une augmentation de 80%. Même si l'espérance de vie en bonne santé progresse plus vite que l'espérance de vie elle-même, cette forte augmentation des plus de 80 ans entraînera une augmentation importante des personnes âgées en perte d'autonomie.

La perte d'autonomie est un des drames de la vieillesse. Les causes sont diverses mais proviennent très souvent de maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson...). Elles sont aussi liées aux conditions de travail et à l'insuffisance de la politique de prévention.

Il s'agit donc d'une question de société à laquelle la collectivité nationale doit apporter une réponse satisfaisante aux besoins exprimés. Le gouvernement actuel ne doit pas éluder cette question. Il lui incombe d'être à l'origine d'un projet ambitieux qui soit à la hauteur des enjeux.

### **Une prise en charge sans barrière d'âge**

Les organisations syndicales ci-dessus, représentées au CESER de Bourgogne, apportent leur accord et leur soutien au rapport du Conseil économique et social du 25 février 2004, demandant « une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap ».

La loi du 11 février 2005 a ensuite apporté des éléments de réponse allant dans ce sens. Un calendrier avait fixé une échéance de 5 ans pour aboutir à une harmonisation des prises en charge. Ce calendrier est malheureusement dépassé. Mais cela ne doit pas faire oublier que l'objectif doit rester d'actualité.

Aboutir à une prise en charge des personnes en situation de handicap ne veut pas dire uniformité des réponses qui doivent être personnalisées. Par contre cela doit conduire à une continuité des dispositifs à adapter aux situations spécifiques rencontrées tout au long de la vie.

## **Développer la prévention**

Pour l'être humain, garder toutes ses capacités d'autonomie jusqu'à la fin de sa vie est légitime. La prévention est un moyen pour lutter contre la perte d'autonomie. Elle doit être menée tout au long de la vie. Ce doit être une des dimensions de la politique nationale de santé publique intégrant l'éducation à la santé, la médecine scolaire et la médecine du travail. Les systèmes de santé doivent y contribuer par des actions spécifiques.

En outre, une politique particulière de prévention doit être menée en direction des personnes âgées. Elle peut revêtir plusieurs formes, parmi lesquelles :

- visites médicales de dépistage ;
- prévention des chutes ;
- animations d'ateliers « mémoire » ;
- actions de prévention portant sur l'audition et la vision ;
- prise en charge spécifique en cas d'hospitalisation.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Les moyens actuels de prévention ne sont pas à la hauteur des besoins. Les financements publics ont négligé ce domaine pour se limiter aux prises en charge lorsque la dépendance commence déjà à s'installer.

## **Répondre aux besoins des personnes restées à leur domicile**

Les derniers sondages montrent que les personnes âgées souhaitent rester dans leur domicile le plus longtemps possible. Le maintien à domicile doit donc être privilégié. Il permet le maintien de la vie sociale. Pour ce faire, il faut développer et améliorer très sérieusement les services et les soins à domicile, ainsi que leur organisation, leur coordination et leur prise en charge financière.

On constate aujourd'hui un trop grand nombre d'intervenants et un manque de cohérence dans leurs actions. Se posent également les problèmes de la formation de ces intervenants (majoritairement féminins) qui doit être renforcée, de leurs conditions de travail et de leurs rémunérations.

Une politique d'adaptation des logements aux besoins des personnes âgées est attendue également.

## **Pour une politique coordonnée et de qualité dans les aides à la personne**

Depuis 2005, on constate une situation déplorable où tous les services à domicile ont tendance à être considérés de la même façon. Il n'est pas possible que des aides qui apportent un confort de vie soient traitées de la même façon que des aides qui sont indispensables pour permettre à une personne âgée d'avoir une existence décente. La fiscalité de ces services doit être revue, spécialement lorsqu'ils s'adressent à des retraités ayant de faibles revenus.

En 2009, ces services (en particulier les associations) ont connu des difficultés financières telles que certaines ont cessé leur activité. Les causes de ces situations sont variées mais il est indiscutable que la façon dont leurs tarifs sont imposés ne favorise pas celles qui font de réels efforts pour améliorer la qualification des intervenants et la qualité des services offerts.

Améliorer la tarification de ces services sans en reporter la charge supplémentaire sur les personnes âgées s'impose.

## **Une offre insuffisante d'accueil en établissement**

L'entrée en établissement est perçue très souvent comme une solution de dernier recours. Elle est rarement choisie. Elle est mal vécue par de nombreuses personnes âgées. Toutefois, elle est souvent une bonne solution qui permet à la personne de se sentir moins isolée, d'être prise en charge globalement et d'être déchargée des contraintes du domicile.

La transition de la vie à domicile à la vie en maison de retraite doit être améliorée. Ces établissements doivent être de taille humaine et viser la proximité avec les anciens lieux de vie des personnes hébergées. La qualité de l'accueil joue un rôle essentiel.

Le nombre de places en Ehpad (appelés couramment maisons de retraite médicalisées) est très insuffisant. Le rythme actuel des créations de places en Ehpad (7 500 places par an) ne répond pas aux besoins actuels et futurs.

Le taux d'encadrement, c'est-à-dire le ratio entre le personnel d'encadrement et les personnes accueillies est trop faible. Il s'élève à l'échelle nationale à 0,57 équivalent temps plein. C'est nettement insuffisant pour faire face à l'accueil de personnes de plus en plus dépendantes.

## **Des tarifs d'hébergement trop élevés**

Les prix de journée en établissement sont très élevés et très variables. Ils sont nettement plus élevés en Île-de-France qu'en province, dans le secteur privé commercial que dans le secteur public ou privé associatif. A ces tarifs d'hébergement, très élevés, s'ajoutent les frais liés à la perte d'autonomie qui ne sont pris en charge que partiellement par l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie). Ces grandes disparités de tarifs doivent être réduites ; les tarifs doivent être mieux encadrés par les pouvoirs publics ; le reste à charge est beaucoup trop élevé pour les personnes concernées ou leur famille.

Différentes études récentes (Cour des comptes, mission sénatoriale, Fédération hospitalière de France, Drees, IGAS et cabinet KPMG) apportent des estimations sur le prix journalier. Le montant mensuel de 1 500 euros est donné comme un minimum. Les tarifs peuvent dépasser 2 000 euros par mois et même 3 000 dans certains établissements. Cette situation est difficile à admettre alors que le montant moyen des pensions de retraite n'est que de 1 200 euros environ. Cette disparité est particulièrement forte pour les femmes qui ont en moyenne des pensions inférieures de 38% à celles des hommes.

Des mesures doivent être prises pour diminuer le coût à charge des personnes âgées sans diminuer la qualité de l'accueil et du service et sans hypothéquer les conditions de vie ultérieures. Il est primordial de maintenir les capacités de maintien des investissements nécessaires à venir.

Derrière tous ces problèmes, de qualité d'accueil, de taux d'encadrement, de formation et de tarifs, se pose bien évidemment le problème du financement de ces structures.

## **Le financement de la réponse à la dépendance**

Actuellement, les frais liés à la perte d'autonomie sont en partie compensés par l'APA, sachant que les soins liés à la maladie sont pris en charge par l'assurance maladie. L'APA est insuffisante et inégalitaire. Insuffisante, parce que le reste à payer est beaucoup trop important. Inégalitaire, puisqu'elle varie d'un département à l'autre. La perte d'autonomie doit être prise en charge par la solidarité nationale. La création d'un nouveau risque géré par la sécurité sociale, le risque « perte d'autonomie », est donc indispensable. Les organisations syndicales signataires de la présente position commune revendiquent la création d'un droit universel de compensation pour l'autonomie quel que soit l'âge, financé dans un cadre de solidarité nationale.

Le recours à des assurances individuelles et au patrimoine des personnes âgées ne sont pas des solutions acceptables car elles pénalisent les personnes âgées dépendantes au détriment d'une solidarité large.

## **La gouvernance**

La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) s'est imposée comme financeur dans l'accompagnement de la perte d'autonomie.

La CNSA fournit des outils de formation et de gestion aux conseils généraux et aux structures intervenant dans le secteur. Les organisations syndicales demandent que la CNSA garantisse l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des dossiers.

D'autre part, la totalité des fonds gérés par la CNSA doit être utilisée. Les plans départementaux gériatologiques doivent prendre en compte, de façon prioritaire, les problèmes liés à la perte d'autonomie.

## **Des projets inquiétants**

Alors que l'écart ne cesse de grandir entre les intentions officielles et la réalité des politiques menées, diverses idées inquiétantes ont été émises ces dernières années. Les organisations syndicales signataires de la présente position commune s'opposent à des projets tels que :

- la fusion des aides et des moyens existants en un seul dispositif dégressif selon les revenus ;
- la mise en place d'un système de gage patrimonial ayant une incidence sur le taux de prestations, selon l'acceptation ou pas de cette démarche ;
- l'abandon de l'APA avec son remplacement à terme par une assurance privée obligatoire.
- l'abandon de la convergence entre handicapés et personnes âgées en perte d'autonomie définie par loi de février 2005 ;
- certaines propositions visant à faire diminuer le prix journalier de l'hébergement et comportant des risques pour la qualité de l'accueil à l'avenir ;
- le coût croissant supporté par les familles qui sont déjà largement sollicitées.

## **Ce que veulent les organisations syndicales**

Les organisations syndicales représentées au CESER de Bourgogne CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT, FSU et UNSA demandent à l'État de prendre ses responsabilités par une **réponse publique** correspondant à un choix de société. En effet, le nombre croissant de personnes en perte d'autonomie est un enjeu de société.

Parce que ce risque peut frapper chacun de nous :

- la réponse passe par une **gestion collective** de ce risque au sein de la Sécurité sociale ;
- son financement doit se faire dans le cadre de la **solidarité nationale**, avec un engagement de l'État.