

AIDE À L'AUTONOMIE

# POUR UN DROIT À COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE À TOUT ÂGE



**Il y a perte d'autonomie ou handicap lorsque, du fait de limitations de ses capacités motrices, mentales, psychiques ou sensorielles, une personne rencontre des obstacles dans sa vie quotidienne qui compromettent son autonomie en l'absence de compensation.**

**M**ême s'il n'y a pas de notion d'âge dans la perte d'autonomie, l'accroissement de la population des plus de 60 ans dans les décennies à venir va créer une véritable révolution démographique dont il convient de mesurer l'importance.

Il va nécessiter des réponses politiques aux questions de santé et de perte d'autonomie dont la dernière loi sur l'adaptation de la société au vieillissement n'a pas pris la mesure, notamment sur les questions de financement.

Les plus de 75 ans sont aujourd'hui 5,6 millions, soit un tiers de plus qu'en 2000. La France comptait 200 centenaires en 1950, il y en a 20 000 actuellement. D'après l'Insee, l'espérance de vie à 60 ans en France en 2009 est de 27 ans pour les femmes et 22,2 ans pour les hommes. La part des plus de 60 ans dans la population évolue : 13 % en 1990, 23 % en 2010, 30 % en 2050 sur la base des tendances démographiques actuelles.

Cette loi budgétise néanmoins 140 millions d'euros au titre de la prévention pour les plus modestes avec conditions de ressource, pour des actions de prévention et d'aides techniques. Ces fonds seront gérés par des conférences départementales des financeurs dont les organisations syndicales ont été exclues. Il faudra intervenir au niveau des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) pour peser sur les arbitrages budgétaires afin de répondre au mieux aux besoins :

- 40 millions d'euros seront dégagés pour l'adaptation de 80 000 logements privés sur trois ans ;
- 40 millions seront prévus pour la réhabilitation des foyers logements (rebaptisés « résidences autonomes ») pour en faire des habitats plus proche d'un vrai domicile tout en créant, les conditions d'une vie sociale qui aide à préserver l'autonomie ;
- 80 millions d'euros seront également prévus pour l'aide aux aidants, notamment dans le cadre d'un droit au répit (500 euros par an) ;
- 375 millions d'euros permettront de revaloriser les plafonds d'aide mensuelle de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie).

Toutes ces dispositions ont été permises par la mobilisation de la CGT au travers des diverses actions engagées dans les territoires. Elles restent néanmoins insuffisantes au regard des besoins.

## BESOIN D'UN PRINCIPE D'UNICITÉ

La perte d'autonomie est essentiellement liée à des problèmes de santé et relève donc majoritairement d'une prise en charge par la Sécurité sociale, en l'occurrence par l'assurance maladie.

La situation actuelle (conventions tripartites, mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour les établissements, multiples intervenants à domicile...) est complexe et source d'incompréhensions pour les personnes concernées et leurs familles.

Il est nécessaire de simplifier le dispositif, en ne désignant à terme qu'un payeur unique – la Sécurité sociale – et un intervenant unique – un service public de l'accompagnement de l'autonomie.

Gouvernement et patronat dramatisent la situation de notre pays et mettent en avant le contexte économique pour justifier l'introduction des assurances privées dans le dispositif de prise en charge de la perte d'autonomie pour les personnes âgées. Or ces besoins ne sont pas insurmontables !

L'aide à l'autonomie fait partie de nouveaux besoins, liés aux progrès de la société ; elle nécessite la mise en place de réponses adaptées et évolutives.

La CGT propose de créer un droit à l'autonomie, dans le cadre de la branche maladie de la Sécurité sociale, prenant en compte le handicap de la naissance à la mort. La problématique générale du financement de ce nouveau droit s'inscrit dans les propositions de la CGT pour le financement de la Sécurité sociale.

**Celles-ci reposent sur un prérequis : l'établissement d'un grand service public de la santé et de l'action sociale, excluant les établissements privés à but lucratif.**

## BESOIN D'UNE REMISE EN CAUSE DE LA SÉPARATION VILLE/HÔPITAL

### À domicile :

L'intervention des multiples professionnels libéraux rémunérés à l'acte est peu efficace et mal coordonnée. Nous proposons le développement de services d'aide au maintien à domicile à statut public, pouvant être rattachés à un hôpital, un Ehpad ou un centre de santé, avec des équipes professionnelles permettant un accompagnement de la personne dans sa globalité : le soin, l'accompagnement social, etc.

### En établissement :

- **manque de structures** : 540 000 lits risquent de manquer d'ici 2040 si rien n'est fait. La partie « établisse-

ment d'accueil » retirée de la loi vieillissement doit être réintégrée. Une hausse du nombre de personnes ayant besoin d'être hébergées en établissement est d'ores et déjà prévue. La CGT considère que l'équipement de la France en nombre suffisant d'Ehpad relève de la responsabilité de l'État, et devrait être financé sur ses ressources budgétaires. Il devrait être de même pour les rénovations lourdes, ce qui permettrait d'alléger les charges d'endettement des établissements ;

- **manque d'effectifs** : la caractéristique actuelle est le sous-encadrement en personnels. En Ehpad, il est de 0,6 emploi par résident. À titre d'exemple, ce ratio est de 1,2 en Allemagne pour les établissements de même type. Par ailleurs, la présence d'une infirmière est le plus souvent limitée à la journée. La nuit, seules des aides-soignantes assurent la prise en charge des résidents. Actuellement, le personnel travaillant dans ce secteur est en grande souffrance. Ce sont des métiers pénibles tant physiquement que psychologiquement, mal reconnus, mal payés, avec des conditions de travail très dégradées et un personnel la plupart du temps sous qualifié.

### Au niveau médical :

La situation est encore plus dégradée, avec des médecins coordinateurs non prescripteurs et des médecins de ville qui assurent une visite épisodique sans assurer une permanence des soins. La conséquence est le transfert trop fréquent des personnes vers les services d'urgence hospitaliers, dont un grand nombre n'aurait pas lieu d'être si une consultation médicale pouvait être assurée dans un délai raisonnable et si des infirmières étaient présentes 24 heures sur 24 pour assurer la mise en œuvre des prescriptions.

## REPENSER L'HÉBERGEMENT EN INSTITUTION AU SEIN D'UNE APPROCHE GLOBALE

La réforme de l'hébergement en institution devrait s'inscrire dans une approche globale de la prise en charge collective de la perte d'autonomie.

Il convient de distinguer approche à court terme et approche à long terme :

- **à court terme**, la première priorité devrait être d'améliorer la médicalisation des Ehpad. Doubler les effectifs permettrait ainsi la présence d'infirmières 24 heures sur 24. Des médecins salariés des centres de santé multiprofessionnels – dont nous proposons la création – assureraient également un suivi quotidien et la permanence des soins. L'objectif est de supprimer les hospitalisations non justifiées.

- **à moyen terme**, l'hébergement en institution doit s'inscrire dans une approche globale de la prise en charge collective des personnes en perte d'autonomie. Cela permettrait le maintien à domicile en s'appuyant sur les innovations techniques et organisationnelles aujourd'hui disponibles – en particulier la télémédecine.

Cette politique devrait s'articuler autour de trois axes prioritaires :

- mettre en place les conditions organisationnelles et financières nécessaires pour permettre le maintien à domicile en utilisant tous les moyens techniques à disposition – tout en insistant sur le fait qu'ils doivent permettre d'apporter un plus en termes de sécurité mais ne peuvent remplacer l'intervention de la présence humaine ;
- un accueil – quand cela s'avère nécessaire – dans des structures de soins adaptées, dotées de personnels en nombre suffisant et des services adéquats (structures d'accueil de jour, accueil temporaire de semaine ou d'hébergement complet rattachées aux hôpitaux ou aux Ehpad). D'autres formes d'hébergements devraient être développées, à l'instar des résidences autonomes ou des maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (Mapad) mises en place par la MSA. Il conviendrait de réfléchir à un autre nom qu'Ehpad, qui ne donne pas l'idée d'un lieu de vie. On pourrait par exemple les appeler « maisons d'accueil médicalisées » ;
- des structures médicalisées adaptées pour la prise en charge des cas les plus lourds – quand le maintien à domicile n'est ni possible ni souhaité – avec un haut niveau de médicalisation, à l'instar des actuelles unités de soins de longue durée (USLD), seules structures sanitaires publiques médicalisées, tout en restant des lieux de vie. Il est également urgent de développer des services de soins palliatifs en mettant tous les moyens nécessaires pour permettre un accompagnement global des personnes – mais également de leur famille et entourage – avec des équipes intervenant en structure ou à domicile.

Ces trois conditions sont indissociables pour une prise en charge adaptée de la personne elle-même, mais aussi de ses aidants.

Au-delà de la priorité du maintien à domicile, il ne faut pas oublier que même si les moyens techniques et humains sont disponibles, la charge pour l'entourage est souvent trop importante dans la durée. Il est donc nécessaire que des structures d'aide soient disponibles immédiatement quand le besoin s'en fait sentir.

## UNE RÉFORME DE LA TARIFICATION ADAPTÉE

Tous ces modes de prises en charge posent clairement le problème de l'inadaptation du mode de rémunération actuel des professionnels de santé en ville et du mode de tarification hospitalier.

L'ensemble du dispositif que nous proposons repose sur une intervention coordonnée de multiples acteurs, qui ne peut être financée par la rémunération à l'acte en ville et la tarification à l'activité dans les établissements.

La solution des forfaits adaptés au niveau de perte d'autonomie et attachés à la personne, quel que soit son lieu de vie, apparaît comme intéressante. En effet, cette rupture entre la ville et les structures de soins ne doit plus exister. Elle aboutit trop souvent à un jeu de « ping-pong », où le perdant est toujours la personne en perte d'autonomie – notamment les personnes âgées.

### **Actuellement, le financement est multiple et complexe :**

- l'assurance maladie qui rembourse la partie soins ;
- les conseils départementaux qui financent l'APA ;
- la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) qui finance en partie l'aide et le maintien à domicile ;
- les personnes âgées et/ou leur famille qui paient la part de l'hébergement en établissement ainsi que le ticket modérateur du tarif dépendance ;
- la Caisse nationale solidarité autonomie (CNSA) ;
- la CAF qui intervient pour l'aide au logement ;
- etc.

**La réforme du financement qui se met en place en 2017 concernant les établissements médicosociaux – notamment les Ehpad – va imposer de nouvelles contraintes budgétaires aux établissements en supprimant les possibilités de négociations annuelles permettant d'adapter les moyens aux évolutions des besoins. Elle va également conduire à une baisse des ressources estimée par la FHF (Fédération hospitalière de France) à 200 millions d'euros dans un secteur qui manque cruellement de moyens.**

Notre proposition est d'élargir la notion de dispositifs médicaux à l'essentiel des besoins liés à la perte d'autonomie (à domicile comme en établissement), et de poser le principe d'une prise en charge de l'ensemble de ces dispositifs par l'assurance-maladie.

Pour l'ensemble des remboursements de services et biens médicaux liés à la perte d'autonomie (à domicile comme en institution), le principe doit être un remboursement à 100 % de la dépense opposable, dont la définition relève de la compétence de l'assurance maladie.

### Un reste à vivre minimal devrait être garanti à tous les résidents en Ehpad

Se pose la question de la régulation des prix d'hébergement. Il paraît nécessaire d'imposer un certain nombre de normes permettant une tarification nationale avec péréquation tarifaire par département des prix facturés aux résidents (en particulier un tarif opposable conventionné).

Il convient de se poser la question de l'articulation d'une aide à l'hébergement, qui serait une prestation de Sécurité sociale ou d'une aide sociale sur critères de revenus (allocation logement...).

### Deux modes de financement sont envisageables :

- une prestation différentielle compensant la dépense dans le cadre d'un barème (comme l'APA) ;
- une prestation forfaitaire en fonction d'un barème conforme au « principe d'égalité du droit », qui est l'un des principes de la Sécurité sociale.

### UN CHOIX DE SOCIÉTÉ

Quelle part du PIB voulons-nous consacrer aux personnes en perte d'autonomie – c'est-à-dire les personnes âgées et en situation de handicap – afin de construire « une société pour tous les âges et toutes les situations » ?

La prise en charge de la perte d'autonomie s'intègre totalement dans les principes fondateurs de la Sécurité sociale : « Faire face aux aléas de la vie de la naissance à la mort. » À ce titre, elle doit relever de la solidarité nationale et non de la solidarité familiale.

Si on mettait à contribution les revenus financiers des entreprises et des banques (325 milliards d'euros) au taux actuel des cotisations dites patronales, cela rapporterait 41 milliards d'euros à la branche maladie de la Sécurité sociale et financerait les besoins pour la perte d'autonomie.

**Vous ne voulez pas en rester-là ! Ensemble, dans le syndicat, nous serons plus forts.**

Bulletin de contact et de syndicalisation

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Âge : ..... Profession : .....

Entreprise (nom et adresse) : .....



Bulletin à renvoyer à La CGT, espace Vie syndicale, case 5-1, 263 rue de Paris - 93516 Montreuil Cedex, téléphone : 01 55 82 81 94, fax : 01 48 51 51 80, courriel : orga@cgt.fr. **Vous pouvez aussi adhérer en ligne sur [www.cgt.fr](http://www.cgt.fr)**