

Quelles réponses à la perte d'autonomie ? Les questions que nous devons nous poser

La perte d'autonomie limite les capacités motrices, mentales, psychiques ou sensorielles, provoque des difficultés ou des obstacles dans la vie quotidienne, compromet l'autonomie en l'absence de compensation.

Elle est durable, peut arriver à tout âge, à la naissance, suite à une maladie, à un accident, au vieillissement et au dépérissement de certaines cellules ou à l'accumulation de dégradations physiques ou mentales. Elle fait partie des aléas de la vie, tout comme la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès.

Surmonter la perte d'autonomie demande des aides et des compensations : équipements personnels (prothèses, fauteuil roulant, etc.), aménagements du logement, aides par des personnes pour la vie quotidienne à domicile ou en établissement (soins infirmiers, services d'aide à domicile, services d'auxiliaires de vie et de services d'hospitalisation), compensations financières à l'absence d'activité professionnelle.

Aujourd'hui, grand nombre de retraité·e·s sont autonomes, participent à la vie et au développement de la société. Seulement 10 à 15 % en perte d'autonomie, partielle ou totale, à domicile ou en établissement médicalisé, ont besoin de soins médicaux particuliers et de services particuliers. Le coût reste à la charge des résidents et de leurs familles, mais peut être réduit, depuis juillet 2001, pour les plus de 60 ans par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), en fonction des ressources et de l'état de santé de la personne.

Rappel historique d'une socialisation progressive de la prise en charge du grand âge et du handicap.

Pendant des siècles, la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées a relevé de la solidarité familiale dans une France rurale où les différentes générations vivaient souvent sous le même toit.

Au tout début du XX^e siècle, apparaissent des politiques de prise en charge médicale et sociale des personnes âgées et handicapées, suite aux évolutions économiques et socio-culturelles.

En 1945, la Sécurité sociale se met en place et étend les droits des personnes privées de leurs « capacités de gains ».

En 1962, la vieillesse devient un « 3^e âge actif » intégré dans la société, avec les moyens de mener une vie indépendante (logements, aide-ménagère, services de soins à domicile... et revalorisation des retraites).

En 1975, se structure le secteur social et médico-social des personnes handicapées, puis 1981 limite les dépenses de protection sociale notamment les soins et l'aide sociale des personnes âgées que les départements récupèrent en 1982. Le maintien à domicile est priorisé : exonération de charges patronales et fiscales, chèques services, CESU. Il est ouvert au privé non lucratif en 1996.

En 1997, la Prestation Spécifique Dépendance apparaît, remplacée en 2001 par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. En 2004, un impôt supplémentaire est attribué à la Caisse Nationale de Solidarité Autonomie (CNSA) pour financer l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées. En 2015, la loi Adaptation de la Société au Vieillissement est votée, mais avec de faibles moyens.

Le 7 août 2020, la 5^e branche autonomie de la Sécurité sociale anticipe la loi « Grand âge et autonomie » annoncée en 2018 puis promise pour 2021...

Orientations du gouvernement : la 5^e branche

Le législateur de 1945 avait la volonté politique d'étendre la Sécurité sociale : « *Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité* ».

Nous avons subi une évolution inverse, des attaques régulières contre la sécurité sociale et la solidarité nationale, l'ouverture progressive de pans de la sécurité sociale aux intérêts privés.

En 2007, Nicolas Sarkozy promet une 5^e branche englobant toutes les dépenses liées à l'aide à l'autonomie. Dès juin 2007, Président de la République, il demande « à Xavier Bertrand de mettre en place une cinquième branche pour prendre en charge la dépendance... s'appuyant sur la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ». En avril 2008, le gouvernement engage une « concertation avec les partenaires sociaux » sur la création et le financement d'un 5^e risque au sein de la Sécurité Sociale puis stoppe tout dès 2009, sous prétexte de la crise financière de 2008.

En février 2010, des groupes de travail sont chargés de fournir un cadre à un partenariat public/privé ! En juin 2010, le rapport Rosso-Debord exclut de mettre plus de moyens financiers publics dans le nouveau système et fait appel aux financements privés. Il propose même, dès l'âge de 50 ans, une assurance perte d'autonomie liée à l'âge. La politique de communication se poursuit, la ministre Roselyne Bachelot organise colloques et débats pendant tout le premier semestre 2011 en les cadrant dès le 12 janvier 2011 « *La question de la dépendance est nouvelle ; on ne peut y répondre avec les solutions de 1945 ... nous devons proposer de nouveaux outils ... une 5^e branche ferait intervenir de nouveaux acteurs dans sa gouvernance ...* ». À la « rentrée » de 2011, le Premier ministre Fillon abandonne tout projet pour cause de « finances publiques exsangues ».

Le 28 décembre 2015, la loi sur « l'adaptation de la société au vieillissement », impulsée par Madame Michèle Delaunay, apporte quelques améliorations, mais n'élargit pas le champ d'intervention de la Sécurité sociale.

En mars 2019, le rapport Grand âge et autonomie de Dominique Libault préconise notamment l'augmentation de 25 % des effectifs des EHPAD d'ici à 2024 et la récupération de l'assiette de la CRDS en 2024, date prévue de l'extinction de la dette sociale.

Le 15 juin 2020, l'Assemblée Nationale adopte deux projets de loi, organique et ordinaire :

- Le premier crée une annexe spécifique dans les projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), il détaille les dépenses de l'aide à l'autonomie, il reporte de 2024 à 2033 l'échéance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) en lui confiant le soin d'apurer 136 milliards d'euros supplémentaires. Il crée la cinquième branche de la Sécurité sociale, dénommée « autonomie ».
- Le second prévoit la remise d'un rapport au Parlement par Laurent Vachey, ancien directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), qui serait probablement appelée à gérer cette branche.

Leur 5^e branche vient à côté des quatre blocs de la Sécu gérés par trois caisses : la CNAM pour les blocs « maladie, maternité, invalidité, décès » et « maladies professionnelles et accidents du travail », la CNAV pour le bloc « retraite, veuvage » et la CNAF pour le bloc « famille ». Le risque chômage, quant à lui, n'est pas intégré à la Sécurité sociale, créé en 1958, il est géré paritairement par les représentants des salariés et des employeurs au sein de l'UNEDIC.

La création d'une 5^e branche pose de nombreuses questions

Le 7 août 2020, le Parlement adopte deux lois, pour prendre en charge le pilotage financier de la nouvelle branche, pour financer en partie ce cinquième risque « soutien à l'autonomie » en réaffectant, à compter du 1^{er} janvier 2024, une part de 0,15 point de CSG à la CNSA. Les prestations qui seraient versées à ce titre par le régime général ne sont pas précisées. La loi prévoit seulement, au plus tard le 15 septembre 2020, un rapport que M. Laurent Vachey a remis avec les propositions ci-dessous.

A - Le mode de gouvernance

La loi du 7 août 2020 confie à la CNSA la gestion de la nouvelle 5^e branche autonomie, mais n'a rien modifié de l'organisation actuelle de la CNSA (très différent du modèle paritaire des autres branches de la Sécurité sociale), n'a pas créé une nouvelle Caisse gérée par les partenaires sociaux, n'a pas confié ce risque « perte d'autonomie quel que soit l'âge », cet aléa de santé, à l'assurance maladie.

Le rapport Vachey ne dit rien, mais si des « financeurs privés » (mutuelles, compagnies d'assurances, etc.) entraient dans cette « caisse » de la sécurité sociale, celle-ci serait un outil à disposition des intérêts financiers, renforcerait l'emprise de plus en plus forte des investissements privés dans les domaines du médicament, des soins, de l'hospitalisation, des EHPAD...

Autre crainte : l'individualisation annoncée par le gouvernement de toutes les dépenses « grand âge et handicap » dans la LFSS, à côté de l'ONDAM, va-t-elle vers une organisation de la protection sociale (au-delà de la seule sécurité sociale) par « strates » d'âge ou de type de population ? Pour montrer que « les vieux », « les handicapés » sont un fardeau, un cher boulet ?

Quel fonctionnement démocratique de la Sécurité sociale ? Le pouvoir politique, le gouvernement, prennent de plus en plus de place dans le fonctionnement et la gestion de la Sécurité sociale, depuis la réforme Juppé de 1995 qui a créé l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie.

B - Le mode de financement

Actuellement, l'aide à l'autonomie repose sur la solidarité nationale, un financement local (avec des disparités territoriales) et surtout les personnes et les familles du fait des restes à charge élevés.

Le rapport de Dominique Libault estimait le coût d'une réforme à au moins 6 milliards d'euros d'ici 2024, ce que le gouvernement n'envisage pas, il se contentera d'améliorer un peu l'offre, en affectant 0,15 point de CSG, soit 2,3 milliards d'euros à la CNSA et seulement en 2024 ... et en cherchant le maximum d'économies sur le dos des personnes et des familles.

C - Réforme du handicap ou du grand âge ?

Le 5^e risque est évoqué depuis plusieurs années pour « régler » la question du vieillissement et du grand âge, mais l'idée progressait d'un risque « perte d'autonomie » englobant le handicap et le grand âge. Ainsi la CNSA créée en 2005 est alimentée par la taxe CSA pour personnes âgées ou handicapées.

L'actuel projet conserve l'ambiguïté « *la crise sanitaire a mis particulièrement en lumière les limites de notre système de prise en charge des personnes âgées* » et semble affecter totalement la CSG aux personnes âgées.

En même temps, il affirme « *Au plus tard le 30 septembre 2020, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de création d'un nouveau risque ou une nouvelle branche de sécurité sociale relatifs à la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* ».

Nos revendications générales

Au drame de la perte d'autonomie, il ne faut pas ajouter des problèmes financiers. La solidarité nationale doit permettre une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale, par le biais de la branche maladie. L'aide à l'autonomie concerne tout le monde sans aucune distinction d'âge.

Il faut prioriser la prévention et répondre à la demande première du maintien à domicile : prise en charge de frais de logement (adaptation des logements), des frais d'aides à domicile (ménage, repas, soins corporels, etc.).

La prise en charge doit s'inscrire dans un système obligatoire, universel, solidaire, ne dépendant ni de l'âge ni des ressources de la personne, et doit donc couvrir les besoins essentiels de la vie « physique » et « psychique » : l'aide humaine et technique aux gestes quotidiens essentiels, les soins au titre des limitations fonctionnelles, l'accès au logement spécifique dont l'hébergement en établissement spécialisé et les aménagements du logement permettant une vie à domicile, les soutiens aux revenus (minima sociaux) et les pensions permettant de pallier l'absence ou l'insuffisance de revenus liés au handicap.

L'aide, l'assistance et l'accompagnement des personnes, quel que soit leur âge, à domicile ou dans un établissement, doivent s'inscrire dans un vaste service public de l'aide à l'autonomie, avec des personnels à temps plein, plus nombreux, mieux formés, plus qualifiés et mieux reconnus socialement. Les établissements privés lucratifs ne seraient que l'exception, ils ne doivent plus accaparer les revenus de leurs résidents et des familles sans pour autant assurer un accompagnement et des prestations à la hauteur des prix demandés.

Le financement implique naturellement une augmentation des ressources de la sécurité sociale, un meilleur partage des richesses produites, une revalorisation conséquente de toutes les pensions, arrêter toutes les exonérations de cotisations, une cotisation sociale progressive sur l'ensemble des revenus (revenus d'activité, salariés comme indépendants, revenus de remplacement, revenus du capital). Le « salaire socialisé » ferait place aux « revenus socialisés »