

PERTE D'AUTONOMIE UN ENJEU DE SOCIÉTÉ



La perte d'autonomie est l'incapacité pour une personne de décider et d'assurer seule certains actes de la vie courante. Liée au processus du vieillissement et/ou à des altérations aussi bien physiques que psychiques, elle est le résultat multifactoriel de situations prévisibles ou non, mais aussi matérielles, sociales ou familiales, tout au long de la vie et à tout âge.

ÉTAT DES LIEUX

Le vieillissement de la population est de plus en plus important selon l'Insee.

L'espérance de vie – 88,8 ans pour les femmes et 84,6 ans pour les hommes – va continuer sa progression : 93 ans pour les femmes et 90,1 ans pour les hommes en 2040.

Nous avons 13,1 millions de personnes âgées de plus de 65 ans – soit 19,5 % de la population – avec des perspectives de 18,9 millions en 2040 – soit 26,1 % de la population.

Près d'1,3 million sont en perte d'autonomie, soit 8 % des plus de 60 ans et 1,8 % de la population. Ils seront 2 millions en 2040. 60 % vivent à leur domicile (760 000) et 608 000 dans les Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Près de 30 milliards d'euros sont consacrés chaque année à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, dont 79 % de dépenses publiques :

- 12,2 milliards d'euros pour les dépenses de santé ;
- 10,7 milliards d'euros pour la prise en charge de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) ;

- 7,1 milliards d'euros pour l'hébergement.

La Sécurité sociale prend en charge 52 % de la dépense publique, les départements 26 %, le CNSA (Caisse nationale solidarité autonomie) 16 % et l'État 6 %. À ces sommes s'ajoutent près de 10 milliards d'euros de reste à charge pour les familles.

Au vu du vieillissement engagé, il faudra y consacrer d'ici 2040 un peu moins d'un point du PIB, soit entre 11 et 25 milliards d'euros supplémentaires, ce qui constitue donc un enjeu financier important, mais loin d'être insurmontable.

La dernière loi ASV (adaptation de la société au vieillissement), votée le 28 décembre 2015 par le gouvernement précédent, n'a pas répondu à ces enjeux. Elle a écarté l'accueil en établissement des réflexions pour ne consacrer des moyens qu'au maintien à domicile. Des mesures intéressantes (mais insuffisantes au regard des enjeux) ont été adoptées :

- 140 millions d'euros pour la prévention ;
- 80 millions d'euros pour l'habitat, dont la rénovation et l'adaptation de 80 000 logements privés en trois ans ;
- 375 millions d'euros de revalorisation des plafonds d'aide à l'APA ;

- 80 millions d'euros pour l'aide aux aidants et au bénévolat.

Cependant, aucune mesure n'a été prise sur le financement global nécessaire pour faire face aux enjeux et rien au niveau des établissements d'accueil.

LA MOBILISATION PERMET DES AVANCÉES

Les différentes mobilisations engagées sous l'impulsion de la CGT, très souvent unitaires, notamment les 30 janvier et 15 mars 2018, au niveau des personnels des Ehpad conjointement avec les organisations de retraités, ont permis des avancées, là encore insuffisantes mais non négligeables.

Ainsi, plus de 700 millions d'euros ont été dégagés par la ministre de la Santé dans le cadre de sa feuille de route avec le gel du décret sur la tarification des Ehpad pour 2018 et 2019, leur réoctroyant 200 millions d'euros par an, le recrutement des personnels de 2019 à 2021 et l'instauration de 1 000 places d'hébergement temporaire pour les personnes sortants de l'hôpital.

UNE NOUVELLE LOI PRÉVUE EN 2019

Le 28 mars, Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, a remis son rapport à la ministre de la Santé. Celui-ci comprend 10 propositions clés et un total de 175 idées censées alimenter le contenu d'une loi qui devrait voir le jour dans les mois à venir.

Des propositions « alléchantes » affichées pour une nouvelle offre de soins à domicile, mais aussi une augmentation du taux d'encadrement de 25 % dans les Ehpad, une revalorisation des carrières et des salaires, une accessibilité financière en diminuant le reste à charge pour les familles des résidents en Ehpad... Ne perdons pas de vue que dans le même temps, les mesures d'économies s'accroissent dans les hôpitaux avec la suppression de 22 000 emplois, de nombreux Ehpad publics sont cédés au privé et les places en USLD disparaissent.

Ces propositions sont chiffrées à 6,6 milliards d'euros d'ici 2024 et 9,2 milliards d'euros d'ici 2030.

Le rapport préconise également un financement de toutes ces mesures à budget constant par un redéploiement des ressources déjà existantes par :

- l'instauration d'un prélèvement qui prendrait la suite de la CRDS après 2024 (date de fin prévue de cette taxe affectée au remboursement de la dette sociale) ;
- la mobilisation des actifs du fonds de réserve des retraites ;

Ces mesures seraient financées uniquement par les salariés et retraités au travers de leurs cotisations. En effet, le rapport prévoit la reconnaissance de la perte d'autonomie comme un « *risque de protection sociale à part entière* », financée à parité entre la CNSA et les conseils départementaux avec plusieurs scénarios de pilotage entre ARS (agences régionales de santé) et conseil départementaux, histoire de ne fâcher personne.

Ces propositions sont loin de correspondre à celles de la CGT.

Nous avons proposé une contribution aux organisations syndicales FO, CGC, CFTC, FSU, FGR-FP, Ensemble et Solidaires. Celle-ci a été reprise dans son intégralité et adressée au Haut Conseil de l'âge.

Dans les semaines à venir, nous serons vigilants sur ce qui ressortira de ce rapport pour l'écriture de la loi qui en résultera, tant sur l'organisation, le pilotage que le financement.

FOCUS SUR LA PRÉVENTION

La loi ASV de 2015 a inscrit dans ses axes prioritaires l'anticipation et la prévention de la perte d'autonomie. Or, depuis plusieurs années, et notamment dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'État pour les années 2014-2017, l'assurance retraite a orienté sa politique d'action sociale vers la prévention des effets du vieillissement. La loi ASV a donc renforcé la légitimité des caisses de retraite, en confirmant le rôle stratégique de l'interrégime, réunissant alors la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA), l'ex Régime social des indépendants (RSI) maintenant intégré au Régime général et plus récemment la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

La mise en synergie des politiques des différents régimes a permis de développer une offre graduée de prévention s'adressant aux retraités dès 55 ans et

leur proposant notamment des programmes d'actions collectives autour de la santé globale, du bien-être, de l'adaptation du logement... Cette offre est relayée au plus près des territoires par les structures régionales de l'assurance retraite.

Mais les caisses de retraite ne sont pas les seuls acteurs de la prévention de la perte d'autonomie sur les territoires. Les départements, en tant que chefs de file des politiques gérontologiques, ont également investi ce champ, tout comme les régimes de retraite complémentaires ou encore les mutuelles.

La loi ASV a créé les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA), dont la présidence a été confiée, dans chaque département, au président du conseil départemental et la vice-présidence à l'agence régionale de santé (ARS). Chaque CFPPA réunit les représentants des régimes de base de l'assurance vieillesse (Carsat, MSA et RSI) et de l'assurance maladie (CPAM), des régimes complémentaires (Agirc et Arrco), des mutuelles (Mutualité française).

Il est à noter – et nous l'avions dénoncé – qu'il n'y a aucune représentation des organisations syndicales, alors qu'une partie des financements – notamment d'actions de prévention collectives de la perte d'autonomie par le biais de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – proviennent du prélèvement de 0,3 % sur les pensions de retraite (contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie).

En 2017, première année d'installation complète des CFPPA, ces dernières ont consacré (concours de la CNSA compris) près de 97 millions d'euros aux actions collectives de prévention.

Concernant la répartition entre financeurs, le concours de la CNSA, qui atteint 56 millions d'euros en 2017, représente 58 % des financements. Cependant, hors concours CNSA, les structures régionales de l'assurance retraite et les structures interrégimes apportent la moitié des financements pour des montants respectifs de 13 et 6,8 millions d'euros.

Les départements ne contribuent pour leur part qu'à hauteur de 4,5 millions d'euros.

En 2017, près de 1 229 288 de retraités ont participé à ces actions de prévention.

On peut constater que sans les apports et l'expertise des caisses de retraite en territoire, les départements n'auraient pu développer le niveau d'actions collectives de perte d'autonomie.

C'est une démonstration que sur le champ de la prévention de la perte d'autonomie en amont des problématiques posées dans l'avancée en âge, notre Sécurité sociale est une nécessité à renforcer et à reconquérir.

CE QUE PROPOSE LA CGT

Pour la CGT, la prise en charge de la perte d'autonomie, que ce soit au domicile ou en établissement, doit être du ressort de la solidarité nationale et as-

surée par la Sécurité sociale en intégrant « le droit à l'autonomie » dans sa branche maladie.

Architecture de la Sécurité sociale				
Branche assurance maladie Cnam	Branche Vieillesse	Branche Famille	Acoss	Dépendance
Maladie	Cnav	Cnaf	Les recettes et le financement	Branche supplémentaire que proposerait le gouvernement
Maternité				
Invalidité				
Décès				
Commission AT/MP				
Perte d'autonomie				

Proposition CGT

Cela isolerait cette branche des autres pour permettre aux assurances privées de couvrir ce risque.

Nous demandons la suppression de la discrimination entre les moins de 60 ans qui bénéficient d'une PCH (prestation compensatoire handicap) et les plus de 60 ans qui bénéficient de l'APA (allocation de la perte d'autonomie) dans la mesure où le différentiel des prestations est de 6 milliards d'euros par an au détriment de ceux en perte d'autonomie.

Nous exigeons la mise en place d'un grand service public de l'aide à l'autonomie regroupant et intégrant l'ensemble 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.

Nous demandons que la prévention soit mieux prise en compte tout au long de la vie, de l'école jusqu'au

grand âge, avec une médecine du travail à conforter et des CHSCT à regagner.

Nos propositions s'inscrivent dans notre campagne de reconquête de la Sécurité sociale, assise sur ses principes fondateurs permettant à chacune et chacun de « *faire face aux aléas de la vie de la naissance à la mort* ».

À l'heure où toutes les réformes gouvernementales (santé, retraites, fonction publique) nous conduisent vers un bouleversement profond de notre système de protection sociale solidaire basé sur la répartition des richesses créées par le travail, notre campagne a tout son sens et rassemble toutes les revendications que porte la CGT autour de la question de l'emploi et des salaires.

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**