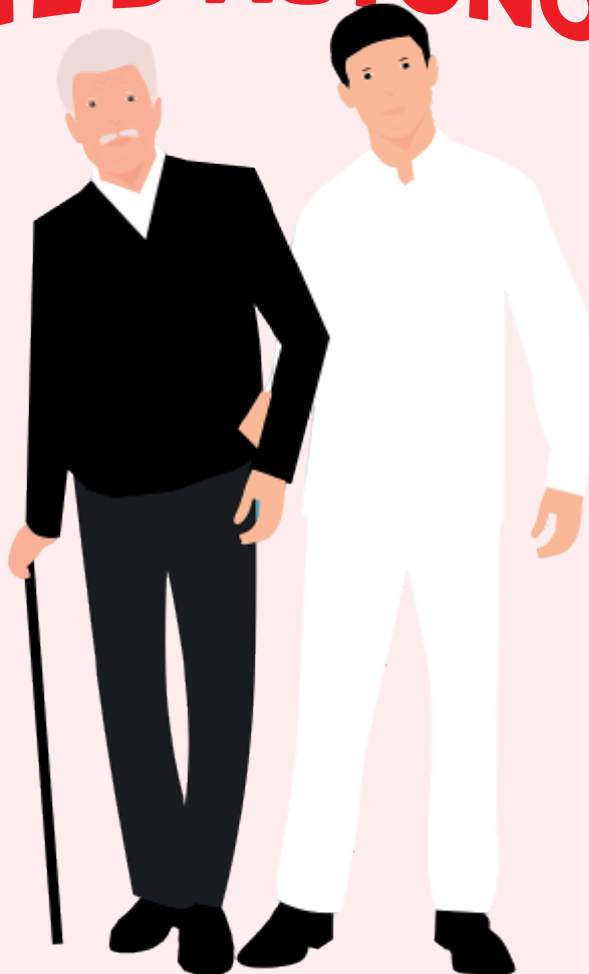


# VIEILLISSEMENT PERTE D'AUTONOMIE



# **VIEILLISSEMENT – PERTE D'AUTONOMIE UNE LOI CADRE NÉCESSAIRE ET URGENTE**

Cet argumentaire vise à donner des éléments sur l'évolution de la prise en compte de la perte d'autonomie dans la dernière période en lien avec les réflexions de la CGT sur le sujet.

## **ETAT DES LIEUX**

La population française va connaître, d'ici 2035, un important vieillissement lié à l'allongement de la durée de vie que nous avons connu ces dernières années, avec un apogée en 2019. Depuis, elle stagne.

Pour la première fois, dans l'histoire de l'humanité, les personnes de plus de 60 ans seront plus nombreuses que les enfants et 4 générations vont se côtoyer. La société doit s'adapter à ce phénomène qui constitue un formidable progrès social et offre des opportunités économiques nouvelles. Elle doit aussi agir pour anticiper la perte d'autonomie, en faisant de la lutte contre les inégalités de santé et sociales, une priorité.

L'espérance de vie à la naissance est de 85.2 ans pour les femmes et 76.3 ans pour les hommes, des niveaux proches de ceux de 2021 et inférieurs de 0.4 ans à ceux de 2019. L'espérance de vie, sans incapacité, est de 77.6 ans pour les femmes et 76.3 ans pour les hommes en 2021. Elle est supérieure à la moyenne européenne, de 8 mois pour les hommes et de 1 an et 8 mois pour les femmes. Cela tient du fait que l'on part en retraite plus tôt en France que dans les autres pays européens.

1 325 632 personnes, de plus de 60 ans, sont bénéficiaires de l'APA (*allocation perte d'autonomie*), dont 777 629 à leur domicile (67 %) et 548 003 dans les établissements, dont 7 519 EHPAD (33 %). Cela représente 7.7 % des plus de 60 ans et 1.8 % de la population totale. Elles seront 2 millions bénéficiaires de l'APA, en 2040. Le recours à l'APA est croissant avec l'âge : 46 % chez les 90/94 ans et 83 % chez les 95 ans et plus.

Les plus de 60 ans sont 17.2 millions aujourd'hui. Ils seront 20 millions en 2030, représenteront 31 % de la population en 2035 et seront 24 millions en 2060, soit 1/3 de la population. On dénombre 50 % des résidents dans les EHPAD, dans les établissements publics et respectivement, 29 % et 21%, dans le privé non-lucratif et le privé lucratif. L'assiette des ressources pour l'APA des résidents était, en moyenne, de 1 372 € en établissement et de 1 208 € par mois, à domicile. Très en dessous du coût moyen d'un EHPAD.

## **LA LOI ASV N'A RIEN RÉGLÉ**

La dernière loi votée, le 28 décembre 2015, « *adaptation de la société au vieillissement* » n'a rien réglé, même si elle a amené des avancées.

- 140 millions d'euros pour la prévention pour les plus modestes, avec conditions de ressources, moyens délégués aux conférences départementales des financeurs dans lesquels les organisations syndicales n'ont pas droit au chapitre ;
- 40 millions d'euros pour adapter 80 000 logements privés ;
- Réhabilitation des foyers logements rebaptisés « *résidences autonomie* » pour 40 millions d'euros.

On est loin du compte, car l'ANAH (*agence nationale d'amélioration de l'habitat*) a recensé 2 millions de logements à rénover.

- 375 millions d'euros pour l'amélioration de l'APA en revalorisant les plafonds d'aide mensuelle, nettement insuffisants pour résorber les 10 milliards d'euros de reste à charge annuels des familles ;
- 80 millions d'euros pour l'aide aux aidants, au niveau du bénévolat ;
- Mise en place des CDCA (*conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie*) permettant une approche revendicative de proximité au niveau de nos représentants CGT.

Cette loi, si elle a renforcé, légèrement, les moyens attribués au maintien à domicile, a totalement exclu les EHPAD, alors que le CREDOC (*institut économique et social*) estime à 540 000 places supplémentaires, les moyens nécessaires, d'ici 2040.

## **CRÉATION DE LA BRANCHE AUTONOMIE**

Macron avait promis, dans son premier mandat présidentiel, une loi « *grand âge* » qui a été ajournée et abandonnée... Les arguments n'ont pas manqué pour justifier le passage à la trappe, du projet : la crise sanitaire, le calendrier parlementaire saturé...

Pourtant, le Gouvernement a commandé de multiples rapports sur ce sujet. Certains, comme le rapport LIBAULT de mars 2019, contenaient des mesures intéressantes, mais le problème, c'est le nerf de la guerre : le financement dans le cadre d'une politique d'austérité budgétaire néolibérale. Finalement, le gouvernement a créé une nouvelle branche autonomie dans les lois relatives à la dette sociale et à l'autonomie du 7 août 2020 et dans la LFSS pour 2021.

Cette branche est en dehors des branches maladie, vieillesse, famille, recouvrement qui sont majoritairement financées par les cotisations sociales. Cette nouvelle branche ambitionne de prendre en charge, au sein d'un même risque, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Elle sépare donc, l'autonomie de la santé, alors que l'autonomie doit être prise en compte dans la branche maladie de la sécurité sociale.

En effet, la perte d'autonomie n'est pas qu'une question d'âge, mais concerne toute personne rencontrant des obstacles quotidiens, du fait de limitations motrices, mentales, psychiques ou encore sensorielles. La perte d'autonomie est donc en lien direct avec les problèmes de santé et de prévention. La nouvelle branche autonomie est gérée par la CNSA (*caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*) qui est un établissement public, situé en dehors de la sécurité sociale.

## **LA CNSA, SON BUDGET ET SON FINANCEMENT**

Ses moyens reposent, à 90 %, sur l'impôt. À cette fin, 1.95 point de CSG est attribué à la branche autonomie. Pour le reste, il s'agit de la CSA (*contribution solidarité autonomie*), journée de travail gratuit des salariés et de la CASA (*contribution additionnelle solidarité autonomie*) acquittée par les retraités assujettis à la CSG. Un transfert de 0.15 point de CSG supplémentaire, actuellement affecté à la CADES (*caisse d'amortissement de la dette sociale*) complétera ce dispositif, à partir de 2024.

Il va de soi que, dans le cadre d'un tel financement et au vu de l'importance grandissante de la thématique de la perte d'autonomie à l'avenir, nous allons au-devant d'augmentations, soit de CSG, soit de la CASA, soit d'une journée supplémentaire de travail gratuit dans le cadre de la CSA.

Le conseil d'administration de la CNSA comprend, 56 membres où dominent les représentants de l'état, des collectivités territoriales et de nombreuses « *personnes qualifiées* » avec seulement 6 représentants syndicaux, dont 1 de la CGT.

Le budget 2023 de la branche autonomie a été adopté à 38.6 milliards d'euros à la majorité des membres du conseil de la caisse, une partie d'entre eux s'inquiétant déjà du déficit prévu (*1.4 milliards d'euros*), au regard des besoins.

L'objectif assigné à la CNSA est de maintenir l'équilibre financier de la branche autonomie sur la durée plutôt que de répondre aux besoins.

## **MESURES CONCERNANT L'AUTONOMIE COMPRISE DANS LA LFSS 2023**

Rappelons que la loi de financement de la sécurité sociale, pour 2023, a été imposée avec l'application du « 49.3 ».

### Les mesures envisagées :

- Poursuite de la réforme de la tarification de l'aide à domicile ;
- Simplification du financement de l'habitat inclusif ;
- 2 heures, maximum, dédiées à l'accompagnement et au lien social des personnes accompagnées à domicile, sont bien en deçà des seuls besoins actuels ;
- 3 000 embauches ont été budgétisées pour les EHPAD avec un objectif d'aller à 50 000 d'ici 2027, alors que 200 000 sont nécessaires immédiatement pour répondre aux besoins de la population et améliorer les conditions de travail des personnes.

Dans l'ensemble, très peu de mesures de financement et on peut considérer cette LFSS 2023, comme une LFSS de « *bricolage* ».

### Coût des mesures concernant l'autonomie :

- Recrutements en EHPAD : 170 millions d'euros ;
- Développement de l'offre en EHPAD : 40 millions d'euros ;
- Réforme de la tarification et développement de l'offre pour les services à domicile : 120 millions d'euros ;
- Tarif plancher et dotation qualité pour les SAAD : 250 millions d'euros.

Soit, au total, 580 millions d'euros pour des besoins estimés autour de 15 milliards d'euros par an.

## **UNE PSEUDO « LOI BIEN VIEILLIR » EN PRÉPARATION**

Une proposition de loi « *portant des mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France* » a été déposée à l'Assemblée nationale, le 15 décembre 2022, par les députés de deux des groupes de la majorité présidentielle, Renaissance et Horizons, qui adhèrent complètement à la politique du Gouvernement de réduction du financement de la Sécurité sociale et des services publics.

Après nous avoir imposé une loi pour reculer l'âge de la retraite à 64 ans, les mêmes ont, maintenant, l'outrecuidance d'examiner une loi qu'ils ont intitulée « *pour une société du bien vieillir* ». Comme on dit, elles et ils ne manquent pas d'air !!!

Le texte a été examiné en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, du 3 au 5 avril, avant d'être examinée en séance publique, à partir du 11 avril. Après 3 jours d'examen, les députés n'ont pu venir à bout du projet de loi, à cause des vacances parlementaires. Il a même failli être rejeté, le 11 avril, en séance publique, à cause du RN, refusant de voter une motion de renvoi en commission, défendue par la NUPES et soutenue par la droite.

On voit là, le vrai rôle du RN, allié objectif du Gouvernement et ennemi de classe des droits sociaux.

D'autre part, Mme Monique IBORRA (*Renaissance – Haute-Garonne*) a démissionné de son rôle de co rapporteuse du projet de loi, la veille de l'examen du texte, justifiant sa décision par le manque d'ambition du texte. On comprend mieux cette décision quand on sait que sur 700 amendements déposés, plus de 200 ont été exclus du fait d'une irrecevabilité financière (*investissements immobiliers en EHAPD, financement de la branche autonomie...*). Or, c'est justement sur ces domaines, que devraient porter les efforts du gouvernement.

Ce projet de loi évacue les principaux problèmes de la prise en charge de la perte d'autonomie. Il ne règle pas le financement, la question des EHPAD et de l'emploi. La prévention et la reconnaissance de la pénibilité, la formation des personnels, la reconnaissance des qualifications et donc la question des salaires, la prise en charge médicale... sont complètement déglacées. C'est pratiquement une coquille vide pour distraire le peuple et passer vite à autre chose que la loi retraite ??? C'est encore une démarche de mépris total qui, cette fois, concerne les personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans la prochaine période, le Gouvernement va sûrement parader, au travers des médias, sur les quelques mesures d'enfumage adoptées du 11 au 13 avril :

- Principe d'une « *conférence nationale de l'autonomie* » dont la composition sera fixée par décret ---> du « *blabla* » à venir pour pas grand-chose ;
- Un référent prévention, bénévole ou salarié, mis en place au sein de chaque établissement, service social et médico-social ;
- Transmission aux maires, des données des bénéficiaires de l'APA, avec leur accord, afin de les inscrire sur le registre « *canicule* » de chaque commune ;
- Volet consacré à la maltraitance ;
- Renforcement du rôle du médecin coordinateur au sein des EHPAD ou unité de soins de longue durée (*USLD*). Cela pourra permettre à certains résidents de le désigner comme médecin traitant. Or, à l'heure actuelle, un médecin coordinateur couvre souvent plusieurs établissements, car il en manque cruellement ;
- Amélioration de la qualité des repas dans le cadre d'un cahier des charges alimentaires à respecter dans les EHPAD.

Toutes ces « *mesurettes* » qui font bien dans le paysage, ne constituent que de la poudre aux yeux, même si nous sommes conscients qu'elles peuvent améliorer le sort des quelques personnes en perte d'autonomie.

Nous avons besoin d'une autre ambition politique prenant en compte, à son juste niveau, le vieillissement de la population dans les années à venir, avec une loi sociétale « *grand-âge* », attribuant des moyens à la hauteur.



Néanmoins, alors que son principe avait été rejeté en commission, les députés ont approuvé, à l'unanimité, le principe d'une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge, fixant la trajectoire des finances publiques en matière d'autonomie des personnes âgées. Nous allons devoir tout faire, pour que ce principe adopté, ne soit pas un « *vœux pieu* », comme ce fut le cas pour la promesse de Macron, au congrès de la mutualité française en 2018, quand il promettait une loi « *grand âge* ».

Nous devons mener ce combat, dans le cadre de notre triptyque revendicatif, au niveau du « *groupe des 9* » et au niveau de notre mobilisation spécifique CGT.

Un sujet paraissant alléchant, mais pouvant être dangereux, a également été adopté, visant à créer un service public départemental de l'autonomie, aboutissement d'une préconisation du rapport de Dominique LIBAULT, de 2022. Si cette décision peut constituer un énième plan de coordination et de redécoupage des activités d'acteurs locaux, déjà en difficultés, elle peut engendrer des inégalités de traitement en fonction des choix politiques différents, d'un département à l'autre.

## ***PROPOSITIONS CGT***

La CGT, au contraire, revendique un grand service public national de l'aide à l'autonomie, regroupant et intégrant l'ensemble des structures et des personnels concernés (*que ce soit à domicile ou en établissements*).

Le service public serait chargé d'offrir, à toutes les personnes en perte d'autonomie, un service de proximité, dans les mêmes conditions, sur l'ensemble du territoire et à la hauteur des besoins.

En établissements comme à domicile, il existe, aujourd'hui, une multitude de structures avec des statuts et des conventions collectives différentes, ce qui engendre des droits et des rémunérations très différentes pour un même métier.

Un service public de l'aide à l'autonomie se doit donc de revenir sur cette disparité, afin d'attribuer le même niveau de garantie et de salaire pour un même métier.

En termes de ressources, le service public de l'autonomie doit être assuré par la Sécurité sociale via la cotisation sociale. Le financement par l'impôt (*CSG, taxes, etc.*) doit donc être transformé en financement par la cotisation sociale. La CGT défend ainsi une prise en charge de l'autonomie, intégralement, au sein de la sécurité sociale.

La CGT revendique une sécurité sociale unifiée qui permet de prendre en compte, l'ensemble des dimensions de la perte d'autonomie sans la découper en branches-risques (*famille, maladie, vieillesse et maintenant autonomie !*) afin d'assurer une prise en charge globale des personnes en perte d'autonomie : de l'hébergement, aux soins et aux services spécifiques à l'autonomie.

Autrement dit, il s'agit de répondre enfin, à la définition de la santé comme un « *état complet de bien-être* », tel que défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)!

En termes de financement des prestations liés au maintien dans l'autonomie, la CGT défend un financement à 100 % des coûts des structures de prise en charge de la perte de l'autonomie, afin de supprimer les restes à charge. Seules les structures publiques ou de sécurité sociale seraient financées.

Ce financement ambitieux permettrait de sortir de la précarité les travailleurs de l'autonomie en revalorisant leurs salaires. Il permettrait, également, d'assurer des services de qualité (*temps d'intervention, etc.*). Le secteur marchand et ses profits sur le dos de la santé/autonomie, ni le secteur associatif, comme palliatif, ne peuvent répondre à un tel besoin.

La prise en charge à domicile de la perte d'autonomie doit être, elle aussi, possible. La sécurité sociale prendrait en charge, le financement des aménagements, proposerait l'intervention des professionnels de santé nécessaires, des dispositifs de maintien du lien social et des aides forfaitaires pour couvrir les frais fixes inévitablement augmentés et, aujourd'hui, non pris en compte (*nourriture, logement, etc.*). Rester à domicile ne doit pas être un luxe, mais un droit.

En termes, d'organisation du grand service public de l'aide à l'autonomie, la sécurité sociale, notamment, grâce à ses structures territoriales de proximité (*caisses primaires et caisses régionales de sécurité sociale*) dispose des compétences et de l'expérience nécessaire pour prendre en charge la perte d'autonomie, aussi bien en gérant directement des établissements, qu'en assurant le suivi et l'accueil des bénéficiaires.

En gérant des établissements médico-sociaux (*les UGECAM*) ou de santé (*centres*), l'accueil des assurés (*les agences des différentes caisses existantes*) ou l'accompagnement des assurés (*expériences des commissions d'action sociale des CARSAT et CPAM*), la sécurité sociale a fait preuve de sa capacité à agir. Les outils pour construire le service public, de l'aide à l'autonomie, sont donc déjà là, au sein de la sécurité sociale.

Il est temps de les déployer et de revenir sur les attaques néolibérales qui les ont affaiblis.

Le service public national de l'autonomie que nous préconisons doit s'accompagner de l'embauche de 200 000 personnes pour les EHPAD et de 100 000 pour les services d'aide à domicile, avec des formations et des qualifications reconnues.

L'ensemble de ces mesures doit se retrouver dans une loi « *grand-âge* » engagée, dès que possible, par le gouvernement.

Cet argumentaire, non-exhaustif, doit nous servir à engager des débats, dans toutes nos structures (*sections, USR, UFR, etc.*) pour pouvoir engager la mobilisation dans le cadre des actions à venir.



## **Fédération CGT des Sociétés d'Etudes**

*263 rue de Paris - Case 421*

*93 514 MONTREUIL Cédex*

*01 55 82 89 41 - 01 55 82 89 42*

*<https://www.soc-etudes.cgt.fr/>*

*[fsetud@cgt.fr](mailto:fsetud@cgt.fr)*