



La dépendance, la perte d'autonomie II, nos propositions

Publié le 4 novembre 2020 par Michel Limousin



Dans le débat sur la dépendance, il s'agit de savoir comment la société envisage son rapport aux personnes qui, pour des raisons diverses, n'ont pas, ou ont plus ou moins perdu, leur capacité d'agir de façon autonome. Penser le *bien vivre* des personnes lorsqu'elles sont en situation de dépendance, dans toutes ses dimensions, est un problème bien plus vaste que penser le financement de leur prise en charge. Il s'agit d'une question globale de société. Le gouvernement a fait le choix de ne s'occuper que des personnes âgées, alors que la perte d'autonomie concerne également les adultes handicapés. Les réponses devraient donc s'appuyer sur les mêmes principes. D'autre part, il s'agit d'empêcher que cette nouvelle prise en charge de la dépendance soit l'occasion d'amoindrir une



nouvelle fois le rôle de la Sécurité sociale et plus largement des solidarités, et de faire une place importante aux assureurs privés. Il s'agit également de refuser que les solutions reposent sur un accroissement de l'implication déjà insoutenable des aidants familiaux. La sphère privée ne peut être vue comme un réservoir «d'assistance».

M. Jean-Luc Gibelin & Dr Michel Limousin

La prise en charge des personnes dépendantes n'est pas une affaire privée, dans aucun des deux sens de ce terme, c'est-à-dire qu'elle ne doit reposer ni sur la sphère privée, ni sur le recours à l'assurance privée.

Contre le projet quasi-explicite du gouvernement de faire une large place aux assurances et de compter sur la solidarité familiale, nous affirmons que la prise en charge des personnes dépendantes n'est pas une affaire privée, dans aucun des deux sens de ce terme, c'est-à-dire qu'elle ne doit reposer ni sur la sphère privée, ni sur le recours à l'assurance privée. Elle doit relever des principes de la Sécurité sociale. Le système mis en place doit être obligatoire, universel et solidaire. Il doit s'appliquer sans condition d'âge, ni de ressource, les prestations fournies doivent être déconnectées de la contribution financière et être, pour une perte d'autonomie donnée, les mêmes sur tout le territoire national. Affirmer que la prise en charge de la perte d'autonomie doit relever de la Sécurité sociale ne signifie pas pour autant idéaliser son mode actuel de fonctionnement. Celui-ci doit évoluer pour devenir à la fois plus égalitaire et plus démocratique.

Le système doit être financé par tous les assurés sociaux et leurs employeurs, et mettre à contribution les revenus financiers du capital, et pas seulement par les personnes susceptibles d'être concernées. Il doit permettre de couvrir à 100% les dépenses supplémentaires liées à cette perte d'autonomie. L'objectif est donc la reconnaissance et la mise en œuvre d'un droit universel de toute personne à voir sa perte d'autonomie prise en charge à 100% par la solidarité nationale.

La prestation fournie doit permettre de couvrir soit le maintien à domicile, ce qui correspond majoritairement au souhait des personnes concernées, soit l'hébergement en établissement. La prise en charge de la dépendance, y compris la partie soins, représente aujourd'hui un peu plus de 1,4% du PIB. Il est très difficile de faire des projections pour savoir comment les besoins évolueront dans l'avenir. Ils dépendront avant tout de l'évolution du nombre de personnes en perte d'autonomie, qui résultera pour une bonne part des politiques qui seront menées dans les domaines de la santé, du

travail, de la prévention, du dépistage, de la recherche médicale, etc. Mais, quoi qu'il en soit, des ressources nouvelles seront de toute façon nécessaires, ce d'autant plus que, s'agissant de services à la personne, la question de la professionnalisation des métiers est décisive. Augmenter le niveau de qualification et lutter contre la précarité actuelle auront nécessairement un coût, de même qu'aura un coût l'objectif pressant de décharger les aidants et de permettre leur remplacement par des professionnels.

Un second débat ouvert: comment financer?

Pour répondre à ces objectifs, deux solutions parallèles sont possibles et nécessaires. La première est d'assurer le financement lors de la formation des revenus primaires, c'est-à-dire lors du partage de la valeur ajoutée. Il s'agirait alors d'adapter les cotisations sociales en les augmentant et de faire cotiser les dividendes, les stock-options, la participation et l'intéressement. Cette cotisation sociale continuera à assumer les dépenses d'ordre sanitaire comme pour tous les assujettis. La seconde solution est de financer la partie sociale de la prestation au niveau de la redistribution des revenus. Une fiscalité rénovée pourrait alors en être l'outil avec l'introduction de la progressivité pour taxer de façon plus importante les hauts revenus et une différenciation plus accentuée entre la taxation des revenus salariaux et celle des revenus du patrimoine, ce qui permettrait d'imposer plus fortement qu'aujourd'hui les revenus du capital.

Notre objectif doit être **la création d'un grand service public de l'autonomie aussi dénommé pôle public de l'autonomie** permettant d'articuler les diverses structures (associatives, municipales, régionales, nationales) dont les conditions d'emploi et de rémunération pourraient être harmonisées et revalorisées sous une même convention collective. La politique publique passe plus largement par un développement important des services publics nationaux répondant à la perte d'autonomie ainsi que leur réelle et efficace coordination afin de répondre aux besoins de la population.

Au-delà, la création d'une véritable coordination des politiques publiques de l'autonomisation des personnes devra être mise en place avec un contrôle démocratique : État, collectivités territoriales, organisations syndicales, associations des usagers. L'enjeu de cette coordination démocratique consistera à travailler, à partir de l'existant, à l'amélioration du niveau de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, amélioration tant pécuniaire de leur indemnisation que de la qualité et de l'entièreté de la prise en charge. Cela doit se traduire par un allègement et une simplification des procédures pour les personnes en perte d'autonomie.

Notre projet c'est l'affirmation de la défense de la protection sociale solidaire. Il



s'inscrit dans une critique totale de la situation actuelle avec l'insuffisance des moyens collectifs mobilisés mais aussi des principes avancés dans les projets gouvernementaux. La prise en charge actuelle n'est pas acceptable, leur proposition va aggraver les injustices et creuser les insuffisances graves.

Cet enjeu de société s'inscrit dans un nouveau projet de civilisation:

L'autonomie de la personne humaine est un objectif social central de nos sociétés développées. Il s'inscrit dans le cadre de la solidarité et vise l'objectif d'hommes libres et égaux en société, capables de se choisir individuellement et collectivement un avenir respectueux de la dignité de chacun, suivant les principes de la Sécurité sociale de 1946 tout en les renouvelant et les réformant en profondeur, avec la prise en charge de ce nouveau besoin qu'est la perte d'autonomie. Nous prenons le concept de perte d'autonomie en lieu et place de celui de dépendance, car fondamentalement porteur de solidarité à l'opposé de l'individualisme. Elle n'est en rien un risque en soi, ce qui explique notre rejet de l'assurantiel, mais un état qui justifie la mise en œuvre de moyens et d'expertises divers pour assurer à un individu la poursuite de son existence dans la dignité.

La perte d'autonomie totale ou partielle renvoie à 3 situations distinctes: grand âge, handicap et invalidité, donc 3 populations distinctes même si une personne peut passer d'une situation à une autre. Le processus d'autonomisation vise à se libérer d'un état de sujétion, à acquérir la capacité d'user de la plénitude de ses droits, de s'affranchir d'une dépendance d'ordre social, moral ou intellectuel. Il ne s'agit pas seulement d'indemniser les personnes ou d'accompagner leur trajectoire de vie, mais de créer les conditions économiques et sociales de leur l'autonomisation tout au long de leur vie. Cela implique de se donner les moyens d'intervenir sur les conditions d'emploi et de travail, sur les conditions de la recherche médicale et de la prise en charge médicale et médico-sociale, sur les politiques nationales et locales d'urbanisme et de transport, etc.

Un pôle public pour organiser, coordonner et mettre en œuvre:

La création d'une véritable coordination des politiques publiques de l'autonomie des personnes devra être mise en place avec un contrôle démocratique: État, collectivités territoriales, organisations syndicales, associations des usagers. L'enjeu consistera à travailler, à partir de l'existant, à l'amélioration du niveau de la prise en charge, tant



pécuniaire que de la qualité de la prise en charge. La dimension démocratique du pôle public est aussi déterminante, c'est un manque des dispositifs actuels.

Nous proposons au niveau départemental un pôle public de «l'autonomie», s'appuyant sur le développement des services publics sociaux existants avec tous les aspects d'aides (repas, toilettes, mobilisations, etc.) mais aussi équipements et aménagements des logements, transports. Le pôle public doit permettre une synergie entre les services publics ainsi développés en les coordonnant avec les nouveaux services publics du handicap et celui des personnes âgées à créer pour favoriser la promotion des activités sociales des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Cette coordination départementale doit permettre une simplification des démarches pour les personnes et les aidants et une meilleure efficacité du service rendu.

Nous proposons une structuration nationale des pôles publics départementaux dans une forme à définir (agence, établissement public, service ministériel) afin de garantir une maîtrise, une cohérence et une égalité sur le territoire national. Nous voulons assurer à cette échelle une indépendance totale et des critères indiscutables aux procédures de détermination du niveau de perte d'autonomie. Ce sera aussi engager une vaste politique de formation^[1], de professionnalisation et de création en nombre d'emplois qualifiés des services d'aide à la personne, en partenariat avec le monde associatif. Pourquoi ne pas intégrer dans le cadre de la fonction publique territoriale ces associations dans un cadre juridique nouveau à inventer sans exonérer l'État de ses responsabilités financières et de maintien d'une solidarité interdépartementale.

Un accompagnement des aidants est légitime. Notre volonté de privilégier le maintien à domicile accompagné et assisté, comme alternative volontaire, est complémentaire avec la nécessité d'assurer une bonne couverture territoriale avec un développement sans précédent en établissements publics pour personnes en perte d'autonomie. Il s'agit également de garantir l'accès aux services spécialisés médicaux. Le maillage du territoire par le service public hospitalier et un réseau de centres de santé territoriaux est aussi un gage d'égalité en termes de réponse aux besoins. Il faut augmenter le taux d'encadrement en personnel qualifiés des structures publiques pour arriver à un ratio d'au moins un personnel par personne accueillie.

Le point central, un financement solidaire et dynamique: ni «5^e risque», ni «5^e branche de



prestations»

Le concept de «5^e risque» pour la Sécurité sociale, «le risque dépendance» ne correspond en rien à son architecture actuelle, qui couvre déjà 9 «risques sociaux», répartis dans les 4 branches prestataires. En réalité, ce concept de «5^e risque» organise une confusion qui voudrait laisser croire que la perte d'autonomie est assurable globalement et à part entière, au même titre que n'importe quel risque classique par le secteur assurantiel privé. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui puisque les financements et prestations de la dépendance liés à l'âge viennent essentiellement de la Sécurité sociale et des départements. C'est pourquoi nous rejetons ce concept de «5^e risque» dont l'unique raison est, en isolant les recettes, de le faire financer par des complémentaires, en particulier les assurances privées. Nous refusons aussi un nouveau découpage de la Sécurité sociale qui conduirait à une rupture supplémentaire de son unité. Une 5^{ème} branche affaiblirait la protection sociale solidaire. Il est clair que certains n'attendent que cela pour ouvrir ce financement au monde financier et assurantiel. Cela encouragerait ceux qui veulent demain une branche «petite enfance». Ce serait l'éclatement de la Sécurité sociale. En outre, cette nouvelle branche aurait un objet actuellement en partie couvert par l'assurance maladie ce qui entraînerait un siphonage partiel de l'Assurance maladie par cette nouvelle branche. Elle contribuerait ainsi à l'affaiblir et à ouvrir plus grand encore la porte aux complémentaires. Au contraire, nous affirmons l'universalité de l'Assurance maladie, nous voulons la renforcer et y intégrer la réponse aux besoins de la perte d'autonomie. Nous considérons que l'Assurance maladie doit prendre en charge à 100% la partie soins dans une conception élargie.

De toute évidence, ces choix induisent de poser la question du financement de cette politique de l'autonomie à partir d'un prélèvement sur les richesses créées par le pays. Ce financement n'a de sens que s'il est réellement pérenne et non tributaire des ressources de l'État ou des familles. Nous posons le principe d'un financement solidaire dans la Sécurité sociale et d'un financement public. Concernant les personnes en situation de handicap, nous proposons une taxe prélevée à la source pour les employeurs qui ne respectent pas la loi, prenant la forme pour ces entreprises d'une majoration de cotisations sociales. La loi sur l'emploi des personnes handicapées est mal appliquée et insuffisante. Il faut aussi affecter à la perte d'autonomie une partie, à déterminer, de la contribution supplémentaire que nous voulons créer sur les revenus financiers des entreprises, des banques et assurances ainsi que sur les ménages les plus riches.

Nous proposons, par ailleurs, d'assurer un financement public de la prise en charge de



la perte d'autonomie par l'État, au moyen d'une dotation de compensation pour les départements, indexée sur leur dépense annuelle réelle en la matière. Cela induit explicitement une modification du cadre constitutionnel et l'obligation de remboursement de la dette de l'État auprès des départements en matière d'APA et de PCH et de stopper les réductions de dotations aux collectivités territoriales.

Face à ces besoins, Macron, la droite et le PS divergent sur les réponses mais convergent sur le fond. Certes, la droite considère que l'essentiel de cette dépense ne relève pas de financements publics mais de comportements individuels, tandis que les socialistes revendiquent le recours à la solidarité nationale. Mais, postulant chacun la réduction de la dépense publique et la compétitivité des entreprises comme primats de leur politique, tous les deux refusent d'asseoir le financement de la prise en charge collective de la perte d'autonomie sur des cotisations sociales. Ils laissent ainsi de côté les pistes de financement assis sur une nouvelle répartition des richesses produites dans l'entreprise et sur un nouveau type de production, et prônent différemment mais ensemble, le transfert sur chaque individu du poids financier de sa couverture contre le risque de perte d'autonomie. A droite, c'est le recours incitatif ou autoritaire au secteur assurantiel privé et la mise en place d'un «partenariat public-privé» pour l'offre de services aux personnes. Et pour le PS, c'est une fiscalisation des recettes par de la fusion de la CSG et de l'impôt sur le revenu, qui pousserait le recours à des couvertures complémentaires. Dans un cas comme dans l'autre, chacun ne serait plus couvert selon ses besoins mais selon ses moyens.

Au total nos propositions sont:

- Refus de la création d'un 5^{ème} risque ou d'une 5^{ème} branche de prestation ouvrant la voie au démantèlement de la Sécurité sociale
- Financement solidaire par la cotisation sociale pour tout ce qui concerne les frais de santé en restant dans le cadre de l'Assurance maladie et prise en charge à 100%
- Financement par la fiscalité des dépenses sociales
- Création d'un grand pôle public de l'autonomie par un financement public

Sigles

AGGIR (grille) Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources

APA: Allocation personnalisée d'autonomie

CCAS: Centres communaux d'action sociale

CESE: Conseil économique, social et environnemental



CNAM: Caisse nationale d'assurance maladie

CNSA: Caisse nationale de Solidarité pour l'autonomie

CSA: Contribution sociale d'autonomie

CSG: Contribution social généralisée

DREES: Direction de la Recherche, des Études, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD: Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GIR: Groupes Iso-Ressources

IGAS: Inspection générale des affaires sociales

PSD: Prestation spécifique dépendance

Notes de bas de page :

[1] Les qualifications et compétences mises en œuvre dans ces métiers doivent être reconnues, notamment à travers la révision des Conventions collectives de ces secteurs. Il est possible de construire des parcours professionnels par la constitution de carrières prévoyant le passage progressif à des emplois mieux rémunérés dans la filière ou plus largement dans le secteur public. Des formations professionnelles qualifiantes doivent pouvoir assurer le déroulement de ce parcours.

