

16 novembre 2020

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, l'invalidité, le décès.

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

Aujourd'hui, un 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 et de services particuliers. Ce coût, à la charge des résidents et de leurs familles, peut être réduit, depuis juillet 2001, pour les plus de 60 ans grâce à la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), celle-ci tenant compte des ressources et de l'état de santé de la personne.

Quelles réponses à la perte d'autonomie ?

Les questions que nous devons nous poser

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

Pendant des siècles, la prise en charge de rares 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, politiques, 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...)

En 1975, se structure le secteur social et médico-social des personnes handicapées, puis en 1981, des limites sont mises aux 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.

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 Vieillessement est votée, mais avec de faibles moyens.

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

5^e risque 5^e branche, un débat relativement ancien

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 obligatoire 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.

La 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

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 à son organisation actuelle (très différent du modèle paritaire des autres branches de la Sécurité sociale). Elle n'a pas créé une nouvelle Caisse gérée par les

représentants des syndicats de salarié-es et d'employeurs, 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, sorti mi-septembre, ne dit rien, mais si des « financeurs privés » (mutuelles, compagnies d'assurances, etc.) entraînent 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 loi de financement de la sécurité sociale- 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 ? La mainmise progressive du Parlement et de l'Etat sur la Sécurité sociale surtout depuis 1995 et la réforme Juppé est une dépossession : le législateur de 1945 avait imaginé une sécurité sociale gérée en partie par les bénéficiaires. Il faut imaginer la même chose aujourd'hui.

B - Le mode de financement

La CNSA est actuellement alimentée par la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA, une journée travaillée et non payée), la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) de 0,3 % prélevée sur les pensions, une fraction de CSG, la contribution des régimes d'assurance maladie, et à partir de 2024, 0,15 point du montant de la CSG affectée à la Cades et qui sera transféré à la CNSA.

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 contente d'affecter 0,15 point supplémentaire de CSG, soit 2,3 milliards d'euros à la CNSA et seulement à partir de 2024 ... et en cherchant le maximum d'économies sur le dos des personnes et des familles.

C - Réforme du handicap et du grand âge

Dans le PLFSS 2021, le gouvernement reprend la préconisation figurant dans le rapport Vachey de transférer les fonds affectés jusqu'à présent au handicap et au grand âge à la nouvelle 5ème branche, mais il ne comporte guère de financements nouveaux.

- **Le transfert de budget s'accompagne du transfert depuis d'autres branches de la sécurité sociale** de certaines prestations qu'elles assurent pour l'aide à l'autonomie : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (depuis la branche famille) ; la composante « aide humaine » de l'invalidité, l'allocation supplémentaire d'invalidité et les unités de soins de longue durée (depuis la branche maladie) ; la part de l'action sociale de la CNAV consacrée aux aides à l'investissement et à l'aménagement du domicile (depuis la branche vieillesse).

- **Les transferts depuis le budget de l'État** concernent l'allocation aux adultes handicapés (qui rejoindrait ainsi l'allocation de solidarité aux personnes âgées dans le champ de la sécurité sociale), etc.

Les propositions de financement contenues dans le rapport Vachey

Les propositions visent un financement bien suffisant, de 1 milliard dès 2021 et 3 à 5 milliards en 2024, elles raclent les fonds de tiroir, font les poches aux retraités, bidouillent et rafistolent, mélangent impôt et cotisation.

Des transferts / détournements de fonds depuis le **Fonds de Réserve pour les Retraites** (plus de 44 milliards d'ici 2033), **Action Logement** (700 millions), la **branche Famille** (150 millions par an).

Des mesures d'économies imposées à l'**Allocation Adulte Handicapée** et l'**Allocation Personnalisée d'Autonomie**, en grande partie sur le dos des bénéficiaires.

Une réduction de certaines « niches » sociales et fiscales sur le dos des personnes de plus de 70 ans payant pour des **services d'aide à domicile**, et celui des **personnes âgées en établissement**.

Des financements privés : incitation financière à prendre des **assurances volontaires** et à utiliser son **patrimoine immobilier** pour payer les frais liés à la perte d'autonomie.

Des prélèvements obligatoires : une deuxième journée de solidarité, diminution de l'abattement de 1,75 % sur la CSG-CRDS, augmentation du taux de CSG des pensions de retraite à 9,2 %, réduction de l'abattement de 10 % appliqué aux pensions pour le calcul de l'impôt sur le revenu, augmentation des impôts pour des retraité·e·s en diminuant la part déductible de CSG, taxation à la CASA de revenus de remplacement (indemnités journalières, allocations chômage), etc.

Les choix du gouvernement et du Parlement devraient se préciser avec le vote de la LFSS 2021.

Pour Solidaires, que la perte d'autonomie relève désormais du champ de la sécurité sociale, et non plus de la protection sociale, est une étape importante qui risque cependant de rester coquille vide en l'absence de financements à la hauteur des besoins...

Il conviendra donc de financer ce qui ressort de la prévention de la perte d'autonomie (handicap et grand âge) ; ce qui ressort de la compensation de la perte d'autonomie, qu'elle soit irrémédiable ou temporaire, à tout âge, sans distinction de revenus et de statut ; et ce qui ressort des pertes de niveau de vie.

Nous préconisons une convergence « vers le haut », une prise en compte des besoins très divers émanant des personnes concernées

nombreuses et diverses : 1 432 000 personnes ayant une retraite au titre de l'inaptitude, 1 325 000 titulaires de l'APA (Allocation Personnalisée pour l'Autonomie), 1 321 000 pensionnés de l'invalidité, 1 160 000 bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé, 1 097 000 titulaires d'une rente ATMP (Accidents du Travail, Maladies Professionnelles), 322 000 allocataires de l'AAEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé), 315 000 bénéficiaires de la PCH (Prestation Compensation du Handicap), 58 000 bénéficiaires de l'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) et enfin 24 000 retraités au titre de la retraite anticipée des travailleurs handicapés.

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 permettant de pallier l'absence ou l'insuffisance de revenus liés à la perte d'autonomie.

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.

Pour une aide à l'autonomie universelle et solidaire !



Le financement implique naturellement une augmentation des ressources de la sécurité sociale. Des recettes supplémentaires spécifiques pour financer à 100% les besoins de la perte d'autonomie seraient assurées par une augmentation des cotisations sociales, salaire socialisé des travailleurs/euses, par la fin des exonérations, faites au profit des entreprises et sans utilité pour l'emploi, et par de nouvelles cotisations sur les revenus distribués (dividendes des actionnaires, stock-options, participation et intéressement).

Les éléments de ce 4 pages sont développés dans un document plus complet de 20 pages : (rubrique protection sociale du site)