

UNIRS



Union Nationale Interprofessionnelle Retraités Solidaires

Pour une Politique générale d'accompagnement et d'aide à l'autonomie des personnes fragilisées, au sein de la Sécurité Sociale.

*« On reconnaît le degré de civilisation d'une société
à la place qu'elle accorde à ses personnes âgées ».*

(Simone de Beauvoir)

Plaquette réalisée par des militants de l'UNIRS

à partir de
rapports, études et documents divers
consultés dans des publications ou sur Internet,
et audition de professionnels du secteur.

Edition avril 2011



UNIRS : 144 Boulevard de la Villette 75019 Paris - Tél : 01 58 39 30 20 - Fax : 01 43 67 62 14

Adresse internet : unirs@solidaires.org - Site internet: <http://www.solidaires.org>

Cette plaquette a été réalisée par des militantes et des militants de l'UNIRS :

- à partir des recherches de militants de Basse-Normandie et de l'Essonne,
- à partir des débats du Conseil d'Administration de l'UNIRS,
- à partir de livres et d'études, de rapports et de documents divers consultés sur Internet.
- à partir d'audition de professionnels du secteur.

Rédaction et mise en forme définitive :

- ❖ Gérard Gourguechon : UNIRS/Union-Snui-Sud Trésor Solidaires.
- ❖ Anna Ollivier : Udirs Essonne.
- ❖ Jean Piot : UNIRS/Udirs Essonne.

Pour une Politique générale d'accompagnement et d'aide à l'autonomie des personnes fragilisées au sein de la Sécurité sociale.

Nous voudrions parler d'aide à l'autonomie des personnes.

A l'Union Syndicale Solidaires et à l'UNIRS, nous pensons que nous devons nous donner les moyens d'améliorer les relations entre citoyens vivant sur un même territoire, afin de construire une société du « mieux vivre ensemble », une société ouverte, refusant toute exclusion, dans laquelle les caractéristiques et les particularités de chacune et de chacun ne seront pas retenues comme des critères de rejet, d'isolement ou de mise à l'écart.

Mais pour faire vivre ensemble différentes générations, jeunes, adultes, retraités, bien portants, malades et handicapés, des options et des orientations s'imposent, d'abord par un autre regard sur l'autre, ensuite dans nos comportements individuels et dans nos discours, mais aussi dans le choix des politiques publiques pour mettre tout ceci effectivement en oeuvre.

Dans le cadre du respect des droits fondamentaux et des valeurs de la République, nous estimons que l'Etat a notamment la responsabilité et l'obligation de garantir, à chacun et à chacune, un socle de droits sociaux basés sur la solidarité na-

tionale, pour répondre à ses différents besoins. Ainsi, le risque d'une insuffisance d'autonomie de naissance, ou en raison d'une maladie, d'un accident, d'un handicap, quel qu'il soit, doit être reconnu et pris en charge au sein de la protection sociale.

Avec les questionnements sur le financement des prestations pour l'autonomie des personnes fragilisées, quel que soit leur âge, nous voulons, d'une part, explorer le champ d'une protection sociale adaptée aux besoins et aux demandes sociales d'aujourd'hui et, d'autre part, demander un socle commun de solidarité à leur égard. Il s'agit, pour la société, d'aider à l'autonomie des personnes subissant des altérations de leur état physique, intellectuel ou psychique.

C'est une question de citoyenneté, afin que ces personnes soient respectées dans leur dignité humaine et conservent le plus possible leur liberté d'agir. Dans l'aide à l'autonomie, on reconnaît un manque qui peut, en partie, être compensé.

Mais le gouvernement nous parle de « dépendance ».

Le gouvernement ne nous parle que de « dépendance des personnes âgées », son nouveau dossier prioritaire, une fois la contre-réforme des retraites mise en place.

A Solidaires et à l'UNIRS, nous rejetons catégoriquement l'usage du terme « dépendance » pour désigner divers besoins d'aide et d'accompagnement, services et structures, dont sont tributaires certaines personnes âgées, pour vivre dignement leur vieillesse en conservant le plus longtemps possible leur liberté de choix de vie.

Les mots comptent, ne sont jamais neutres et orientent ensuite les actions et les politiques. Il n'est pas neutre en effet de parler de « prélèvements obligatoires » ou de « charges sociales » au lieu de parler de « recettes publiques » ou de « cotisations sociales ».

Il en va de même pour la « dépendance » : pour les pouvoirs publics et les politiques, ce terme évoque presque toujours une idée de « charge » pour la société et pour les bien portants, avec une situation de domination, donc d'infériorité, pour les personnes âgées.

Dès les années 1975, la définition médicale de la dépendance a connoté cette dernière négativement, comme incapacité à vivre seul et comme asservissement, au détriment de la connotation positive de solidarité et de relation nécessaire aux autres.

En employant ce terme à tout va, les gouvernants, le Medef, et bien d'autres, nous assènent que ces personnes âgées sont en état d'infériorité.

Deux conceptions totalement différentes de la personne.

La liberté de choix est un droit fondamental de la personne. Pour l'UNIRS et pour Solidaires, ceci devrait être effectif à tous les âges de la vie. Aider les personnes à maintenir leur autonomie va donc dans le sens de la préservation de leur dignité. Par contre, faire sentir à une personne qu'elle est « **dépendante** » en réalisant les choses à sa place alors qu'elle est encore capable de décider, de choisir et d'agir, c'est la déconsidérer. Choisir en son nom, faire à sa place, alors qu'elle est en capacité de décider par elle-même et de faire elle-même avec une aide appropriée, c'est participer à sa régression, c'est accélérer sa perte de moyens.

C'est pourquoi nous pensons qu'il faut rejeter le terme de « dépendance », chaque fois que sont abordés les problèmes d'aide et d'accompagnement. Et chaque fois que la société organise les services et les structures destinés à accompagner les personnes fragilisées, c'est avec cet état d'esprit que tout ceci devrait être imaginé et conçu.

A l'opposé de la « dépendance », l'« **aide à l'autonomie** » s'appuie sur les capacités existantes de la personne dans le respect de sa dignité, en lui permettant de demeurer responsable de ses actes et de l'orientation de sa vie. Certes, ce choix peut comporter des risques, mais nous pensons qu'il ne faut pas vouloir écarter tous les risques par des prises en charge totales allant à l'encontre du respect du droit à la décision des personnes. L'enjeu, c'est la dignité de la personne qui doit se sentir traitée comme un individu

capable de décider de la conduite de sa vie dans le respect de son autonomie.

Les politiques, les médias, les compagnies d'assurances, les mutuelles, et beaucoup d'autres, nous parlent sans cesse de la « dépendance des personnes âgées ». En employant systématiquement ce terme, ils veulent convaincre la société que ces personnes en difficulté ne sont qu'un « poids » pour la collectivité, et donc un « coût » pour les finances publiques. La « dépendance » évoque toujours une idée de « charge » pour la société, et donc une situation de domination des biens portants et d'infériorité pour les autres.

En parlant d'aide à l'autonomie des personnes nous voulons faire réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour faire vivre une société plus solidaire qui ferait toute sa place à chacune et à chacun, quel que soit son âge ou son état de santé.

Le maintien de la capacité à décider est le meilleur moyen de retarder la « dépendance », en reconnaissant toujours la personne dans sa dignité. L'aide sera donc, dans la mesure du possible, un « faire avec » et non un « faire à la place », certes plus facile pour l'intervenant et plus rapide.

Nous pensons que cette société pour toutes et tous devrait donc savoir améliorer la qualité de vie des populations et accompagner toute personne fragilisée. Il s'agit de décliner le « **bien vivre ensemble dans un monde solidaire** » à tous les âges de la vie.

**« Accompagner quelqu'un,
c'est marcher à ses côtés,
en le laissant choisir son chemin
et le rythme de son pas. »**

SOMMAIRE

Libellé des sujets abordés	Pages
Chapitre 1 :	
Historique des politiques de mise en place de prestations pour compenser le manque d'autonomie des personnes âgées en France.....	1-16
I – La création de la Sécurité sociale en 1945.	
II – Les années 1960 : les bases de l'action sociale vieillesse.	
III – Les années 1970 : une tentative de coordination gérontologique dans une logique de maillage du territoire.	
IV – Les années 1981-1982 : la relance d'une politique de la vieillesse.	
V – Les années 1988 et 1989 : un bilan mitigé de l'action sociale vieillesse.	
VI – Les années 1990 – 1993 : la poursuite de l'indécision politique.	
VII – Les années 1994 et 1995 : le rejet du 5° risque ; création d'une PED (Prestation Expérimentale Dépendance) / report d'une prestation autonomie.	
VIII – Les années 1996 et 1997 : la Prestation Spécifique Dépendance (PSD).	
IX – Les années 2000 et 2001 : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).	
X – Depuis 2004 avec la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).	
XI – Conclusion : un historique au bilan mitigé, avec des avancées et des reculs.	12
Chapitre 2 :	
Evolution des Aides au manque d'autonomie des personnes âgées.....	17-28
I – Un phénomène d'ampleur.	
II – Des enjeux sociaux et politiques importants.	
III – Des enjeux budgétaires et financiers également importants.	
IV – Mesurer et évaluer la perte d'autonomie : la grille AGGIR.	
V – Développer la prévention.	
VI – Réponses aux besoins de la perte d'autonomie.	
A - Les structures qui concourent au maintien à domicile.....	23
1°/ Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLICS).	
2°/ Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).	
3°/ Les soins à domicile.	
4°/ Les centres de soins infirmiers.	
5°/ L'accès aux foyers restaurants.	
6°/ Le portage des repas.	
7°/ L'aide ménagère.	
8°/ Le secteur de l'aide et du service à la personne.	
9°/ L'emploi d'un salarié à domicile.	
B – L'accueil en établissement de la personne en perte d'autonomie.....	24
1°/ Le foyer logement.	
2°/ L'accueil familial.	
3°/ L'accueil de jour.	
4°/ L'hébergement temporaire.	
5°/ Les types d'établissements d'accueil.	
6°/ Les tarifs des établissements pour personnes âgées.	
VII – Les Financements des Aides :	26
1°/ L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).	
2°/ L'action sociale des caisses de retraite.	
3°/ L'aide sociale départementale.	
4°/ Les services d'aide et d'accompagnement à domicile.	
Chapitre 3 :	
L'actualité politique du dossier.....	29-48
I – Promesses et engagements du candidat puis Président Sarkozy.....	29
II – Rapport à la Cour des Comptes (20 mars 2007) de Mme Hélène Gisserot.	
III – Le rapport Vasselle au Sénat le 8 juillet 2008.....	31

Libellé des sujets abordés	Pages
IV – Le rapport Rosso-Debord des 23/30 juin 2010 à l'Assemblée Nationale.....	32
V – Le rapport d'information du Sénat présenté le 1 ^o février 2011 par Vasselle.....	
VI – Lancement du "débat national" sur la dépendance devant le CESE par R. Bachelot et N. Sarkozy le 8.02.2011.....	36
VII – Le débat d'orientation sur la dépendance organisé par le Sénat, en présence de Roselyne Bachelot, le 15 février 2011.	
VIII – Les orientations probables du gouvernement.....	40
IX– Analyses, critiques et propositions des associations, des organisations syndicales, des partis politiques.....	42
Chapitre 4 : L'accompagnement de la perte d'autonomie dans les Etats membres de l'Union Européenne.....	49-54
Chapitre 5 : Une société pour tous les âges. Le défi des relations intergénérationnelles.....	55-56
Chapitre 6 : Les Propositions et Revendications de l'UNIRS.....	57-66
I – Pour une politique générale d'aide à l'autonomie.	
II – Pour une réponse globale à l'aide à l'autonomie sans distinction d'âge	
III – Pour donner toute leur place aux retraités dans la vie sociale.	
IV – Pour le développement des politiques de prévention en faveur de l'autonomie des personnes	
V – Pour l'institution d'un droit au « bien vieillir » pour toutes et tous.....	
VI – Pour aider et accompagner le manque d'autonomie des personnes fragilisées, par la Sécurité sociale, dans une 5 ^{ème} branche.....	
VII – Pour un financement universel, solidaire et progressif de l'aide à l'autonomie....	
VIII – Pour un service public de l'accompagnement.....	
IX – Pour une solidarité universelle et générale.....	
Résumé des Propositions de l'UNIRS.....	64
Conclusion : Nécessité d'un engagement des organisations syndicales.....	67
LES ANNEXES :	69-86
Annexe I : Les Coderpa.	69
Annexe II : Le CNRPA : présentation, fonctionnement, attributions.....	71
Annexe III : La Grille Iso Ressources AGGIR.....	73
Annexe IV: L'Auxiliaire de vie.....	75
Annexe V : Le rapport d'information du 8 juillet 2008 de M. Alain Vasselle.....	77
Annexe VI : Le rapport de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale de juin 2010 de Mme Valérie Rosso-Debord	79
Annexe VII : La CSG : un impôt qui s'adresse à tous.....	81
Annexe VIII : L'Aide Sociale Départementale	83
Annexe IX : La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).....	85

Chapitre 1 :

Historique des politiques de mise en place de prestations pour compenser la perte d'autonomie des personnes âgées en France

I – La création de la Sécurité sociale en 1945.

En mars 1944, le Conseil National de la Résistance intègre à son programme « un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'Etat ».

Ensuite ce plan est mis en oeuvre par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 dont l'exposé des motifs fixe la philosophie : « La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes.

Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base

réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère.

Envisagée sous cet angle, la sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité, à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre.

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 ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants, mais ce qu'il est possible de faire aujourd'hui, c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan ».

Le Préambule de la Constitution de 1946, dans ses alinéas 10 et 11, affirme que « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

Dans les premiers mois et les premières années qui suivirent la Libération et la mise en place de la IV^{ème} République, le gouvernement et le législateur vont principalement se préoccuper de la vieillesse (retraite), de la maladie et de la famille, puis des accidents professionnels.

La mise en place de la protection sociale en cette période était une belle avancée : la possibilité de se soigner, le revenu minimum instauré en 1956 pour les retraités, modeste certes, n'impliquaient pas la mise en place d'autres prestations. Dans ces conditions, la question spécifique de la perte d'autonomie des personnes âgées n'a pas été prise en compte par le législateur.

Par ailleurs, quand cette situation survenait dans une famille, le mode de vie assez dominant à l'époque était fortement différent de ce qu'il est en

France en 2011. La France était encore majoritairement rurale, les familles étaient moins "mobiles" et moins éclatées qu'aujourd'hui ; plusieurs générations vivaient sous le même toit, et les épouses étaient moins souvent salariées qu'aujourd'hui. Aussi, quand une telle situation survenait, c'était sur la famille que la solidarité active devait reposer, et, le plus souvent, voire toujours, les épouses ou les filles supportaient cette charge. Sinon, les personnes âgées isolées entraient en maison de retraite, hospice ou asile pris en charge au titre de l'aide sociale.

Pour ceux qui n'ont pas acquis de droits propres à la retraite, ou dont les cotisations ne permettent pas d'atteindre un montant minimum, l'Etat crée, en 1956, le **Fonds national de solidarité** et instaure le **Minimum vieillesse**. Il garantit à toute personne de plus de 65 ans, quels que soient ses revenus et ses cotisations, une retraite minimale versée au titre de la solidarité et financée par l'impôt. En parallèle, la création de caisses complémentaires permet aux assurés d'améliorer les retraites modestes attribuées par les régimes de base. Les retraites, calculées sur la base d'un salaire de référence limité à un montant maximum (plafond de la Sécurité sociale équivalent à environ une fois et demie le salaire moyen), ne représentent que 28 % du salaire moyen, en 1950, pour les pays de l'OCDE.

Il n'en demeure pas moins que le législateur de 1945, par la généralité de ses propos, a ouvert la voie à une extension de la Sécurité Sociale à ce "risque", comme à d'autres possibles, en écrivant :

« ... *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 ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants...* ».

II - Les années 1960 et les bases de l'action sociale vieillesse.

Les débuts de la semaine Bleue : 1951

Lancée en 1951, la « Journée des Vieillards », avait été créée par le ministère de la santé publique et de la population. Un comité national d'entente, composé de grandes associations, d'institutions de bienfaisance et de groupements représentant les personnes âgées, avait reçu pour mission d'organiser une quête nationale, relayée par des comités départementaux. L'Uniopps était chargée d'en assurer la coordination : récolter des fonds pour secourir les anciens les plus «nécessiteux», six ans après la fin de la Seconde Guerre Mondiale.

En parallèle, diverses initiatives axées sur la convivialité se développèrent : goûters, repas dansants, sorties, envois de fleurs et de cartes postales ou encore visites au domicile des plus dépendants et dans les établissements. De même, une part croissante de l'argent fut consacrée au financement d'activités de service, aides ménagères et autres. Par la suite, l'amélioration sensible des retraites permit d'affecter les fruits de la quête à des actions collectives, associatives pour la plupart, et de moins en moins à des secours individuels.

En 1988, la collecte sur la voie publique prit fin et fut remplacée par une subvention des Affaires sociales.

Un nom qui a évolué : de la « Journée des Vieillards », on passa à la « Semaine Nationale des Vieillards » puis à la « Semaine Nationale des Retraités et des Personnes Agées et de leurs Associations » pour s'arrêter, **en 1977, à la « Semaine Bleue »**. Un nouveau titre accompagné de ce slogan : « **365 jours pour agir, 7 jours pour le dire** ».

Les thèmes nationaux.

A chaque fois, un thème national est développé. Comme en 1988 : « Solitude, perte d'autonomie : agissons avec les associations ». En 1995 : « Les retraités disent non à l'exclusion ». 1998 : « Les retraités, des mémoires pour l'avenir ». 2010 « **à tout âge : acteurs, proches et solidaires** ».

Au début des années 1960, des responsables politiques commencent à s'inquiéter du vieillissement de la population et de la place de la vieillesse dans la société et envisagent alors une « politique de la vieillesse » par le biais de mesures spécifiques. Certes, le vieillissement d'une population pose un ensemble de problèmes économiques, financiers, sociaux et médicaux appréhendés de manière diffuse et partielle, mais l'organisation sociale de la société n'est nullement remise en cause.

En 1962, la publication du rapport Laroque va confirmer cette orientation. Ce rapport est le résultat du travail de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse mise en place le 8 avril 1960 par le Premier ministre de l'époque, Michel Debré, et présidée par M. Pierre Laroque, le « fondateur » de la Sécurité sociale.

En introduction, il martèle à nouveau que « *Le vieillissement de la population est un phénomène démographique propre à tous les pays évolués.... Qu'il entraîne des conséquences dans tous les domaines de la vie nationale.... Que l'entretien des personnes âgées inactives fait peser une charge de plus en plus lourde sur la population en activité : pensions de retraite, aide sociale à la charge des collectivités publiques, pensions alimentaires, etc... Et qu'il est établi que toute personne inactive vit de prélèvements sur la production de biens ou la création de services des actifs* ».

Ce rapport Laroque sera le texte de référence de tous les gouvernements, quelle que soit leur couleur politique, pour leur politique de la vieillesse. Il va imposer une double idée qui est toujours présente en 2011 :

- une catégorie spécifique « **personnes âgées** », reposant sur la notion d'âge (les plus de 65 ans, à l'époque), qui va relever d'une politique particulière, la politique vieillesse,
- il fait de cette catégorie « **personnes âgées** » une catégorie à problèmes.

En faisant de la vieillesse biologique et de son accroissement démographique le responsable du « problème », on ne pouvait que la faire davantage exclure. Cela donnera, dans les années qui vont suivre, la coupure entre « **retraités** » et « **personnes âgées** », et, trente ans plus tard, la partition entre « **seniors** » et « **personnes âgées dépendantes** ».

Le rapport Laroque est considéré, à juste titre, comme le texte fondateur qui définit les principes qui régissent l'action sociale vieillesse encore aujourd'hui. Il s'agissait déjà, en 1962, de mettre à la disposition des personnes âgées « un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins ».

Le rapport préconise la coordination et précise les modalités de ce que pourrait être son organisation :

- **une coordination administrative au plan départemental**, sous la responsabilité du préfet, à l'initiative conjointe du directeur départemental de l'action sociale et du directeur départemental de la santé, son principal objectif est la planification : recensement des besoins, détermination des services à créer et des investissements à prévoir ;
- **une coordination sociale au niveau local** (le quartier, la commune, le canton) dont l'objectif essentiel est l'orientation de l'utilisateur vers le service adéquat.

Un décret d'avril 1962 stipule que les personnes âgées qui bénéficient du minimum vieillesse peuvent recourir à l'aide ménagère légale, consistant en la prise en charge d'un quota d'heures d'auxiliaire ménagère, servies par le département. Quand elles n'ont pas le minimum vieillesse, ce sont les caisses de sécurité sociale qui financent l'aide ménagère au titre de leur action sociale.

III - Les années 1970 et une tentative de coordination gérontologique dans une logique de maillage du territoire.

La politique vieillesse et, en particulier, les actions de maintien à domicile, n'en sont qu'à leurs balbutiements. Elles résultent en effet davantage d'initiatives disséminées émanant « d'innovateurs périphériques » que des circonscriptions d'action sanitaire et sociale, peu nombreuses à se préoccuper de la situation des personnes âgées, du fait, entre autres choses, des missions prioritaires concernant la famille et l'enfance fixées aux travailleurs sociaux et qui ont en partie dissimulé les problèmes des isolés, et notamment des personnes âgées. Parallèlement, le début de la crise économique et les évolutions idéologiques vont conduire à privilégier la maîtrise des coûts sociaux et la rationalisation de l'action sociale.

Dans les circulaires de 1972 et 1977, inscrites dans les VIème et VIIème Plans, et portant sur le maintien à domicile et la participation sociale des personnes âgées, la notion de secteur est fondamentale. La circulaire du 1^{er} février 1972 détermine l'organisation et la réalisation d'un « programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées » dont l'idée centrale réside dans la détermination d'un certain nombre de secteurs au sein desquels sont coordonnées et éventuellement complétées les actions sociales relatives aux personnes âgées (aide médicale à domicile, aide ménagère, foyers restaurants, clubs, centres de jour, etc). La coordination de ces différentes actions, menées par des institutions publiques ou privées (CCAS, associations...) se fait sous la forme de « contrats de secteur » conclus entre la DDASS, qui en assure le financement avec des crédits d'Etat, et les organisations volontaires pour faire fonctionner ces services.

Un arrêté de janvier 1974 soumet à l'obligation de financement de la prestation facultative d'aide ménagère par voie conventionnelle tous les régimes de retraite de base. Ces prestations vont rapidement représenter un volume supérieur à celui de l'aide ménagère résultant du texte de 1962 en raison de l'effort maintenu des caisses de sécurité sociale d'une part, et de l'amélioration de la situation financière des retraités qui seront moins nombreux à bénéficier du minimum vieillesse.

A côté de ces deux prestations d'aide ménagère, est instituée par une loi du 30 juin 1975 l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (**ACTP**) servie par les Conseils généraux (budgets des départements). Initialement destinée aux handicapés adultes, elle deviendra progressivement, au cours des années 1980, la principale allocation de prise en charge sociale des personnes âgées les plus dépendantes en raison de l'absence de limitation d'âge pour les bénéficiaires (ainsi, en 1994, 70% des allocataires de l'ACTP avaient plus de 60 ans, et 50% avaient plus de 75 ans).

Le VIIème Plan - voté le 21 juillet 1976 - définit des « Programmes d'action prioritaires » (PAP) et l'un d'eux, le PAP 15, reprend quatre principes du programme finalisé :

- la notion de secteur géographique,
- la coordination des aides,
- l'attribution de crédits d'Etat subordonnés à la signature d'un « contrat de secteur »,
- la déconcentration du rôle d'impulsion au niveau des régions.

Le PAP 15, explicité par la circulaire du 28 janvier 1977, avait l'objectif d'établir, dans un secteur géographique et démographique délimité, un réseau complet et coordonné d'équipements et de services pour assurer le maintien à domicile du maximum de personnes âgées.

L'infrastructure d'aide à domicile évite le recours prématuré à l'hébergement collectif réservé en priorité aux plus dépendants, incapables de vivre de manière autonome. Elle sera complétée par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), institués par le décret du 8 mai 1981.

Créés par le préfet, en concertation avec la CRAM qui les finance, les SSIAD instaurent l'infirmier coordonnateur. Pourtant, peu de secteurs d'actions sectorisées ont vu le jour dans le cadre du programme d'action prioritaire du VIIème Plan (P.A.P. 15).

Le modèle rationnel, développant une conception fonctionnelle, défendu alors par le législateur n'est pas repris par les acteurs de terrain, quelle que soit leur responsabilité.

Les événements politiques vont venir contrecarrer les objectifs d'intégration des travailleurs vieillissants, notamment à cause de la montée du chômage dès 1975. Dans une société où se pose, de façon nouvelle, la question du partage du travail, la notion de retraite et d'âge de départ à la retraite va devenir prioritaire. Ainsi, dès les années 1975, la politique vieillesse va se scinder en deux volets :

- **un volet social**, qui va se concentrer autour de la notion de retraite et de préretraite, autour du statut du retraité, en envisageant son rôle social, son utilité sociale, son rôle de consommateur, de même que sa fonction d'animation bénévole ;
- **un volet médical**, qui va concerner les plus de 75 ans, et ce, à partir de la seule variable «âge» considérée uniquement dans sa dimension biologique. Cette politique va se centrer sur la politique d'aide à domicile et surtout sur celle de l'hébergement, principalement dans sa dimension mise en place des soins et médicalisation. La médicalisation des personnes âgées va, en créant des unités d'hospitalisation ayant pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus (unités de long séjour), aboutir de fait à de nouveaux enfermements en contradiction avec l'intégration voulue par le rapport Laroque.

En 1977, des textes précisent les modalités d'organisation et de fonctionnement des unités de moyen et de long séjour.

En 1978, d'autres textes participent à la création de services de soins à domicile.

En 1979, la publication du rapport du sénateur Maurice Arreckx « **L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes** » officialise la désignation de cette nouvelle catégorie en parlant pour la première fois des « personnes âgées dépendantes ». Le rapport préconise la création d'une assurance dépendance, afin d'écartier la prise en charge par l'Etat et d'éviter l'assistanat, sans faire mention d'une quelconque condition d'âge. Ce rapport restera finalement sans suite.

IV - Les années 1981 - 1982 et la relance d'une politique de la vieillesse.

Dans les années 1981-1982, la distinction entre retraités et personnes âgées va devenir officielle, avec la mise en place du Secrétariat chargé des Personnes âgées et la mise en route d'une instance nationale de consultation, le **Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA** : voir Annexe II page 69), qui va remplacer le Comité national de la vieillesse en France mis en place en 1956. Cette partition faite au sein des personnes âgées entre deux catégories, les 60-75 ans, plus jeunes, dénommés « retraités », et les plus vieux, les 75 ans et plus, dénommés les « **personnes âgées** », va se traduire par une politique sociale pour les premiers, et une politique médico-sociale pour les seconds.

La séparation entre une politique de la retraite, à dominante sociale, et une politique de la dépendance, à dominante médicale, se confirme donc à partir du début des années 1980. Ainsi, une politique de la vieillesse centrée sur le social et la place des personnes âgées dans la société devient progressivement une politique de prise en charge médicale d'une vieillesse réduite à l'aspect pathologique de la seule dimension biologique du vieillissement.

Pendant le même temps, des efforts sont engagés pour essayer de coordonner ces politiques. Une circulaire de septembre 1981 crée 500 emplois de coordonnateur, dont la mission est d'assurer la liaison entre les services et les établissements pour retraités et personnes âgées, à l'échelon local, au niveau collectif. Ils doivent rapprocher les partenaires, susciter l'amélioration des circuits d'information, favoriser la coordination de l'examen des besoins et les décisions de prise en charge.

La circulaire Franceschi du 7 avril 1982 « **Retraités et personnes âgées** » traduit la volonté du nouveau secrétariat d'Etat aux retraités et aux personnes âgées d'inscrire la coordination au coeur de la politique vieillesse. Pour la mettre en oeuvre, l'Etat s'appuie sur les 500 postes de coordonnateur fraîchement attribués ainsi que sur la mise en place d'instances gérontologiques locales, dont le secteur d'intervention n'est pas pré-déterminé : les secteurs d'action gérontologique rassemblent responsables locaux, élus, CCAS, associations, établissements regroupés ou non.

Par rapport à la période précédente, il y a réellement la volonté de passer d'une logique administrative à une logique partenariale. La concertation l'emporte sur la notion de secteur. Il est désormais établi qu'une politique d'action sociale ne peut négliger la complexité de la réalité sociale et, en particulier, la multiplicité des acteurs gérontologiques.

Par décret n° 82-697 du 4 août 1982 ont été créés auprès des Préfets un comité national et des comités départementaux des retraités et personnes âgées (les **CODERPA** : voir Annexe I page 69), rattachés aux Conseils Généraux par la loi du 13 août 2004, article 57.

C'est la première reconnaissance officielle de la représentativité, par leurs pairs, des retraités et des personnes âgées.

Le CODERPA constitue en effet un lieu de dialogue, d'information et de réflexion au sein duquel des représentants des retraités et des personnes âgées participent à l'élaboration et à l'application des mesures de toute nature les concernant, en concertation avec les professionnels et les principaux organismes chargés de mettre en œuvre les actions en leur faveur au sein du département.

Cependant, la relance de la coordination gérontologique à partir de 1981 n'aura pas tous les effets escomptés. Le contexte dans lequel ont été créés les postes de coordonnateur, c'est-à-dire la priorité accordée par le Gouvernement à la lutte contre le chômage et à la création d'emplois, a partiellement vidé la coordination du sens que la circulaire de 1982 entendait impulser : le rapprochement contradictoire entre une **logique économique** et une **logique sociale** n'a pas permis de ménager le temps de concertation indispensable à l'émergence d'une véritable coordination et d'une véritable professionnalisation du secteur.

Au cours de la période, deux rapports du Conseil économique et social abordent la problématique de la dépendance sous un angle plus général que celui d'une allocation dépendance : un rapport de 1983, « Le vieillissement démographique et ses conséquences économiques et sociales » et un rapport de 1985, « Les problèmes médicaux et sociaux posés par les personnes âgées dépendantes ».

En décembre 1986, le projet d'allocation dépendance est à nouveau « mis à l'agenda » par Adrien Zeller, secrétaire d'Etat chargé de la Sécurité sociale. Une commission d'étude va produire son rapport en mai 1988 en maintenant une certaine ambiguïté.

- D'un côté, il recommande la mise en place d'une prestation légale en nature financée par les départements en remplacement de l'ACTP.
- De l'autre, il préconise la mise en place d'une assurance autonomie ayant « *pour objectif de servir des prestations en espèce ou en nature, selon le choix des intéressés, visant à couvrir les différents frais afférents au maintien à domicile ou au placement en institution* ».

Laisant ouvertes les alternatives fondamentales sur le caractère facultatif ou obligatoire, sur l'identité du gestionnaire, sur l'universalité du système, ce rapport restera lui aussi sans suite.

Dans la même période, le ministre des Affaires sociales Philippe Séguin, membre du gouvernement de cohabitation présidé par Jacques Chirac, souhaite favoriser des créations d'emplois dans ces secteurs qui seraient peu coûteux pour la collectivité et pour les usagers. Une loi de janvier 1987 instaure une déduction fiscale sur les revenus pour les dépenses engagées pour les frais d'aide à domicile. Elle exonère des charges sociales patronales les personnes âgées de plus de 70 ans employant une aide à domicile. Ces avantages fiscaux et sociaux vont permettre à des personnes âgées des classes moyennes et supérieures de recourir à une assistance salariée moins onéreuse, dont resteront exclues, de fait, les personnes âgées les plus modestes.

V - Les années 1988 et 1989 et un bilan mitigé de l'action sociale vieillesse.

En 1988, les fédérations nationales des prestataires de services aux personnes âgées, les associations de personnes âgées et les syndicats de retraités organisent une conférence de presse pour réclamer la création **d'un risque dépendance**.

La coordination aura été un leitmotiv que l'on a retrouvé dans les principaux textes de l'action sociale vieillesse, du rapport Laroque de 1962 à la circulaire « **Retraités et personnes âgées** » de 1982.

Mais force est de constater qu'on trouve, dans ces mêmes textes, une incitation à la multiplication de nouveaux services qui font de ce secteur **un secteur particulièrement dispersé**.

Les différentes circulaires (1972, 1977, 1982) ont d'ailleurs une présentation qui tient plus du catalogue, en énumérant tout ce qu'il est possible de créer : le « **client** » peut y chercher « **l'article** » qui lui convient le mieux : de l'aide ménagère aux soins à domicile, en passant par l'adaptation du logement, le portage de repas, les transports etc... Selon des spécialistes du secteur, cette dispersion tient à « la dérive d'une politique globale de la vieillesse vers une simple politique segmentaire du mode de vie ».

Malgré les souhaits de Pierre Laroque, aucun dispositif global n'a été mis en place au départ. Faisant le bilan de la politique de la vieillesse en 1989 [« Evolution de la politique de la vieillesse »], Pierre Laroque dresse d'ailleurs le bilan en ces termes : « *Equipements différents, personnels plus nombreux... L'ensemble de ces éléments ne constitue pas une politique globale* ».

En l'absence d'un dispositif global, on a assisté à un développement empirique et anarchique. Les initiatives sont souvent parties de la base, associations, individus et collectivités cherchant à répondre localement à un besoin précis non satisfait, au travers de montages souvent fragiles.

Et l'action de l'Etat a relevé davantage de la diffusion, de la dispersion et du foisonnement, que de l'organisation, de l'accompagnement ou de la maîtrise d'un processus. Les incitations à la création de nouveaux services ont eu des origines diverses : besoin non couvert donnant lieu à un service spécifique nouveau, plutôt que de réaménager l'existant; priorité de la lutte contre le chômage poussant à imaginer de nouveaux emplois, etc. Le législateur contrebalance l'incitation à la création en insistant sur la nécessité d'une coordination :

- coordination verticale en cherchant à organiser des contrôles sur l'action,
- coordination horizontale en tentant de pousser les différents acteurs à unir leurs efforts autour de la personne âgée. Il revient sans cesse sur la rationalisation, l'organisation, la mise en ordre de ces initiatives désordonnées et foisonnantes.

La coordination, entendue comme réponse à l'éclatement, est une coordination a posteriori. Elle souffre d'une grave limite : **elle fait l'impasse sur l'harmonisation des financements** ; or c'est là qu'existe la plus grande dispersion...

On peut toutefois aussi analyser que ce développement empirique a présenté des avantages : pas d'approches rigides, souplesse de mise en oeuvre, démarches sur mesure, multiplication d'expériences innovantes. Ainsi, Madame Bernadette Veysset-Puijalon, auteure en 1989 du livre « Dépendance et vieillissement » note : « *Mais les secteurs ont pratiqué le pilotage à vue et ont eu des difficultés à gérer la complexité et le paradoxe. Curieusement, cet empirisme ne signifie pas que l'action vieillesse soit souple et facilement adaptable. La souplesse caractérise les actions nouvelles mais peu les anciennes. Les services d'aide ménagère ne sont guère différents de ce qu'ils étaient à l'origine. Autrement dit, l'innovation concerne plus la création que l'évolution des structures en place* ».

La politique de décentralisation, activée lors de l'arrivée de la gauche au pouvoir en 1981, a créé un nouveau cadre politique et administratif qui a forcément percuté nombre de secteurs.

Aussi, en matière de politique vieillesse, quand la coordination est reprise sur le terrain, ce n'est pas forcément à cause de la nécessité « pensée » mais d'une nécessité « vécue » : en effet, la décentralisation substitue des logiques horizontales, de territoire, aux logiques verticales, et pose l'impératif, pour les acteurs, d'établir un autre ordre.

Par ailleurs, la période ouverte par la décentralisation correspond à une évolution sensible du contexte gérontologique : le temps s'achève où la perception des besoins différents donnait lieu à la création de nouvelles réponses : l'innovation se réoriente désormais vers l'amélioration et l'évolution de l'existant. Le problème de la dépendance des personnes âgées, la diversification des services de maintien à domicile, la concurrence accrue entre services gérontologiques (nouveaux acteurs du secteur privé commercial, création de services substitutifs comme les services mandataires...), l'encombrement des services de soins aigus de certains hôpitaux, sont autant d'éléments propres à décanter un consensus pour affirmer que la coordination devient un outil de pilotage indispensable à l'évolution du secteur gérontologique :

- pour les professionnels, elle est le moyen d'une action plus efficace et rationnelle ;
- pour les financeurs et les élus, elle est un moyen de faire des économies en rationalisant le système.

VI - Les années 1990 - 1993 et la poursuite de l'indécision politique.

Au début des années 1990, les études et les rapports vont se succéder sur la question des personnes âgées. Ils vont tous aborder la question d'un projet d'allocation dépendance sans jamais déboucher sur une décision concrète. En novembre 1991, est publié le rapport issu de la commission « **dépendance des personnes âgées** » créée en novembre 1990 par le Premier ministre Michel Rocard au sein du Commissariat général du Plan et présidée par Pierre Schopflin ; les considérations budgétaires y ont une place importante qui conduit à reculer devant toute proposition « **onéreuse** » pour les budgets publics.

En 1991, est aussi publié le rapport d'information de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale présenté par Jean-Claude Boulard, qui préconise de mettre fin aux dysfonctionnements de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP), caractérisés notamment par le refus de certains conseils généraux de verser l'ACTP pour les personnes en établissement, ou de le faire *a minima* pour freiner leurs dépenses et ménager les budgets des départements. Ces conseils généraux aiguillaient parfois les personnes âgées vers l'Aide sociale en établissement, dispositif où se conjuguait obligation alimentaire (intervention subsidiaire) et recours sur succession (caractère d'avance), qui étaient tous deux absents de l'ACTP. Le rapport Schopflin préconise une prestation dépendance qui se substituerait à l'ACTP; la Commission Boulard ima-

gine une allocation unique en remplacement de l'ACTP et de l'Aide ménagère. Les deux rapports se rejoignent pour repousser l'hypothèse du 5^{ème} risque.

En 1992, est évoquée par le gouvernement Bérégovoy la transformation de l'ACTP en une « **allocation autonomie et dépendance** » réservée aux plus de 65 ans. Mais l'association des Présidents des Conseils généraux, fortement tenue par la droite, monte au créneau pour s'opposer à tout élargissement.

Malgré l'alternance politique de 1993, l'allocation dépendance reste inscrite sur l'agenda parlementaire. En avril 1993, Roselyne Bachelot et Jean-Yves Chamard présentent une proposition de loi en vue d'instituer une « **allocation dépendance** » retenant comme principe d'organisation des « fonds départementaux de la dépendance » qui regrouperaient l'ensemble des ressources consacrées aux personnes âgées dépendantes par les régimes de sécurité sociale, les budgets des départements et une majoration par un apport supplémentaire de l'Etat qui effectuerait une péréquation entre les départements.

En mai 1993, le sénateur Jean-Pierre Fourcade dépose une autre proposition de loi qui envisage une allocation réservée aux seules personnes âgées, versée sous condition de ressource, avec recouvrement sur succession et gérée de manière décentralisée.

VII – Les années 1994 / 1995 et le rejet du 5ème risque ; création d'une Prestation Expérimentale Dépendance (PED) et report d'une « prestation autonomie ».

Suite à l'alternance politique de 1993, Simone Veil se retrouve ministre des Affaires sociales du gouvernement Balladur. Au premier semestre 1994, elle aborde l'opportunité de créer un 5^{ème} risque, en se rangeant à l'avis de ceux qui s'appuient sur le texte même du Code de la sécurité sociale :

« Des lois pourront étendre le champ d'application de l'organisation de la Sécurité sociale à des catégories nouvelles de bénéficiaires et à des risques ou prestations non prévus par le présent Code ».(article L 111-2 du Code de la Sécurité sociale).

A l'époque, l'Allemagne fait le choix de créer une nouvelle branche de la sécurité sociale dédiée à la perte d'autonomie. L'esquisse repose sur une augmentation de la cotisation d'assurance maladie des retraités de 1,5 points ; en alignant à terme les cotisations maladie des retraités sur celles des actifs, le nouveau risque serait donc financé par l'ensemble des assurés. Finalement, ce projet sera abandonné pour des motivations politiques et idéologiques : la droite ne veut pas proposer une augmentation des cotisations avant l'élection présidentielle de 1995 et, très majoritairement, privilégie le développement des solidarités privées face à l'épuisement des solidarités publiques.

En France, dans ce contexte d'indécision, Edouard Balladur décide de recourir à l'expérimentation législative sur proposition du sénateur UDF Jean-Pierre Fourcade, Président de la Commission des Affaires sociales du Sénat, et très attentif aux demandes des conseils généraux pour lesquels l'ACTP n'est plus tenable.

Une loi de juillet 1994 porte création de la **Prestation Expérimentale Dépendance** (PED).

La PED est une loi « expérimentale » à plusieurs titres : douze mois sont initialement prévus ; elle ne doit s'appliquer que dans douze départements. Ce procédé permet au gouvernement de ménager tout le monde, de se donner le temps tout en faisant montre de volontarisme politique. La PED est une prestation unique, qui se substitue à l'ACTP, à l'aide ménagère légale et à l'aide ménagère extra-légale des caisses de sécurité sociale. Elle est composée de deux prestations distinctes, éventuellement cumulables :

- l'allocation pour tierce personne versée par le conseil général,
- une Prestation Supplémentaire Dépendance (PSD), financée par l'action sociale du régime vieillesse de la Sécurité sociale et de la MSA pour les retraités du régime agricole.

La gestion du dispositif repose sur un partenariat étroit entre les conseils généraux et les caisses (S.S., MSA et les autres régimes particuliers).

Avec la PED, on passe d'une stratégie de revenu (des prestations versées en espèces, et pouvant être éventuellement détournées de ce pour quoi elles sont versées en étant transformées en complément de ressources par leurs bénéficiaires) à une stratégie de services (des prestations affectées directement à la rémunération de services).

Ce changement implique de substituer à une logique de guichet relativement indifférenciée une évaluation médico-sociale individualisée. Pour ce faire, un nouvel outil d'évaluation est retenu, après sa présentation par la CNAM début 1994 : **la grille AGGIR**. 41 départements vont adresser une réponse à l'appel d'offres lancé à l'automne 1994. Douze départements seront retenus pour expérimenter la PED. Le lancement de la PED va être télescopé avec la campagne présidentielle de 1995 : la dépendance va ainsi être inscrite à l'agenda électoral.

Tous les candidats expriment leur attachement à la création d'une prestation de solidarité nationale. Le candidat Jospin évoque l'élaboration d'un dispositif complet. Le candidat Chirac promet de créer rapidement une prestation autonomie répondant à un risque nouveau :

« Il est devenu indispensable de créer une allocation de dépendance. Celle-ci est un risque nouveau qui doit être assuré par la collectivité, au nom de la solidarité nationale ».

La victoire du candidat Chirac va être suivie d'une forte accélération du calendrier de la réforme.

Lors de sa déclaration de politique générale du 23 mai 1995, Alain Juppé, nouveau Premier ministre, s'engage à créer rapidement une prestation autonomie devant couvrir 700.000 personnes pour un coût de 20 milliards de francs la première année. Le financement complémentaire reposerait sur une légère augmentation de la contribution sociale généralisée (CSG). On se souvient que la CSG est née dans le cadre de la loi de finances du gouvernement Rocard pour 1991 et qu'elle était affectée tout d'abord à la branche famille avant de financer en 1993 le Fonds de solidarité vieillesse et d'alimenter les régimes obligatoires d'assurance-maladie à partir de 1997.

Le 25 juillet 1995, la secrétaire d'Etat aux Personnes âgées et à la Famille annonce la création de la « **prestation autonomie** » pour le 1er janvier 1996. Ceci conduit à accélérer l'évaluation faite par le CREDOC des expérimentations de la PED dans les douze départements.

Le projet de loi « **prestation autonomie** » retient le principe d'une prestation en nature attribuée aux personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile et donnant lieu à recours sur succession. La prestation serait versée sous formes de chèques services dits « **chèque autonomie** » ou en tiers payant en cas de recours à un organisme agréé. Géré par les départements, le dispositif serait financé à hauteur de 14 milliards de francs provenant pour moitié d'une dotation de l'Etat, et pour moitié des conseils généraux.

Mais une partie de la majorité parlementaire (droite) met en avant l'objectif de maîtrise des dépenses publiques et, en novembre 1995, Alain Juppé décide de reporter d'un an le projet pour des motifs économiques : voulant redresser les comptes de la Sécurité sociale, les interventions doivent se faire à « **coûts constants** » et non par l'attribution de ressources supplémentaires.

Le Plan Juppé et le « **mouvement social de décembre 1995** » accélèrent le passage à la trappe du projet de prestation autonomie.

VIII– Les années 1996 / 1997 et la Prestation Spécifique Dépendance (PSD).

Le dossier ressort, sous une autre forme, sous la pression conjuguée des conseils généraux et du Sénat. Les départements veulent en finir avec l'ACTP, qui n'est pas destinée aux personnes âgées dépendantes, tout en préservant la compétence départementale sur les personnes âgées.

Les vœux de certains sénateurs de généraliser la PED à l'ensemble des départements, plutôt que l'instauration d'une ACTP « spéciale personnes handicapées », et une autre « spéciale personnes âgées », ne sont pas entendus.

Les propositions de la CNAV, de la CRAM et de la MSA, d'une cogestion avec les départements ne seront pas plus entendues, et le lobbying des départements, par le canal de l'Association des Présidents des Conseils Généraux (APCG), va l'emporter. L'APCG revendique une gestion départementale pour une PSD qui serait en recul par rapport à l'ACTP et les engagerait moins.

Cette option départementale s'apparente, pour certains conseils généraux, à une préservation de l'héritage décentralisateur. Mais on verra aussi des conseils généraux de gauche s'opposer à cette orientation en préférant la mise en place du 5^{ème} risque de sécurité sociale, qui est la position défendue par le Parti socialiste à l'Assemblée nationale.

On verra par ailleurs des conseils généraux de droite préférer le 5^{ème} risque du fait de leur faible potentiel fiscal et du vieillissement de leur population ; ceux-ci voudraient dissocier un financement national et une gestion départementale. La réforme Prestation Spécifique Dépendance (PSD) va sceller de manière définitive la frontière entre handicapé adulte et handicapé âgé, afin de réserver à ce dernier des règles nouvelles plus restrictives que celles de l'ACTP. Un débat aura lieu sur l'opportunité de cette séparation.

Le critère d'âge sera donc le premier critère (avoir plus de 60 ans). Et la question du seuil de dépendance sera également fondamentale. Il n'y aura pas de continuum de prise en charge allant du GIR 1 au GIR 6, comme pour la PED ; la PSD va couvrir les seuls trois premiers GIR et se référer à la grille AGGIR.

La réforme PSD va rétablir le *caractère d'avance* en instaurant le recours sur succession (qui s'appliquera quand l'actif net successoral est supérieur à 300.000 francs et que les dépenses payées excèdent 500 francs), le recours en récupération sur donation, et le recours en récupération quand les bénéficiaires sont revenus à meilleure fortune.

La PSD sera une allocation dégressive : le dépassement du plafond de ressources n'entraîne pas le non-versement de la prestation, mais la réduction de son montant à due concurrence. L'APCG est intervenue contre toute idée de barème national, au nom du principe de libre administration des collectivités locales: le projet de décret introduisait le principe d'une tarification nationale du montant de la prestation dans les établissements d'accueil pour personnes âgées, tarification qui aurait été opposable aux conseils généraux, seuls financeurs, en fixant des « **planchers** » nationaux laissant la possibilité de dépassements décidés localement. Mais les présidents des conseils généraux ont estimé qu'un tel principe serait contraire aux règles de libre administration des collectivités locales décentralisées et de leur liberté de fixation des dépenses qui sont à leur seule charge.

La stratégie de service expérimentée par la PED visait, entre autres choses, à mettre un terme aux phénomènes de thésaurisation de l'ACTP : l'ACTP était, en fait, utilisée environ à 50% pour financer réellement des prestations, et à 50% comme un complément de ressources. Ces abus vont conduire à retenir le principe d'une prestation en nature pour la PSD avec le versement d'une somme d'argent que le bénéficiaire doit utiliser conformément au plan d'aide signé.

Ceci va conduire à faire progresser les emplois de proximité, ou à une transformation d'aides bénévoles ou familiales en salariat déclaré, voire à « **blanchir** » un travail au noir précédent. Les aides aux personnes âgées vont ainsi être conçues aussi comme un des leviers pour la création d'emplois. Mais en laissant la personne âgée libre de choisir, le législateur introduit une concurrence entre les services prestataires. Avec la PSD, le service à la personne peut être confié à du personnel non qualifié, non formé, sous rémunéré.

L'opposition de gauche estime illégitime de réserver un sort différent à quelqu'un frappé par le sort **avant et après 60 ans**, en s'appuyant notamment sur des comparaisons internationales: l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Suède, pour leur politique de « soins de longue durée », prennent exclusivement en compte les conséquences du handicap.

Malgré la promotion de la réforme PSD faite par le gouvernement (prestation affectée, évaluation médico-sociale, plan d'aide personnalisé, coordination des aides, partenariat), celle-ci demeure très modeste: 250.000 à 300.000 bénéficiaires sont attendus. Des membres de la majorité en ont conscience, et le texte sera présenté comme étant une première étape. La loi est votée en décembre 1996 et promulguée en janvier 1997.

Très rapidement, l'échec de la PSD va produire une mobilisation inédite. En mars 1998, sous l'impulsion de Maurice Bonnet et du CNRPA est publié un Livre noir de la PSD cosigné par vingt associations (UNIOSS, Mutualité française, des fédérations d'établissements, des fédérations d'aide à domicile, des associations de famille, etc...).

Cette mobilisation réactive l'impératif de solidarité nationale portant en germe l'hypothèse du 5^{ème} risque. C'est une première dans un secteur qui a historiquement pâti d'un déficit d'action collective.

Un réseau de personnes et de structures va ainsi se coordonner pour agir (Bernard Ennuyer, directeur d'une association d'aide à domicile; Pascal Champvert, président de l'ADHEPA; etc). Il faut tout de même noter que les initiateurs de ce regroupement sont tous porteurs, ou presque, d'intérêts professionnels, et qu'ils peuvent donc attendre des effets d'aubaine de la mise en place d'un 5^{ème} risque qui induirait une solvabilisation accrue des personnes âgées dépendantes.

IX – Les années 2000 et 2001 et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Le 15 mai 2000, est publié le rapport rédigé par Pierre Sueur, député-maire socialiste d'Orléans chargé de réformer la PSD à domicile. Ce document va conduire à esquisser la future aide personnalisée à l'autonomie. Le gouvernement Jospin souhaite que le nouveau droit social ne s'applique plus seulement aux publics traditionnels de l'Aide sociale, mais intègre les classes moyennes; pour ce faire, le plafond de revenu sera multiplié par trois. Ce nouveau plafond permettra de couvrir la majorité des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le revenu ne sera plus un critère discriminant d'accès, mais un élément intégré dans le calcul de l'allocation (qui sera dégressive, en fonction des revenus des bénéficiaires). L'instauration de ce système est un peu le pendant de la demande de suppression du recours sur succession.

Le constat des inégalités départementales dans le versement de la PSD va amener à quelques débats qui déboucheront sur une solution boiteuse: un plafond de dépenses pour chaque GIR

Cette mobilisation n'est pas non plus sans liens avec l'alternance politique provoquée par les élections législatives anticipées de 1997. La parution des décrets d'application de la PSD coïncide avec l'arrivée de la gauche plurielle au gouvernement et de Martine Aubry au ministère des Affaires sociales, en remplacement de Jacques Barrot. Martine Aubry va, dans un premier temps, se limiter à dénoncer l'attentisme de certains conseils généraux et les inégalités de traitement en termes de droit social : « *La situation est inacceptable, parce que certains départements n'ont rien fait et parce que les montants des aides varient* ».

Mais elle argue du besoin d'arrêter la décision à partir d'un bilan et demande donc « *du temps* ». Et sa priorité ira dans d'autres directions : 35 heures, emplois jeunes et couverture maladie universelle (CMU). Les « *petits vieux* » ne sont pas une priorité politique dans un contexte de respect des engagements européens de maîtrise des dépenses sociales. Et ainsi le 5^{ème} risque pourra devenir...une promesse dans le futur programme électoral du candidat Lionel Jospin aux prochaines élections présidentielles.

est retenu, mais les conseils généraux ne se voient imposer aucun plancher.

La leçon d'une des causes de l'échec de la PSD est aussi tirée : de nombreuses personnes âgées dépendantes, remplissant les critères, renonçaient pourtant à la prestation de la PSD pour ne pas sanctionner leurs enfants, du fait du recours possible sur succession. Cette question fait sérieusement débat : faut-il seulement relever le plafond ? Faut-il carrément supprimer toute idée de recours, du fait du frein psychologique que ceci peut entraîner ?

Finalement, la clause du recours sera abandonnée.

Pour élargir le nombre de bénéficiaires, **l'APA est étendue aux personnes du GIR 4** et la gestion départementale est confirmée ; de même que **la marginalisation des organismes de sécurité sociale**.

Le texte sera adopté par l'Assemblée nationale en juin 2001, avec une « clause de revoyure » (bilan d'étape en juin 2003).

Pour faciliter le maintien à domicile, le gouvernement Jospin va essayer de favoriser la création d'une dynamique de proximité pour entraîner les collectivités territoriales et les partenaires de terrain à travailler ensemble ; c'est l'objet de la mise en place d'un réseau national de Comités locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) annoncée à l'échéance de cinq ans en mars 2000.

Par ailleurs, la mise en place de l'APA ne clôt pas la question ; l'APA peut-être considérée comme une étape possible vers le 5^{ème} risque.

Très rapidement, l'APA va connaître un gros succès et les demandes vont affluer dans les départements. Pour y répondre, les conseils généraux ont souvent recours à une hausse de leur fiscalité locale. Les dépenses vont dépasser les prévisions et le gouvernement Raffarin arrivé en 2002 va en tirer quelques conséquences. En 2003, des décrets vont augmenter la participation des bénéficiaires et abaisser le seuil des revenus pour prétendre à l'APA.

X – Depuis 2004 et la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA : voir Annexe IX page 85).

L'épisode caniculaire d'août 2003 va venir modifier l'agenda politique. Dans un discours de septembre 2003, le ministre des Affaires sociales François Fillon estime « *qu'on ne peut pas s'en tenir au financement actuel, s'agissant de l'APA* ».

Le gouvernement va créer la **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)** par une loi du 30 juin 2004. Elle va se substituer au Fonds de financement de l'APA.

La loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées du 11 février 2005 a précisé et renforcé ses missions.

La CNSA est mise en place en mai 2005. Depuis le 1er janvier 2006, la CNSA est chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Elle est également chargée de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps. Elle est enfin chargée d'assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

La CNSA va, ainsi, être chargée de gérer et de réaffecter de nouveaux financements assis sur le produit des cotisations patronales et salariales gagées sur un jour férié travaillé.

L'idée d'une augmentation de la CSG a été repoussée dans un contexte de « compétitivité » et de « **poids des prélèvements obligatoires** ». Finalement, seuls les actifs salariés seront mis à contribution. Les professions indépendantes ne seront pas concernées par ce jour férié travaillé et non payé, au motif que « leur temps de travail n'est pas mesurable et est rarement compté ».

La défense d'une approche finaliste de la dépendance, tenant compte des seuls besoins et non de l'origine de l'incapacité, est réactivée.

Sans mettre directement en cause la césure **handicap/dépendance**, une convergence nouvelle de

ces deux secteurs va émerger : futur droit à compensation du handicap quel que soit l'âge avec la Prestation de Compensation du Handicap (**PCH**), articulation des maisons départementales des personnes handicapées (**MDPH**) et des centres locaux d'information et de coordination (**CLIC**) destinés aux personnes âgées.

Pour l'année 2007, le budget total de la CNSA s'élevait à 15,3 milliards d'euros, dont 11,7 correspondaient à une réaffectation des crédits d'assurance maladie.

La création de la CNSA a été l'occasion de rediscuter de l'âge comme paramètre discriminant de prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

La CNSA ne constitue donc pas à proprement parler une cinquième branche de sécurité sociale (pas de paritarisme, aucune gestion des prestations, etc...). Nicolas Sarkozy, dans un discours de campagne, avant les élections présidentielles, évoquait la création d'une cinquième branche de protection sociale (et non de Sécurité sociale) réunissant l'ensemble des financements liés à la dépendance (sanitaire, médico-social et social).

Pendant la période, le débat s'est encore enrichi de plusieurs rapports : celui de la Cour des Comptes sur « **Les personnes âgées dépendantes** » (novembre 2005) et celui du Centre d'Analyse stratégique intitulé « **Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix** » (juin 2006).

Devenu Président de la République, Nicolas Sarkozy a plaidé, à l'automne 2007, **pour un nouveau risque dépendance**, tout en souhaitant **un recours plus massif aux assureurs privés et au marché de l'assurance !**

Le distinguo des fonctions, entre le recueil des fonds et leur allocation (branche) et la gestion effective des situations individuelles (acteurs de terrain), semble acquis.

En octobre 2007, la CNSA a présenté des propositions basées sur un partenariat entre CNSA et conseils généraux ; on s'éloignerait donc de l'idée d'une cinquième branche dans le cadre de la Sécurité sociale.

XI – Conclusion : un historique au bilan mitigé avec des avancées et des reculs ...

Premier constat

Ce petit retour historique montre qu'au départ rien n'était inscrit; en parallèle, on peut donc penser qu'aujourd'hui rien n'est encore définitivement écrit.

Les politiques d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie en France ont comporté des avancées et des reculs :

- promesses tenues et promesses oubliées,
- petites innovations qui ont parfois conduit à des orientations affirmées et renforcées.

Ainsi, le rôle important dévolu aux départements repose sur les textes de 1962 qui mettaient en place l'aide ménagère avec compétence aux départements.

Une protection sociale inachevée...

L'organisation et la mise en place de la Sécurité sociale à la sortie de la deuxième guerre mondiale, dans une période économique particulièrement difficile, ont été une intuition décisive et une mise en œuvre extraordinaire. Le nouveau régime, basé sur l'ordonnance d'octobre 1945 et sur la loi du 22 mai 1946, se réclame du principe général d'universalité de la protection sociale pour tous les salariés, avant de l'être pour l'ensemble de la population, conformément au programme du Conseil national de la Résistance.

On sait que des réticences ont retardé la mise en place de ce régime universel, réticences venant des salariés bénéficiant déjà d'un régime particulier plus favorable, et des professions libérales, des artisans et commerçants, des agriculteurs, etc.

Par ailleurs, très vite, des insuffisances et des lacunes sont apparues :

- des retraites trop faibles, ce qui a provoqué la mise en place progressive de multiples organismes de retraites complémentaires hors du champ de la Sécurité sociale, créant des disparités entre les secteurs d'activité, voire entre salariés de mêmes entreprises,
- et des mutuelles santé, sous différentes obédiences, organisant la complexité et la disparité à côté de l'assurance maladie.

Pendant le même temps, tout ce qui concernait la compensation du handicap a plus ou moins été laissé à l'abandon.

Après de timides ébauches au XIXème siècle, la législation concernant les invalides ou les infirmes a commencé à se concrétiser dans les années vingt, suite à la première guerre mondiale. Elle portait une attention particulière aux blessés de guerre. Puis, la législation concernant les accidentés du travail s'est ébauchée sous la pression des organisations des mutilés du travail notamment. Les recherches de classification des handicaps, à partir de leur origine ou de leur nature, se sont poursuivies, conduisant à une pluralité de réponses.

Les pensions d'invalidité, attribuées suite à une maladie invalidante ou à un accident du travail, visaient à compenser l'infirmité ; par contre l'allocation adulte handicapé est une allocation de subsistance octroyée aux personnes sans ressources en raison de leur handicap. La législation concernant les personnes en situation de handicap s'est construite hors du régime général de Sécurité sociale, sauf en ce qui concerne les enfants, ayants droits de leurs parents.

A l'âge adulte, les personnes en situation de handicap bénéficient de la solidarité de la collectivité nationale, même si elles n'ont jamais eu accès au travail et si elles n'ont pas cotisé. Avec les années, la législation spécifique a progressé en cohérence, mais toujours en dehors de la Sécurité sociale.

On hérite donc aujourd'hui d'un système de protection sociale non totalement accompli et souvent contourné. C'est pourquoi les propositions de l'UNIRS concernant l'aide à l'autonomie des personnes fragilisées s'inscrivent dans le cadre d'une Sécurité sociale revitalisée.

Pierre Laroque, fondateur, avec d'autres, de notre Sécurité sociale, écrivait vouloir « une législation unique pour tous les systèmes existants ; gestion par les représentants des assurés ; systèmes de répartition, etc ».

« 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 ».

Deuxième constat

Dès les années 1960, la trame générale développée à travers les nombreuses analyses, les débats et les rapports qui ont suivi n'ont cessé,

- d'une part, d'insister sur le « poids » de plus en plus lourd pour notre société des personnes devenues inactives, vieillissantes et parfois dépendantes. Pour nous ce postulat est erroné.
- d'autre part, pour répondre aux besoins d'aide à domicile ou en établissement, les créations d'emplois se sont toujours faites :
 - au moindre coût,
 - avec des personnels en nombre insuffisant,
 - peu qualifiés,
 - peu rémunérés.

Cette situation cache mal la négligence des uns et le manque d'intérêt des autres.

Ainsi, en France, en 1945, la question particulière des personnes âgées en manque d'autonomie n'a pas été posée. A l'époque, ceci concernait directement peu de monde : la durée de vie moyenne était plus courte qu'en 2011 et les problèmes étaient plus ou moins bien pris en charge par les familles, dans une France encore majoritairement rurale où plusieurs générations vivaient toujours sous le même toit, et où les épouses ou les filles et belles-filles « héritaient » le plus souvent de cette mission. Il en était de même pour les adultes en situation de handicap. Par ailleurs, les hospices et les maisons de retraite existaient déjà, avec des histoires contrastées, surtout réservés aux pauvres et où les « vieux » survivaient dans une grande indigence. Les questions de succession venaient aussi parfois ternir l'accompagnement de l'aïeul en perte d'autonomie.

Par la suite, les diverses réponses apportées aux personnes âgées en perte d'autonomie ont été conçues tout d'abord comme des aides sociales :

- L'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), destinée d'abord aux adultes handicapés (loi de juin 1975), avait pu être étendue aux Personnes âgées, la mise en œuvre de cette loi n'impliquant pas de critères d'âge ; cependant, certains Conseils généraux refusaient cette extension, d'où beaucoup de contentieux qui conduisirent à la création d'autres types de prestations spécifiques Personnes âgées, éloignant une fois de plus toute convergence Personnes âgées/Personnes handicapées.
- La prestation spécifique dépendance en 1997 (PSD),
- L'allocation personnalisée d'autonomie en 2002 (APA),

Par ailleurs, la loi du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, a procédé à un début d'institutionnalisation.

En effet, cette loi a créé la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Son champ d'action s'étend à l'ensemble des personnes fragilisées et accroît les sources de financement affectées à la compensation du handicap en lui attribuant une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité et en instituant une contribution solidarité autonomie.

La loi du 11 février 2005, complétant la précédente, préconisait la mise en place d'une **prestation universelle de compensation du handicap par la suppression de la discrimination par le critère d'âge** et ce, **dans un délai maximum de 5 ans**. Mais actuellement cet article de la loi est délibérément contourné, alors qu'au niveau des conseils généraux des réflexions avaient déjà été menées, afin de mettre en œuvre ce rapprochement tant souhaité.

Les professionnels des deux secteurs avaient également procédé à des colloques et fait des recherches pour mutualiser les connaissances et établir des plateformes d'échanges.

Mais, comme Mme Bachelot le rappelait le 17 janvier 2011 :

« La convergence des politiques envers les personnes âgées et les personnes handicapées, inscrite dans la loi, reste notre objectif. Toutefois, la priorité est de traiter la perte d'autonomie des personnes âgées ».

La véritable raison ne serait-elle pas tout simplement la volonté du gouvernement de donner le temps aux assurances de s'approprier des parts de marché en ce domaine ?

Aujourd'hui, les améliorations alimentaires et sanitaires, les progrès de la médecine, etc, font que nous vivons mieux et plus longtemps qu'en 1945. Mais c'est aussi cet allongement significatif de la durée de vie qui fera probablement augmenter le nombre des personnes fragilisées.

Avancées et reculs,

- avec l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) il s'agissait d'une avancée pour une compensation du handicap, quel que soit l'âge,
- mais la mise en place de la prestation spécifique dépendance en 1977 (PSD) s'y opposa,
- puis la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), semblait être une nouvelle avancée,
- mais elle est à nouveau contrée par la politique actuelle.

Après une trentaine d'années d'utilisation de la formule, on peut dire qu'en 2011 le terme « **dépendance** », dévalorisant de la personne, est philosophiquement inacceptable et renvoie à de multiples idées :

- Personnes très âgées (plus de 80 ou 85 ans), avec des incapacités physiques et/ou psychiques importantes, avec un besoin d'aide accru dans la vie quotidienne.
- Personnes à charge pour leur entourage, car elles ne peuvent pas rester seules chez elles si elles ne sont pas aidées par leur famille, et qui, même aidées, devront aller sans doute à terme en établissement.
- Pour la société et pour l'entourage, domine l'idée que cet état est irréversible et que le processus est inéluctable quand on est très âgé, et souvent on oublie la personne humaine en souffrance.
- La perte d'autonomie est souvent confondue avec la dépendance. Ceci peut vouloir dire que la personne ayant besoin d'aide ne peut plus décider de sa vie.

A partir de cette idée dominante de « **dépendance** », est venue s'adjoindre celle « **d'aide** », « **d'assistance à personne fragilisée** », « **d'intervention publique nécessaire** ».

Le champ de la dépendance serait donc doté d'une autonomie suffisante pour être l'objet d'une politique sociale spécifique, mais à laquelle s'opposent sans cesse les « **coûts** ».

Pour être un peu plus complet, ce rappel historique aurait dû faire état, à chaque étape, des analyses, des critiques et des propositions éventuelles des forces sociales, syndicales et associatives, mais ceci aurait impliqué d'autres recherches et d'autres travaux, qui restent donc à faire.

Mais, dès à présent, on peut remarquer que les organisations représentatives, défendant les intérêts des personnes fragilisées en promouvant un financement solidaire et universel, ont été peu nombreuses.

Ce n'est qu'à la fin des années 1970 que les syndicats ont commencé à s'intéresser sérieusement à la situation des retraités, mais sans une implication très importante, sauf sur la revalorisation des pensions de retraite et sur le pouvoir d'achat en régression constante.

Cependant, ils ont eu du mal à démontrer que les retraités ne sont pas qu'un poids pour la société mais qu'ils sont aussi des acteurs économiques et sociaux.

Les retraites, qui sont des salaires différés, retournent dans le circuit économique.

Les retraités sont des agents économiques : sans les retraités, des pans entiers de l'économie disparaîtraient.

Sans oublier les aides qu'ils apportent à leurs enfants et petits-enfants...

La garde des petits enfants équivaut à 657 000 emplois à temps plein d'assistantes maternelles.

Centre d'analyse stratégique nov 2010

Par ailleurs, leur participation à la vie sociale et citoyenne, par leur engagement sur le territoire communal, dans les clubs sportifs et la vie associative, a aussi un impact économique.

Loin d'être une « charge », les retraités sont des acteurs dans la société.

Les organisations sociales ont un rôle à jouer dans ce secteur, ainsi l'avancée en âge serait davantage considérée comme une composante originale de la société.

Retraites et prestations diverses seraient alors reconnues comme des investissements financiers revenant à la société par le biais de la consommation et par les salaires des professionnels d'aides et de soins.

L'aide à la personne a un rôle économique et solidaire dans la société.

Toutefois, dans le domaine de l'aide à la personne, les actions menées ont été surtout le fait des acteurs des secteurs professionnels cherchant à obtenir des financements pour mener à bien les tâches qu'ils estimaient indispensables ou tout au moins souhaitables.

Certes, la mise en œuvre d'une prestation universelle de compensation aura un coût, mais si elle est bien organisée avec participation de tous les revenus, il s'agira de transferts financiers pour répondre à de réels besoins humains concernant une faible partie de la population.

Soyons sans illusion, si nous voulons la mise en place de cette prestation, elle ne pourra reposer que sur la solidarité de tous et pour chacun.

Les retraités sont certes des acteurs économiques, mais ils sont aussi des citoyens vers lesquels **la solidarité nationale** doit pouvoir se développer quand le besoin se fait sentir et ce, dans l'esprit de la mise en place de la sécurité sociale en 1946.

**« Accompagner quelqu'un...
c'est marcher à ses côtés,
en le laissant choisir son chemin
et le rythme de son pas. »**

Chapitre 2 : Evolution de la prise en compte de la perte d'autonomie des personnes âgées en France.

I - Un phénomène d'ampleur.

La dépendance ou la perte d'autonomie des personnes âgées n'est pas un phénomène nouveau. L'être humain vieillissant, sous toutes les latitudes, de tout temps, dans toutes les cultures, peut être marqué par la maladie qui vient réduire ses moyens physiques et ses moyens intellectuels. Il devient alors, au fur et à mesure, de plus en plus dépendant de son environnement pour sa survie dans les moins mauvaises conditions. Pendant des siècles, cette situation était essentiellement vécue, dans la France rurale largement dominante, à l'intérieur des familles : les vieilles comme les vieux, quel que soit leur état de santé, continuaient de vivre sous le toit familial, avec les générations suivantes. A l'époque, les personnes étaient certes « *vieilles* » plus tôt que maintenant, mais le phénomène restait relativement exceptionnel du fait de l'espérance de vie moyenne largement plus faible que maintenant.

Dans la France du début du XXIème siècle, cette situation est très différente. L'amélioration de l'espérance de vie est importante sur les cinquante dernières années, et même si l'espérance de vie en bonne santé s'est améliorée dans les mêmes proportions, en fin de vie la situation de dépendance et de perte d'autonomie peut se retrouver; elle est souvent la conséquence de maladies neuro-dégénératives (Alzheimer, Parkinson...). Mais ceci survient dans un environnement totalement différent de celui du début du siècle précédent : une France très majoritairement urbanisée, des familles éclatées où

les générations ont perdu l'habitude de vivre sous le même toit ; dans cette situation, la survie dans les moins mauvaises conditions des personnes âgées dépendantes n'est plus prise en charge directement par les enfants et les petits enfants. La demande d'une intervention collective pour prendre en charge cette dépendance est d'autant plus forte que les besoins sont en augmentation du fait de l'augmentation du nombre de personnes très âgées, et notamment du nombre de personnes âgées dépendantes, et du fait de l'impossibilité pour nombre de familles de pouvoir subvenir elles-mêmes et directement à ces besoins, alors que les moyens de la société sont jugés suffisants pour permettre une prise en charge plus ou moins collective dans de bonnes conditions. Le sentiment domine qu'il ne s'agit pas d'une affaire privée, mais de choix sociaux et politiques.

Le vieillissement de la population en France devrait continuer de croître en raison de la conjonction de deux phénomènes : d'une part, l'entrée des classes d'âge du baby boom dans le troisième âge ; d'autre part, l'augmentation continue de l'espérance de vie. Parallèlement, ceci rend inéluctable le risque de perte d'autonomie chez des personnes âgées toujours plus nombreuses, handicapées ou invalidées au cours de leur vie active par accidents ou maladies. Néanmoins, les progrès de la médecine devraient permettre aussi un allongement de vie significatif des personnes fragilisées.

II - Des enjeux sociaux et politiques importants.

La perte d'autonomie liée au grand âge touche, en France en 2011, un nombre croissant de personnes et pose des problèmes humains, affectifs et financiers importants à de nombreuses familles. Les projections démographiques montrent qu'en France la population des plus de 80 ans Les enjeux sont donc multiples :

- quelles conditions de fin de vie le pays pourra-t-il offrir à ses habitants les plus âgés et parmi les plus diminués physiquement et intellectuellement ?
- quelles aides et quels appuis le pays pourra-t-il offrir aux proches et aux familles de ces personnes ?
- quelle image de « *fin de vie* » possible sera-t-elle offerte et donnée à voir par le pays aux personnes encore jeunes et en bonne santé ?

passera à quatre millions de personnes en 2020, soit une augmentation de 80% par rapport à 2011. Cette forte augmentation des personnes de plus de 80 ans entraînera probablement une augmentation également importante des personnes âgées en perte d'autonomie.

Il y a en effet urgence, selon les chiffres ci-dessous, sachant toutefois que, dans ce domaine, les projections restent en partie incertaines : au 1er janvier 2008, l'Insee recensait 1 315 000 personnes âgées de plus de 85 ans. En 2015, elles seront plus de 2 millions et le nombre des personnes présentant de forts handicaps devrait passer de 660 000 en 2005 à 940 000 en 2025.

Entre 2000 et 2040, la population des plus de 75 ans sera multipliée par 2,5 pour atteindre plus de 10 millions de personnes. Sur ces 10 millions de personnes, 1,6 million seront dépendantes, soit 43 % de plus qu'en 2000 et le coût de leur prise en charge représentera 1,5% du produit intérieur brut, contre 1% aujourd'hui.

III – Des enjeux budgétaires et financiers également importants.

Quelques chiffres permettent de mesurer les enjeux budgétaires et financiers contenus par les questions liées à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées.

A la mi-2008, un rapport d'information du Sénat sur « *la prise en charge de la dépendance et la création du 5ème risque* » estimait que le montant de l'effort public consacré à la com-

pensation des pertes d'autonomie des personnes âgées s'élevait à 21 milliards d'euros.

Principalement supportée par les organismes de Sécurité sociale, par les départements et par l'Etat, la dépense publique consacrée à la dépendance atteint en 2010 près de 22 milliards d'euros, soit plus de 1,1% du produit intérieur brut (PIB).

1- Dépenses de la Sécurité sociale.

Les différentes branches de la Sécurité sociale participent à hauteur de 13,5 milliards d'euros au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées.

- **Dépenses de la branche maladie**, pour environ 11 milliards d'euros (soit 50% du total) : ce sont les soins prodigués aux personnes âgées dépendantes, par un établissement hospitalier ou par la médecine de ville (5 milliards), ou dans un établissement spécialisé d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD – (6 milliards).

Les premières dépenses sont assez difficiles à identifier dans la masse des dépenses hospitalières ou des dépenses de médecine de ville, mais les dépenses au sein des établissements d'hébergement sont individualisées chaque année par la loi de financement de la S.S.

- **Dépenses de la branche vieillesse** : en compensation de la prise en charge par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) des personnes en perte moyenne d'autonomie, (**classées en GIR 4**) dont elle s'occupait jusqu'à l'élargissement de l'APA à ces personnes, la Branche vieillesse verse chaque année une contribution à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Le montant de cette contribution est d'environ 67 millions d'euros pour 2010. Ce versement est revalorisé chaque année en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

Par ailleurs, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) mène auprès des retraités en situation de fragilité économique, sociale ou physique (personnes en **GIR 5 et 6**) une politique d'action sociale et d'aide (environ 400 millions d'euros par an). En 2009, son budget total d'intervention a été de 394 millions d'euros, dont 330 millions d'euros de prestations individuelles (aide ménagère à domicile, aide au retour à domicile après hospitalisation, aide à l'amélioration de l'habitat...) et 64 millions d'euros de prestations collectives (subventions d'investissement ou de fonctionnement accordées à des structures ou des établissements apportant une aide ou hébergeant des personnes âgées).

- **Dépenses de la branche Famille et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA)** :

Celles-ci allouent, sous conditions de ressources, des aides personnelles au logement versées à des personnes âgées dépendantes résidant en institution ou à leur domicile (environ 570 millions d'euros en 2009).

Par ailleurs, la MSA propose des actions de prévention (*Pac Eurêka d'activation cérébrale visant à entretenir la mémoire, Ateliers du Bien Vieillir*) ; apporte un soutien aux aidants familiaux (*groupes de formation et de parole, aides au répit...*); expérimente depuis 2005 des réseaux Alzheimer destinés à coordonner l'offre de soins et de services aux malades et à leurs aidants et a contribué à l'ouverture de 130 maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (Marpa).

2 - Dépenses des Départements.

Avec les lois de décentralisation, les départements ont, sauf exception, la charge de l'ensemble des prestations d'aide sociale, dont celles destinées aux personnes âgées, ce qui recouvre notamment :

- les dépenses de compensation de la perte d'autonomie (APA),
- celles de l'aide sociale à l'hébergement (ASH),
- et, plus marginalement, celles de l'aide à domicile.

De 2004 à 2008, après déduction éventuelle de récupérations, recouvrements et remboursements de certaines prestations obtenues auprès d'autres collectivités territoriales ou auprès des familles, ces dépenses ont progressé de 22%, passant de 4,6 milliards d'euros à 6,1 milliards d'euros.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), financée en majeure partie par les Conseils Généraux (les impôts locaux) qui en assument la gestion et le service, bénéficie à une population plus large et plus nombreuse que l'ancienne prestation spécifique dépendance (PSD). Elle met à la charge des départements une dépense en croissance régulière et de moins en moins compensée par la solidarité nationale via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

En 2008, les dépenses départementales d'APA ont financé :

- l'accueil en établissement ou en famille d'accueil de 424 000 personnes (1,7 milliard d'€)
- le maintien à domicile de 658 000 personnes (3 milliards).

L'APA a été créée par la loi du 20 juillet 2001 de Lionel Jospin et d'Elizabeth Guigou. Elle est ouverte aux personnes de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie nécessitant une aide pour les actes essentiels de la vie et résidant à domicile ou en établissement.

L'attribution de l'APA n'est pas liée à une condition de ressources, toutefois celles-ci sont prises en compte lors de l'établissement du montant de l'APA qui sera attribué.

Le dossier de demande est délivré par les services du Conseil Général du département.

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 65 ans accueillies en établissement. En 2008, l'ASH a été versée à 115 000 personnes en établissement pour un montant de 2 milliards d'euros, et à 1 500 personnes âgées logées en familles d'accueil pour un montant de 12 millions d'euros. Sous conditions d'une participation de l'intéressé au coût de son hébergement à concurrence de 90% de ses ressources, la prise en charge par le département peut être totale ou partielle.

A domicile, ce sont 82 millions d'euros qui ont été affectés à différentes aides en 2008 (aides ménagères, portage de repas...). Le nombre de bénéficiaires, actuellement en légère diminution, est d'environ 24 000 personnes.

3 - Les financements dédiés complémentaires.

Deux ressources fiscales gérées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ont été spécifiquement affectées, par une loi de juin 2004, au financement de la prise en charge de toute perte d'autonomie :

- la Contribution de Solidarité Autonomie (CSA)
- une fraction de 0,1% de la Contribution Sociale Généralisée perçue sur les revenus d'activité (CSG : voir Annexe VII page 81).

La CSA est composée de trois contributions :

- ❖ une contribution de 0,3% des rémunérations versées par les employeurs privés et publics, en contrepartie d'une journée supplémentaire de travail non rémunéré par les salariés, dite « *journée de solidarité* » ;
- ❖ une contribution additionnelle de 0,3% au prélèvement social de 2% assis sur les revenus du patrimoine ;

- ❖ et une contribution additionnelle de 0,3% au prélèvement social de 2% assis sur les produits de placement.

Assises pour l'essentiel sur les masses salariales et, pour partie, sur les revenus du patrimoine, ces recettes fiscales affectées sont bien entendu dépendantes du contexte économique, et particulièrement du niveau des salaires et de l'emploi.

La CNSA ayant la responsabilité de la prise en charge des pertes d'autonomie, tant des personnes handicapées que des personnes âgées, elle doit répartir ses recettes entre ces deux actions. Aux termes du code de l'action sociale et des familles, la CNSA doit consacrer au secteur des personnes âgées 40% des ressources de la CSA pour les établissements et services qui accueillent des personnes âgées, et 20% de la CSA pour le financement de la prestation d'APA.

La CNSA doit aussi consacrer aux personnes âgées une fraction de la CSA fixée chaque année par arrêté ministériel pour diverses dépenses (animation, prévention, frais

d'études), soit 10 millions d'euros en 2009. La CNSA doit encore consacrer 5 à 6% de ses recettes provenant de la CSG à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants et accueillants et à la professionnalisation des métiers de services.

La CNSA doit enfin affecter 94% du produit de la CSG au financement de l'APA. Par ailleurs, la CNSA affecte 50% des produits financiers générés par ses placements de trésorerie au financement de l'APA, soit 23 millions d'euros en 2009.

Il est évident que ces ressources sont fortement dépendantes de l'évolution des marchés financiers... et qu'elles sont donc plus ou moins aléatoires.

La contribution de la CNSA au financement de l'APA diminue au cours des années, ce qui laisse à la charge des départements une part de plus en plus importante du financement :

La participation de l'Etat est passée **de 43 % en 2002 à 28,5 % en 2010**. Désormais, les départements supportent donc l'essentiel de l'effort et la suppression de la Taxe Professionnelle ne va pas arranger les choses.

En laissant aux départements le soin de financer une part toujours croissante de la dépendance, l'Etat laisse croître des inégalités territoriales déjà très fortes, alors qu'il devrait être le garant de la solidarité nationale.

4 - Les exonérations fiscales et sociales.

En 2009, les exonérations fiscales et sociales centrées sur la dépendance des personnes âgées ont représenté un montant total de 2,1 milliards d'euros.

Les dépenses fiscales (600 millions d'euros) recouvrent trois dispositifs :

- **une réduction d'impôt sur le revenu** - plafonnée à 10 000 euros par an - de 25% des frais de dépendance et d'hébergement pour les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) représentant 155 millions d'euros au profit de 298 000 ménages ;
- **une exonération de l'impôt sur le revenu de l'APA**, soit 100 millions d'euros au profit de 1,1 million de ménages ;
- **et un taux de TVA à 5,5%** pour la fourniture de logement et de nourriture dans les EHPAD (représentant 345 millions d'euros au profit de 2 400 entreprises).

Les exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale bénéficient aux particuliers dépendants et également aux personnes âgées non dépendantes de plus de 70 ans, et aux accueillants familiaux de personnes dépendantes employant des aides à domicile (861 millions d'euros) ainsi qu'aux associations ou entreprises proposant des services d'aide à domicile pour les personnes dépendantes (640 millions d'euros).

5 – Un « reste à charge » exorbitant pour les personnes et les familles.

Les enjeux budgétaires et financiers de la prise en charge des dépenses consacrées à la dépendance sont donc très importants : à ce jour, environ 22 milliards d'euros provenant de la dépense publique y sont consacrés.

Il faut y ajouter toutes les contributions directes des personnes âgées elles-mêmes et celles de leurs familles, dépenses très difficiles à évaluer.

L'effort privé prend deux formes : d'une part, les « *restes à charge* » des familles, d'autre part, le recours à l'assurance privée qui est aussi une dépense payée par les personnes.

Les dépenses « à domicile » restant à la charge des familles se décomposent en plusieurs éléments.

Tout d'abord, les plans d'aide de l'APA à domicile ne peuvent pas dépasser un montant maximum fixé par un barème arrêté au niveau national. Ce montant est calculé, pour chaque groupe iso-ressources (Gir), à partir du montant de la majoration pour tierce personne de la sécurité sociale (soit 1.010,82 euros par mois depuis le 1er janvier 2008). Or, ces plafonds sont souvent atteints pour les personnes lourdement dépendantes.

Ensuite, intervient le « *ticket modérateur* » de l'APA à domicile : l'APA n'est pas soumise à conditions de ressources, mais son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire, et une participation éventuelle peut donc être laissée à sa charge :

Nulle si les revenus mensuels du bénéficiaire sont inférieurs à environ 700 euros,

Ensuite la participation des bénéficiaires varie progressivement et peut atteindre 90% du plan d'aide pour les revenus mensuels supérieurs à environ 2 700 euros.

Enfin, intervient le mode d'indexation des plafonds des plans d'aide : leurs montants ne sont revalorisés qu'à hauteur de l'inflation. Or, dans certains cas, le coût des prestations prises en charge dans le cadre de ces plans peut augmenter beaucoup plus rapidement que l'indice des prix.

En conséquence, les revalorisations de ces plans ne permettent donc pas de compenser les augmentations des tarifs pratiqués par certaines structures associatives et les bénéficiaires voient alors le volume des prestations réduit, notamment le nombre d'heures à domicile.

Les « restes à charge » des familles, quand la personne âgée dépendante est en établissement, ont plusieurs explications.

D'une part, le « *ticket modérateur* » de l'APA acquitté par les résidents.

En outre, une participation peut également être laissée à la charge du bénéficiaire : cette participation, qui s'ajoute au ticket modérateur, est calculée en fonction des revenus et du Gir de rattachement du bénéficiaire, ainsi que des tarifs dépendance de l'établissement dans lequel il est hébergé.

D'autre part, le tarif hébergement acquitté par la personne âgée résidente qui ne remplit pas les conditions d'octroi de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

Le développement d'un marché de l'assurance privée.

L'effort privé des ménages en faveur de la dépendance passe aussi, de plus en plus, par la souscription à une assurance dépendance.

Selon les chiffres fournis par la Fédération française des sociétés d'assurances, le marché français de l'assurance dépendance, avec près de **trois millions** d'assurés, et un chiffre d'affaires d'environ **400 millions d'euros**, constitue le deuxième marché au monde après les Etats-Unis, et le premier si l'on rapporte le nombre des assurés à la population.

En France, les deux tiers des assurés ont souscrit une assurance auprès de sociétés d'assurance, le tiers restant ayant choisi de contracter auprès d'une mutuelle ou d'une institution de prévoyance. Parmi les deux millions d'assurés couverts par les compagnies d'assurances, la moitié est couverte par un contrat individuel et l'autre moitié par un contrat collectif.

Le marché français de l'assurance dépendance est très concentré : quatre opérateurs (Groupama, Prédica – Crédit agricole, Prima – AG2R, et la Caisse nationale de prévoyance CNP) couvrent environ 80% du nombre total d'assurés. Les sommes provisionnées à ce titre dépassent les 2,3 milliards d'euros.

La dépendance devient donc un enjeu important pour les investisseurs privés :

- les **compagnies d'assurances**, pour couvrir le « *risque dépendance* »,
- le **secteur des prestations de services** pour les *aides à domicile*,
- les **établissements de soins** pour les *personnes en hébergement*.

Ces enjeux financiers deviennent alors des enjeux politiques quand il s'agit de décider des solidarités à mettre en place dans le pays et des inégalités à tolérer comme des inégalités à refuser.

IV – Mesurer et évaluer la perte d'autonomie : la grille A.G.G.I.R. (voir Annexe III page 73).

En France, il existe un instrument destiné à mesurer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie. C'est la Grille Nationale AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso- Ressources). Elle a été élaborée en 1997 par des médecins de la sécurité sociale, de la Société Française de Gérontologie ainsi que par des informaticiens et mise à jour au Journal officiel du 21 novembre 2001.

La Grille AGGIR regroupe les malades en 6 groupes Iso-Ressources (GIR). L'évaluation se fait sur la base de 17 variables portant sur l'évaluation de la capacité d'une personne à réaliser seule les actes de la vie quotidienne grâce à son autonomie physique et psychique : cohérence comportementale ; orientation ; toilette ; habillage ; alimentation ; élimination ; transferts ; déplacements à l'intérieur ; déplacements à l'extérieur ; communication à distance ; capacités de gestion ; cuisine ; ménage ; transport ; achats ; suivi du traitement ; activités de temps libre. Les personnes sont notées pour chaque variable suivant leurs capacités à faire. Et les niveaux de dépendance sont définis de la dépendance complète (GIR 1) à l'autonomie totale (GIR 6).

Actuellement, seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence.

V - Développer la prévention.

En matière de perte d'autonomie, la prévention peut aider l'être humain à garder le plus longtemps possible ses capacités d'autonomie. L'état de dépendance extrême est une situation qui, à un moment ou à un autre, fait peur à chaque personne vieillissante. Dans ce domaine aussi, la prévention doit être une des dimensions de la politique nationale de santé.

Cette prévention peut revêtir diverses formes :

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

VI - Répondre aux besoins de la perte d'autonomie.

Le seul rappel des différents niveaux de perte d'autonomie explique que les demandes des personnes peuvent être très diversifiées. Ces demandes, pour une même personne, peuvent évoluer dans le temps, au fur et à mesure de l'évolution de sa propre situation.

En outre, deux personnes, dans une situation objective identique, peuvent formuler des demandes différentes.

Les « *offres* » doivent donc répondre au mieux à ces besoins évolutifs et variés.

De nombreuses personnes en perte d'autonomie souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible : le maintien de leur cadre de vie au quotidien (logement, mobilier, souvenirs personnels, habitudes de rangement, etc) contribue à leur sécurité et à leur quiétude.

De même que le maintien dans le quartier ou le village où l'on a vécu les années précédentes, le voisinage, les commerces de proximité, la participation à des rencontres avec d'autres personnes connues, tout ceci aide aussi les personnes âgées à conserver des repères qui participent à leur meilleur maintien général par la continuité d'une vie sociale.

Pour répondre à une telle demande, il faut des services et des soins à domicile (livraison de repas par exemple). La question se pose aussi pour de nombreuses personnes âgées du coût du logement dans lequel elles ont vécu (niveau du loyer, des charges, des impôts locaux, etc) ; le décalage croissant entre ce coût mensuel et le revenu mensuel des personnes est un élément qui conduit de fait à expulser plus ou moins brutalement des personnes âgées de leur lieu de vie.

A - Les structures qui concourent au maintien à domicile.

1°/ Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).

Ce sont des services d'aide et d'accompagnement.

Le CLIC est un guichet d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation, destiné aux personnes en difficulté et à leur entourage. Il rassemble toutes les informations susceptibles d'aider ces personnes à organiser leur vie quotidienne.

Le CLIC évalue les besoins des personnes, élabore avec elles un plan d'aide individualisé, coordonne la mise en œuvre du plan d'aide par une mise en réseau des professionnels de santé, d'accompagnement à domicile, de l'habitat et les acteurs locaux.

Il initie et développe, dans le cadre de son réseau, les actions de prévention du vieillissement, de soutien aux aidants naturels (les voisins, la famille proche de la personne âgée), de formation, qui contribuent à la qualité de la vie à domicile des personnes âgées.

Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles concourent au soutien à domicile, à la préservation ou à la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

2°/ Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

Les services de soins infirmiers à domicile sont des services sociaux et médico-sociaux au sens du code de l'action sociale et médico-sociale. Ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que le concours d'assistance pour les actes essentiels à la vie.

Les services de soins infirmiers à domicile ont pour objectif de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant, ou en différant l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non médicalisés prenant en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées.

L'autorisation de créer un service de soins infirmiers à domicile est délivrée par le Préfet de département, après avis du comité régional de l'organisation sociale ou médico-sociale.

3°/ Les soins à domicile.

Les personnes peuvent bénéficier de soins à domicile sur prescription médicale. Il faut avoir plus de 60 ans et être malade ou en situation de dépendance. Il peut s'agir de surveillance médicale, d'assistance pour les soins de toilette et d'hygiène, des soins paramédicaux (kinésithérapie, pédicure, etc...). Ces soins eux-mêmes sont alors pris en charge à 100% par la sécurité sociale, mais les honoraires des médecins, les médicaments, etc..., sont remboursés aux conditions ordinaires.

4°/ Les centres de soins infirmiers.

Ils sont ouverts aux personnes âgées qui peuvent venir s'y faire soigner. Le paiement des prestations est effectué à l'acte et financé par le régime de l'assurance-maladie. Ils dépendent des CCAS.

5°/ L'accès aux foyers restaurants.

Les personnes âgées peuvent être admises dans les foyers restaurants qui servent des repas à prix modérés. Elles peuvent bénéficier d'une prise en charge partielle ou totale de ces repas au titre de l'aide sociale, en fonction des ressources des bénéficiaires.

6°/ Le portage des repas.

Certaines collectivités locales mettent en place ce service. Il est réservé aux personnes ne pouvant pas sortir de chez elles en fonction de leur état de santé, pour une courte période (période post opératoire, etc...). Le portage est organisé à partir de foyers restaurants ou de maisons de retraite, etc. Le coût du service est partagé entre la collectivité locale et le bénéficiaire, en fonction de ses revenus.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent, au domicile des personnes ou à partir de leur domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels, quand ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne.

7°/ L'aide ménagère.

Le principe : une aide ménagère vient au domicile de la personne et se charge d'apporter une aide matérielle pour des tâches quotidiennes d'entretien, des soins d'hygiène sommaire, des courses, des démarches simples et courantes, que la personne ne peut plus accomplir. Elle est aussi tenue d'apporter une présence attentive. Le nombre d'heures attribué est fonction des besoins de la personne et des choix, et des moyens, de l'organisme financeur.

8°/ Le secteur de l'aide et du service à la personne.

Il faut distinguer plusieurs formules ou possibilités d'aide aux personnes :

Ce secteur recouvre des fonctions et des qualifications diverses :

- les agents à domicile (aide à domicile, aide ménagère, etc...) ;
- l'intervention d'aide par une association prestataire à but non lucratif, ou privé. Dans ce cas, la personne âgée est usagère de l'association et les employés (le plus souvent des femmes) ont en général une formation appropriée et concourent à la restauration ou au maintien de l'autonomie :
 - les assistantes de vie, qui correspondent à une qualification confirmée par un diplôme ; pour exercer il faut avoir le titre professionnel qui est délivré par le Ministère du Travail ;
 - **les auxiliaires de vie sociale** (voir Annexe IV page 73), qui ont le diplôme d'Etat d'Auxiliaire de vie sociale.
- l'intervention d'aide par une association mandataire : la personne en difficulté donne mandat à l'association pour recruter une aide et assurer la rédaction des feuilles de paye. C'est la personne âgée qui est l'employeur du salarié, avec toutes les conséquences qui peuvent résulter de cette situation « *d'employeur* ».
- l'utilisation par la personne bénéficiaire du Chèque Emploi Service Universel (CESU) établi par la personne utilisatrice ; l'intervenant n'a en général aucune formation spécifique.

9°/ L'emploi d'un salarié à domicile.

Les personnes âgées ou handicapées peuvent bénéficier d'aides pour embaucher un salarié à domicile pour des tâches familiales ou ménagères. L'embauche peut se faire par l'intermédiaire d'une association de service aux personnes. Dans certains cas et dans certaines conditions, les bénéficiaires peuvent avoir une réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile et également une exonération des charges sociales. Les frais de garde à domicile peuvent être partiellement pris en charge par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) pour les personnes d'au moins 55 ans, dans certains cas d'urgence ou de nécessité.

B - L'accueil en établissement de la personne en perte d'autonomie.

L'entrée en établissement plus ou moins «spécialisé» est souvent mal vécue par les personnes âgées, étant ressentie comme irrémédiable, avec aucune possibilité de retour : c'est l'avant-dernière porte « avant la sortie ». Elle est pourtant aussi un soulagement pour les personnes elles-mêmes qui vont se sentir moins isolées, prises en charge plus rapidement en cas de besoin, déchargées des contraintes qu'elles devaient encore supporter au domicile. C'est aussi un soulagement pour les proches ou la famille qui ont le sentiment que désormais la personne âgée est un peu « *à l'abri* ».

Les établissements pour personnes en perte d'autonomie ont des appellations multiples et répondent à des besoins différents.

1°/ Le foyer logement.

Le foyer logement est une structure d'hébergement pour personnes âgées non dépendantes (GIR 5 ou 6). Il s'agit d'un groupe de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs (restauration, blanchissage, animation,...) dont l'usage est facultatif. Il offre à la personne âgée un substitut à son logement d'origine. Le plus souvent la personne âgée peut y venir avec une partie de ses meubles et de ses objets familiers. Ces établissements sont souvent gérés par un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou une association; ils ne sont généralement pas médicalisés, tant au niveau des personnels que des locaux.

2°/ L'accueil familial.

L'accueil, à titre onéreux, par des particuliers, de personnes âgées, constitue une autre réponse pour les personnes qui ne désirent plus, ou qui ne peuvent plus, demeurer à domicile. C'est un mode d'accueil intermédiaire entre le maintien à domicile et l'hébergement collectif en établissement.

Assez souvent, il permet aussi à la personne âgée, par la proximité géographique du lieu d'accueil, de maintenir des liens tissés avec son environnement antérieur, tout en lui offrant un cadre familial sécurisant.

3°/ L'accueil de jour.

L'accueil de jour consiste à accueillir pour une ou plusieurs journées par semaine, voire seulement une demi-journée, des personnes âgées vivant à leur domicile, dans des locaux dédiés à cet accueil. Ce sont des lieux de vie qui participent à une politique de soutien à domicile. Ces structures peuvent être autonomes ou rattachées à une structure plus large, comme un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, avec des locaux spécifiques affectés à cet accueil de jour.

4°/L'hébergement temporaire.

Il s'agit d'une formule d'hébergement limitée dans le temps, qui s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis: isolement, départ en vacance de la famille qui aidait, travaux dans le logement, etc. Cet hébergement peut également servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation. Il peut aussi être utilisé comme premier essai de vie collective avant une entrée définitive en établissement. Les lieux affectés aux hébergements temporaires peuvent être autonomes ou rattachés à une autre structure, telle qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

5°/ Les types d'établissements d'accueil.

➤ ceux qui privilégient l'autonomie des personnes :

- les Maisons d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes (MAPAD) sont en voie de disparition, et remplacées par les EHPAD.
- les Maisons d'Accueil Rural pour Personnes Agées (MARPA), sont des formes de petite unité de vie initiées par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et adaptées à la perte d'autonomie en milieu rural.
- les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont soumis à une obligation de conventionnement avec la DDASS et le Conseil Général.
- les appartements thérapeutiques sont une structure d'hébergement de taille réduite (en règle générale, moins d'une douzaine de patients) située dans un immeuble d'habitation conventionnel.
- les petites unités de vie sont une forme d'accueil nouvelle qui vise à laisser les résidents dans leur milieu de vie, à proximité de leur lieu de vie antérieur. On y trouve souvent des espaces «privatifs» permettant de vivre comme «au domicile», et des espaces collectifs favorisant les rencontres. Les résidents peuvent y choisir leur mode de vie, et consommer ou non les services proposés. Ils permettent la continuité des soins et l'accompagnement des résidents jusqu'au terme de leur vie.

➤ ceux qui sont spécialisés pour la maladie d'Alzheimer:

- le Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupation Utile (CANTOU) est la première forme d'unité spécialisée dédiée aux maladies d'Alzheimer. Ces unités sont composées au plus de 12 à 15 chambres à 1 lit distribuées autour d'une grande salle aménagée en coin cuisine, de manière à pouvoir permettre des activités et une vie en commun dans la journée.
- les unités de vie Alzheimer permettent de prendre en charge de manière optimale des patients en période de décompensation ou lorsque leur maintien à domicile n'est plus possible. Ces unités s'organisent au sein des structures d'hospitalisation (court, moyen, long séjour), des maisons de retraite ou d'autres structures autonomes.

➤ ceux qui privilégient le soin et la réadaptation:

- les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) accueillent, le plus souvent à l'issue de l'hospitalisation dans un service de soins de courte durée, des malades dont l'état de santé n'est pas stabilisé. Leur mission est de poursuivre la délivrance de soins appropriés, de préserver l'autonomie du patient et de préparer sa sortie. La durée du séjour dans ces services varie de 15 jours à 2 mois.
- les Soins de Longue Durée (SLD) sont des unités hospitalières dont la mission est d'héberger et de dispenser des soins sur une longue durée à des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien quotidien.

➤ **Les structures générales :**

- les maisons de retraite hospitalières sont des établissements rattachés et gérés par un centre hospitalier ;
- les maisons de retraite publiques sont des établissements publics autonomes gérés par un conseil d'administration. Ils sont créés par délibération d'une collectivité publique.
- les maisons de retraite privées conventionnées sont des établissements de statut privé gérés, en majorité, par des associations à but non lucratif ou par des congrégations religieuses.
- les maisons de retraite privées non conventionnées sont, en règle générale, des structures privées à vocation commerciale.

6°/ Les tarifs des établissements pour personnes âgées.

Les tarifs fixés par les maisons de retraite comportent trois éléments distincts :

- le tarif journalier d'hébergement (correspondant aux prestations hôtelières, à la charge du résident, éventuellement financé par l'aide au logement et par l'aide sociale) ;
- le tarif journalier dépendance (calculé en fonction de la dépendance de la personne et dont le coût peut être pris en charge par l'APA seulement pour les GIR 4 à 1 avec une participation du bénéficiaire) ;
- le forfait global de soins (pris en charge par l'assurance maladie).

Pour les maisons de retraite des catégories 1 à 4, les résidents peuvent bénéficier de l'aide au logement et, sous certaines conditions, de l'aide sociale au titre de l'hébergement et de l'APA au titre de la dépendance. Pour la catégorie 5 des maisons de retraite, les résidents ne peuvent bénéficier de l'aide sociale car ces établissements ne sont pas habilités à recevoir des « *bénéficiaires de l'aide sociale* ».

VII – Les financements des aides.

C'est le Conseil général qui définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées, en référence au Code de l'Action sociale et des Familles (CASF), dans son article L.113-2 : « *Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L.312-4, les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'interventions et détermine les modalités d'information du public....* ».

1°/ L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Créée par la loi du 20 juillet 2001, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est ouverte aux personnes de plus de 60 ans, en situation de perte d'autonomie nécessitant une aide pour les actes essentiels de la vie et résidant à domicile ou en établissement.

L'attribution de l'APA n'est pas liée à une condition de ressources, toutefois celles-ci sont prises en compte lors de l'établissement du montant de l'APA qui sera attribué.

Le dossier de demande est délivré par les services du conseil général du département.

La demande est instruite par une équipe médico-sociale (au moins un médecin et un travailleur social).

Les personnes sont classées dans une catégorie de la grille AGGIR et seules les catégories 1 à 4 se voient proposer un plan d'aide qui mentionne également le taux de participation financière des personnes, en fonction de leurs revenus.

L'APA concerne les personnes vivant encore à leur domicile et aussi celles en établissement. Dans tous les cas, il s'agit d'une évaluation variable suivant la situation de santé et de dépendance de la personne, et fonction de ses ressources.

A la différence de l'ancienne prestation spécifique dépendance (PSD), les sommes versées au titre de l'APA ne font pas l'objet de récupération sur la succession du bénéficiaire.

Si la personne réside à son domicile, l'allocation lui est versée directement si elle rémunère une personne; si la prestation est rendue par une association agréée, la somme lui est versée directement aussi. En cas d'hébergement en établissement, la somme est versée directement à l'établissement.

Au 31 décembre 2009, 1 130 000 personnes bénéficiaient de l'APA, pour un coût global d'environ 5 Mds 200 millions d'euros.

2°/ L'action sociale des caisses de retraite.

L'action sociale des caisses de retraite a pour objectifs de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à leur domicile. Ainsi la CNAV attribue des heures d'aide ménagère et des aides à l'amélioration de l'habitat. Par contre, le bénéfice de l'aide à domicile a été récemment supprimé aux retraités de la fonction publique d'Etat.

3°/ L'Aide Sociale Départementale (voir Annexe VIII page 83).

L'attribution de l'aide sociale départementale est conditionnée par deux éléments : la notion de besoin d'hébergement, et l'insuffisance des ressources pour faire face aux dépenses engendrées par ce besoin.

L'aide sociale a un caractère subsidiaire et de remplacement; elle n'intervient que si il est constaté que la personne âgée, avec ses ressources personnelles et celles de ses obligés alimentaires (ascendants ou descendants), ne peut faire face aux dépenses d'hébergement.

L'aide sociale a le caractère d'une avance; c'est-à-dire, qu'au décès de la personne, le département procède, auprès des bénéficiaires de la succession, à la récupération des sommes qu'il a engagées. Cette récupération peut s'effectuer, selon les cas, sur la succession du bénéficiaire et/ou sur les donataires et légataires dans la limite de l'actif successoral.

4°/ Les services d'aide et d'accompagnement à domicile.

L'aide ménagère initiée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) est menée en partenariat avec les conseils généraux et fait l'objet d'une action sociale et coordonnée entre la CNAV, l'Arcco et l'Ircantec.

Elle s'adresse aux personnes ne bénéficiant pas de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), car relevant de la grille d'évaluation AGGIR 6 ou 5 (perte légère d'autonomie) afin de contribuer à son maintien à domicile dans la mesure où son état de santé ne justifie pas l'octroi de l'APA.

Elle peut aussi intervenir en cas de maladie ne justifiant pas une hospitalisation.

Le nombre d'heures est déterminé par l'évaluation des besoins du demandeur et tient compte de son environnement (30 heures par mois maximum, et pouvant aller jusqu'à 90 heures).

Cette aide est réservée, sous condition de ressources, aux retraité(e)s du régime général de la sécurité sociale. Une participation est laissée à la charge du bénéficiaire en fonction de ses ressources.

L'évaluation des besoins s'effectue avec la personne bénéficiaire et à son domicile par l'association conventionnée qui transmet le dossier à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM). Celle-ci, après examen en commission, répond dans un délai de trois semaines minimum.

Certaines caisses ou certaines mutuelles accordent un quota d'heures gratuites.

La prestation est effectuée par les services d'aide à domicile conventionnés avec les caisses régionales. Il s'agit d'associations de type 1901 à but non lucratif ou d'institutions appartenant au secteur public (CCAS par exemple).

La prestation d'Aide Ménagère à Domicile (AMD), financée par la branche retraite, constitue une aide extra-légale attribuée dans la limite du Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale en faveur des personnes âgées.

Dans ce cadre, la CNAV notifie chaque année une dotation annuelle d'heures aux différentes CRAM, lesquelles ont ensuite en charge de la gérer en centrant leur action davantage sur les populations les plus fragilisées et isolées socialement.

Prise en charge : l'aide ménagère est prise en charge par l'aide sociale, ou partiellement par la caisse de retraite des bénéficiaires. Dans les deux cas, une participation financière déterminée en fonction des ressources du bénéficiaire peut être demandée. L'aide se fait en nature. Elle peut se faire en espèces, notamment quand il n'existe pas de service d'aide ménagère dans la commune, ou si le bénéficiaire préfère employer une personne de son choix. Son montant est limité à 60% du coût des heures d'aide à domicile accordées. La demande d'aide ménagère doit être adressée au Centre communal d'action sociale ou à la caisse de retraite.

Rappel :

Le Centre communal d'action sociale (**CCAS**), ex bureau d'aide sociale, est un service administratif, distinct de la mairie, mais dont le conseil d'administration est présidé par le maire.

Il intervient en matière sociale et fait le lien avec les services compétents du département.

Il peut créer des crèches, des dispensaires, des services d'aide aux personnes âgées ou handicapées, des résidences pour personnes âgées, etc.

Chapitre 3 :

L'actualité politique du dossier

Les personnes âgées étant devenues une part croissante de la population et donc du corps électoral, la question du grand âge a fréquemment fait partie du débat public depuis les années 1980 et a fait de plus en plus souvent l'objet de promesses électorales.

A travers le rapide survol historique ci-dessus, nous avons pu constater, à plusieurs occasions, que des candidats à des élections avaient fait de belles promesses, voire pris des engagements, que par la suite ils ont rarement tenus. Il en est allé de même au cours des dernières années.

I – Les promesses et les engagements du candidat Sarkozy et de son Gouvernement.

Pendant sa campagne présidentielle de 2007, Nicolas Sarkozy promettait :

« Je créerai une cinquième branche de la protection sociale [...] Je veux que la France soit un modèle dans la prise en charge des personnes âgées et dépendantes. L'honneur d'une civilisation, c'est la manière dont elle s'occupe des plus fragiles d'entre nous [...] Le rôle de la solidarité, c'est la prise en charge matérielle des personnes dépendantes. Le rôle des familles, c'est leur prise en charge affective ... ».

Dans son programme présidentiel, il affirmait sa volonté de : *« créer, dans notre organisation administrative et sociale, un organisme dont le but sera de préparer notre pays au défi de la dépendance, et de veiller à ce que, sur tout le territoire, de manière égale, il existe les structures suffisantes pour prendre en charge les personnes en perte d'autonomie ».*

Ce discours de Nicolas Sarkozy en 2007 venait s'inscrire dans une période de « réflexion intense » sur ces questions, tant de la part des assureurs privés que des organismes publics, en France comme dans presque tous les pays développés. On a vu arriver une avalanche de rapports : aux Etats-Unis en 2004, en Espagne en 2006, en Allemagne pour repenser éventuellement le système d'assurance sociale mis en place dans le début des années 1990, au Royaume-Uni pour transférer aux collectivités territoriales la compétence en matière de dépendance.

- **Le 20 mars 2007**, en France, une mission confiée à Mme Hélène Gisserot, Procureur général près la Cour des comptes, remet son rapport.
- **Le 18 septembre 2007**, à l'occasion du 40^{ème} anniversaire de l'Association des journalistes de l'information sociale, Sarkozy, devenu Président de la République, annonce, au Palais du Luxembourg, son souhait qu'un projet de loi sur la prise en charge de la dépendance soit prochainement soumis au Parlement.
- **Le 12 décembre 2007**, le Sénat crée une mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque.
- **Le 8 juillet 2008**, cette mission adopte un rapport d'étape présenté par M. Alain Vasselle, sénateur UMP de l'Oise.
- **Le 17 décembre 2008**, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 apporte des modifications en matière de tarification des EHPAD.
- **Le 22 juillet 2009**, la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale constitue une mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Cette mission est présidée par Mme Valérie Rosso-Debord, députée UMP de Meurthe-et-Moselle (la mission est composée de 10 membres, 6 UMP, 3 SRC socialiste, citoyen et divers gauche, 1 nouveau centre).
- **Le 23 septembre 2009**, lors de sa première réunion, cette Mission décide de centrer ses travaux prioritairement sur le financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des seules personnes âgées, en contradiction avec le principe clairement affiché dans la loi du 30 juin 2004 et dans celle de février 2005 d'une convergence des politiques de compensation des situations de handicap, quel que soit l'âge de celui qui les subit. L'explication avancée par la Commission est que la survenue de la crise financière de 2008 rend actuellement impossible la recherche d'une telle convergence. Pour la majorité actuelle, il est donc manifeste que ce ne sont pas les banquiers ni les financiers, responsables de la crise, qui vont en supporter les conséquences, mais bien les salariés, les chômeurs, les retraités, les handicapés.
- **Le 15 février 2010**, lors d'une réunion avec les partenaires sociaux, le président de la République s'affirme *« déterminé à relever le défi de la dépendance qui sera, dans les décennies à venir, l'un des problèmes les plus douloureux auxquels nos familles seront confrontées ».*

- **Les 23/30 juin 2010**, le Rapport d'information, faisant suite aux travaux de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, est déposé par Mme Valérie Rosso-Debord.
- **Le 12 juillet 2010**, lors d'une intervention télévisée, le Président de la République annonce qu'au lendemain du vote de sa réforme des retraites, son prochain dossier prioritaire sera celui de la dépendance.
- **Le 16 novembre 2010**, devant trois journalistes représentant trois chaînes de télévision, Nicolas Sarkozy réaffirme son engagement sur la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.
- **Le 24 novembre 2010**, le « nouveau » premier ministre François Fillon, lors de la présentation de son programme gouvernemental de « rigueur tranquille » devant l'Assemblée nationale, confirme que le gouvernement ira vite pour faire adopter cette nouvelle réforme qu'il inscrit dans une réforme plus générale de la Sécurité sociale, et particulièrement de l'Assurance-maladie.
- **Le 27 novembre 2010**, Mme Roselyne Bachelot annonce que le président lui a confié la mission d'animer le débat du chantier de la dépendance, en référence au récent rapport de Valérie Rosso-Debord déposé à l'Assemblée nationale en juin 2010.
- **Le 31 décembre 2010**, à l'occasion de la « traditionnelle » présentation des vœux, le Président de la République réaffirme son souhait d'une réforme de la prise en charge de la dépendance, dont certaines mesures pourraient être adoptées dès la fin de l'année 2011.
- **Le 12 janvier 2011**, Mme Roselyne Bachelot, ministre des solidarités et de la cohésion sociale, présente, devant les membres de la mission, les quatre groupes de travail mis en place dans le cadre du débat national sur la dépendance :

- Groupe 1 « **Société et vieillissement** », présidé par Annick Morel, il doit apprécier l'état de l'opinion sur la dépendance et le regard porté sur le vieillissement.
- Groupe 2 « **Enjeux démographiques et financiers** » présidé par Jean-Michel Charpin, il doit évaluer la réalité et l'ampleur du phénomène de la dépendance et en estimer le coût macro-économique.
- Groupe 3 « **Accueil et accompagnement des personnes âgées** », présidé par Evelyne Ratte, il doit repenser la cohérence et l'accessibilité de l'offre de services, en établissement et à domicile, en fonction de l'évolution des besoins des personnes dépendantes.
- Groupe 4 « **Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées** », présidé par Bertrand Fragonard, il doit consacrer ses travaux à la gouvernance.

- **Le 1er février 2011**, M. Alain Vasselle, toujours sénateur UMP de l'Oise, présente le Rapport de la mission commune d'information du Sénat, lequel rapport fait suite au rapport d'étape du 8 juillet 2008.
- **Le 8 février 2011**, le Président de la République, s'exprimant devant le Conseil économique, social et environnemental (CESE), chargé par le gouvernement de faire lui aussi un rapport, lance ce qui est présenté comme « **le grand débat national sur la dépendance** ».
- **Le 15 février 2011**, le Sénat tient un débat d'orientation sur la dépendance en présence de Mme Roselyne Bachelot, ministre des solidarités et de la cohésion sociale.
- **Le 14 avril 2011**, Mme Roselyne Bachelot fait un premier bilan d'étape des concertations lancées dans le cadre du débat sur la dépendance. Hormis quelques réflexions « sociétales », rien n'est dévoilé des intentions du gouvernement en matière de financement, mais « les contrats d'assurance pourront venir en complément de la solidarité, non s'y substituer ». Les débats inter-départementaux commencent le 18 avril (Angers) et se terminent le 6 juin (Ajaccio). Quatre débats régionaux, en mai et juin, seront consacrés aux thèmes des quatre groupes de travail.

II - Rapport de la Cour des Comptes (20 mars 2007) par Mme Hélène Gisserot, procureur général honoraire.

En introduction, Mme H. Gisserot note : « *Les assureurs privés français ont développé depuis le milieu des années 1980 une gamme de contrats visant à couvrir le risque dépendance via des rentes. La France se caractérise par un marché important, le deuxième en terme de nombre de souscriptions après les Etats-Unis, et avec une approche plus prudente dans la couverture du risque que dans ce pays. En même temps que ce marché gagne en maturité, la question se pose de sa participation à la gestion du risque dépendance* ».

En conclusion elle souligne que le débat doit être dédramatisé : « ... en retenant les prévisions aujourd'hui formulées en matière de prévalence de la dépendance (âge de survenance, durée de vie en dépendance), dont il convient toutefois de rappeler qu'elles sont sujettes à de fortes incertitudes, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait croître, ... en moyenne de 1% par an... dans ces conditions, on peut considérer que la croissance spontanée des financements aujourd'hui affectés à la dépendance, estimée à 2,2% par an net de l'inflation, soit le rythme d'augmentation potentiel du PIB, permettrait d'absorber l'évolution démographique ». Elle souligne encore : « De ce qui précède, il ressort que le coût de prise en charge de la dépendance des personnes âgées est moins fonction de l'évolution démographique, au moins à court et moyen terme, que de choix politiques sur le niveau et les modalités de cette prise en charge ».

Mme Hélène Gisserot dit explorer plusieurs pistes du « champ des possibles », en privilégiant en fait un scénario, « refuser toute augmentation des prélèvements obligatoires affectés à la compensation de la dépendance, en tablant sur une amélioration de la qualité de la prise en charge, mais en recentrant la couverture publique, via notamment l'APA, éventuellement revalorisée, sur les populations les moins aisées et/ou les plus dépendantes, en renvoyant les plus aisées à des mécanismes d'assurance privée ».

Pour que ce projet soit soutenable à long terme, il est envisagé de procéder « à l'harmonisation progressive des taux de CSG applicables aux revenus de remplacement actuellement assujettis sur ceux applicables aux revenus d'activité, et à l'extension de la CSA aux revenus non salariés, ce qui serait conforme à la logique de suppression d'un jour férié ».

De plus, « la charge sur les finances publiques pourrait en outre être allégée si ce choix s'accompagnait, ce qui n'est pas incompatible, d'un développement de l'assurance privée sous les formes les plus diversifiées possibles : contrats individuels, contrats collectifs, aménagement des contrats d'épargne retraite ... La Fédération française des sociétés d'assurance est prête à engager ses adhérents dans cette voie. Il convient de l'y encourager en sensibilisant les futurs retraités sur le niveau de prise en charge de leur dépendance auquel ils pourront prétendre en fonction de leurs ressources. Le bénéfice d'une aide fiscale n'est pas non plus à exclure mais à condition de résulter de la réaffectation d'aides existantes, dont l'utilité ne serait plus justifiée ».

Ainsi, ce rapport de la Cour des comptes plante déjà le décor : pas d'augmentation des prélèvements obligatoires, juste une augmentation de la CSG des retraités et une extension du « **jour férié travaillé mais non payé** » (lundi de Pentecôte) aux professions non salariées.

Parallèlement, l'APA pourrait être versée à des personnes moins nombreuses, en « ciblant » les moins aisées et les plus dépendantes. Un long rapport pour en arriver aux orientations générales déjà préconisées par ailleurs depuis plusieurs années par le FMI et l'OCDE concernant la réforme « partout nécessaire » de l'assurance maladie, avec l'idée des « trois piliers » pour les prises en charge et les prestations.

Bien entendu, le rapport préconise le recours aux assureurs privés. Il nous « rassure » en indiquant que la Fédération Française des sociétés d'assurances est prête à engager ses adhérents dans cette voie. Qu'ils en soient d'ores et déjà remerciés !

Les pouvoirs publics s'engageraient, de leur côté, à faire peur aux futurs retraités pour les inciter à prendre une assurance privée « **dépendance** », éventuellement assortie d'une incitation fiscale.

Il n'y aurait donc pas d'augmentation des prélèvements obligatoires, mais l'Etat accepterait de perdre des rentrées fiscales afin d'encourager les contribuables « à l'aise » à souscrire plus facilement un contrat, et afin d'augmenter ainsi le nombre de clients des assureurs privés.

III - Rapport d'information au Sénat (8 juillet 2008) par Alain Vasselle.

Fin 2007, le Président de la République avait annoncé, au Palais du Luxembourg, son souhait qu'un projet de loi soit prochainement soumis au Parlement sur la question du « cinquième risque ». Afin de prendre sa place dans le débat, le Sénat a alors créé une mission commune d'information qui, au terme de six mois de travaux, a établi un rapport d'étape.

En bref, quelques extraits du rapport de la mission d'information, daté du 8 juillet 2008 :

Dans le chapitre « *Un effort plus équitable en direction des bénéficiaires de l'APA à domicile* », il est notamment préconisé de proposer aux personnes en perte d'autonomie, en sollicitant les patrimoines les plus élevés, un « choix » : opter entre une APA à 50% ou une APA à 100% avec prise de gage de 20 000 euros au maximum sur la fraction du patrimoine dépassant un seuil déterminé (seuil à fixer à partir de 150 000 euros).

Ce serait, très concrètement, retomber dans un des travers de la Prestation Spécifique Dépendance mise en place en 1996/1997 qui avait poussé des personnes à refuser cette prestation pour ne pas courir le risque de « priver » ensuite leurs enfants d'un maigre héritage.

Dans le chapitre « *Un reste à charge maîtrisé et une dépense plus efficace en établissements d'hébergement* », sont essentiellement envisagés des transferts de dépenses ou de recettes ; ainsi, les ressources de la CSG correspondant aux « *excédents à venir* » de la Branche Famille seraient réallouées pour partie à la dépendance en établissement.

Sous le chapitre « *Une articulation à définir entre le socle solidaire et l'étage de financement assurantiel* », des mesures sont prévues pour inciter à souscrire des contrats privés d'assurance dépendance. Il n'est pas encore prévu de rendre ce contrat obligatoire, mais il est envisagé de « *réfléchir au développement de mécanismes facilitant pour les personnes à bas ou moyens revenus la souscription, sur une base volontaire, d'un contrat de prévoyance* ».

C'est un peu comme l'aide aux pauvres pour accéder à la propriété !

Les principales orientations du rapport Vasselle (voir Annexe V page 77).

Au lendemain de sa publication, le rapport n'a suscité que peu de débats et de réactions, hormis dans les milieux professionnels directement concernés.

Les critiques dénonçaient le projet général qui fixait la réforme dans un cadre à budget constant, par « *redéploiements* » de certaines dépenses et sans recherche de fonds supplémentaires, alors que les besoins étaient présentés en augmentation par le rapport lui-même.

La proposition la plus remarquée envisageait une récupération « *à la carte* ». Les personnes à revenus élevés pourraient choisir une APA à taux plein, mais « *gagée* » sur la part de leur patrimoine supérieure à 200 000 euros.

Le montant du « *gage* », plafonné à un maximum de 20 000 euros (correspondant à la somme maximale perçue par un allocataire durant 4 ans), serait récupéré sur la succession par le département ayant versé l'APA.

En réalité, cette proposition n'était qu'un simple retour à la récupération sur succession, mais rebaptisée « *gage* » et reposant sur un choix du bénéficiaire.

Le rapport formulait aussi diverses mesures pour inciter et favoriser l'assurance dépendance auprès des compagnies d'assurances. En effet, le Sénat s'opposait à la mise en place d'une cinquième branche de la sécurité sociale et privilégiait la création d'un cinquième risque, en s'appuyant sur le développement de la couver-

ture assurantielle de ce « *risque dépendance* » par de multiples dispositions :

- déductibilité fiscale des cotisations complémentaires dépendance,
- développement des contrats prévoyance,
- possibilité de convertir des contrats assurance vie en contrats dépendance sans coût pour l'assuré,
- aménagement du dispositif applicable au plan d'épargne retraite populaire.

Ce rapport avançait déjà une donnée incontournable : « *l'absence de marges de manœuvres des finances publiques* ».

Pour le Sénat, les seules solutions passaient donc par les redéploiements, la contribution personnelle des personnes âgées en fonction de leur patrimoine et le développement des assurances individuelles.

Les assureurs ont immédiatement compris le message et souligné qu'en matière de dépendance : « *... Ils font partie de la solution* ». Ils ont noté les mesures incitatives pour diriger les personnes vers l'assurance privée et ont apprécié l'idée d'un « *partenariat* » en matière de gouvernance du risque.

Ils demandaient à intervenir dans la définition du risque, dans sa constatation et dans la définition des montants plafonds d'aide publique ! Moins il y aurait d'intervention publique, et plus le « *marché* » serait important pour les assureurs privés !

IV - Rapport d'information (23/30 juin 2010) de Mme Valérie Rosso-Debord à l'Assemblée nationale.

Afin de rassembler des éléments d'information préalables à la discussion du futur projet de loi, le bureau de la Commission des affaires sociales du Sénat avait décidé, le 15 juillet 2009, la création d'une mission d'information.

Présidée par Mme Valérie Rosso-Debord (UMP), cette mission était composée de dix membres, 6 UMP, 3 SRC (socialiste, citoyen et divers gauche) et 1 NC (nouveau centre).

Lors de sa première réunion, le 23 septembre 2009, cette Commission avait décidé de centrer ses travaux prioritairement sur le « *financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des seules personnes âgées* ».

Elle avait précisé, qu'elle faisait ce choix « *sans renoncer au principe clairement affiché dans la loi du 30 juin 2004 d'une convergence des politiques de compensation des situations de handicap quel que soit l'âge de celui qui les subit* ».

Pour justifier cette limitation, la mission avait avancé comme argument que : « *la survenue de la crise financière majeure de 2008 rendait actuelle-*

ment impossible la recherche d'une telle convergence ».

Dès le début, il était donc clair que les personnes handicapées de naissance demeurent exclues de toute amélioration possible de la compensation financière de leur perte d'autonomie à cause d'une crise financière dont elles ne sont pas responsables !

Cette mission a rendu son rapport à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 juin 2010, rapport dont les principales propositions seront vraisemblablement la base de la future loi voulue par le Président Sarkozy.

A l'examen de ce rapport de conception ultra libérale, il apparaît que les principales propositions avancées sont très loin des promesses du candidat Sarkozy et qu'elles ne répondent aucunement à l'attente d'une majorité de Français qui souhaitent la mise en place, **au sein de la Sécurité Sociale**, d'une protection sociale réellement **financée par la solidarité nationale** et **assise sur l'ensemble des revenus** de chacun. En effet, l'ordonnancement du rapport s'organise autour d'un seul et même fil conducteur :

Les « *finances publiques sont exsangues* » et il n'est donc pas question de mettre plus de moyens financiers publics dans le nouveau système, alors que les besoins vont aller en augmentant. La mission préconise alors de faire largement appel aux financements privés. Donc, ouvrir le « **marché** » de l'**aide à l'autonomie** aux compagnies d'assurances privées ; En faire une source de profits pour les investisseurs financiers et pour leurs actionnaires. Le rapport dresse un constat alarmant des finances publiques certes, Mais il ne fait pas la moindre allusion aux choix financiers délibérés de ce gouvernement :

- Bouclier fiscal et cadeaux fiscaux pour les personnes les plus aisées,
- Défisicalisation des heures supplémentaires,
- Dégrèvements de cotisations sociales aux entreprises,
- Suppression de la taxe professionnelle,
- Part des salaires réduite de 8 à 10 points dans le PIB au profit des financiers et des actionnaires.

Après un long rappel des données socio-économiques et des constats partagés en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie, la Mission dévoile ses propositions, au nombre de 17.

(les 17 propositions du Rapport Rosso Debord sont en Annexe VI page 79)

Il est assez facile d'en partager certaines en matière d'information, de sensibilisation, de formation, de prévention. D'autres s'inscrivent en partie dans le cadre de la réduction des coûts : télémédecine, télégestion des prestations des aides à domicile dont les buts, non avoués, consisteraient probablement à réduire d'abord les personnels administratifs et médicaux. On sait pourtant qu'en matière sociale, la présence humaine est indispensable et irremplaçable.

Enfin plusieurs propositions pèseraient lourdement sur les familles et sont donc tout à fait inacceptables, comme par exemple celles-ci :

Proposition 11 : Instituer pour les demandeurs du bénéfice d'une allocation personnalisée d'autonomie possédant un patrimoine d'au moins 100 000 euros, un droit d'option entre une allocation réduite de moitié mais n'autorisant pas un futur recours sur la succession de son bénéficiaire et le service d'une allocation à taux plein, pouvant être récupérée sur la succession future du bénéficiaire pour un montant maximum de 20 000 euros.

Cela va placer le bénéficiaire face à un choix difficile : vivre plus décemment ou protéger ses ayants droit en acceptant une plus grande pauvreté ? En réalité il s'agit de taxer les petites successions et d'épargner les grosses. C'est un moyen détourné de diminuer le montant global de l'APA dont l'Etat veut sans cesse réduire sa part de financement.

Proposition 12 : Rendre obligatoire, dès l'âge de 50 ans, la souscription d'une assurance perte d'autonomie liée à l'âge et assurer son universalité progressive par la mutualisation des cotisations et la création d'un fonds de garantie.

Cette proposition est inacceptable : tout d'abord, c'est la discrimination par l'argent : ceux qui auraient bénéficié d'une belle carrière pourraient financer leur risque "manque d'autonomie", quant aux autres, travailleurs précaires, chômeurs, que deviendraient-ils ?

De plus, il s'agirait de faire obligation à toutes les personnes de plus de 50 ans, non pas de cotiser à la Sécurité Sociale, mais de contracter avec une compagnie d'assurances privée un contrat « aide à l'autonomie ».

Actuellement il y a environ, en France, 20 millions de personnes de plus de 50 ans (environ 33% de la population française). Seules 3 millions de personnes ont déjà souscrit un contrat « assurance dépendance » auprès d'une compagnie d'assurances privée. Avec cette opération proposée par le rapport de Valérie Rosso-Debord, ce sont 20 millions de personnes qui devraient souscrire obligatoirement un tel contrat, ce qui multiplierait le marché ouvert aux assureurs par six ! Ce serait un véritable « jackpot » pour les compagnies d'assurances privées : elles bénéficieraient d'une nouvelle clientèle d'assurés offerte « par la loi ».

Proposition 13 : Revoir les taux de la contribution sociale généralisée applicable aux pensions de retraite, afin d'aménager une meilleure progressivité de ces derniers en fonction des montants de ces pensions et appliquer un taux de 7,5 % aux montants les plus élevés.

Appliquer aux pensions des retraités imposables le même taux de CSG qu'aux actifs, soit 7,5 %, obligerait ainsi les personnes âgées elles-mêmes à payer pour leur manque d'autonomie présente ou future. Sorte de double peine sournoise !

Proposition 15: Réserver le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie aux personnes les plus dépendantes classées dans les groupes iso ressources 1 à 3 de la grille AGGIR.

Cette proposition permettrait d'exclure du bénéfice de l'APA près de la moitié des bénéficiaires : soit les 498 000 qui sont en GIR 4. Proposition particulièrement injuste qui représente une atteinte directe à l'autonomie des personnes, puisqu'elle est indispensable à la rémunération des aides à domicile et à la prise en charge du forfait dépendance en établissement.

Proposition 16 : Alléger le régime fiscal applicable aux rentes viagères lorsque ces dernières sont destinées à prendre en charge une perte d'autonomie avérée.

Cette proposition d'alléger le régime fiscal des rentes viagères, lorsqu'elles sont destinées à prendre en charge une perte d'autonomie, créerait une niche fiscale de plus qui ne bénéficierait d'ailleurs pas forcément aux plus modestes.

Dans le rapport, cette proposition avait déjà été qualifiée d'inacceptable par le groupe SRC.

Le choix idéologique de la majorité parlementaire actuelle et du gouvernement de ne pas augmenter les prélèvements obligatoires des plus riches et de maintenir leurs privilèges tout en attribuant des fonds publics aux responsables de la crise se retrouve dans la « rigueur » financière qui est donnée a priori comme cadre à toute réforme portant sur le social.

Ainsi, dans le premier chapitre du rapport intitulé : « Des données socio-économiques bien connues », on nous présente « un contexte de finances publiques exsangues ».

Le rapport Vasselle de juillet 2008, à la veille de l'automne 2008 et donc avant que le gouvernement français ne trouve des milliards

d'euros à avancer aux banques, rejetait déjà toute idée de recours supplémentaires aux finances publiques comme une donnée incontournable. Le rapport Rosso-Debord, de juin 2010, profite de la « crise financière » pour expliquer que les finances publiques sont exsangues.

A chaque fois, les différents rapports nous servent les mêmes discours : « déficits publics croissants » et « prélèvements obligatoires trop élevés », sans aucune interrogation sur les vraies causes déterminantes de ces déficits publics.

Comme dans son précédent rapport de 2008, le Sénat ne propose pas d'autre « solution » que le recours individuel à l'assurance privée. Et dans ce nouveau rapport, il n'est jamais question de créer un financement au sein de la Sécurité sociale, avec

un système obligatoire, unique, universel, public, financé par toutes et tous, en fonction de l'ensemble des revenus.

Il n'est jamais envisagé par exemple de mettre en place une nouvelle cotisation obligatoire pour tous afin d'« *amortir* » sur le plus grand nombre le coût résultant de la compensation financière de leur perte d'autonomie pour les personnes fragilisées.

Le Sénat se refuse à la mise en place d'une cotisation nouvelle « *car les prélèvements sont déjà trop élevés* » ; mais il ne s'interroge pas sur le coût, pour les personnes, des nouvel-

les primes payées à des compagnies d'assurance.

Derrière ces propositions, se cache la volonté d'amener une nouvelle clientèle et des capitaux supplémentaires, à ce secteur financier.

C'est aussi l'acceptation d'inégalités croissantes entre les personnes quant à leur recours possible à des compensations en cas de perte d'autonomie : là comme ailleurs, la question financière de chacun sera déterminante, et c'est toujours une des conséquences directes des limitations des solidarités collectives

V - Rapport d'information présenté au Sénat le 1er février 2011 par Alain Vasselle.

Ce long rapport s'ouvre sur un panorama de l'aide à l'autonomie, montrant que le statu quo n'est plus tenable et c'est un élément clé pour nous persuader que les solutions qu'il préconise sont inéluctables.

D'entrée de jeu, il retient le principe d'une organisation et d'un financement de la prise en charge du manque d'autonomie basé sur un partenariat public-privé et sur une articulation entre solidarité nationale et prévoyance individuelle.

Dans ses orientations liminaires, il donne la préférence à un financement mixte de la prise en charge de l'aide à l'autonomie, comme le rapport d'étape de juillet 2008 en avait déjà retenu l'idée, en sou-

haitant la mise en place d'un « **socle élevé** » de solidarité par le développement de garanties assurantielles.

Cette mission sénatoriale « *estime aujourd'hui que l'aggravation de la situation des finances publiques intervenue depuis la publication de son premier rapport ne fait que conforter ce choix.* ».

Essayant d'anticiper les critiques qui pourraient se rattacher aux critères et aux valeurs de 1945, la mission reprend à son compte une déclaration du 12 janvier 2011 de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale, Roselyne Bachelot :

« La question de la dépendance est nouvelle ; on ne peut y répondre avec les solutions de 1945. Sans s'écarter des grands principes de solidarité et de fraternité, nous devons proposer de nouveaux outils. Pourquoi ne pas imaginer une cinquième branche qui ferait intervenir de nouveaux acteurs dans sa gouvernance ? Ne nous enfermons pas dans les schémas du passé. Il n'est pas impossible de concilier proximité et équité ! ».

La mission estime encore que retenir le modèle des quatre branches de la sécurité sociale aurait pour conséquence d'écarter les départements de la gouvernance du système, ce qui constituerait un recul incontestable.

Elle ajoute que « *D'ores et déjà, les différents risques couverts par les branches de la Sécurité sociale donnent lieu à des financements complémentaires ne relevant pas de la solidarité nationale. Tel est notamment le cas du risque vieillesse* ».

En arrière plan, se profile un des projets de la droite et du Medef :

- Ne pas augmenter les « *prélèvements obligatoires* » (les impôts et les cotisations sociales) ;
- Faire intervenir les assureurs privés dans un « *partenariat public/privé* » : pour le privé, un marché potentiel de toutes les personnes incitées par divers moyens à souscrire un contrat « *dépendance* » ; possibilité aussi pour le privé d'intervenir dans la définition du « *risque* », voire dans sa gestion, y compris de sa part « *publique* ».

C'est ce que recouvre la modernité présentée de façon interrogative : pourquoi ne pas imaginer une cinquième branche qui ferait intervenir de nouveaux acteurs dans sa gouvernance ?

- Faire un large appel à des « complémentaires » (c'est déjà le cas en matière de vieillesse et de maladie). Ainsi, les compagnies d'assurances et les mutuelles, de plus en plus engagées sur la voie concurrentielle, participeraient au « marché » et à la gouvernance, avec de futurs conflits d'intérêts en perspective.
- Solliciter également les patrimoines « **les plus élevés** » par le choix offert, dès l'entrée en dépendance, entre une APA à 50% ou à 100%, mais avec un gage de 20 000 euros au maximum sur la fraction du patrimoine dépassant un seuil déterminé.
- Ecarter le recours à une assurance obligatoire et donner la préférence au volontariat, pour une généralisation de la couverture assurantielle du risque dépendance.
- Ce recours à l'assurance volontaire serait assorti d'une aide publique, pour les personnes les plus démunies.

Ces propos préliminaires éclairent fortement les orientations probables de la majorité parlementaire actuelle, comme l'avait déjà précisé Mme Bachelot, le 17 janvier 2011 devant la mission d'information, lorsqu'elle avait dévoilé le futur cadrage général de cette réforme :

« La convergence des politiques envers les personnes âgées et les personnes handicapées, inscrite dans la loi, reste notre objectif. Toutefois, la priorité est de traiter la perte d'autonomie des personnes âgées. Dans un contexte budgétaire tendu, c'est la garantie que cette réforme ne se traduira pas par un recul des droits pour les personnes handicapées, une convergence vers le bas"... ».

Elle rappelle, ensuite, les multiples propositions imaginées pour couvrir les besoins supplémentaires liés à la perte d'autonomie :

« Certains préconisent une augmentation des prélèvements sociaux, notamment de la CSG des retraités; d'autres défendent un recours sur succession, soit par un gage individuel, soit via une hausse de la fiscalité sur la transmission du patrimoine. D'autres encore voudraient développer la prévoyance individuelle. »

En ce qui concerne la « gouvernance », elle s'étonne « de voir plusieurs responsables politiques regarder dans le rétroviseur : la gestion de ce risque nouveau appelle nécessairement des solutions innovantes ».

VI - Lancement du « Débat national » sur la Dépendance devant le Conseil économique, social et environnemental (CESE) par Roselyne Bachelot et Nicolas Sarkozy le 8 février 2011.

Dans les interventions de Roselyne Bachelot et de Nicolas Sarkozy devant le CESE, rien de vraiment nouveau sur les intentions réelles du gouvernement. Par ailleurs, il est évident que certaines orientations se prennent souvent dans la confidentialité (repas d'affaires, rencontres et réunions d'experts, de spécialistes, de professionnels et d'investisseurs).

Toutefois, l'examen des différents discours est très éclairant sur les méthodes de gouvernement et sur les techniques « d'enfumage » utilisées aujourd'hui pour faire progresser certaines idées au détriment d'autres.

Ainsi, Mme Roselyne Bachelot ouvre son discours devant le CESE par quelques formules très consensuelles qui ne peuvent que faire l'unanimité :

*« Le regard que porte notre société sur ses aînés est tout aussi important que celui que chacun d'entre nous porte sur ses propres parents.
Il dépend donc de nous de dessiner une image positive du vieillissement et de faire vivre, individuellement et collectivement, nos valeurs de solidarité et de fraternité.
Car le modèle de société que nous voulons promouvoir, c'est cette société humaniste, qui fait de l'attention à l'autre, et en particulier aux plus vulnérables, une règle imprescriptible »*

Mais il faut se méfier en effet, car c'est avec des discours identiques que ces majorités parlementaires ont « **sauvé notre système de retraite par répartition** », et ont aussi « **sauvé notre assurance-maladie** » à laquelle nous sommes tous attachés ! Les discours dissimulent mal des politiques totalement contraires. Après de nombreuses formules d'ordre général, la ministre a fait part de ses espoirs dans ce grand débat national demandé par le Président de la République.

Elle a rappelé l'installation par ses soins des quatre groupes de travail thématiques le 12 janvier 2011 et annoncé quatre colloques interrégionaux, précédés de la **mise en place de « groupes de parole »** de citoyens, pour dresser un point d'étape sur chacune de ces thématiques.

Un site Internet dédié au débat national permettra d'ailleurs de recueillir les contributions de chacun. Dans sa conclusion devant le CESE, elle se garde bien de tracer une quelconque feuille de route.

Enfin, Mme Marie-Anne Montchamp, chargée de la synthèse de la 1^{ère} table ronde, donne quelques informations éclairantes :

« Comme le précédent grand chantier mené avec succès par le Président de la République, celui de la réforme des retraites, la réforme de la dépendance renvoie les décideurs politiques face à leur première responsabilité, celle de traiter ce sujet si important en amont, avant qu'il ne soit trop tard... ».

Bigre ; si le succès de la réforme des retraites est donné comme exemple, nous avons raison de craindre le pire !

Il revenait enfin à Nicolas Sarkozy de conclure cette matinée « dépendance » du CESE du mardi 8 février. Il le fit en rappelant l'urgence de cette réforme :

« En vérité, nous n'avons pas le choix. Nous ne pouvons plus attendre. ... Nous avons déjà trop attendu... Nous avons sauvé nos retraites de la faillite à laquelle le choc démographique les condamnait à plus ou moins brève échéance. ... Nous l'avons fait en choisissant de travailler davantage plutôt qu'en augmentant des impôts et des charges qui auraient principalement pesé sur le travail, encouragé les délocalisations, détruit des emplois et réduit le pouvoir d'achat... »

Naturellement, Nicolas Sarkozy fait aussi largement appel à la fibre « **humaniste** » de tout discours politiquement correct aujourd'hui sur la perte d'autonomie :

« Ce qui est en jeu c'est l'idée que nous nous faisons de notre société, devrais-je même dire, de notre civilisation ? Ce qui est en jeu est humain, affectif, et moral. ... C'est dans le sort qu'elle réserve, dans la place qu'elle donne, dans la considération qu'elle porte aux plus humbles, aux plus vulnérables, aux plus fragiles, aux plus innocents des siens que se mesure la valeur morale et humaine d'une société. »

On croirait entendre une voix d'outre tombe, celle de l'Abbé Pierre par exemple, et pourtant c'est bien le Président des riches qui parle !

Ne reculant devant aucune tentative de récupération politique, et sans aucun scrupule, Nicolas Sarkozy inscrit sa réforme dans la grande marche de l'Histoire :

« Un tel projet ne peut pas s'inscrire dans le débat politique ordinaire. Il exige de la part de chacun un effort sur lui-même pour s'élever au-dessus des clivages partisans et idéologiques et laisser sa conscience, son cœur, sa raison, indiquer la voie de l'intérêt général comme le firent jadis les auteurs du programme du Conseil National de la Résistance et les bâtisseurs de la Sécurité Sociale ».

Devant le CESE, le Président de la République n'oublie pas un couplet sur l'insertion des personnes âgées dans la société :

« Il nous faut inscrire le traitement de la dépendance dans ce grand mouvement de réinsertion de la vieillesse dans la vie sociale. Il ne s'agit pas que les plus âgés dont les facultés déclinent puissent seulement survivre tant bien que mal surtout sans déranger personne ».

Nous ne ferions pas mieux, félicitations au rédacteur de ce discours du Président de la République !

Et il poursuit encore :

*« Il s'agit de tout faire pour que leur vie soit une vraie vie le plus longtemps possible, pour que, même affaiblis, diminués, privés de tout ou partie de leur autonomie, ils puissent encore éprouver assez de joie de vivre pour que le bonheur d'être là l'emporte sur la lassitude, le sentiment d'être de trop et même l'attente d'une mort vécue comme une délivrance d'une existence qui n'a plus de sens ...
Alors, de quoi ont-ils besoin, même ceux qui ont tout oublié, même ceux qui sont re-devenus comme des enfants, même ceux qui sont déjà ailleurs ? Ils ont besoin d'amour. Ils ont besoin qu'on les aime ».*

N'oublions pas que ce même Président de la République vient de mener une réforme des retraites, en rejetant l'idée de métiers pénibles, en incitant tout le monde à travailler plus longtemps (ou, tout au moins, à essayer, malgré courbatures, fatigues, récupérations plus difficiles, sommeils moins réparateurs, etc..). Dans les discours, tout est possible ; mais dans la « **réal politique** », on ne fait pas de sentiment. Nous avons également eu droit à quelques couplets sur les familles, pour que :

« La responsabilité des familles soit au cœur de la réflexion, parce qu'elle est au cœur de la solidarité entre les générations et de la transmission ... La société est là pour accompagner les familles, les soutenir, les aider, les soulager, mais j'affirme que la société n'est pas là pour remplacer les familles... Naturellement, les familles ne peuvent pas tout faire ... ».

Ce sont en effet de vraies questions à débattre, et qui n'appellent certainement pas toujours les mêmes réponses, dans l'espace et dans le temps.

Abordant tout ou presque, dans son discours, le Président de la République vante aussi les mérites :

*« d'une main d'œuvre qualifiée, capable de pratiquer des soins, de faire face aux besoins de la vie quotidienne, formée à l'hygiène, à la sécurité, à l'écoute, au dialogue, à l'accompagnement psychologique. C'est un domaine où l'expérience et les qualités humaines sont précieuses...
Les emplois qui accompagnent le grand âge ne doivent pas être considérés comme des petits boulots, des boulots au rabais que l'on fait faute de mieux, sans en avoir le goût, sans y être préparé, avec le sentiment que ne s'y attache aucune reconnaissance sociale.
Il va falloir relever leur statut social à la mesure de leur utilité, de leur nécessité. Il faut les professionnaliser, valider les acquis de l'expérience, améliorer les conditions de travail et de rémunération, ne pas les laisser dans la précarité, avec le sentiment d'une absence totale de perspective... ».*

Inutile de rappeler que c'est pourtant lui, Nicolas Sarkozy, qui, depuis des années, mène une politique de précarisation accrue des emplois des fonctions publiques et facilite grandement la casse du Code du Travail réclamée par le Medef.

Vient ensuite le point essentiel de l'intervention, à savoir la question du financement. Il souligne d'abord que, là comme ailleurs, il nous faudra dépenser mieux. Mais il reconnaît, à l'opposé d'autres discours, qu'il faudra :

« Aussi dépenser plus. Il nous faut donc réfléchir à un nouveau financement. Nous devons chercher ensemble la meilleure solution, à la fois du point de vue de la justice et de l'économie. Taxer davantage le travail et en augmenter le coût ne conduiront qu'à une délocalisation encore plus importante de nos emplois... Je ferme ... cette voie. Aussi, je demande à chacun d'entre vous d'examiner toutes les autres options possibles, de n'écarter d'emblée aucune solution, y compris celle de l'assurance, pour des a priori idéologiques. L'idéologie n'a rien à faire dans une affaire de cette importance et de cette humanité ».

Le Président de la République déclare donc le débat ouvert, largement ouvert, mais ... il n'est pas question d'augmenter les cotisations et les taxes. A l'opposé d'autres discours annonçant que tout ceci devrait se faire « **à moyens constants** », il admet qu'il faudra mettre plus de fonds, mais en rejetant d'emblée l'idée de fonds collectivisés supplémentaires : ce seront donc des fonds « financiarisés ».

Le débat est peut-être ouvert..., mais si des fonds supplémentaires sont nécessaires et s'il faut obligatoirement aller les chercher ailleurs que dans des cotisations nouvelles ou des taxations nouvelles, il n'y a plus grand choix en matière de « **financement innovant** », sauf à examiner toutes les autres options possibles, sans a priori idéologique. Pour cette majorité, décider d'un recours aux assureurs privés ne serait pas faire preuve d'a priori idéologique, mais en repousser l'idée serait idéologique, et peut-être même aussi archaïque et ringard !

Nous avons déjà eu droit à cette « dialectique » lors du débat sur les retraites, où toutes les solutions étaient possibles, sauf celles qui auraient conduit à une augmentation des rentrées de cotisations.

Toujours sans a priori idéologique, le Président Sarkozy assène alors les arguments qui frappent :

« Quand nos finances publiques sont dans la situation où elles sont, quand le travail est à ce point taxé, quand 5 millions de Français ont déjà souscrit une assurance dépendance, est-il raisonnable de ne pas s'interroger sur le rôle que peuvent jouer les mutuelles, les compagnies d'assurances et les organismes de prévoyance ? »

Certes le débat est ouvert, mais le choix présidentiel est clair : faire largement appel au secteur privé, aux compagnies d'assurances (qui ont déjà largement exploré le secteur), aux mutuelles (dont certaines se sont déjà ouvertes à ce nouveau marché).

Et, pour tenter de faire plaisir à beaucoup de monde, Sarkozy souligne qu'il souhaite que la couverture de ce risque obéisse « *aux principes d'universalité et de paritarisme qui gouvernent les quatre branches de la sécurité sociale* ».

Comment comprendre certaines assertions ?

Les opérateurs privés interviendront largement, mais « *personne ne devra être tenu à l'écart de cette couverture ou pénalisé, ni à cause de son âge, ni à cause de son état de santé, ni à cause de ses revenus. L'universalité implique l'absence totale de discrimination* ».

Le « marché » serait probablement divisé en deux : une partie au secteur marchand, avec des contrats privés et des prestations de bon niveau, en fonction du montant des cotisations antérieures, et un « droit

minimum » dévolu au public, pour les plus démunis et pour les personnes ayant refusé un contrat privé, malgré aides et incitations. Car les assureurs privés seront aidés pour les remercier de leur participation à la gestion de ce risque.

Pensant à tout, Sarkozy et ses conseillers souhaitent répondre à l'avance aux demandes de « certains partenaires sociaux » : « *Il va de soi que, pour moi, les partenaires sociaux ne sauraient être exclus du pilotage, de la surveillance et du contrôle du système de prise en charge de la dépendance* ».

A Solidaires, nous avons déjà eu quelques débats sur les limites du « paritarisme » dans la gestion actuelle des organismes sociaux.

Enfin, pour rassurer tout le monde, Sarkozy, comme lors du conflit sur les retraites, qui, depuis les réformes de 1993, ne cessent d'être « sauvées » par la droite, affirme encore : « *Pour rassurer ceux qui auraient un doute : je n'ai pas l'intention d'utiliser la dépendance pour privatiser insidieusement l'assurance maladie* ». Puisque c'est lui qui le dit, ce ne sera pas insidieux, en effet !

Ce « 5^{ème} risque », souvent évoqué par le Président de la République, prend alors quelque consistance : il ne s'agirait nullement d'élargir le champ de la Sécurité sociale, par la mise en place d'un système universel (ouvert à tous, sans conditions de ressources ni d'âge), collectif (avec une couverture du risque sociale et publique, et non pas individuelle et privée), solidaire (le niveau du risque à couvrir étant déconnecté de la contribution financière) et pérenne (le financement étant assuré par une contribution affectée assortie d'une assiette large).

VII - Le débat d'orientation sur la Dépendance organisé par le Sénat, en présence de Roselyne Bachelot, le 15 février 2011.

La séance du Sénat est ouverte par Philippe Marini, président de la mission commune d'information (celle qui a produit le Rapport Vasselle). Lui aussi souligne que : « *Nous nous devons d'articuler solidarité nationale et prévoyance individuelle dans un partenariat public-privé* ».

Il ajoute : « *Nous voulons préserver les finances publiques...D'autres financements doivent être mobilisés...nombre de propositions ont été formulées : élargissement de l'assiette de la contribution personnal-*

sée d'autonomie, créer une nouvelle journée de solidarité, aligner la CSG des retraités sur celle des actifs... ».

Critiquant la proposition de l'Assemblée nationale (rapport Rosso-Debord) qui préconise une assurance obligatoire à partir de 50 ans, il estime cette solution « hypocrite, car elle revient à une hausse des prélèvements obligatoires. Nous préférons une généralisation de la base assurantielle par incitations fiscales... ».

Alain Vasselle, rapporteur de la mission commune d'information, rappelle que « l'idée d'une cinquième branche de la sécurité sociale n'a jamais été retenue par aucun gouvernement. La création d'un cinquième risque est préférable... Il faut étudier globalement les questions relatives au vieillissement : retraite, dépendance, déficits de l'assurance maladie... L'APA dégressive pour les personnes ayant des ressources élevées et peu de « reste à charge » est souhaitable ».

Suite aux nombreuses interventions de sénateurs, Mme Roselyne Bachelot s'exprime à son tour :

« La dépendance n'est pas une fatalité, une politique active de prévention peut la faire reculer... la prévention, c'est également l'information sur la nutrition, la mobilité, les contacts sociaux. On peut agir sur le cadre de vie, le logement, premier lieu de risques... »

Les Français sont plus préoccupés par la charge quotidienne, psychologique et émotionnelle, que par le « reste à charge ». Combien de femmes, après avoir mis leur carrière entre parenthèses pour élever leurs enfants, doivent prendre en charge leurs parents ou beaux-parents ? Je parle bien des femmes : il faudra aborder la question du genre dans ce grand débat... La solidarité nationale ne doit pas servir à échapper aux solidarités familiales et à conforter les égoïsmes... »

Il est hors de question d'alourdir la dette publique, ou de taxer davantage le travail. Pourquoi écarter le principe de l'assurance individuelle déjà souscrite par 5 millions de Français ? »

On le voit, le débat est largement « ouvert ». A nous de faire entendre nos exigences !

VIII - Les orientations probables du Gouvernement.

Le gouvernement ne doit dévoiler son véritable projet qu'en juin 2011, mais on peut toutefois en imaginer d'ores et déjà le cadre général et les orientations principales.

Dans la logique des politiques libérales menées depuis plusieurs années, et plus particulièrement encore lors de la contre-réforme des retraites, il s'agira bien de réduire le nombre de bénéficiaires des aides actuelles, par différents procédés (modification des critères d'attribution, avec des « habillages » de plus grande efficacité, par exemple).

Il s'agira aussi de limiter les « coûts » publics de l'existant actuel (car il n'est pas question surtout d'augmenter les « **prélèvements obligatoires** » ou les « **charges** » qui pèsent sur l'économie).

Enfin, tout sera fait, plus ou moins discrètement, pour opérer des transferts vers le privé : compagnies d'assurances, en amont du « risque », prestataires de services et investisseurs immobiliers, pour « gérer » les personnes.

Par ailleurs, à la lumière des « réformes » récentes conduites par cette majorité politique dans divers domaines sociaux, restons sur nos gardes, soyons prêts à réagir et à nous mobiliser.

La manne de « l'or gris » intéresse les investisseurs et les financiers.

Plus précisément, le 8 février 2011, lors du lancement officiel du « grand débat national sur la dépendance » devant le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), Roselyne Bachelot, ministre des solidarités et de la cohésion sociale, chargée d'animer le débat du chantier de la dépendance, et Nicolas Sarkozy, ont évité de trop préciser les orientations du gouvernement, afin de laisser croire que le débat était largement ouvert.

Quoi qu'il en soit, à partir de leurs propos, mais surtout des multiples rapports précédents, émanant de la Cour des Comptes, de l'Assemblée Nationale, du Sénat, ou encore des interventions de membres du Medef et de représentants des assureurs privés, il est tout à fait possible de deviner les pistes vers lesquelles la majorité parlementaire actuelle va « naturellement » basculer.

Ce sont en effet celles et ceux qui se vantent d'avoir « **sauvé** » notre système de retraite par répartition grâce aux réformes imposées depuis 1993, qui se réjouissent à nouveau de la réussite de celle de l'automne 2010, qui se lancent maintenant dans la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie !

Nous pouvons donc esquisser ce que seront les orientations du gouvernement après le déroulement du « vaste débat national » piloté par le gouvernement.

- L'a priori idéologique de refuser, ici comme pour les retraites, toute augmentation des cotisations sociales, permet d'avancer ensuite l'« argument » des déficits publics et celui de la nécessaire rigueur budgétaire ; le recours aux assureurs privés devient donc tout naturel et de simple bon sens et on nous parle d'un partenariat public/privé plus ou moins « *gagnant gagnant* ». Aucune proposition gouvernementale n'envisage un recours exclusif à la sécurité sociale par des cotisations obligatoires et universelles. Par contre, on nous parle déjà des avantages d'un système « mixte » qui permet la « liberté » et le « choix ». Il serait donc « insupportable » pour l'économie française et pour le pouvoir d'achat d'augmenter les cotisations « obligatoires », mais il n'y aurait pas de problème à augmenter les versements, même obligatoires peut-être, à des compagnies d'assurances privées !
- A partir de ce rejet de toute couverture solidaire à 100%, il sera « naturellement » proposé de faire appel à des complémentaires privées (assurances et mutuelles), ce qui signifie que le gouvernement accepte que ce « risque » soit couvert de façon très différentes par les personnes, selon leurs moyens financiers. Le « choix » entraînera forcément le développement d'inégalités dans ce domaine aussi.
- L'idée émise par Mme Rosso-Debord en juin 2010 à l'Assemblée Nationale d'obliger les personnes de plus de 50 ans à souscrire un contrat « **dépendance** » auprès d'une compagnie d'assurances privée semble être abandonnée (elle est notamment repoussée par le rapport du sénateur Vasselle du 1^{er} février 2011).
- Par contre, la souscription d'un contrat privé « dépendance » sera proposée plus ou moins à l'ensemble de la population. Elle sera favorisée fiscalement par l'Etat pour les couches sociales aisées (une part plus ou moins importante étant considérée déductible du revenu imposable) ; elle serait carrément « aidée » pour les plus pauvres, mais en ouvrant droit à une couverture minimum. Ainsi, les contribuables supporteraient, de fait, une partie des primes versées aux assureurs privés et seraient donc mis à contribution... pour permettre d'augmenter les profits des compagnies d'assurances et les dividendes des actionnaires !
- Bien entendu, comme dans tout contrat privé de ce type, le montant des prestations versé, en cas de survenue d'une perte d'autonomie, sera largement fonction du tarif retenu lors du contrat primitif. Il s'agit bien d'un système très largement inégalitaire et précarisant pour de nombreuses familles. Avec beaucoup de circonvolutions, ce projet ressemble fort aux trois « piliers » des retraites préconisés par la Banque mondiale en 1994. Dans tous les cas, il s'agit de fragiliser une grande partie de la population, et d'attirer de nouveaux capitaux vers les secteurs financiers. Chacun aurait des prestations en fonction de ses moyens, et il est certain que les compagnies d'assurances procéderont, ici aussi, à une « sélection » de leurs clients, en excluant les personnes « à risques » ou en les soumettant à des tarifs exorbitants.
- L'idée d'un recours ultérieur sur succession est souvent émise par des membres de la majorité parlementaire, alors que l'ancienne Prestation Spécifique Dépendance (PSD), antérieure à l'APA mise en place en 2001, reposait sur ce système qui conduisait nombre de personnes modestes à refuser de solliciter cette PSD afin d'éviter de priver ensuite leurs enfants d'une partie de leur petite succession. L'imagination étant sans limites, il est parfois proposé un « choix » aux « bénéficiaires » : percevoir la prestation dans sa totalité, mais choisir ensuite une retenue sur leur succession, ou choisir dès maintenant une prestation réduite qui exonérerait ensuite la succession de toute retenue. Si la personne a une prestation réduite, ou si elle a une succession amputée, ce sera toujours elle qui aura choisi !
- Pour le complément de financement public qui serait certainement nécessaire, il est probable que des « bricolages » seront ressortis : instauration d'une seconde journée de « **solidarité** » travaillée et non payée (en plus du lundi de Pentecôte). Ce serait encore une journée supplémentaire travaillée sans salaire, soit une participation annuelle d'environ 0,50% du revenu annuel des salariés. Il est aussi préconisé d'aligner la cotisation CSG des retraités (actuellement 6,6%) sur celle des actifs (actuellement 7,5%). Ainsi, le choix serait de faire supporter le coût supplémentaire uniquement par les salariés et les retraités.

Le refus idéologique d'augmenter les « prélèvements obligatoires » et de rechercher des recettes nouvelles s'accompagne souvent de l'idée de réduire les dépenses. Il est parfois envisagé de revenir sur les modalités d'attribution de l'APA actuelle, pour en exclure les personnes classées en GIR 4 qui est le niveau minimal de perte d'autonomie donnant accès à la prestation. Ce serait exclure plus de 600.000 personnes, qui se retrouveraient en difficultés financières, ainsi que leurs familles. Ce serait donc rendre leur vie quotidienne plus difficile et aussi réduire tout le caractère « préventif » que peut avoir une prise en charge avant les pertes d'autonomies les plus graves.

- Quant à la gestion de cette « solidarité », certains propos du Président de la République ou de membres de la majorité parlementaire actuelle sont particulièrement inquiétants. M. Sarkozy nous parle souvent de « 5^{ème} risque » et utilise parfois ce terme en l'associant à l'idée de solidarité nationale, voire de Sécurité sociale. La confusion est alors totale. Tout ceci s'est progressivement décanté, et la « gouvernance » de son 5^{ème} risque irait totalement à contre-courant de l'esprit fondateur de la Sécurité sociale. En effet, celle-ci pourrait être :
 - confiée aux « partenaires sociaux » (ce qui ne peut que les « rassurer »),
 - étendue aux collectivités territoriales (ce qui semble aller dans le bon sens, vu le rôle qu'elles tiennent aujourd'hui dans ce dossier),
 - voire à des associations d'usagers, mais encore et toujours dans le cadre d'un partenariat public-privé,
 - et aux représentants des compagnies d'assurances privées (là, ce serait confier la gestion de l'intérêt général à des intérêts financiers ! Dans d'autres domaines proches, tel celui du médicament, on a vu à quels scandales peut conduire la multiplication des situations de conflits d'intérêts).

Ce serait en effet un risque supplémentaire de conflits d'intérêts dans notre pays et un pas vers la gestion de la solidarité nationale par des intérêts privés !

En intervenant par exemple dans la définition du risque, dans sa constatation, et même dans la définition des montants plafonds d'aide publique, les assureurs privés seraient, en fait, maîtres de l'intervention publique, et pourraient en limiter au quotidien le champ pour étendre leur « marché ».

- Aucune proposition, dans la majorité parlementaire, n'envisage un élargissement des services publics dans le secteur de l'aide à l'autonomie des personnes âgées fragilisées, à domicile ou en établissement. On a parfois droit à un discours lénifiant sur les mérites et les qualités des personnels – très majoritairement des femmes – mais aucune proposition n'est faite pour améliorer leurs conditions de travail, leur formation, leur rémunération.

IX – Analyses, critiques et propositions formulées par des associations, des organisations syndicales, des partis politiques.

Certaines associations, très impliquées dans les problèmes qui englobent le handicap, l'accompagnement de la perte d'autonomie et les prestations de compensation de ce handicap, ont depuis longtemps déjà un positionnement relativement clair sur ces questions.

Par contre, le positionnement des organisations syndicales et des partis politiques est plus récent et parfois encore assez incertain ou imprécis, ce qui traduit bien l'insuffisance de la prise en charge de ces questions par les mouvements politiques et syndicaux.

L'Assemblée des Départements de France (ADF).

Le président de l'Assemblée des départements de France (ADF), Claudy Lebreton, a déclaré que « *les départements et l'ADF qui les représentent auront à cœur de participer à ce chantier important pour la solidarité entre les générations* ». Selon lui, le financement de la dépendance doit « être couvert par la solidarité nationale », ajoutant qu'elle concerne également les personnes handicapées.

« *La question de l'autonomie ne doit pas être envisagée uniquement comme une équation financière à résoudre, mais bien comme un choix de société essentiel pour la qualité du vivre ensemble dans notre pays* », affirme le président de l'ADF. « *Le recours au système assurantiel que certains membres de la majorité parlementaire souhaitent privilégier, ne pourra qu'aggraver les inégalités sociales dont nos concitoyens sont déjà trop souvent les victimes* », conclut Claudy Lebreton.

Dans un rapport de mars 2010, l'Assemblée des départements de France est intervenue pour :

« Garantir le financement durable des allocations individuelles de solidarité dans ce cadre du Pacte républicain ».

Le rapport constate que les trois allocations individuelles de solidarité :

- l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA),
- le Revenu de Solidarité Active (RSA),
- la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

sont certes très récentes, mais qu'elles doivent être ancrées dans la conception de la solidarité nationale qui prévaut dans notre pays et inscrites dans le système de protection sociale issu du programme du Conseil National de la Résistance.

Une allocation individuelle de solidarité, comme l'APA, est un droit voté par le parlement auquel des personnes peuvent accéder sur la base d'un examen de leur situation individuelle et qui donne lieu ensuite à un plan d'aide ou à un contrat régulièrement évalué au regard de l'évolution de la situation de chaque personne.

L'ADF a lancé ce débat dans le cadre du devenir des collectivités territoriales et de la diminution de leurs ressources. L'ADF s'interroge donc sur le problème du financement des allocations individuelles de solidarité par les départements. Les solutions construites par les départements (augmentations fiscales, réduction des dépenses, baisse de l'investissement, recours accru à l'emprunt) pour faire face au différentiel entre les recettes et les dépenses liées aux compétences transférées sont aujourd'hui arrivées à leur limite.

L'Association des Paralysés de France (APF).

Dès février 2010, l'Association des Paralysés de France (APF) a rappelé qu'elle « porte l'ambition d'une politique transversale et intégrée du handicap et des valeurs de primauté de la personne, de choix du mode de vie, de participation sociale et de citoyenneté ». Elle affirme : « Pour un droit universel à compensation : créons un droit de sécurité sociale pour tous ».

Elle revendique la création d'un 5^{ème} risque autonomie qui réponde aux besoins spécifiques de chacun, quels que soient son âge (enfant, adulte), l'origine de sa perte d'autonomie (maladie, handicap, âge) et prenant également en compte sa famille.

Pour l'APF, cette réforme doit reposer sur la solidarité nationale et dès février 2010 elle affirmait :

« L'Etat français a la responsabilité et l'obligation de garantir à chacun des citoyens un socle inaliénable de droits sociaux, basé sur la solidarité nationale. Parmi ces risques sociaux, le risque d'une diminution ou d'une perte d'autonomie en raison d'une maladie, d'un handicap ou du vieillissement doit être reconnu et pris en charge au sein de la protection sociale ».

L'APF précise qu'il faut reconnaître un droit universel à compensation, garantissant la couverture de tous les risques liés à une perte d'autonomie, par la création d'une « branche autonomie » au sein de la Sécurité sociale et par la couverture financière intégrale de tous les besoins constatés (revenu de remplacement, financement des aides à l'autonomie, accueil et accompagnement par les services sociaux et médico-sociaux).

Ceci doit reposer sur un système de financement solidaire : « **que chacun obtienne les financements selon ses besoins, et que chacun participe selon ses moyens** », en supprimant tout « reste à charge » pour les personnes concernées et leur famille.

Enfin l'APF propose que la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) devienne l'organisme de gestion national de cette « branche autonomie », compte tenu de l'expérience et de l'expertise qu'elle a déjà acquises dans ce domaine de l'autonomie. Son champ de compétence serait renforcé pour qu'elle devienne la **Caisse Nationale d'Assurance Autonomie (CNAA)**.

Le financement devrait être assuré sur la base la plus large possible, concerner l'ensemble de la population et des secteurs d'activité, dans une logique de solidarité nationale. La CSG correspondrait le mieux à ces nécessités.

L'APF rejette donc toute idée de recours à une assurance/prévoyance privée (individuelle ou collective), même partielle, car ceci ne garantirait pas un droit pour tous (inégalités des garanties en fonction des cotisations payées, couverture partielle des besoins). Pour l'APF, la prestation d'aide à l'autonomie doit être une prestation unique pour tous les âges.

Compte tenu de son positionnement général antérieur, l'APF a pris acte de la volonté de Nicolas Sarkozy de créer un 5^{ème} risque de la Sécurité Sociale. Elle affirme vouloir apporter sa contribution à la grande consultation pour : « *Faire entendre la voix des personnes en situation de handicap pour un droit universel et une compensation intégrale des besoins liés à la perte d'autonomie, quel que soit l'âge* ».

L'Union Nationale des Retraités et Personnes Agées (UNRPA).

L'UNRPA est une association loi 1901, qui déclare 200.000 adhérents retraités. L'UNRPA exige une prestation universelle autonomie, gérée par la Sécurité sociale, et couvrant le handicap, lié à un accident ou à l'âge. Cette prestation doit être évaluée uniquement en fonction des besoins de la personne. L'UNRPA juge inacceptable d'envisager des ségrégations liées à l'âge et de rogner sur ce qui fait l'originalité du modèle social français depuis 1946.

En novembre 2010, l'UNRPA a lancé une pétition dont le contenu précise clairement ses oppositions :

- « *Je me prononce pour la création d'une prestation universelle autonomie gérée par la Sécurité sociale.*
- *Je refuse l'exclusion des personnes âgées en GIR 4 du bénéfice de l'APA.*
- *Je m'oppose à la souscription obligatoire d'une assurance personnelle dès 50 ans.*
- *J'affirme mon opposition au recours sur succession.*
- *Je refuse toute augmentation de la CSG comme source de financement.*
- *Je demande de faire cotiser les revenus financiers des particuliers largement nantis et des entreprises, la taxation des stock-options, la suppression des exonérations de charges sociales, etc... ».*

L'Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles (UNA).

L'Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles déclare être le premier réseau français de l'Aide et adhérer aux principes fondamentaux de l'économie sociale, pour participer à la construction d'une société citoyenne et solidaire, où l'économie et la mission d'intérêt public sont au service de l'humain avec une part irréductible de non-marchand.

Dès les premières annonces de Sarkozy, l'UNA a salué la perspective de la mise en place de cette réforme. Néanmoins, elle a affirmé qu'elle « *restera attentive à sa concrétisation dans les délais an-*

L'APF reproche au Président de la République d'avoir uniquement abordé la question de la perte d'autonomie des personnes âgées, contrairement à ses affirmations formulées, le 13 septembre 2010, devant les associations : « *La situation des personnes handicapées sera partie prenante de la réforme à venir sur la dépendance* ».

L'APF rappelle enfin qu'une « *réforme de la dépendance est plus que nécessaire pour prendre en compte tous les besoins de l'ensemble des populations concernées par les questions de perte d'autonomie (enfants, adultes, personnes âgées, aidants)...*

Son financement ne peut pas reposer sur l'assurance privée, car cela aboutirait à exclure les publics les plus précaires ».

noncés, et tient à rappeler son attachement aux principes fondamentaux d'un 5^{ème} risque de protection sociale ».

L'UNA se félicite que Nicolas Sarkozy n'exclut pas la possibilité d'une majoration de la CSG pour financer la réforme de la dépendance.

Elle considère que la création d'un 5^{ème} risque « *ne se fera que par le biais de la solidarité collective et un engagement fort de l'Etat* ».

Elle souhaite aussi que la « *grande consultation* » à venir tienne compte des travaux et constats déjà nombreux sur le sujet.

Adessadomicile.

Adessadomicile, réseau des entreprises associatives et des structures à but non lucratif d'aide, de soin à domicile et de services à la personne, s'est exprimé en février 2011 sur les orientations du Président de la République.

A la notion de **dépendance**, Adessa A Domicile privilégie celle de **perte d'autonomie** « qui symbolise la complexité des situations particulières que peuvent vivre les personnes. Entre le moment où les personnes ressentent le besoin de se faire aider ponctuellement en raison d'une légère perte d'autonomie et le moment où elles ne peuvent plus accomplir les gestes de la vie quotidienne, les réponses doivent être graduées et viser à retarder la dégradation de l'état de santé de la personne. Cette gradation de la notion d'autonomie est primordiale car elle intègre l'absolue nécessité de lier la prévention à la protection des personnes ».

Pour Adessa A Domicile :

personnes ressentent le besoin de se faire aider ponctuellement en raison d'une légère perte d'autonomie et le moment où elles ne peuvent plus accomplir les gestes de la vie quotidienne, les réponses doivent être graduées et viser à retarder la dégradation de l'état de santé de la personne. Cette gradation de la notion d'autonomie est primordiale car elle intègre l'absolue nécessité de lier la prévention à la protection des personnes ».

« La perte d'autonomie, comme tout risque possible, doit être prise en charge de façon équitable et solidaire, sans discrimination par l'âge ou l'origine du handicap. Le financement, pour être pérenne, doit reposer essentiellement sur la solidarité nationale. S'il y a un « panier de financement », la part assurantielle doit être marginale, encadrée et maîtrisée, comme c'est le cas pour la maladie. Il ne faut pas définir une nouvelle forme de paritarisme à seule fin d'associer les assureurs ! ».

Adessa A Domicile s'oppose à tout gage du patrimoine ou recours sur succession (qui serait une double peine pour les personnes qui, en raison de leur perte d'autonomie, verraient leur patrimoine menacé).

Et ajoute encore :

« Ce débat doit aborder l'évolution des besoins de compensation des personnes et apporter des réponses concrètes, afin de donner les moyens de vivre, et non survivre, et d'éviter l'exclusion de la vie sociale. Le refus de toute exclusion, qu'il s'agisse de critère d'âge, de cause de la perte d'autonomie, doit dépasser tous les clivages entre secteurs social, médicosocial et sanitaire ».

Elle prône donc le droit universel à la compensation de la perte d'autonomie, avec suppression de la barrière d'âge à 60 ans et établissement d'une couverture du risque de perte d'autonomie et avec une cotisation universelle définie en fonction des moyens de chacun.

Le Collectif « Pour un vrai Cinquième Risque ».

Dans un manifeste daté du 21 février 2011, un collectif « Pour un vrai cinquième risque » a fait part de sa création pour défendre l'idée que « la meilleure façon d'aider à l'autonomie est la création d'une nouvelle couverture de protection sociale, ou cinquième risque ».

Par ailleurs, ce manifeste précise que : « répondre aux besoins non couverts ou émergents que font naître les situations de handicap plurielles, c'est s'inscrire dans une politique publique centrée sur l'utilité du « vivre ensemble », c'est créer des emplois qui ne risquent pas d'être délocalisés, c'est créer des nouveaux métiers, c'est aussi participer au développement économique, culturel et social de notre pays ».

Ce collectif regroupe notamment de nombreux professionnels du secteur et des associations dont l'activité est centrée sur ces secteurs.

La CFDT.

La CFDT retraités rejette toute solution visant à une réponse individuelle par des assurances privées ou toute forme de récupération sur la succession des seules personnes concernées.

Elle affirme son attachement à la création d'un **droit universel d'aide à l'autonomie** dont le financement doit être mutualisé, **majoritairement public**, 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.

La CFTC.

La CFTC déplore que le handicap ait été écarté de la concertation. La dépendance est une perte d'autonomie, quelle qu'en soit la cause. La CFTC est pour un **système universel et solidaire national basé sur le principe de la Sécurité sociale** (5^{ème} risque).

Chacun doit **contribuer en fonction de ses moyens et recevoir en fonction de ses besoins**. Elle propose l'instauration d'une prestation compensant la perte d'autonomie en lien avec le handicap, liée à l'âge, gérée par la CNSA et redistribuée par les collectivités territoriales.

Elle préconise une hausse différenciée de la CSG selon les types d'assiette et selon les niveaux de revenus.

La CGT.

L'Union Fédérale des retraités du Livre et des industries papetières (CGT-FILPAC) s'est exprimée les 26 et 27 janvier 2011 en désapprouvant la création d'un cinquième risque pour la sécurité sociale :

« Le risque maladie existe déjà et il doit être en mesure de gérer et faire face à l'allongement de l'espérance de vie, pour peu que cessent les exonérations patronales et autres cadeaux faits au capital.

La création d'un 5^{ème} risque, dont le financement est entaché de présomptions assurantielles, avancée par Sarkozy, ressemble fort à un cheval de Troie chargé de pirater le fonctionnement de la Sécurité sociale ».

Dans un diaporama de début 2011, la CGT donne quelques éléments quant à son positionnement. Elle estime que **ce risque doit relever de la Sécurité sociale, dans le cadre de la branche maladie**. Il faut donc augmenter les salaires et des emplois stables pour pérenniser les ressources. La prise en charge doit se faire sur une réponse globale, sur la base d'un salaire socialisé. Ce droit universel de compensation à la perte d'autonomie doit viser tous les âges. Le financement des infrastructures devrait relever des pouvoirs publics et une fraction d'un impôt sur les successions réintroduit pourrait y être consacré.

La FGR-FP.

La Fédération Générale des Retraités de la Fonction Publique (FGR-FP), lors d'une réunion de sa Commission exécutive nationale, les 18 et 19 janvier 2011, s'est positionnée sur la question de la perte d'autonomie des personnes âgées :

« Pour la FGR-FP, la prise en charge de la perte d'autonomie, qui est un droit universel, doit être assurée par la solidarité nationale, au sein de la Sécurité sociale. Elle doit être financée par une cotisation progressive et universelle basée sur la totalité des revenus, y compris ceux du patrimoine ».

F.O.

Force ouvrière a demandé à Nicolas Sarkozy « de clarifier ses intentions » sur le futur financement de la prise en charge de perte d'autonomie. Selon un communiqué, elle affirme que : « **le choix d'une cinquième branche de Sécurité sociale est primordial et signifie la solidarité universelle plutôt que le « 'chacun pour soi assurantiel ».**

Le syndicat demande « la mise en place d'une cotisation sociale » pour financer « l'accompagnement de la perte d'autonomie » ainsi qu'une véritable clarification des comptes et des financements entre la Sécurité sociale, l'Etat et les départements, relatifs à l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

L'union des retraités FO revendique une prise en charge collective et solidaire de la perte d'autonomie. Elle condamne toute idée d'assurance obligatoire dès 50 ans et rejette toute proposition « d'économies » consistant à réserver l'APA aux personnes les plus dépendantes.

Elle refuse aussi l'instauration d'une APA à deux vitesses qui résulterait d'un « choix » entre une APA à taux plein, à condition d'accepter un droit de reprise sur la succession future, et une APA diminuée de moitié, mais sans reprise sur succession.

L'UCR-FO affirme que la prise en charge de la perte d'autonomie doit relever de la Sécurité sociale et souhaite la mise en place **d'un véritable 5^{ème} risque de Sécurité sociale basé sur la solidarité nationale**.

La Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN).

La MGEN s'est exprimée sur les ambiguïtés du 5^{ème} risque. Elle souhaite la mise en place d'un système de prise en charge universel, obligatoire, solidaire et pérenne. **Universel**, car complet et cohérent, couvrant l'ensemble des personnes concernées en supprimant la frontière d'âge entre le « handicap » et la « perte d'autonomie ».

Le système obligatoire rend possible une large mutualisation et donc la déconnexion entre le niveau du risque à couvrir et la contribution financière.

Pour pérenniser le système, il faut un financement affecté, reposant sur une assiette suffisamment large.

La MGEN estime donc que les mesures envisagées par le gouvernement (retour, de manière « optionnelle » à une possibilité de recours sur successions, ciblage de la prestation « publique » sur les plus pauvres tandis

que les autres catégories sociales seraient incitées fiscalement à recourir à l'assurance privée, abandon des objectifs d'harmonisation des prestations « handicap » et « perte d'autonomie »), vont dans le mauvais sens.

La MGEN se prononce pour une prestation « **universelle** », couvrant l'ensemble de la population avec pérennité entre territoires et l'ensemble des formes de prise en charge (à domicile ou en établissement).

La MGEN estime que le **financement doit reposer principalement sur une CSG affectée** et rejette donc le retour à un recours sur succession.

Constatant que les inégalités de patrimoine sont parmi les plus fortes, elle pose aussi la question de la participation du patrimoine au financement de la protection sociale. Cette contribution du patrimoine devrait-elle être affectée à l'ensemble des recettes de la protection sociale ou seulement affectée, du fait des liens pratiques entre les deux questions, à la seule « perte d'autonomie » ? La question reste posée.

La Mutualité française.

La Mutualité française s'est exprimée sur la question de la « perte d'autonomie » :

« Elle considère que l'aide à l'autonomie devrait être la même, quels que soient l'âge de la personne ou l'origine de sa déficience. Elle regrette donc que le rapport parlementaire ne se réfère pas à la loi du 11 février 2005 qui prévoyait la suppression des barrières d'âge. De même, le mouvement mutualiste s'inquiète de la proposition parlementaire visant à réduire le champ de l'intervention publique aux seules personnes les plus dépendantes. L'intervention de l'Etat et des administrations publiques est nécessaire au développement d'un système solidaire et structuré ».

Pour la Mutualité Française, un tel système devrait respecter notamment cinq principes :

- *« La couverture contre le risque de perte d'autonomie doit être universelle, généralisée et la plus large possible. L'engagement budgétaire de l'Etat doit être important, même si, naturellement, l'Etat et les administrations publiques ne pourront pas tout financer seuls.*
- *L'intervention d'opérateurs privés, en particulier de mutuelles, devra sans aucun doute être envisagée. L'intervention de ces opérateurs devra respecter des règles et s'inscrire notamment dans un cadre partenarial cohérent avec l'intervention de l'Etat*
- *Les organismes complémentaires proposeront des rentes viagères qui devront être complétées par des offres de service et des actions de prévention.*
- *Les bénéficiaires de contrats dépendance annuels devront pouvoir disposer de la même protection que les bénéficiaires de contrats dépendance viagères.*
- *L'Etat devra déterminer des mécanismes de provisionnement permettant de gérer l'incertitude dans l'évolution du risque de perte d'autonomie ».*

L'UNCCAS.

L'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale regroupe 3 850 CCAS et CIAS adhérents (5 800 communes), et près de 2 000 CCAS de communes de moins de 5 000 habitants, représentant 43 millions de citoyens.

Pour l'UNCCAS, cette réforme de la prise en charge de la dépendance, ou 5ème risque, est à la fois l'occasion d'améliorer l'accompagnement de nos aînés, mais aussi de nous préparer à cette chance qu'aura la majorité d'entre nous de vivre plus longtemps dès demain.

L'UNCCAS aspire également à ce que les dimensions sociale et territoriale soient présentes dans le débat. Acteurs de proximité par excellence, gestionnaires de nombreux établissements et services, partenaires de la vie associative, des collectivités et de l'Etat, les CCAS sont également les témoins de la fragilité économique et sociale de nombreux usagers, tout comme des difficultés de certains territoires à fournir l'ensemble des services nécessaires à leurs habitants, notamment en milieu rural.

L'UNCCAS veillera par conséquent à ce que ni les uns ni les autres ne soient écartés de la réforme. Une réforme dont nos concitoyens sont en droit d'attendre qu'elle bénéficie à tous, sur l'ensemble du territoire.

Enfin, le respect de la dignité de chacun, quels que soient son âge et son état de santé physique ou mentale, oblige à considérer l'aide à l'autonomie comme un droit fondamental dont l'accès doit être garanti.

Guidée par des enjeux éthiques dont notre société ne saurait faire l'économie, l'UNCCAS estime que si l'état actuel de nos finances publiques oblige certes à faire preuve d'un certain pragmatisme, seul un financement de la perte d'autonomie fondé très majoritairement sur la solidarité nationale sera de nature à assurer la pérennité du système d'accompagnement et l'égal accès de tous à ce droit universel.

Le CNRPA (voir Annexe II page 71).

Le CNRPA est un Comité National des Retraités et Personnes Agées, créé par un décret du 4 août 1982.

C'est une instance administrative consultative, placée auprès du ministre chargé des personnes âgées.

Le 1^{er} juillet 2010, au lendemain de la présentation du Rapport Rosso-Debord, le CNRPA a fait savoir qu'il s'opposait fermement à de nombreuses mesures préconisées par ce rapport et a notamment déclaré :

« Il est inacceptable d'envisager d'exclure les personnes en GIR 4 du bénéfice de l'APA. C'est nier l'indispensable action de prévention contre l'aggravation de la perte d'autonomie de ces personnes ».

Il rappelle : *« son souhait de voir mis en place un droit universel à compensation de la perte d'autonomie, financé par la solidarité nationale »* et s'oppose donc à toute *« intervention d'assureurs dans le cadre d'une assurance obligatoire à 50 ans ».*

Le CNRPA réitère son opposition *« au recours sur succession, injuste puisqu'il pénalise les seules personnes ayant perdu leur autonomie et leur famille ... ».*

Le Parti socialiste (PS).

Martine Aubry, en déplacement en Essonne le 22 février 2011, a rencontré une famille accueillant une personne âgée ainsi que des professionnels du secteur et a déclaré : *« Nous voulons montrer qu'il existe des solutions intermédiaires entre le domicile et la maison de retraite médicalisée ».*

Le PS défend l'idée d'un **« droit universel à la compensation de la perte d'autonomie ».**

« Nous voulons mettre en place un nouveau pilier de la Sécurité sociale. La dépendance relève de la solidarité nationale, au même titre que la santé. »

Le PS s'oppose à l'exécutif en affirmant que, pour lui, le financement des aides aux personnes âgées par la sphère publique (Etat, départements, assurance-maladie) doit demeurer **« important »** et que le recours à une assurance complémentaire doit **« rester optionnel ».**

Pour faire face à cette dépense publique croissante, le PS veut solliciter les revenus des retraités les plus aisés qui bénéficient d'un taux de CSG inférieur à celui des actifs : *« A niveau de revenus identique, il serait logique que la contribution soit la même ».* Mais cette harmonisation devra se faire : *« dans le*

cadre plus large de la fusion de la CSG et de l'impôt sur le revenu ».

Le PS préconise aussi **« le rétablissement d'un droit de succession sur les patrimoines les plus élevés »**, mais récusé l'idée d'un gage de 20.000 € prélevé sur le patrimoine des plus aisés souhaitant toucher une (APA) à taux plein.

Enfin, en vue d'éviter les **« inégalités territoriales »**, le PS souhaite que l'Etat finance l'intégralité de l'APA, alors que cette prestation est aujourd'hui assumée à plus de 70% par les Conseils Généraux.

Le PCF.

Dans un communiqué, le PCF déclare : **« Dépendance : pas de nouveaux cadeaux pour les assurances » !**

La perte d'autonomie que chacun d'entre nous peut rencontrer au cours de son existence n'est pas à vendre ! Elle est une question de solidarité nationale et exige un renforcement et un développement des solidarités, des financements et des accompagnements collectifs.

Les besoins liés à la perte d'autonomie sont criants. Ils le seront bien plus encore si les personnes touchées sont renvoyées individuellement à leur situation et si leurs conditions de vie sont assujetties à leurs seules sources de revenus et possibilité, ou non, de souscrire une assurance personnelle.

Le gouvernement détourne l'exigence d'une aide accrue aux personnes « dépendantes » en voulant instaurer un prétendu 5^{ème} risque de la Sécurité Sociale qui couvre déjà, parmi ses 9 branches, les situations de perte d'autonomie (vieillesse, handicap, invalidité).

Le PCF refuse qu'une partie de la population soit ainsi caractérisée par la perte d'autonomie et dénonce la stratégie gouvernementale qui vise à d'offrir aux compagnies d'assurances, dont on connaît les liens avec le pouvoir, une nouvelle part de marché et des perspectives éminemment lucratives. C'est proprement abject ! Le président Sarkozy et sa majorité, aux ordres du MEDEF, mettent à sac la sécurité sociale, la protection sociale et la santé publique dans notre pays, en sacrifiant cyniquement les intérêts des Français à ceux de la finance ».

Chapitre 4 :

L'accompagnement de la perte d'autonomie dans les Etats membres de l'Union Européenne.

Dans le domaine de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, comme pour d'autres questions sociales, il n'est pas inutile d'examiner les solutions retenues à l'étranger, particulièrement dans les autres pays membres de l'Union Européenne. Bien entendu, il ne s'agit pas d'adopter à l'identique l'une ou l'autre de ces réponses, chaque pays, chaque état ayant ses particularités économiques, politiques, administratives, budgétaires, sociales, etc...

Par ailleurs, à des vitesses et selon des intensités variables, l'idéologie libérale a marqué tous ces pays de son empreinte et leur a imposé des reculs sociaux. Les « exemples étrangers » peuvent donc être, assez souvent, des exemples à ne pas suivre.

Pour cet exposé, nous avons eu fortement recours à la documentation fournie sur le site de la Fédération européenne des retraités et des Personnes âgées (FERPA – voir présentation page 53).

Dès lors que nous voulons analyser une question au niveau international, la première difficulté est bien souvent de se mettre d'accord sur le sujet à aborder. Ainsi, il n'est pas facile de donner une définition univoque de la « **perte d'autonomie** » des personnes, qui serait commune à tous les pays de l'Union européenne.

Pour tenter de comparer les expériences des différents pays, il faut donc choisir comme référence une définition qui engloberait tous les aspects du problème. La plus praticable semble être celle qui a été développée aux USA et en usage au Royaume-Uni et par ailleurs reprise dans tous les contrats d'assurance. Elle met en cartes toutes les activités les plus essentielles de la vie courante (*capacité de s'habiller, se déshabiller, se laver, manger, boire, se déplacer dans sa propre maison, aller aux toilettes, se déplacer du fauteuil au lit et l'inverse*) et des activités instrumentales (*préparer les repas, net-*

toyer la maison, faire la lessive, prendre ses médicaments, visiter des endroits au-delà de la distance de la simple promenade, faire ses courses, gérer son argent, utiliser le téléphone, et Internet).

C'est à partir de toutes ces activités qu'est déterminé le degré d'invalidité.

En contrepartie, il faut savoir ce qu'on entend par soins de longue durée : il s'agit des services et des soins, destinés à répondre aux besoins et aux problèmes de chaque personne ou d'une catégorie de personnes ayant des besoins similaires.

Les services sont souvent partagés entre différents niveaux de gouvernement et d'intervention (national, provincial, régional, local).

En règle générale, l'assistance est fournie aux personnes qui ont un handicap physique ou mental, vulnérables, âgées, ou qui ont besoin d'une aide particulière dans les activités quotidiennes.

Avec l'augmentation de la durée moyenne de vie des Européens, la demande de services d'assistance de longue durée, tant à domicile qu'en institution et en établissement, est donc appelée à croître.

Le financement de l'assistance de longue durée varie dans l'UE en fonction des traditions et des différentes priorités retenues par les Etats. Plusieurs différenciations sont constatées :

- Les programmes et la population couverte par une assistance de longue durée ;
- Les mécanismes nationaux de financement du système de protection sociale ;
- Le degré de participation financière des particuliers ;
- La ligne de démarcation entre les responsabilités publiques et privées pour les soins de longue durée.

Les programmes publics peuvent être financés par les assurances sociales (Allemagne, Espagne, Luxembourg), les impôts (Lettonie, pays nordiques), les mécanismes soumis à conditions particulières de rendement (Chypre, Royaume-Uni), les systèmes de financement mixtes, combinant les ressources provenant des assurances et des impôts (Belgique, France, Grèce).

L'accompagnement de la perte d'autonomie en Allemagne.

En 2010, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 20,7% de l'ensemble de la population, et les personnes de plus de 80 ans 5,1%.

Le dispositif public de prise en charge de la perte d'autonomie résulte en grande partie d'une loi de mai 1994, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1995. Le système couvre toutes les formes de pertes d'autonomie, indépendamment de l'âge.

L'assurance « **dépendance** » est obligatoire et adossée au régime de l'assurance maladie : toute personne affiliée au régime légal d'assurance maladie ou à un régime privé, est automatiquement affiliée à la caisse dépendance rattachée à son régime d'assurance maladie.

Les salariés dont le revenu brut est inférieur à un certain plafond (4.125 euros par mois en 2011) relèvent obligatoirement du régime légal d'assurance maladie, tandis que les autres peuvent s'assurer auprès d'une caisse privée, de même que les travailleurs indépendants et les fonctionnaires.

La loi distingue trois niveaux de perte d'autonomie, en fonction desquels les prestations (soins corporels, aide ménagère, etc...) sont octroyées. Les bénéficiaires de l'assurance dépendance légale peuvent choisir entre des prestations en nature, dispensées à domicile ou en établissement, et des prestations en espèces. Par contre, les assurés d'une cais-

se privée ne peuvent percevoir que des prestations en espèces. L'octroi des prestations est indépendant des ressources des intéressés. L'assurance dépendance prend en charge les dépenses de matériel spécialisé (lit médicalisé, etc...) ainsi que, dans la limite d'un forfait, les frais liés à l'aménagement du logement.

Le financement est assuré par des cotisations sociales partagées de façon égale entre les salariés et les employeurs, et dont le taux est, en 2011, de 1,95%, après avoir été de 1% en 1995. Afin de compenser la part patronale, un jour férié a été supprimé dès 1995. Les personnes qui n'ont pas d'enfant paient une cotisation supplémentaire de 0,25% et les retraités versent une cotisation égale à 1,95% de leur pension.

En décembre 2009, 2,37 millions de personnes bénéficiaient de l'assurance dépendance, dont 2,24 millions au titre du régime légal.

L'accompagnement de la perte d'autonomie en Autriche.

Le système d'aide sociale en Autriche est un élément de « dernier recours », sans cotisations, du système de sécurité sociale. Ce sont des mesures qui assurent un minimum de subsistance, en cas de besoin et d'urgence, et dont le coût est imputé à la fiscalité générale. Ce système d'assistance sociale se traduit par des prestations d'incapacité, des centres de traitement et de séjour, et des aides en argent.

La loi donne une définition de la perte d'autonomie par rapport à la nécessité de soins, en reconnaît différents degrés et une échelle d'évaluation de ses différents niveaux. Pour répondre aux besoins mensuels de soins, plus le nombre d'heures nécessaires est élevé, plus on monte dans l'échelle et plus la prestation mensuelle sera élevée pour répondre à ces besoins.

L'attention est consacrée à l'amélioration des services aux personnes dépendantes, afin qu'elles répondent aux mêmes normes dans toutes les régions. Le gouvernement programme des mesures pour une meilleure conciliation entre travail et famille pour les membres de la famille qui acceptent de s'occuper des personnes dépendantes. Des mesures spécifiques sont prévues pour les personnes de la famille qui soignent un malade en phase terminale et qui comprennent un congé sans solde.

L'accompagnement de la perte d'autonomie au Danemark.

Au Danemark, la prise en charge de la perte d'autonomie n'a pas nécessité l'instauration d'un dispositif spécifique. Elle s'est inscrite dans la logique du système de protection sociale et résulte d'une extension et d'une adaptation progressive des services sanitaires et sociaux aux besoins d'une population vieillissante.

La loi sur les services sociaux prévoit que toute personne peut bénéficier gratuitement des services dont elle a besoin pour préserver sa qualité de vie, rester à son domicile aussi longtemps que possible et maintenir ses capacités physiques autant qu'intellectuelles.

La mise en place de ces services (aide à domicile, aménagement du domicile, fourniture d'un logement adapté, soins de jour en établissement, etc...), relève de la responsabilité des communes

Ces services sont octroyés gratuitement et indépendamment de la situation financière des intéressés.

Depuis 1987, la loi sur les services sociaux interdit la construction de nouvelles maisons de retraite ; en revanche, des logements adaptés ont été construits ; de plus, tous les nouveaux logements doivent être accessibles aux personnes handicapées et donc aux personnes âgées.

Depuis 1996, dans chaque commune, les citoyens de plus de 60 ans élisent un « conseil des seniors » que le conseil municipal a l'obligation de consulter avant de prendre une décision concernant les personnes âgées. Il faut savoir qu'au Danemark il n'y a que 98 communes et seulement 7 d'entre elles ont moins de 20.000 habitants.

Au Danemark, le système social est financé par l'impôt : l'ensemble du dispositif de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie est donc assuré par les impôts locaux et par le budget de l'Etat.

L'accompagnement de la perte d'autonomie en Espagne.

En 2010, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 16,9% de l'ensemble de la population, et les plus de 80 ans 4,9%.

Une législation espagnole récente définit la perte d'autonomie comme une situation permanente dans laquelle se trouvent les personnes qui, pour des raisons d'âge, d'infirmité, d'incapacité résultant de l'absence ou de la perte d'autonomie physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle, ont besoin de l'attention d'une ou de plusieurs personnes ou d'une aide importante pour mener les activités courantes de la vie quotidienne ou encore dans le cas de personnes frappées d'une déficience intellectuelle ou d'une maladie mentale, d'autres aides pour leur autonomie personnelle.

Une loi de décembre 2006, découlant d'une proposition de l'UGT, reprise à son compte par le gouvernement et acceptée par tous les groupes parlementaires, prévoit trois degrés de perte

d'autonomie (légère, sérieuse, grave), chacun de ces degrés comportant deux niveaux.

Le degré et le niveau sont déterminés au moyen d'une échelle unique d'évaluation valable dans tout le pays et les actions en réponse sont menées conjointement aux niveaux national et régional.

La loi fixe les moyens appropriés de prévention, de réhabilitation et de stimulation sociale et mentale.

Un autre principe important de la loi préconise le maintien de la personne, partout où c'est possible, dans son environnement, en adaptant les services à lui rendre en fonction de ses besoins et de ses activités.

Le financement du système est à charge de l'Etat et des communautés locales autonomes, l'Etat finançant la couverture de base pour tout le pays.

Dans certains cas, il est demandé à la personne dépendante une participation aux dépenses.

Les prestations économiques sont diverses :

- Une aide financière à la personne, proportionnelle à son degré de dépendance et à sa capacité économique ; cette aide lui est accordée si elle remplit les conditions requises et avec la contrainte d'utiliser cet argent pour les prestations nécessaires à son état.
- Une indemnité pour les membres de la famille, accordée aux membres qui prennent soin des personnes dépendantes et qui s'engagent à respecter un programme d'information et de formation établi par les institutions de sécurité sociale.
- Un soutien économique personnalisé, destiné à développer un certain degré d'autonomie des personnes via une assistance personnalisée et un nombre d'heures déterminé.

La loi espagnole, outre qu'elle a eu pour effet de répondre aux problèmes qui frappent les personnes ayant un certain degré de handicap (elle est d'ailleurs déjà considérée comme le quatrième pilier de la protection sociale), a permis de créer, dans le système des soins à long terme, environ 340.000 emplois directs et 160.000 emplois indirects.

L'accompagnement de la perte d'autonomie en Italie.

En 2010, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 20,3% de la population, et les plus de 80 ans 5,8%.

Le dispositif public de prise en charge de la perte d'autonomie, secondaire par rapport à l'aide informelle assurée dans le cadre familial, est complexe et fait intervenir divers acteurs. Les prestations en espèces sont versées par l'Etat, tandis que les prestations en nature sont fournies par les régions et les communes.

Le système de sécurité sociale en Italie est réglementé par une loi-cadre qui reconnaît à l'Etat la mission de programmer un système intégré de services sociaux, mais qui en renvoie l'application aux régions, aux offices locaux et aux communes.

Les prestations publiques s'articulent entre les services résidentiels (directions socio-sanitaires et d'assistance sociale), les services semi résidentiels (centres de jour), les services à domicile (services

sociaux à domicile et assistance à domicile intégrée), les transferts monétaires (indemnités d'accompagnement et missions de soins), et le soutien au personnel privé en charge des soins.

Les personnes de plus de 65 ans, qui éprouvent des « difficultés persistantes » à accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne, peuvent bénéficier d'une mesure auparavant réservée aux handicapés : une indemnité d'accompagnement, prestation en espèces versée par la sécurité sociale.

Cette indemnité (480 euros par mois en 2010) est versée quelles que soient les ressources des intéressés, son utilisation n'est pas contrôlée et constitue le plus souvent un supplément de revenus.

A ce jour, aucune loi nationale ne définit ni ne précise les caractéristiques des personnes en perte d'autonomie, mais certaines régions et certaines provinces ont promulgué une loi spécifique sur la question de la perte d'autonomie et en ont donné une définition précise.

L'importance de l'intervention ainsi que les ressources disponibles sont proportionnelles au degré de perte d'autonomie évalué par une Commission.

Seules dix régions ont un « Fonds pour la dépendance » et les règlements d'application qui s'y rapportent, mais il n'y a pas de gestion ni de législation nationales en la matière.

Un Plan national de santé existe, qui est une mesure du Ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales.

L'accompagnement de la perte d'autonomie au Royaume-Uni.

En 2009, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 16,3% de la population, et les plus de 80 ans 4,6%.

Une loi de 1990 établit une nette distinction entre les soins, qui relèvent de la compétence du Service national de santé, et l'assistance, confiée aux collectivités locales.

Les collectivités locales ont pleine compétence pour l'ensemble de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie : elles doivent planifier et organiser l'offre de services, mais n'ont pas l'obligation de les fournir directement ; elles peuvent recourir à des prestataires privés ou financer les intéressés pour qu'ils achètent les services dont ils ont besoin.

En règle générale, ces services sont totalement à la charge des personnes, dès lors que leur patrimoine dépasse un certain niveau, fixé à 23.250 livres sterling (soit environ 27.000 €) pour 2010/2011, sachant que le logement principal est pris en compte dans l'évaluation du patrimoine, sauf si les intéressés continuent à y vivre.

Les autres bénéficiaires doivent payer un ticket

modérateur qui varie d'une collectivité à l'autre.

Les personnes âgées d'au moins 65 ans et qui ont besoin d'une aide peuvent percevoir la prestation d'assistance dont le montant dépend du degré de perte d'autonomie (entre 47,80 et 71,40 livres sterling par semaine).

Au Royaume-Uni, il n'existe pas de définition légale d'une personne en perte d'autonomie, mais à la suite de certains contrôles, s'ils sont positifs, les personnes concernées peuvent bénéficier de certaines prestations et de certains services.

Ainsi, l'accès aux soins à domicile est accordé après une évaluation minutieuse des besoins de la personne : quatre catégories de besoins sont reconnues, mais les fournisseurs de services n'offrent en réalité leur couverture qu'aux personnes qui figurent dans les deux catégories extrêmes. Les soins à domicile sont cependant à charge de ceux qui – même si ils y ont droit – disposent d'un revenu annuel supérieur à 23.000 livres sterling.

Le financement des services de soins provient des sources suivantes :

- l'impôt général sur le revenu perçu au niveau national,
- la Council Tax collectée localement,
- les différentes contributions personnelles.

En ce qui concerne les services de soins :

- environ un million de personnes âgées bénéficient d'une quelconque forme de soins à domicile,
- mais environ 2,5 millions de personnes ont besoin de soins.
- 80% des personnes ayant besoin de soins à domicile n'en obtiennent pas de l'Etat.

Les fournisseurs privés et bénévoles du secteur des soins reçoivent environ 9,3 milliards de livres sterling par an en financement public. Il y a d'énormes besoins non satisfaits et de grandes inégalités de soins.

Ces besoins non satisfaits font peser un poids supplémentaire et une pression sur les nombreux parents et amis qui prodiguent des soins non rémunérés.

En ce qui concerne les soins de longue durée :

En 2003, sur les 500.000 places disponibles, 69% étaient dans le secteur privé, 17% dans le secteur public et 14% dans le secteur bénévole.

Il y a environ 450.000 résidents en maisons de soins, dont 60% s'autofinancent.

Chaque année, un salarié du secteur sur 4 démissionne, à cause de la faible rémunération et des mauvaises conditions de travail.

Conclusions.

L'examen de ces quelques exemples suffit déjà à montrer la grande diversité des réponses apportées aujourd'hui dans un certain nombre de pays d'Europe à des problèmes sensiblement similaires. Des écarts énormes existent, par exemple, entre les solutions mises en place au Danemark et certaines situations dramatiques au Royaume-Uni. Dans ces domaines, il y aurait manifestement un besoin indispensable et urgent de coordination des luttes au niveau européen afin de « **tirer tout le monde vers le haut** ».

Des solutions possibles :

- Réfléchir sur les modalités de financement des dépenses publiques dans les domaines du maintien et de l'aide à l'autonomie, alors que partout les gouvernements valorisent l'idée d'un partenariat avec le privé, au motif que les ressources publiques ne peuvent pas répondre à tous les besoins.
- Privilégier d'abord le point de vue de la personne en manque d'autonomie et ensuite seulement les structures et les organisations nécessaires pour répondre aux besoins. La gradation de l'intervention doit dépendre en effet de la gravité du problème dont est affectée la personne.
- Mettre en œuvre un véritable cadre des services (à domicile, en résidence, en établissement), qui soit en mesure de répondre à ces besoins d'intervention, en adaptant au cas par cas l'intervention à la situation de la personne, à ses besoins et à ses attentes.
- Essayer partout de mettre en place un réseau de services dans le pays. Il faut privilégier la coordination des structures et des organismes.

LA FERPA.

La Fédération Européenne des Retraités et Personnes âgées (FERPA) est l'organisation représentative des travailleurs retraités et des personnes âgées, issue de la Confédération Européenne des Syndicats en octobre 1988 à Madrid et fondée les 29 et 30 avril 1993.

Elle fait partie de la Confédération Européenne des Syndicats (CES).

La FERPA milite pour l'organisation d'une société démocratique et solidaire entre générations, en particulier :

- Pour que soit reconnu le droit à la participation active des retraités et des personnes âgées aux processus décisionnels à tous les niveaux, y compris au niveau européen.
- Pour poursuivre l'objectif de réaliser l'égalité des chances entre hommes et femmes dans sa vie propre et dans son organisation.
- Pour le bien-être des retraités et des personnes âgées pour la défense et l'amélioration des systèmes de santé publique.
- Pour faire améliorer et rendre viables les systèmes de retraite basés sur la solidarité entre les générations et qui assurent un niveau de vie digne pour tous les retraités.
- Pour garantir la prise en charge de la « dépendance » et le droit à la pleine participation sociale des personnes en perte d'autonomie.
- Pour assurer l'accès aux services sociaux, aux services d'intérêt général, à la formation continue, au logement.

La FERPA travaille pour la promotion et pour le soutien du syndicalisme des retraités et des personnes âgées tant au niveau national qu'euro-péen, dans les différentes formations émanant de l'histoire et de la structure des organisations syndicales nationales.

La FERPA reconnaît et collabore avec les organisations des retraités et des personnes âgées qui partagent et pratiquent ses valeurs et ses objectifs.

La FERPA représente les travailleurs retraités et les personnes âgées auprès de toutes les institutions européennes : la Commission européenne, le Conseil des Ministres, le Parlement Européen, le Comité Economique et Social et toute autre institution européenne qui serait créée.

Pour la FERPA, la protection sociale est considérée comme une conquête majeure du modèle européen de société qui a permis depuis plus de 50 ans de traverser avec succès une période d'intenses changements économiques et sociaux.

Pour la FERPA, la protection sociale est indiscutablement un instrument essentiel de la solidarité entre les travailleurs et les citoyens des Etats membres de l'Union Européenne pour maintenir la cohésion sociale par une certaine forme de justice sociale indispensable dans une société démocratique.

La FERPA rappelle enfin qu'une stratégie de convergence, fixant des objectifs communs devant les mêmes défis, s'impose face aux multiples attaques « idéologiques » du « chacun pour soi » visant à privatiser les systèmes de protection sociale actuels davantage fondés sur la solidarité.

Pour elle, consolider, moderniser, améliorer, impliquent le respect des principes fondés sur la solidarité et l'assurance garantissant l'accès au droit de la protection sociale sans lesquels le climat social d'insécurité créera le chaos.

Au final, dit-elle, c'est l'emploi, le plein emploi qui garantit la viabilité des systèmes de protection sociale : tout doit être mis en œuvre pour réaliser cet objectif.

La réduction des coûts salariaux indirects doit donc s'accompagner de mesures de créations d'emplois et toute réduction de recettes doit être compensée par un financement alternatif (imposition du capital, des profits, des revenus du capital).

Chapitre 5 :

Une société pour tous les âges. Le défi des relations intergénérationnelles.

« Une société pour tous les âges ; le défi des relations intergénérationnelles », c'était le thème d'un colloque qui s'est tenu à Bruxelles en juin 2008. Il nous semble que les idées développées en ouverture de ce colloque sont, d'une part, tout à fait appropriées à une approche équilibrée pour aider au maintien du lien social entre les générations dans les sociétés qui connaissent des populations vieillissantes et, d'autre part, répondent tout à fait aux objectifs des Retraités de Solidaires.

Le maintien du lien social, dans une « société pour tous les âges », est le fondement de la vie citoyenne : l'homme est, dès sa naissance, lié aux autres et à la société, non seulement pour assurer sa protection par la solidarité face aux aléas de la vie, mais aussi pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son existence en tant qu'individu.

Aussi, on comprend aisément que le maintien et le développement du lien social sont une nécessité pour l'équilibre de l'être humain. La rupture du lien avec le milieu professionnel, au moment de la retraite, doit pouvoir être compensée par d'autres réseaux, à développer ou à créer, afin d'éviter un appauvrissement relationnel, ou la ségrégation par l'âge, et pour maintenir le lien de solidarité avec les autres. Le passage à la retraite est déjà, pour nombre de personnes, un appauvrissement pécuniaire qui oblige à des modifications dans le genre de vie, et la société doit donc être soucieuse de ces personnes en mettant en place des compensations pour agir contre le risque d'isolement et pour éviter toute rupture de lien social.

Ce lien social, indispensable à chacune et à chacun, c'est l'ensemble des appartenances, des affiliations, des relations, des réseaux qui unissent les gens ou les groupes sociaux entre eux. Le lien social, c'est la force qui lie, par exemple, les membres d'une même famille, ceux d'une organisation, d'une association, d'une communauté regroupée sur des bases ou des sensibilités communes.

*Ce lien peut, bien entendu, varier dans le temps et dans l'espace ; quand il s'affaiblit, cette « **crise du lien social** » correspond à une dégradation des rapports sociaux et à un recul de la solidarité entre les individus et entre les groupes.*

Il faut nous demander jusqu'à quel point le vieillissement de nos sociétés va influencer le fonctionnement même de ces sociétés et la qualité comme l'intensité du lien social. La plupart du temps, cette question est abordée sous l'angle de la protection sociale : comment, par exemple, trouver l'argent pour financer les pensions d'une population âgée qui s'accroît et comment compenser, dans le même temps, le déséquilibre qui s'installe entre actifs cotisants et inactifs bénéficiaires. Une telle formulation ne comporte-t-elle pas, en soi, les germes d'une rupture sociale ?

Elle signifie en fait : « **Va-t-on pouvoir continuer à vivre ensemble ou va-t-on assister à un choc des générations entre les actifs, obligés de financer lourdement les inactifs, et les seniors, libérés du travail** » ? N'y a-t-il pas moyen d'envisager la question autrement, de transformer le risque en opportunité, d'imaginer un nouveau Pacte Social plus solidaire et attentif à toutes les générations ?

En réalité, on commence à se rendre compte que l'impact du vieillissement des populations est beaucoup plus large qu'on ne le pensait jusqu'ici. Il obligera sans aucun doute à repenser l'organisation même de la société : les rapports de travail et la notion même de ce travail, l'aménagement de l'habitat et des espaces publics, la cohabitation des différentes générations et le partage de leurs rôles...

A l'avenir, les décisions politiques devront nécessairement tenir compte de la dimension intergénérationnelle de la vie sociale et ce seront elles qui permettront ou non, de créer et de *maintenir les liens entre les différents âges*. *Quand on parle de la nécessité de relations sociales entre générations, on va bien entendu au-delà de ce qui pourrait n'être que le charme de la rencontre entre générations différentes ; il s'agit d'être acteurs ensemble, de trouver un socle commun pour agir et raviver le lien social et la solidarité. Les enjeux à envisager sont ceux d'échanges entre plusieurs générations où chacun des acteurs est capable de trouver son intérêt.*

Le débat est d'autant plus urgent à mener qu'il concerne chacun de nous en tant que membre d'une famille, citoyen, membre actif d'une association, travailleur... Les défis, souvent présentés sous forme de problèmes, sont déjà là : comment mener une vie professionnelle tout en s'occupant à la fois de ses enfants et de ses parents vieillissants ? A qui ou à quelle structure faire appel pour affronter le grand âge de ses parents ? Comment, dans un quartier, faire coexister les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes plus âgées ?

Quelle population doit-on consulter, et comment le faire, lorsqu'on décide de réaménager une rue, un espace vert ? Quels services offrir dans un lieu public pour le rendre utile à tous ?

Les jeunes (non plus les enfants cette fois, mais les grands adolescents et les jeunes adultes) et les seniors sont vus comme des groupes dont l'existence « pèse » sur la société. Les jeunes sont encore aux études, ou cherchent du travail, et les seniors sont à la retraite, en pré pension ou englués dans un chômage dont ils ne devraient plus sortir. Jeunes et vieux sont perçus comme passifs, dépendants, et non comme sujets et acteurs.

Plutôt que de culpabiliser les uns et les autres, les initiatives collectives basées sur des problèmes ou des désirs partagés pourraient être encouragées, par exemple sur ces problèmes de mises à

l'écart et d'images négatives qu'ils ont en commun. Cela peut mener à une action ou une vision commune à long terme.

Si le vieillissement est un thème qui ne peut être séparé de la réflexion intergénérationnelle, c'est parce qu'il est actuellement porteur d'un risque de fracture sociale important. Lors du séminaire sur les conséquences des évolutions démographiques sur le débat intergénérationnel, les participants ont relevé les dangers que comporte l'image, véhiculée, consciemment ou non, par la société, à propos des seniors : celle d'une génération ayant quitté le travail mais très active dans ses loisirs lorsqu'il s'agit de « jeunes seniors », puis grande consommatrice de soins lorsqu'il s'agit d'aînés très âgés.

Dans les deux cas, s'impose l'image d'une génération de bénéficiaires des systèmes de solidarité. On pourrait donc la percevoir comme recevant tout, en ne donnant plus rien. De quoi alimenter évidemment la rancœur des générations suivantes – et donc les conflits entre les populations d'âges différents – surtout si les moyens d'assurer la protection de tous semblerait se raréfier en raison du détournement des richesses créées vers des produits financiers éloignés du devenir des personnes et de la vie en société.

L'amélioration de l'espérance de vie de chacune et de chacun, et surtout d'une vie en bonne santé, est une bonne nouvelle pour chacune et chacun, et aussi pour leurs proches, pour celles et ceux qui les aiment ; c'est aussi une bonne nouvelle pour la société dans son ensemble.

Les richesses croissantes de notre société, où la productivité ne cesse de s'améliorer, doivent être utilisées pour un bien être collectif. Permettre à chaque personne âgée de se maintenir le plus longtemps possible en autonomie, c'est d'abord lui donner des moyens financiers suffisants, et donc ne pas réduire régulièrement retraite et pension.

L'allongement de vie a fait apparaître de grandes lacunes dans la société française : le manque de services, d'établissements, de prestations, de personnels qualifiés et formés, pour accompagner ces mutations, pour répondre à celles et ceux qui peuvent et qui veulent rester à domicile, de logements et d'équipements adaptés pour les personnes en perte d'autonomie, de soutien pour les familles confrontées aux maladies du grand âge ou aux pathologies dégénératives.

Un financement juste, avec un socle de solidarité de haut niveau, permettra d'apporter un soutien approprié aux personnes vulnérables de notre société et celui-ci « reviendra » à la société par la création d'emplois pérennes, impossibles à délocaliser et créateurs de richesses.

Chapitre 6 :

Les PROPOSITIONS et les REVENDICATIONS de l'UNIRS

I – Pour une politique générale d'aide à l'autonomie et contre le maintien de la dépendance.

C'est notre revendication première, qui domine un peu toute notre démarche. Nous rejetons l'usage du terme « dépendance » et tout ce qu'il implique comme regards et rapports de la société à l'égard des personnes fragilisées. Et nous rejetons, en conséquence, les choix politiques, concrétisés par des décisions financières et budgétaires, qui en sont la mise en application. Nous nous opposons à une orientation qui conduit, en fait, à maintenir des personnes en situation d'infériorité par rapport au reste de la société.

Nous préconisons une politique générale permettant d'aider à l'autonomie des personnes fragilisées, quelle que soit l'origine de cette situation. Ceci a forcément des implications dans les politiques menées dans de nombreux domaines : dès la petite enfance, dans la scola-

rité, dans la formation professionnelle, en matière d'urbanisme et de santé, de politiques des services publics, de transports, de culture et de loisirs, d'aménagement du territoire, etc.

Nos choix s'inscrivent dans une recherche globale du « **mieux vivre ensemble** ». Pour y parvenir, il faut mettre en jeu des cadres, des structures, des moyens législatifs et financiers. Ceci passe par de la mixité sociale, par des échanges et des rencontres entre « catégories », entre « cultures », entre « générations ». Toutes les couches de la société ont intérêt à « bien vivre ensemble », mais ceci ne peut se limiter à un vœu, à un espoir, à un souhait. C'est un choix de société, avec des revendications précises et des propositions concrètes pour sa mise en œuvre.

II – Pour une réponse globale à l'aide à l'autonomie, sans distinction liée à l'âge.

Nous souhaitons une réponse globale à la question de l'aide à l'autonomie, sans maintenir la discrimination actuelle entre les moins de 60 ans et les plus de 60 ans. Il serait donc indispensable de coordonner les politiques menées à l'égard des personnes en situation de handicap, de naissance, par maladie, par accident, voire accident professionnel, ou par maladies dégénératives. Pour maintenir leur autonomie, toutes sont concernées par la mise en place d'une prestation de compensation du handicap.

Ceci doit s'inscrire dans la recherche d'une société facilitant le « vivre ensemble » : la segmentation de la société par tranches et par problématiques s'oppose en effet à une vie sociale équilibrée et à la dignité humaine qui s'exprime dans la diversité.

C'est une question de société qui doit être appréhendée par la société toute entière, organisant les droits et les obligations au nom de l'intérêt général.

III – Pour donner toute leur place aux retraités dans la vie sociale.

Parler « des retraités » est forcément schématique et très réducteur. Entre une personne âgée usée par cinquante années de vie difficile et survivant aujourd'hui avec un minimum de revenu et une personne âgée toujours alerte, toujours vivant de ses rentes, et aidée de quelques domestiques, il n'y a pas grand-chose de commun.

La vieillesse n'est pas identique pour toutes et tous ; elle dépend de tout ce que la personne a pu vivre au préalable, et aussi de ses revenus actuels, de ses liens sociaux, de ses relations humaines, familiales et sociales, etc. Cette réserve essentielle faite, nous ferons, comme tout le monde, dans la facilité, en parlant par la suite « des retraités ».

On peut constater chaque jour que les personnes retraitées sont utiles à la vie en société : dans les familles, les quartiers, les associations, elles apportent leur temps, leurs expériences et leurs connaissances. On les retrouve dans nombre d'associations de solidarité active (Secours populaire, Secours catholique, Restos du cœur, Solidarité Nord/Sud, etc...), dans des associations culturelles, sportives, pour des échanges, pour de l'aide à la formation, à l'insertion... Elles sont souvent créatrices de lien social, dans les immeubles, dans les familles, dans les quartiers, dans le voisinage (menus services, gardes d'enfants et autres services...).

Ainsi, dans les communes, les seniors contribuent fortement au renforcement des liens sociaux en acceptant par exemple les charges de la conduite des affaires communales (30% des maires des petites communes et 50% des conseillers municipaux non indemnisés sont des seniors).

Ils sont aussi très directement **des acteurs de la solidarité intergénérationnelle**, en assistant financièrement leurs enfants, en gardant leurs petits-enfants, ou en assumant la charge d'un parent en perte d'autonomie. Tout ceci est peut-être plus ou moins « naturel » ou « spontané », mais doit aussi être favorisé par des choix politiques et sociaux.

Pour faciliter la cohabitation et les rencontres entre les générations, des choix financiers doivent être faits dans de nombreux domaines. Ces investissements pour mieux vivre ensemble

sont, à termes rapprochés, des investissements « rentables » et toujours utiles.

Ils impliquent d'abord un autre partage des richesses et obligent à réfléchir sur la place du travail dans la vie et dans la société, sur la vie « dans le travail » et sur la vie « hors du travail ». Et ceci concerne toutes les générations, les jeunes, les adultes en activité et les adultes en retraite.

Mais ce partage des richesses que nous revendiquons doit assurément s'accompagner d'un partage du travail plus équitable, afin d'éviter que certains jeunes en particulier, en soient totalement exclus, pendant que d'autres enchaînent les heures supplémentaires et des emplois au-delà de la retraite.

Enfin, les conditions de vie des retraités, influencées par leur situation antérieure et par leur environnement, ont souvent une grande répercussion sur leur santé et sur leur avancée en âge.

IV – Pour le développement des politiques de prévention en faveur de l'autonomie des personnes.

L'autonomie de vie de chacun peut être facilitée et maintenue plus longtemps par un certain nombre de mesures qui sont autant d'investissements sociaux concourant à la santé et à l'équilibre des personnes. La prévention, en matière de perte d'autonomie, c'est tout ce qui peut concourir à maintenir plus longtemps les personnes en bonne santé physique et mentale. Cela dépend de tout ce qui leur est proposé, au cours de leur avancée en âge, en matière d'urbanisme, de logement,

d'alimentation, de transports, de culture, de soins. Il est certain, aussi, que tout ce qu'elles ont vécu avant d'être âgées va peser sur leur vieillesse. Et la prévention c'est d'abord une vie antérieure se déroulant dans de bonnes conditions.

Dans ces domaines, chaque personne reste plus ou moins responsable de ses parcours et de ses choix, mais les pouvoirs publics ont l'obligation d'organiser la vie en société afin que chacun puisse y vivre au mieux.

1°/ Favoriser les liens sociaux et la solidarité.

Le lien social ne peut se construire en dehors de la présence et de la rencontre des autres autour d'activités diverses, physiques ou intellectuelles, distrayantes, récréatives ou citoyennes. Il faut donc imaginer une multitude de démarches qui soient en mesure d'aider à la rencontre entre les personnes, d'aider à les maintenir en liens avec les autres.

➤ Inciter les seniors à avoir des activités à utilité sociale. Ceci répond à la volonté des retraités de demeurer des membres actifs de la société et d'être utiles aux autres, peut-être en « compensation » des ressources qu'ils reçoivent comme retraités. Ils demeurent ainsi solidaires de toute la société et continuent de lui apporter leur contribution.

➤ Présenter un éventail d'activités favorisant les rencontres entre générations, en évitant la ségrégation par activités isolantes, attribuées plus particulièrement à chaque génération. Mettre en œuvre des ateliers thématiques, culturels ou pratiques, pouvant répondre aux désirs de chaque personne, quel que soit son âge.

Un constat : les structures qui mettent en place des ateliers « vie quotidienne » répondent ainsi à une forte demande permettant des échanges entre générations ; notamment les personnes plus âgées peuvent apporter leurs expériences et leurs pratiques (que ce soit en matière de cuisine, de couture, de bricolage, de jardinage, etc...).

➤ Maintenir un environnement urbain et matériel favorable à des déplacements à pied faciles pour toutes les générations. La proximité et le voisinage sont des éléments essentiels dans le plaisir de la vie quotidienne.

- Inciter à la poursuite d'une activité physique adaptée, indispensable au maintien d'un potentiel musculaire et squelettique susceptible d'éviter les troubles de la marche, et de repousser les risques d'accidents et de chutes qui risquent ensuite d'isoler les victimes et de rendre beaucoup plus difficile la poursuite de relations sociales.
- Les politiques publiques doivent aussi veiller à ce que chaque individu ait le minimum vital pour son entretien quotidien et pour participer à une vie citoyenne. Des ressources trop modestes accélèrent l'isolement des personnes, et la quête du minimum devient alors l'objectif principal, voire unique, de la journée. La gratuité ou l'attribution particulière, en fonction des revenus et des charges, de services et de prestations, est une réponse.

2°/ Faciliter les transports et les déplacements.

Il faut penser l'espace urbain, et, plus largement, les espaces publics, en fonction de la diversité des populations qui devraient pouvoir s'y croiser et s'y rencontrer. Trop souvent l'espace public est « isolant » ; il faut aller vite et malheur à celles et ceux qui traînent ; le « chacun pour soi » dans notre société, reflet de l'idéologie dominante, se retrouve bien entendu dans l'organisation des villes et des villages, par l'emprise du privatif sur le public, par le développement de l'individuel au détriment du collectif.

Nous revendiquons des transports publics attractifs, par leur accessibilité et leur commodité, par leur coût, par leurs horaires et leurs fréquences. Des apports financiers des collectivités pour aider les personnes à pouvoir recourir aux transports publics en fonction de leurs ressources sont indispensables. Donner les moyens aux personnes âgées de se déplacer sans crainte dans un rayon assez proche (lisibilité des parcours, places assises, etc...), c'est leur permettre de conserver des relations sociales et d'éviter un isolement physique, prélude parfois à un isolement intellectuel et humain.

3°/ Prévention et santé.

L'éducation à la santé devrait commencer très tôt et l'éducation nationale a certainement un rôle à jouer en ce domaine. La préparation à la retraite doit aussi prendre en compte ce volet afin que chacun sache mieux quels sont les risques de certains comportements et les avantages résultant d'autres choix en matière de santé.

Les nouveaux retraités ont souvent compris qu'il faut demeurer « actifs » (culte du corps et « jeunisme » marquent assez notre environnement publicitaire et y incitent). Mais il ne faut pas oublier l'importance pour l'équilibre de la personne, de garder une implication sociale afin d'éviter, à terme, l'isolement défavorable au maintien d'un bon état physique et mental.

La prévention primaire concerne ceux et celles qui ont un vieillissement « normal », sachant que la vieillesse n'est ni une maladie, ni un pronostic, ni un risque, mais un état naturel.

Le niveau d'intégration sociale et les aptitudes à participer à des activités diverses retardent considérablement la fragilisation des personnes âgées.

4°/ La nutrition.

La mauvaise nutrition est un facteur important de fragilisation des personnes.

Tout d'abord le repas peut être un moment important de la relation avec les autres : souvent la personne isolée, qui prend toujours seule ses repas, a tendance à négliger son alimentation alors que la convivialité d'un repas pris avec d'autres est un élément de « mise en appétit ».

Le portage des repas à domicile est un début de solution pour lutter contre la dénutrition et pour le maintien d'une alimentation équilibrée et variée, mais il ne répond pas au besoin de relations humaines liées au repas. Certaines collectivités imaginent de petites restaurations collectives « inter-âges » dans les quartiers : les personnes isolées sont invitées à venir et même parfois à participer à l'élaboration des repas. Le niveau des prix pratiqués est aussi un élément incitatif.

5°/ Le logement : vivre et vieillir dans son quartier.

Le logement est un autre lieu où l'intergénérationnel peut s'exercer afin d'éviter l'isolement et la discrimination par l'âge. En ce domaine, il faudrait être particulièrement inventif et imaginer plus souvent des habitats groupés intergénérationnels, des lieux de vie englobant tous les âges de la vie, où le logement libre, suite à un départ sera occupé de préférence, par une personne de la même tranche d'âge que la précédente, afin de maintenir la diversité. L'habitat partagé peut aussi être une autre réponse.

Des lieux communs, dans les immeubles, dans les quartiers, où des activités, des réunions, des repas pourraient être organisés, sont des outils offerts aux personnes pour faciliter le lien social à travers les différences ethniques ou générationnelles par exemple.

Isolées, sans environnement familial ou de voisinage, sans liens affectifs, sans rencontres et contacts, les personnes âgées se fragilisent, et ceci risque d'accélérer leur régression. Si les difficultés financières s'y ajoutent, avec des problèmes quotidiens pour s'alimenter, se chauffer, se soigner, s'occuper un minimum, les personnes vont vite se refermer sur elles mêmes. Des signes de fragilité peuvent alors apparaître : isolement, manque d'implication dans la vie sociale, baisse des capacités sensorielles, musculo-squelettiques, cardio-pulmonaires et des réserves nutritionnelles.

Quand la réduction de l'autonomie survient, la société se doit d'y apporter des réponses respectueuses des désirs et de la volonté des personnes. Il faut préconiser des réponses attentives à la dignité des intéressés et à leur qualité de vie.

V – Pour l'institution d'un droit au « bien vieillir » pour toutes et tous.

1°/ Privilégier le maintien à domicile par un soutien adapté.

Toutes les enquêtes prouvent que la majorité des retraités souhaite passer sa vieillesse à domicile, dans son milieu de vie. Nous souhaitons vivement que les politiques publiques œuvrent en ce sens. Mais actuellement le soutien à domicile souffre d'un manque de moyens financiers et de moyens humains, et sa dispersion conduit à réduire son efficacité.

Son amélioration repose d'abord sur la qualité du **statut des personnels**. Ceci passe par de multiples améliorations :

- Une réelle qualification professionnelle,
- Le développement de la sécurité de l'emploi des intervenants,
- L'amélioration des conditions de travail :
 - en réduisant la parcellisation des tâches,
 - en incluant les déplacements dans le temps de travail,
 - en clarifiant les tâches professionnelles.
- Des salaires décents, compte tenu des "savoir-faire" et des "savoir-être" indispensables pour accomplir cette activité exigeante et contraignante.

Le cadre de statut public serait donc souhaitable à cet effet car il est temps d'**en finir avec la précarité** des personnels intervenant à domicile. Pour nous, il est indispensable de mettre en place **un réel service public pour le soutien à domicile** en proposant l'égalité des droits pour tous.

L'amélioration du statut des intervenants aurait nécessairement des incidences importantes sur la qualité du service et sur son humanisation.

L'unité des services proposés pour le maintien à domicile est indispensable car la multiplicité des services d'intervention est très déstabilisante pour le demandeur déjà fragilisé et qui souvent s'angoisse et s'y perd.

Cette **mutualisation des moyens** pourrait être une aide pour le maintien d'une vie sociale préservant l'autonomie des personnes et contribuerait à la prévention de la dépendance.

Cette solution permettrait une homogénéisation des services et conduirait à **une économie d'échelle** si souhaitable. Ainsi l'amélioration de leur gestion leur permettrait des extensions afin de mieux répondre aux besoins.

Les bénéficiaires seraient donc beaucoup plus sécurisés par un même service proposant des aides adaptées à leurs besoins : **soins à domicile** (aides soignantes, infirmières), **aide à domicile** (Auxiliaire de Vie Sociale), **portage des repas, soutien à la sortie d'une hospitalisation...**

Les aides à domicile (auxiliaires de vie, aides soignantes, infirmières,...) sont des métiers à revaloriser. Avec les besoins grandissants de soutien à domicile, ces métiers de grande utilité sociale s'organisent, des diplômes se créent, les savoir-faire se précisent, des filières de métiers devraient se mettre rapidement en place pour développer des déroulements de carrière indispensables pour motiver les professionnels. Ces investissements seraient rentables à terme, la mise en place de financements cohérents est urgente.

(Auxiliaire de vie : voir Annexe IV page 75).

Par contre, les formules « **petits boulots** » payés par CESU ainsi que les services mandataires, sont incompatibles avec cette perspective de services fonctionnels. Ils ne peuvent donner ni sécurité du travail, ni évolution de carrière, nécessaires pour motiver ces personnes et maintenir de vrais professionnels dans le secteur. Par ailleurs, leur isolement ne leur permet pas de se maintenir efficacement et durablement dans cette activité qui nécessite un engagement personnel important.

Le service public, et tout particulièrement les CCAS, devraient mesurer rapidement les enjeux pour les années à venir et ne pas laisser partir des personnes motivées pour travailler en ce secteur. Nous demandons de la proximité, de l'accueil, des services répondant aux besoins dans un esprit de service public et non de marchandisation du secteur.

2°/ Améliorer l'accueil en établissements.

Le développement cohérent du soutien à domicile doit pouvoir répondre au mieux aux besoins des personnes âgées. Toutefois, **l'accueil en Maison médicalisée est parfois inévitable**. Il soulage finalement la personne elle-même, la rassure, ainsi que ses proches et sa famille. Mais dans le même esprit de proximité des services, l'évolution des établissements devrait se faire dans le sens de petites unités de « **lieux de vie** » dans les quartiers pour éviter le décrochage total des « entrants » dès leur arrivée dans une Maison de Retraite.

Les municipalités devraient avoir ce souci de proximité pour les personnes âgées vivant sur le territoire de leur commune. L'implantation d'établissements de proximité et « à taille humaine », est une forte demande pour que chacun puisse **Vivre et vieillir dans son quartier, dans son village** au nom d'un souhait légitime.

De plus, dans les établissements, les conditions d'accueil doivent être améliorées avec des personnels formés et en nombre suffisant. En effet, seule **la professionnalisation** des personnels permettra une nette amélioration de l'accueil, des soins et des conditions de vie des résidents.

Il faut une formation professionnelle appropriée, à tous les niveaux, car la relation est primordiale, exigeante et souvent difficile. Sans préparation adaptée, les intervenants risquent d'être rapidement en difficulté, car, chez la personne âgée, la perte d'autonomie entraîne l'évolution de sa psychologie et ses déficiences physiques demandent alors une attention humaniste très professionnelle et exigeante. L'improvisation peut conduire les personnels au découragement, voire à des comportements de maltraitance.

Nous revendiquons donc fortement :

- Statut et rémunération stimulants, attractifs et ce au regard des difficultés de la tâche,
- Conditions de travail de qualité dans des locaux adaptés, avec un ratio employés/résidents conforme aux besoins.
- Un personnel motivé et en nombre suffisant capable de créer un climat favorable aux résidents.

Il est urgent et indispensable de développer tout ce qui garantit l'humanisation du secteur et donc la prévention de la dépendance.

Au XXIème siècle, il est plus que temps d'en finir avec les gros établissements qui déstructurent totalement les résidents en raison des conditions de travail des personnels souvent inhumaines.

(cf livre « La vie devant nous » : enquête sur les maisons de retraite (éd. du Seuil), des améliorations ont eu lieu depuis cette parution.)

Nous voulons des structures à dimensions humaines dans les cités, proches des lieux de vie, insérées dans le tissu social, pour maintenir la dimension inter-générationnelle, base du maintien de l'autonomie et nécessaire pour garder saveur à la vie.

Ces améliorations nécessaires au respect de la dignité humaine, quelque soit son état physique ou mental, nécessitent la mise en œuvre d'un financement spécifique : **une prestation de compensation du handicap**.

VI – Pour aider et accompagner le manque d'autonomie des personnes fragilisées, par la Sécurité sociale, dans une 5^{ème} branche à créer.

Après la maladie, la famille, les accidents du travail, les maladies professionnelles et la retraite, « l'aide à l'autonomie », ou « compensation du handicap », doit maintenant être prise en charge en totalité par la Sécurité sociale. Si les quatre premiers risques historiquement pris en charge en France par la Sécurité sociale n'ont pas été conçus pour apporter une réponse adaptée aux problèmes posés par la perte d'autonomie des personnes, quelle qu'en soit l'origine, il faut donc créer une cinquième branche.

C'est pourquoi nous revendiquons l'instauration d'une cinquième branche de la Sécurité sociale, car les seuls compléments apportés à la branche ma-

ladie ou à la branche vieillesse ne pourraient suffire à couvrir la compensation du handicap quel que soit l'âge.

L'objectif serait d'attribuer à celles et ceux qui sont frappés d'une déficience physique, sensorielle, mentale ou psychique, quel que soit leur âge, une aide en nature ou en espèces pour compenser leur handicap. D'ailleurs les statistiques actuelles font apparaître qu'un faible pourcentage des personnes âgées est fragilisé, puisque 92% des plus de soixante ans n'en sont pas frappées et que la survenue de cette perte d'autonomie, quel que soit son degré, les touche diversement mais peut s'accroître avec l'âge.

Il s'agit donc bien d'une question qui doit être prise en charge par l'ensemble de la collectivité afin que cette **prestation de compensation du handicap** devienne **un droit universel**, avec suppression de la discrimination entre les « moins de 60 ans » et les « plus de 60 ans » et quelles que soient les causes du handicap, comme le préconise l'article 13 de la loi du 11 février 2005 :

« Dans un délai maximum de 5 ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction 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 établissement social et médico-social seront supprimées ».

Les personnes en situation de handicap, de naissance, par accident, ou par maladie, sont effectivement toutes concernées par la mise en place d'une **prestation de compensation du handicap** afin de maintenir leur autonomie : elles ont besoin en effet de la présence, plus ou moins grande, de personnes et/ou d'équipements appropriés pour leur permettre les gestes de la vie quotidienne et sauvegarder si possible une vie sociale et citoyenne. Le double principe issu du Conseil National de la Résistance « **chacun cotise selon ses moyens, et reçoit selon ses besoins** » doit aussi s'appliquer au financement de la prestation d'aide à l'autonomie dite aussi **prestation de compensation du handicap**.

A l'UNIRS nous exigeons que ceci relève en totalité de la Sécurité sociale, et nous estimons qu'une nouvelle cinquième branche pourrait être créée pour faire vivre une réelle solidarité nationale de l'ensemble de la société pour la mise en place de cette prestation au profit des personnes « en perte d'autonomie ».

En effet, nous préconisons plutôt la mise en place d'une 5^{ème} branche spécifique, non encore imaginée en 1945, pour financer et faire vivre cette nouvelle solidarité, tout en sachant que l'essentiel du combat ne sera pas de savoir s'il s'agira d'une 5^{ème} branche ou d'un élargissement de l'actuelle branche maladie préconisée par d'autres.

Avec le gouvernement actuel, avec la majorité actuelle, avec le poids du Medef et des investisseurs financiers, l'essentiel du combat sera d'éviter une emprise de la finance dans ce nouveau domaine, emprise qui nous serait vendue par la formule du « partenariat public / privé ». L'essentiel du combat sera d'exclure toute intervention des assureurs privés, et tout recours à des complémentaires.

Nous estimons que l'élargissement de la branche maladie conduirait certainement à réduire la « **visibilité** » et la « **lisibilité** » de cette nouvelle soli-

darité. De nouveaux financements publics seront nécessaires, et il est plus clair pour celles et ceux qui y participent de voir où vont leurs cotisations affectées, plutôt que de les voir intégrées à la branche maladie, déjà énorme et présentée déficitaire. Par ailleurs, il est illusoire de croire que l'intégration dans une branche maladie élargie serait une garantie pour l'avenir, pour éviter, par exemple, une privatisation ultérieure de cette solidarité. Depuis des années on peut constater que la branche maladie est elle-même fortement attaquée et déjà bien privatisée. L'existence d'une forte branche maladie n'a pas empêché l'intervention des mutuelles, des complémentaires et des compagnies d'assurances, ni le rôle des professionnels et des laboratoires pharmaceutiques dans la politique du médicament, ni la répartition des « marchés » entre les cliniques privées et les hôpitaux publics, en réservant le profitable au privé, etc.

VII – Pour un financement universel, solidaire et progressif de l'aide à l'autonomie.

Pour financer cette nouvelle prestation, l'UNIRS préconise la mise en place d'une cotisation obligatoire pour toutes les personnes, sans limites d'âge, dès lors qu'il y a des revenus. Cette cotisation serait basée sur l'ensemble des revenus (type CSG améliorée et élargie, notamment à tous les revenus du patrimoine et du capital). A ce financement universel, correspondrait une prestation universelle de Sécurité sociale rejetant tout recours, même partiel, au secteur des assurances privées.

Le financement serait exigé de tous, tout au long de la vie, basé sur tous les revenus, y compris sur ceux du patrimoine, selon un barème progressif. Ce financement serait destiné à prendre en charge les besoins d'aide et d'assistance pour toutes les personnes en situation de handicap par **une prestation de compensation** généralisée, évitant ainsi toute discrimination et **renforçant la solidarité et la redistribution**.

Ce serait donc un genre de CSG largement améliorée, et progressive, et mettant à contribution tous les revenus, et particulièrement tous les revenus du patrimoine. Il n'y a pas lieu, notamment, d'exonérer les revenus du capital.

En 1945, le compromis entre le PCF et la droite de l'époque a notamment porté sur cette question du financement de la protection sociale : il fallait reconstruire la France et il y avait plutôt le plein emploi. Il a donc été retenu de ne pas faire appel aux capitaux pour financer le social, afin de leur permettre de s'investir, et de faire uniquement appel à des cotisations assises sur les revenus du travail.

Aujourd'hui, en 2011, nous ne sommes plus du tout dans la même situation, et s'arc-bouter sur un financement limité aux seuls revenus du travail serait plafonner sans raisons les ressources affectées aux dépenses sociales. Aujourd'hui, il faut certes continuer de socialiser les salaires, mais il faut aussi socialiser les profits.

Nous rejetons la proposition formulée parfois de baser le financement de cette nouvelle solidarité uniquement sur des cotisations sociales assises sur

les salaires, voire, pour celles et ceux qui se croient les plus radicaux, sur les seules cotisations patronales. Tout d'abord, cette nouvelle solidarité serait universelle, ouverte à toutes les personnes vivant sur le territoire national ; il n'y aurait donc pas lieu de n'y faire contribuer que les revenus salariaux, mais plutôt l'universalité des revenus pour répondre à l'universalité de la prestation.

Par ailleurs, et à la différence du système des retraites qui, en France particulièrement, sont en lien direct avec les revenus d'activité, en matière d'aide aux personnes fragilisées, il n'y a aucun lien avec une quelconque activité professionnelle.

Le compromis politique de 1945 reste un compromis politique. Il doit certes être défendu aujourd'hui compte tenu des attaques incessantes qui remettent en cause les « acquis sociaux » qu'il a permis de mettre en place. Mais il ne faut pas le magnifier, ce qui conduirait à magnifier un certain salariat et à en faire le summum de l'évolution de l'humanité.

Cette proposition d'un financement progressif basé sur l'ensemble des revenus pour financer les dépenses liées aux aides à l'autonomie s'accompagne de la suppression de toutes les diverses contributions actuelles (telles le lundi de Pentecôte par la Contribution de Solidarité Autonomie) et conduit à rejeter toute idée d'augmentation spécifique des cotisations des seuls salariés ou des seuls retraités.

Il n'y aurait bien entendu plus de recours ultérieur au patrimoine des personnes ou des familles.

Parallèlement à cette nouvelle cotisation qui servirait à financer les aides et les accompagnements destinés aux personnes fragilisées (à domicile ou en établissement), il sera nécessaire de trouver un financement pour disposer des établissements adéquats et des équipements nécessaires.

A l'UNIRS nous préconisons de faire appel à une contribution des plus gros patrimoines, là aussi selon un barème progressif. Ainsi, nous opèrerions à l'inverse des politiques actuelles qui ne cessent de privatiser des biens publics : nous transformerions en biens publics des parties de patrimoines privés.

VIII - Pour un service public de l'accompagnement.

De même que nous exigeons un grand service public de la santé, nous revendiquons aussi un grand service public d'aide et d'accompagnement de la perte d'autonomie, se déclinant à tous les niveaux du territoire (régions, départements, communes) et offrant aux personnes une grande diversité de services et de prestations, depuis l'apport de repas quotidiens à leur domicile jusqu'à la présence quasi constante et l'assistance en établissements spécialisés, en passant par l'aide et les soins en maison de retraite médicalisée ou les établissements d'accueil journalier ou à plein temps.

Certes, des services organisés par le secteur associatif et le secteur privé non lucratif collaboreraient aussi au bien être des personnes ayant besoin de soutien.

Grâce à la décentralisation, chaque territoire veillerait alors à la mise en place de structures répondant davantage aux besoins sociaux spécifiques de sa population.

C'est pour permettre aux personnes fragilisées de pouvoir bénéficier, au tant que de besoin, de ces services, que nous demandons donc la mise en place d'une prestation universelle de compensation, dans le cadre de la Sécurité Sociale, permettant une prise en charge identique sur l'ensemble du territoire, évitant toute discrimination.

Enfin, si nous voulons que ces services d'accompagnement et d'aide à l'autonomie échappent au marché, à la finance et à la recherche des profits, nous devons exiger à tous les niveaux, pour assurer ces services, des personnels correctement formés et rémunérés, non précaires, rattachés directement au service public et non pas à des entreprises sous-traitantes.

IX - Pour une solidarité universelle et générale.

Cette prestation à l'autonomie couvrirait donc l'ensemble des aides nécessaires à la personne, à domicile ou en établissement, en compensation de son handicap, quel qu'il soit.

Toutefois la part **hébergement** (restauration et « hôtellerie ») relèverait toujours des capacités contributives de la personne concernée, et/ou en partie de l'allocation logement social dont elle pourrait bénéficier, ou de la famille par application de l'obligation alimentaire résultant des articles 205 à 211 du Code civil.

Bien évidemment les soins médicaux et infirmiers seraient toujours pris en charge par l'assurance maladie, quelle que soit leur importance.

Ce financement universel entraîne des prestations identiques pour tous et toutes, toujours par application du principe « chacun selon ses moyens et chacun selon ses besoins ». Cette cotisation obligatoire, étendue à toute la population, permet la solidarité la plus large et en réduit le coût pour chacun.

La mise en place d'une prestation solidaire et universelle à l'autonomie simplifierait beaucoup les démarches et les frais inhérents à la recherche des financements actuellement très parcellisés : ils émanent en effet de nombreuses institutions et font perdre du temps aux personnes chargées d'accompagner les intéressés qui souvent sont dans l'incapacité de faire valoir tous leurs droits en raison de leur dispersion.

La réduction du nombre d'intervenants institutionnels faciliterait les démarches et serait nécessairement source d'économie pour la société et le temps libéré permettrait aux professionnels du secteur de mieux prendre soin des personnes. L'aide à la personne n'est pas seulement à considérer comme un coût mais aussi comme un gisement d'emplois impossibles à délocaliser, créateurs de liens sociaux et de richesses, insérés dans les territoires.

Il serait regrettable de ne pas en tenir compte dans ce genre de débat.

Résumé des propositions de l'UNIRS

1. Réclamer l'application immédiate de l'article 13 de la loi de février 2005 qui prévoit la suppression de « *la distinction entre les personnes handicapées en fonction des critères d'âge en matière de compensation du handicap* ».
2. **Développer la prévention** afin de maintenir plus longtemps les personnes en bonne santé physique et mentale. Pour nous il ne s'agit pas de réduire le nombre de personnes prises en charge par l'APA mais plutôt de l'augmenter : une prise en charge précoce et adaptée participe à la prévention. Le projet d'exclure du bénéfice de l'APA les personnes classées en GIR 4 est donc inacceptable.
3. **Faciliter le maintien à domicile** des personnes fragilisées en améliorant les soins, les services et les aides à domicile. Pour le permettre, il faut notamment disposer, sur l'ensemble du territoire, de services publics adaptés aux différents besoins, avec des personnels en nombre suffisant, formés et qualifiés, correctement rémunérés et bénéficiant de conditions de travail convenables. Dans le secteur social les conditions de travail des personnels influent grandement sur les conditions de vie des personnes aidées. Le maintien à domicile implique aussi des aides financières pour l'équipement des logements.

4. **Favoriser l'implantation d'établissements de proximité**, à taille humaine. Même si le maintien à domicile est souvent préféré par les personnes et par les familles, l'accueil en établissement est parfois inévitable et indispensable, souhaité par la personne et la famille. Il faut alors éviter les grosses structures qui engendrent l'anonymat et préférer de petits établissements permettant d'y vivre à proximité de son lieu de vie antérieur, ce qui aidera au maintien de relations sociales de voisinage. En établissement également, les conditions d'emploi et de travail des personnels interfèrent sur les conditions de vie des personnes accueillies.
5. **Le financement** de cet ensemble est une question essentielle. Selon son niveau et sa pérennité, les discours resteront lettre morte ou au contraire pourront se concrétiser. L'UNIRS estime plus particulièrement que pour le financement de tout ce qui participe au soutien des personnes en manque d'autonomie, il faut distinguer entre ce qui relève du soin ou de l'aide à la personne :
- Tout ce qui concerne les soins médicaux, à domicile ou en établissement, doit continuer de relever, comme actuellement, de l'assurance maladie. L'UNIRS rappelle donc que la garantie d'un financement stable implique un autre partage des richesses, une augmentation globale de la masse salariale, la suppression du chômage, notamment par une autre répartition du travail et de sa durée. L'UNIRS estime que le déficit plus particulier de l'assurance maladie est un déficit « organisé », par la baisse de 8 à 10 points de la part des salaires dans le PIB, au profit des financiers, des actionnaires et des rentiers. Ceci représente environ 170 milliards d'euros qui, chaque année, manquent dans l'assiette des cotisations sociales. Et ce sont environ 70 milliards d'euros qui, chaque année, manquent dans les recettes de la Sécurité sociale. Par une autre répartition des richesses, et par la suppression des nombreuses exonérations accordées sans contreparties aux employeurs, la Sécurité sociale serait largement excédentaire. Il deviendrait donc possible de mieux prendre en charge tous les frais médicaux et pharmaceutiques, y compris ceux qui concernent les personnes fragilisées.
 - Tout ce qui concerne le financement de l'aide aux personnes, à domicile ou en établissement, implique la mise en place **D'UNE NOUVELLE SOLIDARITE NATIONALE** passant par une forte restructuration et réorganisation de l'existant. Pour le financement spécifique de cette solidarité, l'UNIRS préconise l'instauration d'une cotisation assise sur tous les revenus des particuliers, y compris tous les revenus du patrimoine et de la rente. Cette cotisation devrait être progressive, afin d'en renforcer le caractère solidaire. Elle serait, bien entendu, obligatoire et exclusive de tout « complément » provenant de contrats privés auprès des complémentaires (mutuelles, compagnies d'assurances privées). Le financement de cette solidarité pour prendre en charge l'aide à l'autonomie des personnes fragilisées serait socialisé à 100% et il n'y aurait donc plus de « restes à charge » pour les personnes ou les familles.
 - L'UNIRS rejette toute idée d'un « **partenariat public/privé lucratif** », générateur de conflits dans la gestion de tout ce qui relève de l'intérêt général, et créateur d'inégalités. Il s'agit d'appliquer ici le principe « *chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins* ». Cette nouvelle solidarité intégrée et gérée par la Sécurité sociale, conduirait à annuler et remplacer les différents financements actuels de l'APA (le lundi de Pentecôte, par exemple). Le recours ultérieur sur succession, même « optionnel », deviendrait donc sans objet, de même qu'il n'y a pas de distinction entre un malade bénéficiant d'un traitement court et peu onéreux et un malade nécessitant des opérations particulièrement coûteuses. La solidarité sociale vise justement à éviter « la double peine » infligée aux personnes et aux familles : la maladie, le manque d'autonomie, et, en plus, la sanction financière. Ce financement pérenne basé sur l'intégralité des revenus des personnes, avec un taux progressif, supprimerait les aléas qui résultent de la diversité et de l'hétérogénéité des financements de l'actuelle APA. Les difficultés financières des départements, qui nécessitent assurément une réforme fiscale, n'auraient plus de conséquences dans le domaine de l'aide aux personnes fragilisées et n'entraîneraient plus d'inégalités territoriales.
 - En ce qui concerne le financement des établissements et des équipements, l'UNIRS préconise de faire contribuer les plus gros patrimoines des particuliers. Cet appel à contribution n'est pas

exclusif d'une réforme indispensable de la fiscalité des fortunes et des patrimoines. C'est en effet dans ce domaine que les inégalités sont les plus fortes.

Il nous paraît cohérent de faire appel aux patrimoines des plus riches pour financer des équipements collectifs nécessaires au bon fonctionnement des services publics territoriaux chargés de faire vivre cette solidarité nouvelle. Ainsi, il y aurait, par ce biais, transformation de patrimoines privés en patrimoines publics utiles à tous.

6. **Intégrer cette nouvelle solidarité dans la Sécurité sociale**, plutôt par la mise en place d'une cinquième branche.

L'UNIRS estime en effet que le combat essentiel portera notamment sur la présence ou non de complémentaires dans le fonctionnement et l'organisation de cette solidarité à « l'aide à l'autonomie ». Si nous obtenons qu'elle ne relève que de la Sécurité sociale, l'essentiel sera atteint, à savoir un financement unique et solidaire.

Pour autant, nous estimons que la création spécifique d'une cinquième branche au sein de la Sécurité sociale serait un bon outil pour financer et pour gérer cette solidarité. L'UNIRS réfute l'idée que la branche maladie pourrait en être le « réceptacle », notamment du fait d'une frontière qualifiée de « ténue » entre la maladie et la perte d'autonomie. La perte d'autonomie ne résulte pas toujours de la maladie, et, surtout, les aides spécifiques à apporter sont des aides par des personnes qui viennent accompagner les personnes fragilisées. Par ailleurs, la mise en place d'une nouvelle cotisation venant s'ajouter à tout ce qui relève déjà du budget de l'assurance maladie, serait un élément de confusion et pourrait conduire à des détournements rapides. L'histoire nous rappelle la vignette auto instituée en 1956 au profit « des vieux » qui fut très rapidement noyée dans le budget général de l'Etat. L'affectation d'une nouvelle cotisation, qui viendrait aussi supprimer des financements antérieurs eux-mêmes peu lisibles, à une branche spécifique nouvelle de la Sécurité sociale serait compréhensible pour le public. Et ceci illustrerait l'orientation première des fondateurs de la Sécurité sociale, en montrant que le champ de la Sécurité sociale peut être étendu.

La mise en place d'une branche spécifique permettrait aussi d'imaginer une « gouvernance » faisant intervenir des représentants des territoires qui participeront fortement à la gestion au quotidien de cette question et des représentants des associations et des professionnels qui savent de quoi ils parlent dans ces domaines. Cette nouvelle branche aurait aussi la gestion des services publics nouveaux qui lui seraient affectés.

7. **Mettre en place un grand service public de l'accompagnement.**

Actuellement ce secteur est éclaté entre de très nombreuses structures, associations à but non lucratif, prestations de gré à associations à but lucratif, investisseurs financiers, etc.

C'est un secteur très précarisé, largement féminisé, avec des emplois à employeurs multiples et une prédominance du temps partiel. Il faut y créer des emplois stables, qualifiés, à temps plein, où les qualifications et les compétences mises en œuvre soient reconnues et facilitées par des formations professionnelles qualifiantes.

Tout ceci ne peut se faire au mieux que dans un service public à construire et qui aurait vocation à regrouper à terme tout ce qui existe actuellement. Ces personnels agiraient tant au domicile des personnes que dans les établissements. Ils auraient aussi vocation à soulager les aidants et les aidantes.

Conclusion

La nécessité d'un engagement des Organisations Syndicales.

Dans le passé, les organisations syndicales ouvrières sont souvent restées muettes sur ces sujets. Parfois, leur secteur « retraités » a abordé quelques unes des questions liées à la perte d'autonomie des personnes âgées et ce secteur a pu alors intervenir auprès des instances nationales de leur organisation confédérale pour le sensibiliser à la question.

Ce désintérêt a pesé lourdement et trop longtemps pour une réelle prise en compte de ces questions par l'opinion publique et par les politiques.

L'absence d'une demande sociale clairement exprimée et fortement constituée explique en partie les lenteurs des progrès dans ce domaine, car trop souvent ce sont essentiellement des associations et des professionnels du secteur qui ont tiré la sonnette d'alarme.

Au cours des quinze dernières années, l'aide à l'autonomie devenant un réel problème pour de nombreuses familles, nous avons entendu des promesses de campagnes électorales qui n'ont jamais été tenues car aucune force sociale puissante ne soutenait les revendications.

En matière d'accompagnement des personnes fragilisées, il n'existe pas réellement de « groupe de pression sociale », face aux gouvernements, aux assureurs et aux investisseurs.

Il est donc urgent d'informer et de sensibiliser clubs et associations de retraités mais aussi la population sur les projets en cours et leurs enjeux, afin de mettre en place une large solidarité revendicative pour contrer le projet gouvernemental et les ambitions des acteurs financiers. C'est un enjeu de société important où l'opposition entre les intérêts financiers d'une minorité et les intérêts généraux de la majorité de la population sont aisément cernables.

- Les assureurs sont déjà sur le marché et se réjouissent des ambitions limitées du gouvernement.
- Certains prestataires de services mesurent déjà les profits espérés des fonds publics et privés.
- Des propriétaires d'établissements et des « équipementiers » en matériel médicalisé spécialisé n'y voient que sources de rendements financiers.

Les réponses n'iront certainement pas dans le sens d'une société plus solidaire, mais vers la recherche de profits financiers toujours plus élevés pour un grand nombre d'investisseurs.

Aux organisations syndicales et à nous donc, **Solidaires UNIRS**, d'intervenir à tous les niveaux et de mener, avec des associations et des professionnels, la bataille idéologique sur la solidarité et la question de l'aide à l'autonomie qui concerne toute personne fragilisée quelque soit son âge.

Nous voulons des dispositifs en convergence, pour à une prestation solidaire et universelle
« d'aide à l'autonomie sans distinction d'âge »,
incluant un projet de société solidaire,
sachant « prendre soin », avec des personnels formés.

Pour avoir des informations publiques sur les suites officielles de ce dossier par le gouvernement, nous conseillons aux militantes et aux militants, et à toutes les personnes qui veulent savoir, d'aller sur le site que le gouvernement lui a consacré : <http://www.dependance.gouv.fr>

Il est même possible de donner son point de vue, et la démarche est assez simple et rapide :

- aller sur le site,
- aller sur « débat »,
- aller sur « formulaire pour participer au débat ».

Annexe I

Les Coderpa

Un organisme de proposition pour retraités et personnes âgées

Le CODERPA est un comité à caractère consultatif. Il constitue un lieu de dialogue, d'information et de réflexion au sein duquel des retraités et des personnes âgées participent à l'élaboration et à l'application des mesures de toute nature les concernant, en concertation avec les professionnels et les principaux organismes chargés de mettre en œuvre les actions en leur faveur au sein du Département.

Un Comité National (CNRPA) et des Comités Départementaux des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) avaient été institués par le décret n° 82-697 du 4 août 1982 modifié par :

- le Décret n° 88-160 du 17 février 1988 et la Circulaire ministérielle n° 88-11 du 2 mai 1988 du Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi,
- le Décret n° 95-524 du 4 mai 1995 et le Décret n° 98-645 du 22 juillet 1998 :

Les CODERPA étaient alors présidés par le Préfet et financés par l'Etat duquel dépendait alors le financement des politiques en ce domaine.

Depuis le 1er Janvier 2005, dans le cadre de la Loi du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République et de la loi du 13 août 2004, n° 2004 – 809, relative aux libertés et responsabilités locales, les CODERPA sont passés sous l'autorité des Conseils Généraux qui, en vertu de l'article 57 de cette loi devenu l'article L-149.1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, en assurent désormais l'organisation et la gestion et ce en raison des transferts de compétences.

La composition et les modalités de fonctionnement des CODERPA qui réunissent notamment des représentants des associations et organisations représentatives au plan local des retraités et personnes âgées, sont fixées par délibération du Conseil Général.

Les membres du Comité sont nommés par Arrêté du Président du Conseil Général.

La présidence du CODERPA est assurée par le Président du Conseil Général ou son représentant.

Un vice-président issu du 1er collège est élu par l'Assemblée Plénière et anime au quotidien le CODERPA.

Le CODERPA comprend 4 collèges :

Collège 1 :

Il comprend des représentants départementaux **des principales associations et organisations de retraités et personnes âgées** reconnues les plus représentatives : organisations syndicales de Retraités, associations diverses de Retraités (artisanat, professions libérales, monde rural), FGR, ANR, FSEA (Fédération des Syndicats d'Exploitants Agricoles), Mutualité française, etc...

C'est donc pour ce collège que les organisations syndicales de retraités peuvent mandater chacune deux délégués chargés de faire avancer leurs priorités et leurs revendications.

C'est le Président du Conseil Général qui nomme les membres titulaires et suppléants sur proposition des associations et organismes concernés. Si des sièges ne sont pas pourvus, il peut, dans la limite des vacances, désigner les représentants d'associations ou d'organisations de personnes âgées représentatives localement.

Collège 2 :

Il comprend des personnes en activité au sein des principales professions concernées par l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées :

FASSAD (Fédération des Associations de Soins et Services À Domicile),

UDAF (Union Départementale des Associations Familiales),

ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural),

SSIAD (Service Soins Infirmiers à Domicile)

PACT-ARIM (Protection Amélioration Conservation Transformation de l'habitat et Association de Restauration Immobilière),

SYNERPA (Syndicat National des Etablissements et Résidences pour personnes Agées)

UHIRF (Union Hospitalière Région Ile-de-France),

UNRPA (Union Nationale Retraités et Personnes Agées),

CCAS (Centre Communal d'Action Sociale),

CLIC (Comité Local d'Information et de Coordination), etc...

Elles sont désignées, ainsi que leurs suppléants, par le Président du Conseil Général.

Collège 3 :

Il comprend des personnes représentant les collectivités locales et les organismes qui, par leurs financements et/ou leurs interventions, contribuent à l'action en faveur des personnes âgées dans le département : représentants du conseil Général, de la DDASS, de la CNAV, de la CPAM, de la MSA, du CICAS (centre d'information de conseil et d'accueil des salariés).

La désignation des membres titulaires et suppléants incombe, sur proposition des organismes concernés, au Président du Conseil Général.

Collège 4 :

En outre, le CODERPA peut encore faire appel à des personnes qualifiées désignées par le Président du Conseil Général.

Le mandat des membres titulaires et suppléants est de 3 ans. Seul le mandat des représentants du Conseil Général expire lors de chaque renouvellement de cette assemblée.

Les membres du CODERPA sont tous des bénévoles.

FONCTIONNEMENT :

Les Assemblées Plénières : chaque département les organise comme bon lui semble. En général, c'est le Président du Conseil général qui convoque à l'instigation du Vice-président. Il y a le plus souvent une ou deux Assemblées plénières par an. Seule, l'Assemblée plénière a pouvoir de décision. Certains départements ne convoquent pas les suppléants. C'est à nous d'insister pour qu'ils aient leur place même s'ils ne votent pas, sauf en cas de défaillance du titulaire.

Le Bureau : ses membres sont majoritairement du 1er collège. Son rôle et ses missions sont définis par le Règlement Intérieur.

Les Moyens et Financement : En général, les locaux sont fournis par le Conseil général, ainsi que le financement des frais de fonctionnement. Les frais de déplacement figurent au budget.

Les Commissions ou groupes de travail : ce sont les seuls lieux de travail effectif. Les thématiques sont définies par le bureau. Leur nombre est variable et modulable. Les sujets traités peuvent être : retraite et vie sociale, prévention et santé, transports et déplacements, logement : vivre et vieillir dans son quartier, aide et soins à domicile, maltraitance, prévention de la dépendance, schéma gérontologique, information, etc...

Quatre missions principales lui sont dévolues :

1°/ le CODERPA établit chaque année un rapport sur la mise en œuvre des actions de toute nature intéressant les retraités et personnes âgées du département pendant l'année écoulée.

2°/ Le Comité a également une mission de réflexion globale en matière gérontologique. Le CODERPA peut ainsi se saisir de toute question concernant les retraités et personnes âgées ; procéder aux études et investigations nécessaires et formuler des propositions de toute nature qui lui paraissent opportunes.

3°/ Le CODERPA diffuse l'information au niveau départemental

Il a pour tâche, avec le concours des administrations concernées, de recueillir toutes informations et textes officiels concernant les retraités et personnes âgées. Il doit aussi se donner les moyens de connaître les activités, programmes et projets de tous les acteurs gérontologiques du département. Il lui revient ensuite de transmettre ces informations aux personnes âgées directement ou par l'intermédiaire des communes, C.C.A.S. et associations.

4°/ Le CODERPA est une plate-forme où les partenaires locaux du sanitaire et du social, agissant en direction des personnes âgées, peuvent se rencontrer, se connaître, et s'accorder sur leurs objectifs et les moyens à mettre en œuvre, afin d'éviter une dispersion de leurs efforts.

Le CODERPA peut faciliter cette concertation au plan local et constituer un lieu privilégié pour susciter et aider à la conclusion de conventions locales entre les principaux interlocuteurs du Département : C.C.A.S.; établissements sanitaires et sociaux ; professionnels de santé libéraux ; services de soins à domicile ; d'aide à domicile ; caisses de retraite ; organismes d'assurance vieillesse et maladie ; associations de retraités ; etc.

Annexe II Le CNRPA

Présentation – Fonctionnement - Attributions

Crée par le décret n°82- 697 du 4 août 1982, le comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) est une instance administrative consultative placée auprès du ministre chargé des personnes âgées.

Présidé par le ministre, ce comité permet la participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et la mise en œuvre de **la politique de solidarité nationale** les concernant ([article D149-1](#) du code de l'action sociale et des familles).

[Le décret n° 2006-609](#) du 26 mai 2006 relatif au comité national des retraités et des personnes âgées élargit considérablement le rôle du comité national :

- sa consultation par le ministre chargé des personnes âgées est désormais obligatoire sur les projets de textes réglementaires concernant les personnes âgées et relatifs aux politiques de prévention de la perte d'autonomie, de soutien à la dépendance, de maintien à domicile, de coordination gérontologique ainsi qu'à la qualité des prises en charge par les services et établissements.
- saisine par le ministre sur toute autre question ou auto-saisine.
- le comité national constitue et anime des commissions régionales.
- le comité national se structure en commissions de travail spécialisées.

Présentation

Le CNRPA prend aujourd'hui une importance particulière au moment où se mettent en place des mécanismes de concertation tels que prévus dans les lois n°2002- 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Au travers de sa composition, cette instance est en effet représentative des retraités et des personnes âgées et constitue à ce titre le porte-parole des 13 millions de retraités.

Tout en étant attachée à l'inscription de son action dans une approche intergénérationnelle, elle a le souci de faire valoir les besoins spécifiques de la population à laquelle elle s'adresse et d'insérer sa réflexion et son action dans un cadre européen.

Présidé par le ministre, le comité plénier est constitué de 3 collèges :

1er COLLEGE -8 titulaires et 8 suppléants- : représentants des grands corps d'État (Sénat, Assemblée Nationale, Inspection générale des affaires sociales, Conseil d'État, Cour des Comptes) ; représentants des départements et des communes (Assemblée des Départements de France, Association des Maires de France).

2ème COLLEGE -16 titulaires et 16 suppléants- : représentants des 16 organismes de retraités et personnes âgées les plus représentatifs.

3ème COLLEGE - 8 titulaires et 8 suppléants - : personnes qualifiées.

La composition actuelle du comité plénier a été définie par arrêté du 31 octobre 2006, modifié par les arrêtés du 30 novembre 2006 et du 2 avril 2007.

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le règlement intérieur.

Le comité plénier, instance souveraine se réunit 5 à 6 fois dans l'année. Il élit en son sein son vice-président et un bureau qui constitue l'instance exécutive.

Le travail s'effectue également en commissions autour de 5 grands thèmes (voir ci-dessous "les commissions")

Les membres du CNRPA assurent également, au titre des retraités et personnes âgées, une participation dans de nombreuses instances extérieures :

- Conseil d'administration de la CNAVTS ; Conseil de surveillance des caisses nationales de protection sociale (CNAVTS, CNAF, CNAMTS, ACOSS) ; Comité de surveillance du fonds de solidarité vieillesse ; Conseil d'orientation des retraites ; Agence nationale de

l'évaluation sociale et médico-sociale ; Conseil supérieur du travail social ; Comité national de l'organisation sanitaire et sociale ; Comité national de coordination gérontologique ; Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ; Comité national d'entente de la semaine bleue ; Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées ; GIP info retraite ; Comité de pilotage du plan "bien vieillir" ; Conseil consultatif des personnes handicapées et à mobilité réduite ; Conseil national de l'alimentation ; conseil national de l'administration fiscale.

Le CNRPA anime depuis sa création le réseau des comités départementaux des retraités et des personnes âgées(CODERPA) désormais placés auprès des conseils généraux par la loi n°2004-809 du [13 août 2004](#) relative aux responsabilités et libertés locales.

Annexe III

La Grille Autonomie G erontologie Groupes Iso-Ressources (A.G.G.I.R.)

Mesurer et évaluer la perte d'autonomie : **la Grille A.G.G.I.R.**

En France, il existe un instrument destiné à mesurer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens, et de suivre l'évolution de cette perte d'autonomie de chaque personne dans le temps.

Cet instrument est appelé Grille Nationale AGGIR, acronyme de Autonomie, G erontologie, Groupes Iso-Ressources.  labor  e en 1997 par des médecins de la sécurité sociale, de la Société Française de G erontologie ainsi que par des informaticiens et mise à jour au Journal officiel du 21 novembre 2001, elle permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie d'une personne dépendante et de déterminer les ressources nécessaires à sa prise en charge. Cette grille AGGIR est utilisée par les Conseils Généraux pour l'attribution de l'APA à domicile mais également en Institution et également par certains assureurs dans le cadre de l'assurance dépendance.

A domicile, cette perte d'autonomie est appréciée par l'un des membres de l'équipe médico-sociale en charge de l'évaluation. L'APA s'adresse en effet aux personnes qui, au-delà des soins qu'elles reçoivent, ont besoin d'être aidées pour accomplir les actes de la vie quotidienne, ou dont l'état nécessite d'être surveillé régulièrement.

En établissement, cette évaluation est effectuée sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, de tout médecin conventionné.

La Grille AGGIR regroupe les malades en six groupes Iso-Ressources appelés GIR. Un groupe Iso-Ressources comprend des personnes qui nécessitent une même mobilisation de ressources pour faire face à leur dépendance.

L'évaluation se fait sur la base de **dix-sept variables** portant sur l'évaluation de la capacité d'une personne à réaliser seule les actes de la vie quotidienne grâce à son autonomie physique et psychique. Sont exclues les aide" des soignants et des "aidants", sauf les aides techniques (prothèse, déambulatoire, fauteuil roulant...) qui sont considérées comme faisant partie de la personne.

Dix variables dites "discriminantes" sont utilisées pour le calcul du GIR elles se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique :

1. Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée ;
2. Orientation : se repérer dans le temps, dans les moments de la journée et dans les lieux ;
3. Toilette : se laver seul ;
4. Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter ;
5. Alimentation : manger les aliments préparés ;
6.  limination : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;
7. Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir ;
8. Déplacements au domicile ou en établissement : mobilité spontanée, y compris avec un appareillage ;
9. Déplacements à l'extérieur : se déplacer à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport ;
10. Communication à distance : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...

Sept variables dites "illustratives", concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide :

1. Gestion : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens ;
2. Cuisine : préparer ses repas et les conditionner pour être servis ;
3. Ménage: effectuer l'ensemble des travaux ménagers ;
4. Transport : prendre et/ou commander un moyen de transport ;
5. Achats : acquisition directe ou par correspondance ;
6. Suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance du médecin ;
7. Activités de temps libre : pratiquer des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps.

Chaque variable examinée est notée par un adverbe : Spontanément (**S**) ; Totalement (**T**) ; Correctement (**C**) ; Habituellement (**H**), puis en fonction de la réponse aux adverbes, elle est notée A, B ou C :

- A correspond à des actes accomplis seul, spontanément, totalement et correctement.
- B correspond à des actes partiellement effectués.
- C correspond à des actes non réalisés.

Le calcul se fait ensuite au moyen d'un [logiciel](#) spécifique afin de déterminer à quel groupe Iso Ressources va appartenir la personne examinée.

Les niveaux de dépendance sont définis de la dépendance complète, GIR 1, à l'autonomie totale, GIR 6.

Les six groupes Iso-Ressources (GIR 1 à 6) de la grille AGGIR peuvent être schématiquement caractérisés de la manière suivante :

- **GIR 1** : il comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- **GIR 2** : il regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :
 - celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
 - celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
- **GIR 3** : il réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ; la majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.
- **GIR 4** : il comprend deux catégories de personnes âgées :
 - celles n'arrivant pas à assumer 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.
 - celles également qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qui doivent être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
- **GIR 5** : il comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- **GIR 6** : il réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

POUR INFO :

Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence.

Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

L'allocation d'autonomie attribuée est de 100% si le patient présente une dépendance le classant dans le groupe Iso ressources 1, puis est dégressive jusqu'à 7 % dans le groupe 6.

Références :

- Journal Officiel du 30/04/97
- Décret n°2001-1084 du 20/11/01
- Articles R232-1 à R232-6 du code de l'action sociale et des familles (Loi du 20/07/01)
- Article R232-3 (modifié par le décret n°2008-821 du 21 août 2008).

Annexe IV

L'auxiliaire de vie, cheville ouvrière du maintien à domicile.

Au regard des besoins, un **Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale** a été créé afin de professionnaliser les interventions et de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées. Ce fut une avancée considérable pour le maintien à domicile. Mais souvent la précarité du statut de ces personnels, les bas salaires pratiqués, ne permettent pas une réelle organisation des services pour combler l'attente et créer des filières professionnelles attrayantes. De plus la mise en place du CESU et les différents emplois précaires utilisés dans le secteur sont particulièrement démotivants.

Dans la période actuelle, l'appauvrissement d'une partie grandissante des retraités nous fait comprendre aussi que seul des services publics bien organisés seraient à même de répondre aux besoins.

L'auxiliaire de vie sociale (AVS) : L'auxiliaire de vie est un professionnel de base dans le secteur et remplace l'aide ménagère. C'est un métier exigeant qui demande des connaissances, des qualités humaines et professionnelles et de la résistance physique. Toutefois ces agents sont fiers de leur métier quand la profession est bien comprise et reconnue.

Que fait l'**auxiliaire de vie sociale** dans l'aide à domicile ?

- Il fait ce que la personne à son domicile ne peut plus faire, mais il le fait aussi **"avec" la personne** pour l'aider à garder son autonomie, à organiser son intérieur en fonction de ses difficultés. **Il a un rôle de conseil, de soutien dans la réalisation de ses tâches quotidiennes.**
- Sa formation lui donne des connaissances utiles à la compréhension des personnes auprès desquelles il intervient : connaissances liées aux pathologies du vieillissement et aux comportements inhérents aux mécanismes de la dépendance... **Son action bien appropriée peut ralentir la dépendance, voire la retarder ou même l'éviter par une action adaptée et stimulante.**
- Il peut participer au diagnostic de la situation de la personne aidée, proposer en cas de besoin des solutions nouvelles pour améliorer sa prise en charge, et il sait discerner les limites de son intervention.
- Intervenir à domicile auprès de personnes à l'autonomie réduite et parfois exigeantes, rentrer dans leur intimité, travailler seul et en autonomie, demande des qualités évidentes de contact, de débrouillardise, d'honnêteté, de discrétion, de résistance nerveuse, de patience. A tout cela, il faut ajouter une grande fiabilité au regard de son indépendance dans la réalisation de ses missions.
- En plus des qualités personnelles, la résistance physique est indispensable : porter un sac de courses, monter sur un escabeau, relever une personne qui a chuté, faire du ménage, se déplacer d'un lieu de travail à l'autre.
- Pour l'aide à domicile, la semaine de travail ne se déroule pas en horaires réguliers. Il faut enchaîner le travail chez plusieurs personnes dans une même journée, il faut être autonome pour ses déplacements pour aller d'un domicile à l'autre, quelquefois même le samedi ou le dimanche. Les horaires de travail variables amènent parfois des coupures en journée, même si tout est fait pour les éviter en organisant les plannings de travail adaptés et réguliers.

**En raison de ces exigences et de sa qualification,
l'auxiliaire de vie devrait être rémunéré en conséquence.**

Les conditions de travail sont exigeantes, il s'agit **d'un métier "d'aide à la personne"**, bien compris, il est valorisant et la société est gagnante.

En effet, par sa présence le maintien à domicile devient possible et il contribue :

- à une meilleure autonomie du grand âge,
- à éviter la solitude et l'exclusion sociale.

Son action est déterminante pour reculer, voire empêcher la nécessité de l'accueil en maison spécialisée.

Au regard des exigences du métier d'auxiliaires de vie et de son action sociale il semble indispensable que le statut public devienne la norme pour le développement de la profession et sa stabilité pour qu'elle puisse répondre aux besoins actuels et à venir. La sécurité du travail et un déroulement de carrière donneraient

aux auxiliaires de vie la motivation et la sécurité leur permettant l'investissement indispensable pour mener à bien un tel métier.

L'auxiliaire de vie a besoin de travailler en équipe pour trouver un soutien approprié au regard de la difficulté de la tâche et de sa nécessaire complémentarité avec les autres intervenants à domicile.

La forme "petits boulots" payés par CESU est incompatible avec ce genre d'activité, ainsi que la forme mandataire qui ne peuvent donner ni sécurité du travail, ni évolution de carrière, nécessaires pour motiver et maintenir de vraies professionnelles dans le secteur. D'autre part l'isolement de ces personnes ne peut leur permettre de se maintenir efficacement et durablement dans cette activité.

Les aides à domicile (auxiliaires de vie, aides soignantes, infirmières,...) sont des métiers à revaloriser avec les besoins grandissants de soutien à domicile, ces métiers de grande utilité sociale s'organisent, des diplômes se créent, les savoir-faire se précisent, des filières de métiers devraient se mettre rapidement en place pour développer des déroulements de carrière indispensables pour motiver les professionnels.

Le service public, et tout particulièrement les CCAS, devraient mesurer rapidement les enjeux pour les années à venir et ne pas laisser partir des personnes motivées pour travailler en ce secteur.

Annexe V

Le Rapport d'Information du 8 juillet 2008 au Sénat par Alain Vasselle,

1 – Un effort plus équitable en direction des bénéficiaires de l'APA à domicile.

- Relever les plafonds d'aide de façon ciblée pour les personnes isolées et les patients atteints de maladies neuro-dégénératives (avec une aide accrue aux aidants de patients atteints d'Alzheimer) ;
- Permettre une revalorisation des plans d'aide ;
- Améliorer la grille AGGIR pour parvenir à un usage uniforme de cet outil sur tout le territoire et mieux prendre en compte la spécificité des maladies neuro dégénératives.
- Solliciter les patrimoines les plus élevés par le choix offert à l'entrée en dépendance entre une APA à 50% ou une prise de gage de 20 000 euros au maximum sur la fraction du patrimoine dépassant un seuil déterminé (seuil à fixer à partir de 150 000 euros).

2 – Un reste à charge maîtrisé et une dépense plus efficace en établissements d'hébergement.

- Transférer les dépenses d'animation -service social et une part accrue des charges d'agents de service du tarif hébergement sur le tarif dépendance; transférer le tarif dépendance de la part des charges d'aides-soignants qui lui incombent pour les reporter sur le tarif soins (diminution de près de 200 euros du reste à charge pour les familles; opération neutre pour les départements; transfert d'un milliard d'euros de charges nouvelles sur l'assurance maladie);
- Etablir une échelle dégressive de versement de l'APA en établissement ;
- Accroître l'efficacité de la dépense de soins en établissement en agissant dans trois directions principales: la généralisation des forfaits globaux, la résorption des écarts de coûts par la mise en place d'une convergence des tarifs soins (gain potentiel de 350 millions d'euros), la re-conversion de lits de court séjour en lits Ehpad (gain potentiel de 200 à 300 millions d'euros) ;
- Mettre en place des référentiels de coûts d'hébergement et rendre ces référentiels opposables, afin de garantir que la diminution du reste à charge bénéficiera bien aux bénéficiaires et à leurs familles ;
- Réallouer pour partie au secteur médicosocial, dans la transparence, les ressources de CSG correspondant aux excédents à venir de la branche Famille (4 milliards d'euros en 2012).

3 – Une articulation à définir entre le socle solidaire et l'étage de financement assurantiel.

- Instituer un processus conjoint administrations publiques / assureurs pour le déclenchement des prestations en cas de dépendance ;
- Garantir la « portabilité » des contrats pour les souscripteurs qui souhaiteraient changer d'assureurs ;
- Permettre la déductibilité fiscale des cotisations complémentaires dépendance sur un contrat épargne retraite, dans les mêmes conditions que les cotisations de base aux régimes d'épargne (Plan épargne retraite populaire Perp) ;
- Ouvrir la possibilité de convertir des contrats d'assurance vie en contrats dépendance, sans que cette transformation ne soit considérée comme une novation fiscale, c'est-à-dire sans coût ou pénalité pour l'assuré ;
- Réfléchir au développement de mécanismes facilitant pour les personnes à bas ou moyens revenus la souscription, sur une base volontaire, d'un contrat de prévoyance.

4 – Une gouvernance à renforcer et à simplifier.

- Etablir un partage à égalité Etat (CNSA) / Départements pour le financement de l'APA;
- Modifier les critères de péréquation pour la répartition de l'enveloppe d'APA afin de garantir une approche plus juste de la charge objective pour les départements (suppression de la référence au RSA ; institution d'un critère de revenu des ménages) ;
- Créer un conseil d'administration de la CNSA dans lequel seraient représentés l'Etat et les départements ; associer les assureurs dans le cadre d'un comité spécifique ;
- Prévoir l'élaboration conjointe des Priac par les départements et les futures ARS au travers d'une structure de concertation ; * Expérimenter, sur une base volontaire, une gestion déléguée aux départements des crédits d'assurance maladie des Ehpad.

Annexe VI

Rapport de la Commission des Affaires Sociales de juin 2010 de Valérie Rosso-Debord

1. Mettre en place une consultation gratuite de prévention destinée à toute personne âgée de plus de soixante ans.
2. Adjoindre à chaque convention tripartite liant une agence régionale de santé, un conseil général et un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, un cahier des charges spécifique audit établissement et relatif aux bonnes pratiques nutritionnelles devant être appliquées à l'égard de ses résidents.
3. Veiller à ce que les agences régionales de santé définissent les objectifs chiffrés et les moyens d'une prévention des accidents indésirables évitables frappant les personnes âgées sur leur territoire et qu'à ce titre, elles s'assurent que tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne disposant pas de pharmacies intérieures ont recours à un pharmacien référent.
4. Inclure dans les diverses conventions de partenariat sur la formation des intervenants auprès de personnes âgées dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est signataire, une formation à la reconnaissance et au signalement des situations de fragilité de ces personnes.
5. Créer à destination des médecins généralistes des modules de formation initiale et continue relatifs à l'utilisation de protocole de diagnostics des maladies dégénératives invalidantes.
Créer à destination des médecins généralistes et des auxiliaires médicaux des modules de formation initiale et continue relatifs à la reconnaissance et à la prévention des situations de fragilité et des troubles psychiques des personnes âgées.
6. Confier à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie la direction d'une étude sur les conditions d'hospitalisation des personnes âgées et, en fonction des enseignements de cette étude, l'engager à définir, en collaboration avec les agences régionales de santé, les actions à mener pour remédier aux éventuels dysfonctionnements constatés notamment, par une anticipation de ces situations par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
7. Financer au titre du grand emprunt national des actions de recherche-développement sur les technologies d'aide à l'autonomie ainsi que des subventions au profit des petites et moyennes entreprises innovantes de ce secteur.
8. Définir au sein des programmes relatifs au développement de la télémédecine des plans régionaux de santé, les moyens d'une mise en place progressive de réseaux de télémédecine au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
9. Interdire l'imputation des amortissements mobiliers et immobiliers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur les prix de journée demandés aux résidents.
10. Inscrire dans le code civil que l'obligation alimentaire ne peut pas concourir au remboursement des aides sociales à l'hébergement accordées par les départements aux personnes âgées dépendantes résidant dans un établissement.
11. Instituer pour les demandeurs du bénéfice d'une allocation personnalisée d'autonomie possédant un patrimoine d'au moins 100 000 euros, un droit d'option entre une allocation réduite de moitié mais n'autorisant pas un futur recours sur la succession de son bénéficiaire et le service d'une allocation à taux plein, pouvant être récupérée sur la succession future du bénéficiaire pour un montant maximum de 20 000 euros.
12. Rendre obligatoire dès l'âge de cinquante ans, la souscription d'une assurance perte d'autonomie liée à l'âge et assurer son universalité progressive par la mutualisation des cotisations et la création d'un fonds de garantie.
13. Revoir les taux de la contribution sociale généralisée applicable aux pensions de retraite afin d'aménager une meilleure progressivité de ces derniers en fonction des montants de ces pensions et appliquer un taux de 7,5 % aux montants les plus élevés.

14. Faire progressivement participer à la contribution solidarité autonomie, les professions exemptées par l'application de taux gradués en fonction des montants de leurs revenus.
15. Réserver le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie aux personnes les plus dépendantes classées dans les groupes iso ressources 1 à 3 de la grille AGGIR.
16. Alléger le régime fiscal applicable aux rentes viagères lorsque ces dernières sont destinées à prendre en charge une perte d'autonomie avérée.
17. Renforcer la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans ses prérogatives d'opérateur principal des politiques médicosociales, affirmer sa gouvernance de la gestion de la couverture.

Remarques :

- Cette Mission d'information comprenait 11 membres : 7 UMP, 1 Nouveau Centre et 3 Socialistes/Divers gauche.
- Les Organisations Syndicales, sauf Solidaires, ont été conviées à une table ronde.
- La liste des personnes auditionnées par la commission est impressionnante :
Institutionnels de la santé,
Fédération Générale des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privée,
Union Nationale des Associations de soins et services à domicile (UNA),
Mutualité Française,
Fédération Française des Assurances, Crédit foncier, Crédit Mutuel,
Direction générale du Trésor,
Comité d'Orientation des Retraites (COR)
MEDEF, CGPME.

Annexe VII

La CSG (Contribution Sociale Généralisée)

Un impôt qui s'adresse à tous

A la fin des années 80 et au début des années 90, la France voyait son système de Sécurité Sociale s'approcher du gouffre financier. Le vieillissement de la population aidant, les seules cotisations sociales ne pouvaient plus subvenir aux dépenses sociales. Le gouvernement de l'époque dirigé par Michel Rocard, a donc décidé d'instituer un nouvel impôt : la CSG ou **Contribution Sociale Généralisée**.

Créée le 16 novembre 1990, la CSG est l'outil idéal pour accroître les revenus de la Sécurité Sociale mais aussi et surtout diversifier les sources de revenus. Avant la création de la CSG, l'essentiel des revenus de la Sécurité provenait des cotisations sociales et donc des salaires. Cette injustice sociale ne pouvait plus durer et tout naturellement la CSG s'est, dès l'origine, appuyée sur une liste de revenus bien plus conséquente. Plus de revenus sont imposés, plus le taux d'imposition global peut sembler modéré pour les personnes imposées. La CSG concerne la totalité des personnes physiques dont le domicile fiscal est situé en France.

Son rendement est important (80,5 milliards d'euros en 2007) et elle représente près des deux tiers des impôts et taxes affectés à la protection sociale (65% en 2005).

A ce jour, la Contribution Sociale Généralisée s'appuie sur 3 types de revenus principaux.

Le taux d'imposition peut ainsi être différent d'un revenu à l'autre.

■ Les Revenus d'activité

Le taux est de **7,5%** et concerne tous les revenus liés directement ou indirectement à l'activité. Il s'agit notamment des salaires, allocations de préretraites, revenus non salariaux des professions indépendantes, allocations parentales complémentaires, etc.

■ Les Revenus de remplacement

D'une part les allocations de chômage, les indemnités journalières complémentaires ou non, dont le taux est de **6,2%**.

D'autre part, les pensions de retraite, les pensions d'invalidité, et certaines allocations de préretraite, au taux de **6,6%**.

■ Les Revenus du patrimoine et du placement

Si vous investissez régulièrement en bourse ou si vous louez un appartement, cette catégorie est la votre. Tous les revenus fonciers, de locations de meublés, liés aux plus values mobilières ou immobilières ou encore les revenus de l'épargne salarial ou encore des livrets d'épargne non règlementés. Le taux est ici de **8,2%**.

Les jeux d'argent ne sont pas exclus de CSG mais bien souvent le taux n'est pas connu par le grand public car la somme perçue par le gagnant est après impôt. Le taux est de **9,5%**.

La collecte de la CSG qui aboutit au final dans les comptes de l'Urssaf *-(le CSG est toutefois défini comme un impôt et non une cotisation sociale)-* se répartit ensuite entre la branche familiale de la Sécurité Sociale, le Fond de Solidarité Vieillesse (FSV), la branche maladie et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Il reste toutefois encore quelques niches d'**exonérations** liées principalement au niveau des revenus de la personne imposée. Ainsi les allocations chômage ne sont pas imposées si les revenus sont faibles. Des **prestations familiales** (RSA, Allocations familiales, Aide Personnalisée au Logement ou PAJE) et des **prestations sociales** (Allocation Adultes Handicapés, Allocation Personnalisée d'Autonomie, etc.) sont aussi exonérées de CSG. Au niveau de l'épargne, le Livret A, le

Livret de Développement Durable (ex Codevi) ou encore le Livret Jeunes sont également non imposables.

La mise en place de la Contribution Sociale Généralisée n'a toutefois pas permis de résoudre les déficits de la Sécurité Sociale. De fait, la France a vu la création de la **Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale** ou CRDS dont les sommes sont virées aux comptes de la Cades ou **Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale**, organisme chargé d'épurer les dettes de la Sécurité Sociale.

La Contribution Sociale Généralisée est devenue au fil des années un impôt idéal. Il n'a cessé d'être revalorisé à la hausse et son pendant, la CRDS a même été pérennisée. L'élargissement du nombre de revenus concernés marque le grand intérêt des politiques pour la simplicité de la CSG.

Pour les revenus perçus à compter du 1er janvier 2005, elle est en partie déductible de l'impôt sur le revenu, à hauteur de 5,1% pour les revenus d'activité et de 3,8 et 4,2% pour les revenus de remplacement. **La CSG vise à diversifier le mode de financement de la protection sociale** qui reposait essentiellement sur les cotisations sociales.

Annexe VIII

L'Aide Sociale Départementale.

1 – Les compétences des départements.

Les compétences des départements en matière d'aide sociale sont assez larges. Elles recouvrent l'aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance et les dépenses liées au RSA (qui remplace le RMI depuis le 1^{er} juin 2009).

- L'aide sociale aux personnes âgées comprend les dépenses relatives à l'aide à domicile (aides ménagères, etc), ainsi que les dépenses liées aux prises en charge en hébergement.
- L'aide sociale aux personnes handicapées recouvre les dépenses d'aide à domicile (aides ménagères ou auxiliaires de vie, etc) ainsi que les aides à l'hébergement (accueil en établissement, accueil de jour et accueil familial).
- L'aide sociale à l'enfance tient compte des dépenses pour les enfants placés, y compris les frais inhérents à ce placement, et également des mesures d'aide éducative.
- Les dépenses totales liées au RSA comprennent notamment les dépenses de RSA stricto sensu (versement de l'allocation et charges d'insertion existantes, etc).

En 2007, plus de 2 840 000 prestations ont été attribuées au titre de l'une de ces quatre formes d'aide : 1 230 000 pour les personnes âgées, 253 000 pour les personnes handicapées, 282 000 pour l'enfance et 1 080 000 pour le RMI.

Certaines de ces dépenses « explosent » depuis plusieurs années, particulièrement avec les modifications législatives intervenues en 2004. Les bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées constituent 43% des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, et les allocataires du RMI/RSA 38%.

Certains départements sont désormais au bord de « l'asphyxie budgétaire ». les recettes fiscales des départements s'amenuisent du fait des modifications législatives (les départements ne bénéficient plus de la taxe professionnelle, de la taxe d'habitation ni de la taxe foncière sur les propriétés non bâties).

2 – L'aide sociale départementale aux personnes âgées.

L'aide sociale aux personnes âgées recouvre un ensemble de prestations servies, sous conditions de ressources, aux personnes âgées. Elles sont destinées à favoriser le maintien à domicile ou à contribuer au financement des frais d'hébergement et d'entretien en établissement médico-social (habilité au titre de l'aide sociale) ou chez un accueillant familial agréé.

Il faut être âgé de plus de 60 ans et reconnu inapte au travail, ou avoir 65 ans. Toute personne résidant habituellement en France, en séjour régulier, peut bénéficier des prestations d'aide sociale.

L'aide sociale est attribuée sous condition de ressources.

L'aide sociale aux personnes âgées peut prendre deux formes : l'aide sociale à domicile et l'aide sociale à l'hébergement.

Pour la vie à domicile.

Cette aide sociale est attribuée par le Conseil général aux personnes peu dépendantes dépourvues de ressources suffisantes pour financer des heures d'aide ménagère. L'aide ménagère est accordée si la personne est âgée d'au moins 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude au travail), et si elle a besoin d'une aide matérielle en raison de son état de santé pour accomplir les travaux domestiques de première nécessité et lui permettre de rester à son domicile ou dans un foyer logement. Il faut aussi que la personne ne bénéficie pas, par ailleurs, de l'APA.

L'aide ménagère est prise en charge si les ressources sont inférieures à 742,25 euros pour une personne seule, et à 1 181,77 euros pour un ménage. Au-delà, une participation financière, déterminée en fonction des ressources, peut-être demandée à la personne, de façon progressive. L'aide ménagère reçue est récupérable sur la succession si la partie de l'actif net successoral est supérieure à 46 000 euros.

Le dossier de demande est à retirer au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) qui instruit le dossier, mais la décision d'attribution est prise par le Conseil général.

L'aide ménagère se charge d'apporter une aide matérielle pour des tâches quotidiennes d'entretien, des soins d'hygiène sommaire, des courses, des démarches simples que la personne ne peut accomplir. Elle doit aussi apporter une présence attentive à la personne.

Pour l'accueil en établissements.

L'aide sociale départementale est attribuée aux personnes dépourvues de ressources suffisantes pour assurer le coût de l'hébergement. Pour en bénéficier, l'EHPAD ou le foyer logement doit être conventionné à l'aide sociale.

90% de la retraite de la personne âgée sont affectés au paiement de l'établissement. L'obligation alimentaire des descendants (articles 205 à 211 du Code civil) vient compléter ce versement. La différence restant due est prise en charge par l'aide sociale et est récupérable sur la succession dès le premier euro.

La demande est instruite par le CCAS et la décision d'attribution est prise par le Conseil général.

Annexe IX

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Les diverses fonctions de la CNSA.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie a été créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité des personnes âgées et des personnes handicapées, loi modifiée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La CNSA est un établissement public administratif national placé sous la tutelle des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale, et du budget. Elle est dotée d'un conseil, d'un conseil scientifique et d'un directeur nommé par décret pour trois ans.

Le conseil comprend 48 membres :

- six représentants des associations oeuvrant au niveau national pour les personnes handicapées,
- six personnes représentants des associations oeuvrant au niveau national pour les personnes âgées,
- six représentants des conseils généraux,
- cinq représentants des organisations syndicales de salariés interprofessionnelles « représentatives »,
- trois représentants des organisations d'employeurs,
- dix représentants de l'Etat,
- deux parlementaires,
- sept représentants d'institution intervenant dans les domaines de compétence de la CNSA
- trois personnalités qualifiées.

Le conseil scientifique travaille notamment sur la question de l'évaluation des besoins des personnes et sur les aides techniques.

La CNSA contribue au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en versant aux Conseils Généraux un concours au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Elle répartit entre les régions et les départements les crédits de l'assurance maladie destinés au financement des établissements et services médico-sociaux accueillant ces personnes.

Elle joue un rôle d'expert pour l'élaboration des référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie ainsi que pour celle des outils d'appréciation des besoins individuels de compensation.

Elle anime le réseau des maisons départementales des personnes handicapées.

L'existence d'une caisse spécifique permet de garantir que les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées leur soient réservées, même si elles n'ont pas été consommées dans l'année de leur inscription au budget. Cette caisse améliore la lisibilité de l'effort financier de la collectivité nationale en faveur des personnes privées d'autonomie. Et elle assure l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire.

La CNSA attribue aux préfets de département les dotations destinées aux établissements et services médico-sociaux à partir de leurs priorités exprimées dans un document de programmation régional (PRIAC) et au regard des priorités nationales.

La CNSA fait des dotations mensuelles aux conseils généraux, en fonction de critères définis par décret. Les concours en faveur des personnes handicapées sont gérés par les maisons départementales des personnes handicapées et ceux pour les personnes âgées par les services sociaux des conseils généraux.

Les ressources de la CNSA.

Les 17,30 milliards d'euros de ressources de la CNSA sont constituées par l'intégralité de la contribution « solidarité autonomie » de 0,3% sur les salaires et traitements, une contribution additionnelle de 0,3% sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, une fraction de 0,1% des produits de la CSG et une contribution des régimes d'assurance maladie au titre de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

En 2009, la CNSA a ainsi disposé de 2,21 milliards d'euros au titre de la contribution solidarité autonomie (produit de la journée de solidarité, connue au départ comme étant le « lundi de Pentecôte ») ; de 1,1 milliard d'euros au titre des 0,1% de la CSG ; de 66 millions en contribution des caisses de retraite ; et aussi de crédits transférés de l'assurance maladie (transfert de crédits de l'assurance maladie consacrés aux per-

sonnes âgées pour 6,27 milliards, et transfert de crédits de l'assurance maladie consacrés aux personnes handicapées pour 7,73 milliards). Ces 13 milliards de crédits de l'assurance maladie gérés par la CNSA servent ensuite à financer le fonctionnement des établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées (voir ci-dessous).

Les dépenses de la CNSA.

La CNSA finance des aides individuelles : en faveur des personnes âgées (APA pour 1,55 milliard), et en faveur des personnes handicapées (510 millions pour la prestation de compensation du handicap –PCH- et 60 millions pour le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées –MDPH-).

La CNSA finance aussi des établissements et des services : 7,25 milliards pour les personnes âgées, dont 985 millions de la Contribution Solidarité Autonomie (CSA) ; et 7,92 milliards pour les personnes handicapées, dont 192 millions de la CSA.

La CNSA alloue encore des subventions. Ainsi pour la promotion d'actions innovantes et pour le renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (70 millions en 2009), et pour le financement des dépenses d'animation et de prévention et d'études dans les domaines d'intervention de la Caisse (17,8 millions en 2009).

L'APA, la PCH et la participation financière au financement des MDPH sont versées aux conseils généraux qui attribuent ensuite ces aides individuelles aux personnes elles-mêmes ou aux établissements qui les accueillent.

Edition avril 2011

UNIRS : 144 Boulevard de la Villette 75019 Paris - Tél : 01 58 39 30 20 - Fax : 01 43 67 62 14