



« CONTRIBUTION DU CONSEIL DE L'AGE A LA CONCERTATION GRAND AGE ET AUTONOMIE »

CONTRIBUTIONS DE MEMBRES DU CONSEIL DE L'AGE DU HCFEA

Liste des contributions :

- Les contributions des organisations syndicales de retraités CGT, UCR-FO, CFE-CGC, CFTC, FSU et la FGR-FP et Ensemble&Solidaires
- Les contributions de la CFDT retraités
- La contribution de l'UNSA
- La contribution de la CFR
- La contribution de la FESP
- La contribution de l'UNA



Paris, le 25 septembre 2018

Saisine du Conseil de l'âge

Pour une prise en charge solidaire, collective et égalitaire de la perte d'autonomie

Les organisations syndicales de retraités CGT, UCR-FO, CFE-CGC, CFTC, FSU ainsi que la FGR-FP, Ensemble & Solidaires, dénoncent les limites, voire les carences du système actuel de prise en charge de la perte d'autonomie des retraités et personnes âgées en établissement ou à domicile.

Les montants de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) sont insuffisants et le "reste à charge" trop élevé pour une majorité de personnes et de familles grève lourdement leurs budgets.

Les disparités entre départements dans les montants et l'accès aux aides et aux soins sont importantes, la complexité des réglementations pouvant entraîner des ruptures dans l'accès aux dispositifs d'aides.

Les besoins actuels et futurs, en structures d'aide à domicile, en places d'accueil, en personnels, en formation des intervenants ainsi qu'en matière de soutien aux aidants familiaux, restent étendus et n'ont pas trouvé, dans le système actuel, de solutions satisfaisantes et pérennes.

Force est de constater, qu'en matière de financement de la perte d'autonomie, les orientations des gouvernements qui se sont succédé ont été à l'antithèse de la volonté des organisations syndicales de retraités ainsi que la FGR-FP, Ensemble & Solidaires de mettre en place un droit à compensation de la perte d'autonomie financé dans le cadre de la Sécurité sociale.

Bien au contraire, les gouvernements précédents ont mis à la charge des seuls salariés d'abord (via la journée de solidarité), puis des retraités ensuite, le financement de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Les organisations syndicales de retraités ainsi que la FGR-FP, Ensemble & Solidaires se sont vivement opposées à la mise en œuvre en 2013 de la Casa, sachant, de plus, que cette taxe a été détournée de son objet pour être affectée au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) durant les 3 premières années.

« Si je perds mon autonomie, si un de mes proches se trouve concerné, comment pourrai-je faire face à cette situation ? Quels seront les propositions qui me seront faites et mes recours ? Demain, quelle sera ma situation financière et quelles seront mes possibilités de choix ? ». Ce sont là des questions qui se posent à tout un chacun mais qui préoccupent tout particulièrement les retraités et personnes âgées, cela, avec d'autant plus d'acuité que l'âge avance.

Pour les organisations syndicales de retraités avec la FGR-FP, Ensemble & Solidaires, la raison principale de cette inquiétude réside dans l'absence de prise en charge du risque de perte d'autonomie des retraités et personnes âgées par la Sécurité sociale. Les personnes concernées et leurs familles sont ainsi confrontées à la complexité et l'éparpillement des dispositifs et des intervenants, à la barrière de l'âge (avant et après 60 ans), aux inégalités de traitement sur le territoire, aux montants excessifs des restes à charge.

Les organisations syndicales de retraités ainsi que la FGR-FP, Ensemble & Solidaires condamnent toute volonté des pouvoirs publics visant à favoriser une couverture individuelle du risque de perte d'autonomie confiée aux lobbies des assurances, des banques ou des organismes de complémentaire santé. Les idées en la matière ne manquent pas, et toutes les formules ne sont ni plus ni moins qu'un pactole pour grossir les profits de ces secteurs.

Les organisations syndicales de retraités avec la FGR-FP, Ensemble & Solidaires revendiquent la prise en charge de la perte d'autonomie dans le cadre de la Sécurité sociale via l'assurance maladie par une prestation légale et opposable de Sécurité sociale qui seule permet de garantir notamment la solidarité et une égalité de traitement des personnes âgées sur tout le territoire et la suppression de la barrière d'âge.

Son financement pourrait se faire par l'affectation pérenne de cotisations, patronales et salariales, pour une prestation de Sécurité sociale gérée dans le cadre de l'assurance maladie et des missions de la CNSA.

Les organisations syndicales de retraités ainsi que la FGR-FP, Ensemble & Solidaires n'accepteront pas qu'à la faveur de ce chantier, de nouvelles attaques ou remises en cause soient menées contre la Sécurité sociale collective et solidaire.

► C'est pourquoi, dans le cadre de la préparation d'un projet de loi sur le modèle et le financement de la perte d'autonomie pour 2025-2030, les organisations syndicales de retraités avec la FGR-FP, Ensemble & Solidaires, demandent :

- la couverture de la perte d'autonomie par la loi, de la naissance à la mort, ce qui implique la suppression de toute barrière d'âge ;
- la mise en place d'une prestation légale et opposable dans le cadre de l'assurance maladie de la Sécurité sociale ;
- le financement par une cotisation de Sécurité sociale patronale et salariale ;
- la gestion dans le cadre de l'assurance maladie et des missions dévolues à la CNSA.



CONTRIBUTION AU HAUT CONSEIL DE L'ÂGE : PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE.

UN ENJEU DE SOCIÉTÉ

La population française va connaître d'ici 2035 un important vieillissement lié à l'allongement de la durée de vie.

Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, les personnes de plus de 60 ans seront le tiers de la population française et quatre générations vont se côtoyer.

La société doit s'adapter à ce phénomène qui constitue un formidable progrès social et offre des opportunités économiques nouvelles.

Si, en 2018, sur 16 millions de personnes âgées, seules 2 millions sont concernées par la question de la perte d'autonomie, la société doit aussi agir pour anticiper la perte d'autonomie en faisant de la lutte contre les inégalités de santé et sociales une priorité.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La perte d'autonomie d'un individu est l'état d'une personne qui, du fait de limitations de ses capacités motrices, mentales, psychiques ou sensorielles, rencontre des difficultés ou des obstacles dans sa vie quotidienne qui compromettent son autonomie en l'absence de compensation. La perte d'autonomie est définie comme un état durable de la personne entraînant des incapacités pour réaliser les actes de la vie quotidienne.

La situation de perte d'autonomie d'une personne peut arriver à tout âge. Elle peut être une situation de naissance. Elle peut résulter de maladies et/ou d'accidents, éventuellement en liaison avec la vie professionnelle ; elle peut être liée au grand âge et à une accumulation de dégradations physiques et/ou mentales d'une personne (maladies neurodégénératives notamment). La perte d'autonomie est une conséquence de cette maladie, de cet accident ou du grand âge. Nos organisations demandent la suppression de la discrimination entre les moins de 60 ans et les plus de 60 ans, entre handicap et perte d'autonomie, conformément au traité de l'ONU signé par la France et à la loi du 11 février 2005 dont le décret d'application n'est jamais sorti. Nous avons noté que le décret n° 2017-122 du 1er février 2017 faisant suite à la Loi de Finances du 29 décembre 2016 précise que : « Les personnes en situation de handicap, qui perçoivent l'AAH avec un taux d'incapacité d'au moins 80 %, peuvent, depuis le 1er janvier 2017, continuer à la percevoir au-delà de l'âge légal de la retraite sans avoir à demander préalablement l'ASPA. » Cette timide avancée est très insuffisante pour effacer toute discrimination entre les moins de 60 ans et les plus de 60 ans.

Pour surmonter la perte d'autonomie, les personnes ont besoin d'aides et de compensations. Il peut s'agir d'équipements personnels (prothèses, fauteuil roulant, etc.), d'aménagements du logement, etc. Le plus souvent, il s'agit d'aides et d'accompagnements de personnes en état de leur apporter aide et appui pour, justement, leur permettre d'accomplir les gestes de la vie quotidienne.

Pour les personnes directement concernées, pour leurs proches et pour leur famille, la perte d'autonomie est très généralement un drame. Il ne faut pas y ajouter des problèmes financiers qui conduiraient à des situations inégalitaires inadmissibles dans notre société. Il n'est pas tolérable que des personnes ne puissent vivre une vie digne à cause d'un handicap qu'elles ne pourraient compenser faute de moyens financiers.

Nous estimons que 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 assurée par la sécurité sociale en intégrant « le droit à l'autonomie » dans la branche maladie de la sécurité sociale.

Nous tenons à préciser que notre demande s'inscrit dans le cadre de l'architecture actuelle de la sécurité sociale, c'est-à-dire à partir de la branche maladie, tout comme les risques maladie, maternité, invalidité, décès, voire la commission AT/MP, et non par une branche supplémentaire comme semble s'orienter la réflexion du Gouvernement via un financement spécifique.

Nous estimons que la perte d'autonomie fait partie des aléas de la vie tout comme la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès ou les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Branche Assurance maladie CNAMTS	Branche vieillesse	Branche famille	ACOSS
Maladie	CNAVTS	CNAF	Les recettes et la banque
Maternité			
Invalidité			
Décès			
Autonomie			
Commission AT/MP			

Nous nous inscrivons dans les principes qui ont prévalu lors de la création de la sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en compte des aléas de la vie de la naissance à la mort.

Nous récusons de ce fait l'identification d'une contribution spécifique finançant le risque perte d'autonomie de la même façon que nous l'avons fait vis-à-vis de la CSA (journée de solidarité) ou de la CASA.

Nous sommes conscients qu'une amélioration et un élargissement des prises en charge par l'assurance maladie impliquent un renforcement de ses recettes.

Pour cela, nous estimons que ceci doit se faire dans le cadre du salaire socialisé à partir des cotisations sociales, préservant l'universalité de la branche de l'assurance maladie, et non par l'impôt, comme semble s'orienter le Gouvernement actuel avec l'augmentation de la CSG au détriment des cotisations maladie.

D'autre part, au-delà des cotisations sociales, nous pourrions largement couvrir les 10 milliards d'euros nécessaires à la prise en charge de la perte d'autonomie si le gouvernement remettait en cause les différentes exonérations de cotisations sociales (27,3 milliards d'euros en 2017) ou les paradis fiscaux existants. Toutes ces mesures devraient permettre une prise en charge à 100 % de la perte d'autonomie dans le cadre de dispositifs publics.

Notre réflexion s'engage également dans le cadre d'un payeur unique (la sécurité sociale) et d'un intervenant unique (un service public de la perte d'autonomie), ce qui simplifierait largement le système actuel avec ses conventions tripartites pour les établissements ou sa multitude d'intervenants à domicile avec différents statuts juridiques.

La question du RAC est centrale pour assurer le libre choix qui doit rester un droit fondamental. On ne peut que souscrire au chapitre prospectif du conseil de la CNSA « pour une société inclusive, ouverte à tous » de juillet 2018 : « une société est ouverte à tous quand elle favorise l'accessibilité financière [et souligne qu'un choix contraint] serait constitutif d'une maltraitance financière ». Il est inquiétant de noter les projections du COR sur l'évolution des pensions de retraite nettes de 0,33 % entre 2016 et 2030 qui laissent craindre une aggravation de la situation des personnes retraitées (augmentation du salaire moyen 2,3%). On passerait ainsi d'une pension nette moyenne de 1512 euros/mois à 1584 euros/mois, sommes qui confirment la nécessité pour toutes et tous d'avoir accès à une prise en charge à 100% par la sécurité sociale.

Il est important de rappeler que **la prévention** ne peut être efficace que si elle s'exerce tout au long de la vie, ce qui suppose de mettre en œuvre une véritable médecine du travail, notamment avec une continuité après la période d'activité au travers de bilans de santé financés par la sécurité sociale.

Un environnement favorable suppose la possibilité de relations humaines, d'accès à la culture. Il est par ailleurs nécessaire que l'accessibilité soit assurée, ce qui n'est pas garanti par la loi ELAN qui a diminué drastiquement la part des logements accessibles.

L'importance de l'approche multi dimensionnelle de la personne est une évidence.

Concernant l'adaptation de l'organisation de soins, nous alertons sur la mise en œuvre d'une entrée dans le parcours de soins de plus en plus dématérialisé via internet et une e-consultation permettant d'orienter le patient vers des dispositifs de prise en charge les plus adaptés qui vont désorienter un grand nombre de personnes âgées.

SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE/SYSTÈME DE SOINS

Pour l'aide et l'accompagnement aux personnes, quel que soit leur âge, que ce soit à domicile ou en établissement plus ou moins spécialisé selon l'origine ou la nature de la perte d'autonomie, nos organisations préconisent la mise en place d'un vaste service public de l'aide à l'autonomie regroupant et intégrant progressivement une partie de l'existant actuel, avec des personnels à temps plein (pour celles et ceux qui le souhaitent), plus nombreux, mieux formés, plus qualifiés et mieux reconnus socialement. Ce service public de l'aide à l'autonomie serait chargé d'offrir à toutes les personnes, sur la totalité du territoire national, des services de qualité et dans les mêmes conditions. La présence d'un tel service public de l'aide à l'autonomie éviterait que se rencontrent encore des aidants, et surtout des aidantes, épuisés physiquement et psychologiquement.

Nous constatons *l'insuffisance générale du coût horaire du service de l'Aide à Domicile et les trop fortes distorsions selon les choix et les moyens des Conseils Départementaux*. Nos organisations estiment que la variabilité des pratiques entre départements porte atteinte de façon abusive au principe d'égalité de l'article 232-1 du Code de l'Action sociale et des Familles qui prescrit que l'allocation est « définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national ». Cette situation n'est pas admissible. Nos organisations souhaitent qu'on aille vers des critères nationaux et revendiquent l'instauration d'un tarif plancher ne pénalisant ni les salarié-e-s ni les usagers.

Les métiers de l'Aide à Domicile comme ceux des EHPAD doivent être plus attractifs, les personnels mieux formés, mieux rémunérés, et bénéficier de garanties collectives améliorées, quel que soit leur statut juridique (conventions collectives, fonction publique territoriale, fonction publique hospitalière, etc.).

Nous demandons qu'à très court terme *les maisons départementales de l'autonomie* soient rendues obligatoires dans chaque département. Elles sont un outil utile pour coordonner l'ensemble des prises en charge de la perte d'autonomie, faciliter la synergie entre les différents acteurs, améliorer l'information des bénéficiaires potentiels et des familles.

Articulation des rôles au niveau local dans le cadre de protocoles de prise en charge établis par des équipes de proximité.

Rappelons que nous souhaitons *la mise en place des centres de santé publics*, avec des médecins salariés par la sécurité sociale, sous le statut de la fonction publique hospitalière. Ils pourraient être gérés par des hôpitaux publics permettant le lien hôpital et continuité de soins, notamment dans le cadre de l'ambulatoire. Ils permettraient une meilleure articulation entre l'hôpital public et les soins de ville de même qu'entre tous les acteurs de la médecine (généralistes, spécialistes et soins complémentaires).

Les nouvelles technologies (numérique et médecine connectée) ne peuvent venir qu'en complément de l'offre de soins actuelle. La médecine demande une présence humaine, qualifiée et apte à intégrer les demandes des patients.

Ressources humaines et formation des professionnels de santé et du social

Il est indispensable qu'il y ait formation, reconnaissance et rémunération supplémentaire, pour tous les personnels incluant les aides-soignantes et les aides à domicile.

La formation des médecins aux problématiques du grand âge doit être renforcée et il faut remettre la médecine générale au centre de la problématique avec une valorisation pour les médecins généralistes. Cette démarche doit aussi s'inscrire dans une démarche volontariste de formation de spécialistes en gérontologie et gériatrie qui constituent des filières en souffrance aujourd'hui et qui doivent être intégrées dans le tronc commun des formations à venir sous peine de pénurie dans les années à venir.

DOMICILE

Le constat est fait d'une diversité des politiques des départements qui pourrait être résolue par une règle nationale et des financements suffisants pour répondre aux besoins des personnes concernées et de la progression de leurs effectifs.

L'évaluation en GIR n'est pas la même selon les départements. Il est indispensable d'avoir un retour de l'APA 2 par département. De même, qu'il est nécessaire de privilégier le GIR 4, utile en termes de prévention. Il serait nécessaire d'ajouter des critères sociaux et géographiques dans l'élaboration de la grille tenant compte de l'environnement social dans lequel vit la personne en perte d'autonomie, la zone territoriale qui peut être rurale ou urbaine, et le niveau des services publics dont elle dispose.

Il est dommageable que ni les forces syndicales, ni les usagers n'aient pas un droit de regard sur les travaux de la conférence des financeurs, sur les projets, les financements. Il est indispensable que les CDCA puissent suivre leur activité comme le prescrit la loi.

Très majoritairement les personnes restent à leur domicile le plus longtemps possible, soit par choix, soit par contrainte financière. L'adaptation des logements est incontournable pour prévenir la perte d'autonomie et permettre aux personnes concernées d'exercer leur droit au choix d'être maintenues à leur domicile en première intention. L'environnement de services de proximité, notamment publics, mais aussi de commerces, est à valoriser voire à rétablir.

Consolider l'offre de services à domicile. Le constat d'une dissociation préjudiciable à la personne entre le coût facturé et le barème de prise en charge confirme la nécessité d'une règle nationale.

Il est nécessaire d'avoir un bilan de *la mise en œuvre du droit au répit*, depuis la mise en place de la loi, au niveau qualitatif et quantitatif, au niveau de l'entreprise (aidants salariés) et de la sphère privée (aidants retraités). Quelles solutions d'hébergement temporaire ? Quels financements ?

L'habitat intermédiaire :

Les logements intermédiaires peuvent se concevoir uniquement en cas d'impossibilité d'adaptation du logement et/ou d'un isolement que la personne n'accepte plus.

On ne peut accepter que les « résidences services » privées (marché très attractif et potentiellement très lucratif) se développent avec un public ayant des moyens financiers, laissant au secteur public des personnes en difficulté financière. Cela accentue les inégalités entre les plus modestes et les personnes aisées. D'autant que ces résidences n'offrent pas la qualité de services en lien avec le coût pour la personne concernée.

La prise en charge de la perte d'autonomie n'est pas un marché. Il est indispensable de développer une offre publique de qualité notamment en termes de construction et d'encadrement.

LES EHPAD

Il faudrait envisager la création de plusieurs centaines de milliers de places, à l'horizon 2030. Le CREDOC a évalué précisément les besoins d'ici 2040, c'est-à-dire 542 000 places d'où l'absolue nécessité de réintégrer dans la future loi la partie EHPAD qui avait été retirée de la loi ASV du 28/12/2015. Les EHPAD à construire doivent être de taille humaine, couvrir l'ensemble du territoire afin que la proximité de l'ancien lieu de vie soit assurée pour les résidents. Il faut veiller aussi à leur insertion dans la vie de la cité.

Le RAC est insupportable. Son allègement, indispensable et significatif, doit être une étape vers sa suppression. Le coût moyen est de 2 000 euros/mois dans le public et de 3 000 euros/mois dans le privé lucratif avec, dans ce cas, un encadrement en personnel de 20 à 25 % inférieur (donc des coûts de gestion moindre, ce qui permet d'engranger des bénéfices honteux !)

Outre l'insuffisance criante de personnels, leurs conditions de travail épouvantables, l'encadrement est à améliorer d'urgence. La formation des personnels et la reconnaissance des qualifications sont indispensables.

Rappelons à ce sujet, les mobilisations au cours de l'année 2018 des personnels avec leurs organisations syndicales, des familles, des directeurs d'EHPAD, des organisations syndicales et associations de retraités qui revendiquaient la suppression de la réforme tarifaire et un taux d'encadrement de 1 soignant par patient.

La continuité de l'accompagnement entre le domicile et les établissements est essentielle. Elle peut se réaliser si les équipes médicales et soignantes sont en partie communes entre la ville et les établissements. Cela permet de gérer facilement la transition avec un accueil de jour, de semaine puis complet quand cela est nécessaire.

Depuis la suppression massive de lits d'USLD (Unités de Soins de Longue Durée rattachées aux hôpitaux publics), les EHPAD accueillent des personnes en perte d'autonomie beaucoup plus importante qu'avant 2007, sans que ceux-ci soient assortis des moyens humains qualifiés et des équipements adéquats pour y faire face. Le déficit d'image de ces établissements est en grande partie lié à cette accentuation considérable, et non couverte en totalité, de la charge en soins. Rappelons que les EHPAD sont aussi des lieux de vie.

Les EHPAD publics doivent être rattachés aux hôpitaux de proximité afin d'assurer une médicalisation par des médecins salariés, pouvant avoir une activité mixte EHPAD/hôpital ou EHPAD/centre de santé.

Au niveau de la tarification, Madame Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé, a gelé pour 2 ans l'application du décret sous la pression de la lutte des personnels des EHPAD empêchant la perte de 200 millions d'euros par an au niveau des établissements.

Ce gel doit être prolongé définitivement.

Au niveau de la gouvernance, nous rappelons le rôle central de la CNSA dans la gestion et le suivi des politiques.

Nos organisations constatent que le législateur n'a toujours pas pris la mesure de ce qui est en train de se passer dans notre pays. Il y a cinquante ans, la période de vie au-delà de l'âge de départ en retraite représentait en moyenne seulement quelques années pour la grande

majorité de la population. Désormais, la période de vie au-delà de l'âge de départ en retraite représente en moyenne le quart de la vie de chaque personne. Parallèlement, le nombre total des personnes en retraite dans le pays augmente fortement. Bientôt, environ un tiers de la population vivant en France sera en retraite. Pour autant, la production de richesses continuant à croître, la prise en charge de l'autonomie n'est donc pas un problème de coût, mais de choix politique à opérer dès aujourd'hui. Ce sont des réalités qui doivent être totalement appréhendées. Pour y contribuer, nos organisations exigent notamment que des lieux de dialogue soient mis en place là où les organisations syndicales et associatives retraitées pourraient être entendues et écoutées. Dans ce cadre, nous exigeons un droit de regard des organisations syndicales et associatives de retraité-e-s dans les conférences des financeurs départementaux, et nous souhaitons une meilleure représentativité des organisations syndicales et associatives de retraité-e-s au HCFEA.



L'accompagnement du Grand Age- Contribution CFDT Retraités Décembre 2018

Le premier constat est optimiste : 1,5 millions de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ne correspondent qu'à 7,6 % des 16,9 millions de personnes de plus de soixante ans.

Les années gagnées en espérance de vie le sont massivement en années sans dépendance. Survenant de plus en plus tardivement et étant de plus en plus courtes, les pertes d'autonomie régressent objectivement mais du fait de l'augmentation des classes d'âge de plus de soixante-dix ans et de l'apparition d'une longévité plus importantes des personnes handicapées, les personnes âgées dépendantes devraient tout de même être de plus en plus nombreuses au cours des prochaines années.

Mais il existe des incertitudes démographiques sur le moyen long terme : l'espérance de vie a augmenté dans des proportions inédites. Les parts des personnes de plus de 65 ans et de plus de 75 ans dans l'ensemble de la population seront respectivement de 32,2 % et de 10,5 % en 2025. Des inconnues demeurent sur l'augmentation de la durée de vie. Les progrès scientifiques et leurs conséquences permettront-ils de trouver des solutions pour les maladies neurodégénératives ? Ou augmenteront-elles les coûts prise en charge ? Le nombre de personnes en perte d'autonomie, comme leur coût peut ainsi varier sensiblement, ce qui empêche toute prospective sérieuse à long terme.

Quels que soient les scénarii, le défi financier est à relativiser. L'enjeu du vieillissement porte bien plus sur le financement des retraites que sur celui de la perte d'autonomie. La perte d'autonomie est un risque « finançable ».

L'enjeu principal tient aux équilibres à opérer entre le maintien, voire l'amélioration de l'intervention publique, l'évolution des restes à charge pour les familles et le recours à l'assurance complémentaire.

Objectifs et propositions CFDT

L'objectif final est bien de permettre une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie en diminuant le reste à charge des familles au travers d'un financement mutualisé, solidaire et pérenne.

Un droit universel d'aide à l'autonomie

Nous avons tracé les objectifs que nous pouvons nous assigner :

« L'ambition est de créer un droit universel d'aide à l'autonomie concrétisé par une prestation de compensation à la perte d'autonomie, faisant tomber les barrières d'âge, source d'inégalités, ouvrant à toute personne l'accès à l'autonomie dans ses gestes de vie courante et sa participation à la vie sociale. Il s'agit d'un nouveau risque à couvrir par une prise en charge solidaire qui devra reposer sur un financement public».

« La CFDT revendique la création d'un droit universel d'aide à l'autonomie, concrétisé par une allocation, et l'amélioration quantitative et qualitative des services et établissements spécialisés. Le financement doit être mutualisé, public et reposer sur des exigences de solidarité et de justice. La CFDT revendique un financement pérennisé sur la base d'une solidarité large assurée par tous les revenus. En outre une réelle imposition des successions et des donations devrait participer à ce financement.

1. Développer la prévention de la perte d'autonomie

Il est démontré que la prévention peut avoir un impact important pour faire reculer la survenance de la perte d'autonomie. C'est donc un enjeu majeur.

Nous constatons également que les inégalités socioprofessionnelles dans l'espérance de vie liées aux conditions de travail, à l'accès aux soins, à l'éducation sanitaire sont aggravées par des inégalités accrues dans l'accès à la prévention pour les plus défavorisés.

Les déterminants de la prévention susceptibles de faire reculer la perte d'autonomie sont connus : l'éducation sanitaire et alimentaire, le maintien en activité physique et intellectuelle, une surveillance médicale régulière tout au long de la vie. L'information des jeunes sur les comportements à risque peut aussi éviter d'hypothéquer gravement la qualité du vieillissement.

La prévention a sa place dans l'entreprise. La situation de travail, peut être déterminante pour la santé du salarié. L'amélioration de la qualité de la vie au travail, la réduction du stress et de la pénibilité du travail aident à préserver la santé des salariés, à réduire les inégalités d'espérance de vie, mais aussi à améliorer les conditions du vieillissement.

Au-delà des mesures de prévention et de suivi médical en entreprise et celles plus spécifiques pour les salariés particulièrement exposés, l'entreprise peut jouer un rôle dans la prévention de la perte d'autonomie. En particulier, le maintien dans une activité peut être accompagné par :

- des transitions plus progressives et diversifiées vers la retraite, comme la retraite progressive,
- une préparation au départ à la retraite (des expériences de ce type existent dans certains organismes de protection sociale et pourraient être généralisées).

Les partenaires sociaux, les IRP et les organismes de protection sociale doivent être mobilisés et coordonnés sur ces actions. La surveillance médicale et le dépistage, en particulier des maladies neuro-dégénératives doivent être favorisés.

Le dépistage précoce permet de limiter les effets de certaines pathologies (hypertension, diabète, surdité), d'en améliorer les chances de guérison, de faire reculer l'entrée dans la dépendance.

Enfin, la CFDT a toujours réclamé le maintien de la prise en charge du GIR 4 par l'APA. En effet, c'est à ce moment crucial que peuvent être mis en place des dispositifs qui permettent aux personnes de ne pas aller vers une dépendance lourde.

2- Améliorer l'organisation du système de soins et la prise en charge médico-sociale et sociale

Au-delà des aspects purement médicaux, adopter une vision globale de la personne pour prévenir la dépendance nécessite de porter une attention à son cadre de vie et à ses relations sociales. Il convient donc également d'améliorer cette prise en charge globale par une meilleure organisation du système de soins et d'accompagnement.

Il faut réorganiser le système de soins autour de la personne en perte d'autonomie. Pour cela, il faut que tous les acteurs institutionnels coordonnent leurs interventions pour construire un dispositif qui assure une continuité dans la prise en charge et évite le recours fréquent à l'hospitalisation, voire aux urgences.

Il faut :

- Développer les SSIAD
- développer les services regroupant professionnels du soin et de l'aide à la vie quotidienne, en particulier dans les Services polyvalents d'aides et de soins à domicile (SPASAD) ou au moins une bonne coopération entre eux ;
- développer l'Hospitalisation à Domicile (HAD) ;
- rendre possible une fin de vie digne à domicile, ce qui suppose une prise en charge des soins palliatifs hors du milieu hospitalier ;
- généraliser les réseaux gérontologiques sur l'ensemble du territoire : en organisant, autour de la personne âgée, une équipe pluridisciplinaire médicale et sociale ;
- la mise en œuvre effective du dossier médical permettrait de mieux gérer les parcours de soins en particulier lors des hospitalisations, et de limiter le recours aux urgences.

Ces propositions supposent d'augmenter, et mieux répartir sur le territoire, le nombre de professionnels de santé et d'auxiliaires de vie sociale.

La loi ASV a mise en œuvre une concertation départementale : CDCA (Comité départemental de la citoyenneté et de l'autonomie) ainsi que la conférence des financeurs. Nos mandatés dans les différentes structures (CDCA, CRSA, ...) sont à l'initiative pour que se développe une meilleure coordination entre la partie sanitaire (établissements de soins, hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile, équipes mobiles de soins palliatifs, professionnels libéraux, etc.) et la partie sociale (établissements médico-sociaux et services d'aide à domicile).

Hélas, trop souvent les CDCA ne sont que des chambres d'enregistrement. Nos mandatés font remonter l'irrégularité des réunions et regrettent que la parole des personnes âgées ne soient pas mieux prise en compte.

Par ailleurs, lorsque le maintien à domicile et la sortie de SSR ne sont plus possibles ou souhaités, des solutions alternatives existent. L'Ehpad demeure la solution immédiate dans ce cadre mais les conditions de travail des personnels et les conditions de séjours des résidents doivent être améliorées.

De même, le reste à charge reste trop souvent dissuasif pour l'entrée en établissement.

D'autres solutions alternatives existent. Les petites unités de vie à taille humaine assurent une continuité avec les modes de vie antérieurs des personnes âgées : les logements sont privés, les personnes âgées peuvent y disposer de leur mobilier personnel, les professionnels extérieurs (médecins, infirmiers, services d'aides à domicile) peuvent intervenir auprès d'elles. Par ailleurs, les petites unités proposent des services communs (repas, buanderie, bibliothèque). La CFDT estime que ces structures, quelles que soient leur appellation et leur organisation sont une des réponses à la prise en charge en termes d'aides et de soins des personnes âgées.

3- Le financement public

Le financement doit être mutualisé et public. La CFDT revendique un financement pérennisé sur la base d'une solidarité large assurée par tous les revenus. La CFDT a accepté la création de la CASA. Pour elle, le financement de la perte d'autonomie ne peut reposer sur les seuls salariés.

La CFDT considère que des financements publics complémentaires sont nécessaires pour améliorer la prise en charge des plans d'accompagnement individualisés mis en œuvre par l'APA et pour diminuer le reste à charge hébergement.

Aujourd'hui, les départements financent 70% de l'APA, il faut qu'un rééquilibrage intervienne entre la part nationale, financée par la CNSA, et la part des départements. La gestion et le financement des prestations APA par les CD est source d'inégalités dans la définition des plans d'aide et par voie de conséquence des restes à charge. L'augmentation des plafonds GIR ne semblent pas produire une meilleure prise en charge de l'autonomie

Enfin, la CFDT demande l'instauration d'une taxe sur la transmission à titre gratuit de tous les patrimoines (***voir note jointe sur le financement***).

4- La question de l'assurance complémentaire

Ce sujet n'est pas notre priorité dans la période, l'important est de consolider le financement public comme indiqué ci-dessus.

5-Renforcer l'attractivité des métiers

Pour des raisons quantitatives (hausse des besoins en emploi dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes) et qualitatives (qualité de la prise en charge, conditions d'emploi des salariés), il est indispensable d'améliorer l'attractivité des métiers concernés.

Cela implique une professionnalisation de tous les métiers (du soin à l'accompagnement), la reconnaissance des qualifications acquises par la formation et l'expérience professionnelle auprès des personnes âgées, une rémunération prenant en compte cette qualification, une amélioration des conditions de travail (charge de travail, organisation du travail, trajet, etc.).

6- Renforcer l'aide aux aidants familiaux

La prise en charge des personnes en perte d'autonomie, est, pour beaucoup de proches-aidants, très éprouvante.

La mise en place de l'APA n'a pas modifié l'intensité de l'intervention des proches-aidants. Ce type de solidarité constitue deux enjeux pour la société : à court terme, l'enjeu est de faire en sorte que les aidants puissent être encore mieux soutenus et soulagés dans cet accompagnement de leurs proches.

Mais les proches -aidants ne doivent pas être des substitutifs aux professionnels.

Aujourd'hui, force est de constater que c'est encore beaucoup sur les femmes que repose la plus grande partie de l'aide familiale aux personnes âgées. Les évolutions sociologiques et l'objectif CFDT d'égalité dans la rémunération et la carrière sont incompatibles, à moyen terme, avec cette prise en charge. Il convient donc de trouver des mesures qui, sans être incitatives à la prise en charge dans le cadre familial, soutiennent et accompagnent les aidants qui en font le choix.

La CFDT souhaite que se multiplient toutes les solutions pour un accueil de jour et de répit temporaire (déjà amorcé par la loi ASV) de jour comme de nuit, pour permettre le libre choix de ces dispositifs, et par les aidants et par les aidés, accessibles géographiquement et financièrement par tous.

Nous souhaitons favoriser la formation des aidants familiaux, leur accès à une information personnalisée, le bénéfice de l'intervention de professionnels pour leur permettre d'échanger sur leurs expériences et leurs connaissances. Pour rompre l'isolement, il est possible d'imaginer aussi la mise à disposition de plateformes d'écoute et l'accès à des groupes de parole et d'échange, afin d'identifier les situations d'épuisement.

7 -Penser l'urbanisme, adapter les logements aux besoins de la personne âgée

L'une des conditions pour ralentir les pertes d'autonomie demeure dans l'adaptation du logement et si possible bien en amont. De surcroît un investissement massif dans ce domaine peut aider au développement des dernières innovations concernant la domotique, les aménagements préventifs des accidents domestiques. Plus largement, c'est une partie de notre urbanisme qui doit être repensée pour faciliter les déplacements, pour développer les modes d'hébergement variés entre « le domicile classique » et les établissements d'hébergement définitif parce qu'aujourd'hui le souhait des personnes est très majoritairement de rester dans leur environnement de vie le plus longtemps possible.

Concrètement, il faut favoriser le développement de résidences intergénérationnelles. Ainsi la fermeture de certains services publics et des commerces de proximité pénalise particulièrement les personnes âgées les moins mobiles, aggrave leur isolement et peut être à l'origine d'une entrée précoce et non choisie en établissement.

8- Un dernier point mérite d'être soulevé: l'obligation alimentaire qui est source de conflit dans les familles et de difficultés financières notamment quand les ménages ne peuvent pas toujours déduire la pension de l'imposition.

Contribution de la CFDT Retraités sur la prise en charge financière de la perte d'autonomie des personnes âgées

Cette note rappelle les éléments de financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées proposées par la CFDT. Pour la CFDT l'accompagnement financier doit être solidaire et universel.

Trois sources pourraient être exploitées :

- Une part de CSG
- Une contribution pour le financement de la perte d'autonomie pourrait s'envisager par la récupération de la CRDS qui est une opportunité dès 2025,
- Il nous faut reprendre le rapport du CESE de 2011 qui avançait un certain nombre de propositions dont une a le soutien de la CFDT Retraités : Proposition d'une taxe sur l'ensemble des mutations à titre gratuit. Pour émettre la proposition de cette taxe, **adoptée par le CESE**, la CFDT s'appuyait sur les données ci-dessous et nous vous proposons de les partager.

Mise au point sur la proposition de contribution sur les successions pour financer la perte d'autonomie

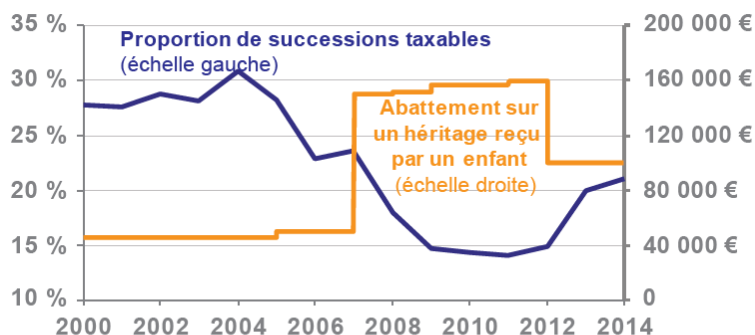
Depuis 2011, la CFDT propose de créer une contribution spécifique sur l'ensemble des successions et donations dont le produit serait affecté un financement de la perte d'autonomie. Elle avait été suivie en ce sens par le CESE (Avis « La dépendance des personnes âgées » du 15 juin 2011).

Cette proposition a pu être confondue avec la simple augmentation des droits de mutations. Elle se voyait ainsi catégoriquement rejetée des possibilités de financement par le Conseil de l'âge dans un avis de novembre 2017, au motif qu'elle aurait provoqué une hausse de 20 % de ces droits pour un rendement d'à peine 1 Md€.

Cette interprétation de la proposition de la CFDT est erronée. Il s'agit bien de faire contribuer **toutes les successions et toutes les donations dès le premier euro**. Ce qui modifie radicalement le rendement d'une telle contribution.

Le rendement des droits de mutation à titre gratuit

Les réformes menées en 2005 et surtout en 2007 (seuil de déclaration passant de 15 000 € à 50 000 €, abattement par enfant augmenté de 50 000 € à 150 000 € en particulier) ont conduit à ce que seules 12 % des transmissions par héritage et donation soit effectivement soumises à l'impôt en 2011. Le seuil d'abattement par enfant ayant été réduit à 100 000 € en 2012, mais sans abaisser le seuil de déclaration, ce chiffre est remonté à environ 20 % en 2014 pour un rendement de seulement 10,3 Md€.



Source : France Stratégie, d'après les annuaires statistiques de la DGFIP, Insee

Sur cette base, la conclusion du Conseil de l'âge n'est donc pas étonnante.

Le rendement d'une contribution sur toutes les successions et donations

La difficulté est d'estimer l'assiette de cette contribution puisque les services des impôts n'ont connaissance que des successions taxables.

À l'époque Thomas Piketty nous en avait fourni une estimation sur la base des travaux menés en vue de la rédaction de son ouvrage « *On the Long-Run Evolution of Inheritance : France 1820-2050* ». Elle était de l'ordre de 150 Md€ pour l'année 2007 permettant à la CFDT d'affirmer qu'une contribution de 1 % procurerait un rendement de 1,5 Md€.

Cette estimation a été confirmée depuis par Jonathan Goupille-Ledret et Arturo Infante (au décalage de temps près). Ils fondent leurs travaux sur l'estimation du patrimoine net des ménages, évalué par l'Insee, des taux de mortalité des adultes, de la richesse des décédés par rapport aux vivants et par le ratio des donations déclarées sur les successions déclarées. L'estimation, actualisée par France stratégie dans sa note « Peut-on éviter une société d'héritiers » de janvier 2017 conduit pour 2015 à une assiette de 250 Md€

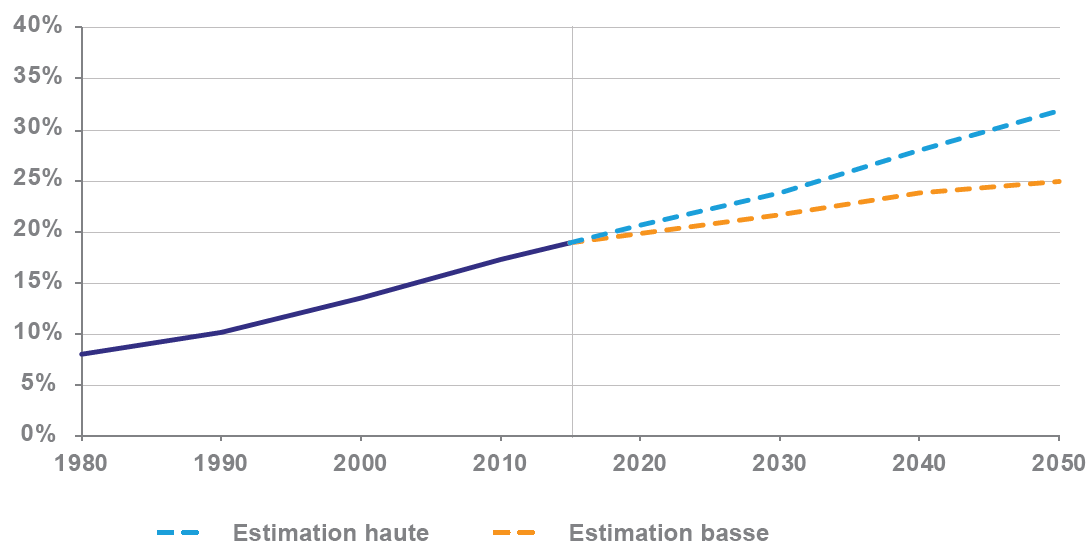
Le rendement d'une contribution de 1 % serait donc de 2,5 Md€

Une contribution qui a de l'avenir pour l'économie et la société

Le titre de la note de France Stratégie précitée témoigne de l'inquiétude de l'organisme vis-à-vis du phénomène de concentration de la richesse dans un nombre de plus en plus réduit de ménages, d'un accroissement des inégalités et de l'émergence d'une société à deux vitesses, rejoignant ainsi les thèses de Thomas Piketty.

Une des conclusions de leur étude est que si rien n'est fait, le pourcentage des successions et donations par rapport au revenu disponible annuel des ménages, de 19 % en 2015, pourrait s'élever en 2050 à plus de 30 % en 2050 alors qu'il n'était que de 8 % en 1980.

Successions et donations annuelles en pourcentage du revenu disponible net des ménages



Hélas, même dans une hypothèse basse, l'avenir de la contribution semble assuré, son assiette en faisant une des contributions les plus dynamiques.

Pour conclure nous joignons à cette note axée sur le financement, une note reprenant les différentes orientations proposées par la CFDT.



Paris le 23 novembre 2018

**Remarques l'UNSA sur
le cinquième risque de Sécurité Sociale
Dans le cadre des travaux du Haut Conseil de l'Âge**

La note sur quelques éléments d'analyse sur un cinquième risque de Sécurité Sociale pose bien la problématique.

L'UNSA tient à préciser ses positions sur les éléments contenus dans la note.

❖ Le champ du nouveau risque

L'UNSA est très attachée à notre système de Protection Sociale, qui repose sur le principe de solidarité entre tous les citoyens.

Pour l'UNSA, les aides apportées aux personnes souffrant de limitations fonctionnelles doivent être les mêmes quelles que soient la cause de ces limitations. C'est pourquoi, l'UNSA souhaite l'application de la loi de 2005 qui prévoit la suppression de la barrière d'âge.

Les deux systèmes de prestations sociales (APA, PCH) doivent se rapprocher.

❖ La nature et le niveau des aides

Pour l'UNSA, les prestations sociales (APA, PCH) ainsi que les aides fiscales doivent être universelles et de haut niveau. Pour les personnes âgées, la modulation des aides en fonctions des revenus est beaucoup trop importante. L'UNSA demande le réexamen de cette question.

L'UNSA se prononce pour la suppression du recours à l'obligation alimentaire ou à la récupération sur succession. C'est le cas aujourd'hui de l'ASH qui permet à de nombreuses personnes âgées résidant en établissement d'assumer une partie du « reste à charge », mais qui sollicite fortement les familles. Le déverrouillage de l'ASH éviterait le niveau élevé de non-recours actuel.

Sur la nature de l'aide (prestation en espèces ou en nature), l'UNSA est très attachée aux prestations en nature. En effet, les personnes âgées en perte d'autonomie ne sont pas en mesure de bâtir et de gérer les plans d'aide.

❖ Les aides publiques doivent être servies de façon uniforme sur le territoire national.

Aujourd'hui pour l'APA et la PCH les niveaux de prestations diffèrent considérablement entre les départements, souvent sans éléments objectifs.

Cette variabilité des plans APA et des plans de compensation du handicap n'est pas acceptable. C'est le gros problème de la gestion assurée aujourd'hui par les Conseils Départementaux.

Pour l'UNSA, cette variabilité trop importante doit être encadrée par l'Etat.

❖ Le pilotage des aides publiques

Au niveau national, l'UNSA constate que la CNSA a fait la preuve de sa capacité à gérer, à répartir les aides publiques.

Au niveau départemental, le vrai problème qui est posé est celui de la variabilité des plans d'aide. Pour l'UNSA, c'est ce problème qu'il faut régler en urgence.

❖ Le financement de l'aide publique

L'UNSA souhaite un renforcement ambitieux des aides publiques. Conforme à notre conception de notre système de Protection Sociale, le renforcement implique la mobilisation de nouvelles ressources, des étapes pour y parvenir peuvent être envisagées.

L'UNSA est opposée à une augmentation pesant uniquement sur les personnes retraitées.

Sur les trois recettes proposées dans la note du conseil :

- Cotisation de type « assurance maladie »
- CSG
- Récupération de la CRDS à partir de 2025,

deux répondent à nos exigences.

En effet, pour l'UNSA, le financement, dès lors qu'il s'agit d'un droit universel, ne peut reposer sur les seules cotisations salariales.

L'UNSA se prononce pour l'assiette la plus large possible qui fasse appel à l'ensemble des revenus du travail, ainsi que ceux du capital. CSG et CRDS répondent à ces conditions..

CONFEDERATION FRANCAISE DES RETRAITES

novembre 2018

POSITION DE LA CFR SUR LA COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Quelques principes essentiels :

- La CFR est profondément attachée au principe de solidarité qui est le fondement de notre protection sociale.
- La CFR place la personne humaine et notamment la personne âgée au centre de sa réflexion
- La CFR considère que les retraités et les personnes âgées sont des acteurs de la vie dans la Société, et qu'à ce titre, ils ont des droits et des obligations, au même titre que les autres citoyens.

La CFR reconnaît parfaitement les difficultés économiques actuelles de notre pays, et la réticence des citoyens à voir les pouvoirs publics mettre en place de nouvelles sources de financement par l'impôt notamment. Pourtant bon nombre de réformes peuvent être entreprises rapidement, souvent sans financement supplémentaire, en utilisant et redéployant les moyens financiers et humains actuels.

La CFR prend acte de la généralisation du crédit d'impôt pour tous les retraités pour l'aide à domicile

Certaines réformes devront être soigneusement expliquées pour faire accepter les efforts qui seront demandés à tous, y compris aux intéressés que sont les retraités et les personnes âgées. La CFR est prête à s'engager dans cette voie, à condition que ces efforts soient équitablement répartis entre toutes les catégories sociales de notre pays.

Le découpage entre la prise en charge de la perte d'autonomie à domicile et celle en établissement apparaît artificielle. Pour la CFR, en règle générale, l'une précédant l'autre, elles ne sauraient être dissociées comme cela a été fait.

A-Sur la perte d'autonomie elle-même

1° Quelle perte d'autonomie ?

La CFR rappelle que la Loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances avait prévu expressément qu'il ne serait plus fait de différence quant à la compensation de la perte d'autonomie entre les personnes handicapées et les personnes âgées. La « convergence » des dispositifs de compensation existant était actée. La loi « Adaptation de la société au vieillissement » ne règle en rien le problème.

La CFR est profondément attachée à ce principe qu'elle estime conforme à l'équité. Comment comprendre que, 12 ans après qu'il ait été posé, les prestations demeurent de nature différente selon que la perte d'autonomie soit intervenue avant ou après 60 ans. La CFR demande donc la suppression effective de la barrière d'âge à 60 ans.

La CFR est consciente que la convergence nécessitera des remises en cause douloureuses susceptibles d'entraîner des dépenses supplémentaires. Pour la CFR l'autonomie doit certes permettre la réalisation des actes de la vie quotidienne mais aussi la participation à la vie citoyenne, culturelle, quelles que soient les raisons des déficiences supportées par la personne, dues à un handicap de naissance, suite à un traumatisme ou un accident de santé, mais aussi à l'avancée en âge qui entraîne des fragilités.

2° La prise en charge de la perte d'autonomie, pour qui ?

Se trouve posée la question des modalités de la « mesure » de la perte d'autonomie. Aujourd'hui, pour les personnes de plus de 60 ans cette mesure se fait à partir de la grille AGGIR, utilisée, tant en ce qui concerne les personnes vivant à leur domicile que celles en établissement.

Cette grille est contestée, dans son contenu, mais aussi dans son application, car elle est sujette à interprétations différentes voire arbitraires dans l'appréciation des critères qui la composent. On a évoqué à son propos l'absence d'homogénéité dans le temps et dans l'espace. Très marquée par le « sanitaire », elle ne permet pas d'appréhender l'environnement des personnes et donc d'en tenir compte dans l'appréciation de la compensation de la perte d'autonomie.

La CFR considère qu'il est nécessaire aujourd'hui de substituer à la grille AGGIR une grille d'évaluation unique, valable quel que soit l'âge de la personne en perte d'autonomie, qu'elle soit à domicile ou en établissement.

Ce type de grille de classement existe dans certains pays (Suisse, USA, Espagne, Allemagne, ...). La grille RAI (*resident assessment instrument*) destinée aux résidents en est un exemple, ou encore la démarche SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle). Ces grilles permettent de couvrir toutes les catégories d'autonomie.

Un système de grille unique, utilisée par des évaluateurs indépendants, permettrait à l'évidence de tendre vers une équité de traitement des personnes en perte d'autonomie.

Les récents travaux de la CNSA qui complètent la grille AGGIR par une évaluation de l'environnement familial et social de la personne vont dans ce sens mais leurs résultats doivent être mis en œuvre rapidement. L'application de ce type d'évaluation ne devrait pas entraîner de dépenses supplémentaires notables.

3° La prise en charge de la perte d'autonomie, où ?

La CFR considère indispensable la mise en place d'une politique globale de prise en charge de la perte d'autonomie, que la personne soit à domicile, en logement intermédiaire ou en établissement.

Un changement dans la situation administrative de la personne aidée lorsqu'elle passe de son domicile à l'établissement est en effet à proscrire, la perte d'autonomie devant, pour la CFR, s'apprécier dans sa globalité quel que soit l'âge de la personne.

Pour la CFR, il est fondamental par ailleurs que la personne en perte d'autonomie conserve le choix entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement, sous réserve bien entendu que son état de santé et son niveau d'autonomie le permettent. La CFR rappelle que l'objectif prioritaire est de privilégier et de favoriser le maintien à domicile. Elle plaide aussi pour le développement de structures d'accueil intermédiaires (petites unités de vie) entre le domicile et l'établissement.

La CFR insiste sur le développement nécessaire des directives anticipées qui permettent à une personne de faire connaître ses choix à sa famille, son entourage et les personnels médicaux au cas où il deviendrait difficile ou impossible de recueillir son consentement.

4° La prise en charge de la perte d'autonomie, comment?

Elle doit nécessairement être fonction là aussi de l'état de santé, du niveau d'autonomie de la personne ainsi que de sa situation financière.

La CFR plaide pour que soit mise en place une prestation universelle de compensation de la perte d'autonomie, accessible quel que soit l'âge. Cette prestation se substituerait à l'APA, la PCH et l'aide sociale à l'hébergement en établissement

Cette prestation devra être fondée sur un panier de prestations et de services larges et de niveau potentiellement élevé.

Le niveau individuel de cette prestation auquel pourra prétendre la personne en perte d'autonomie, quelle qu'en soit la cause, sera défini à partir d'un plan personnel et spécifique, intégrant sa situation, ses ressources, ses besoins, son projet de vie et son environnement.

La création de cette nouvelle prestation de compensation de perte d'autonomie, associée à la mise en place d'une grille unique d'évaluation (voir point A 2°) permettra non seulement de garantir un « reste à charge » supportable sans différences selon le lieu de vie, mais aussi un « reste pour vivre » décent.

Cette nouvelle prestation sera gérée par une Agence pour la solidarité et l'Autonomie.

5° La prise en charge de la perte d'autonomie, quel financement ?

Pour la CFR, le financement de la prise en charge de la perte d'autonomie, dans le cadre de la prestation universelle proposée, doit nécessairement être fondé sur la solidarité nationale entre toutes les composantes de la nation, actifs salariés et non-salariés et retraités. Elle constituerait un socle de protection sociale dans le champ de l'autonomie applicable au même niveau dans tous les départements.

Ce mode de financement est d'autant plus susceptible d'être accepté de tous qu'il est conforme à la philosophie de notre système de protection sociale. De plus, basé sur la totalité des revenus, quelles que soient leurs origines, il est le seul de nature à répondre aux besoins et à garantir la pérennité du système.

La CFR mesure l'importance de l'effort financier que nécessitera la mise en place de cette nouvelle prestation de compensation de la perte d'autonomie et de la contribution qui s'ensuivra pour tous les citoyens, quel que soit leur statut.

Dans l'hypothèse où une contribution de compensation de la perte d'autonomie serait mise en place à l'avenir, la CFR exigera que la CASA y soit intégrée. Le mode de financement qui s'y attache devra par ailleurs permettre d'exclure les différents recours sur succession.

Bien entendu, la création de cette nouvelle prestation n'exclut pas le recours à une couverture complémentaire de type assurantiel pour les personnes qui le souhaiteraient, à condition, toutefois, que les restes à charge n'imposent pas, de fait, le recours à une telle assurance.

6° La prise en charge de la perte d'autonomie, quel parcours ?

La CFR considère particulièrement contreproductive la multiplicité des structures administratives. Elle plaide pour une indispensable simplification du système existant actuellement. Cette simplification se traduirait par la mise en place d'un réel guichet unique, tel que la maison de l'autonomie, accessible à toutes les personnes en perte d'autonomie, quel que soit leur âge.

B-Sur les mesures attachées à la prise en charge de la perte d'autonomie

1° L'adaptation de la société au vieillissement

La CFR considère qu'il s'agit de remodeler notre espace pour tenir compte du vieillissement de notre société : faire en sorte que celle-ci continue à être «vivable» dans de bonnes conditions, c'est à dire adaptée aux besoins et aux possibilités des retraités ou des personnes âgées, qu'ils soient ou non en perte d'autonomie.

Les sujets à traiter sont l'urbanisme, l'habitat, collectif ou individuel, les transports, l'accessibilité physique et numérique

La CFR souhaite ajouter un volet à dimension plus « politique », au sens étymologique du terme, celui du principe de la représentation équitable des retraités et des personnes âgées par leurs associations afin que ceux-ci puissent participer effectivement à la vie citoyenne et à la prise des décisions qui les concernent.

Certes, il existe aujourd'hui des instances spécifiques, CDCA notamment, mais leur rôle est consultatif. Autrement dit, les retraités et les personnes âgées se voient actuellement appliquer des mesures pour lesquelles ils ont au mieux été consultés, mais dans lesquelles ils n'ont jamais été réellement parties prenantes à qualité.

2°La prévention

La CFR considère que la prévention de la perte d'autonomie, quand bien même elle comporte des spécificités, ne saurait être détachée de la prévention générale.

En effet les retraités et les personnes âgées demeurent profondément marqués par ce qu'ont été leurs conditions de vie et de travail. C'est pourquoi la CFR plaide pour la mise en place d'une politique de prévention globale et coordonnée, concernant toutes les phases de la vie des citoyens, de l'enfance au grand âge. L'anticipation pour préserver l'autonomie de demain est un enjeu de société tant pour les individus que pour la collectivité. Cette politique globale devra mutualiser les nombreuses initiatives, souvent redondantes, existant actuellement et redéployer les moyens qui y sont affectés.

La CFR plaide pour la mise en place d'un véritable programme national de prévention mobilisant les citoyens. Les programmes définis au niveau départemental par la Conférence des financeurs devront s'inscrire dans ce programme national de prévention.

La CFR préconise la lutte contre l'isolement par les visites préventives à domicile et le repérage des premiers signes de fragilité. La CFR tient à réaffirmer sa disponibilité pour participer à la réflexion sur l'ensemble de ces sujets et sa volonté d'être un acteur à part entière de la construction d'une véritable politique de prévention.

3° Les aidants

La CFR reconnaît l'avancée apportée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement dans la reconnaissance du rôle fondamental des aidants dans l'accompagnement des personnes âgées fragilisées : élargissement de la notion de proche aidant à des aidants sans lien de parenté avec les personnes aidées, possibilité de prendre un congé de proche aidant même si la personne aidée est en EHPAD et mise en place d'un droit au répit. Cependant la CFR estime que bien des points sont encore à améliorer.

- Il faut permettre aux aidants actifs de concilier au mieux leur vie professionnelle avec leur vie d'aidant. Le congé de proche aidant doit pouvoir être pris à temps partiel de droit, des aménagements particuliers des horaires de travail doivent être possibles, la durée du congé devrait être revue, l'affiliation au régime d'assurance vieillesse automatique et une indemnisation mise en place.
- Pour les aidants non actifs la CFR demande un élargissement du dédommagement forfaitaire existant dans le cadre du handicap à celui de la perte d'autonomie à tout âge.
- La CFR demande qu'il soit veillé à une mise en œuvre équitable dans les départements du droit au répit et demande le développement de l'offre de formules de répit.

Les associations de retraités et personnes âgées sont prêtes à se mobiliser pour la mise en œuvre de ces politiques.

C'est pourquoi la CFR demande avec force, depuis plusieurs années, la reconnaissance par les Pouvoirs Publics de sa représentativité.

Résumé des positions de la CFR

• Une politique globale pour l'autonomie

- Privilégier et faciliter le vivre à domicile et garantir la liberté de choix
- Améliorer et développer les droits des proches aidants
- Mettre en place une politique de prévention déclinée dans les territoires
-

• Une prestation universelle de compensation de la perte d'autonomie

- Supprimer la barrière d'âge de 60 ans
- Financer la compensation de la perte d'autonomie par la solidarité nationale
- Garantir un reste à charge supportable et un reste pour vivre décent

- Des mesures d'application immédiate

- Simplifier la réglementation et l'accès aux aides
- Créer une grille unique d'évaluation quels que soient l'âge, la cause, le financeur
- Reconnaître la représentativité de la CFR et des associations de retraités et de personnes âgées

Note à

M. Bertrand FRAGONARD,
Président du Conseil de l'Âge
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

Objet : contribution n°2 de la Fesp¹ – Relecture commentée avec proposition de précisions à la note 3 du HCFEA, *Les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées* – Concertation « grand âge et autonomie »

I) L'accès aux droits

1) Un effort d'information et d'accompagnement des allocataires et des aidants

La proposition de développer la fonction de « gestionnaire de cas » associé à la situation d'une personne âgée, aujourd'hui existante dans le cadre de dispositif Maisons pour l'autonomie de l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), répond en effet à des attentes de certains allocataires de l'APA, de leur entourage familial ou social, et de professionnels de l'aide à domicile.

Il convient de préciser le cadre d'exercice de cette fonction. De nombreuses questions restent en suspens telles que les conditions d'accès à cette fonction, celles de sa valorisation et rémunération, mais aussi le référentiel hiérarchique auquel cette fonction répondrait.

La Fédération du service aux particuliers (FESP) suggère que cette fonction ne soit pas réservée par destination aux seuls professionnels du soin. Il convient de rappeler que l'analyse de cas de personnes vulnérables doit prendre en compte les réalités sanitaires, sociales et servicielles que la situation exige. Les professionnels du soin et ceux du service à domicile doivent présenter les garanties d'une formation professionnelle intégrant, non pas les savoirs spécifiques à chaque corps de métier, mais plutôt les compétences d'animation et de coordination d'une grande diversité des intervenants. Leurs compétences doivent surtout intégrer la capacité à entretenir des relations de confiance avec l'entourage de la personne vulnérable, particulièrement avec les proches-aidants.

Les critères de valorisation de cette fonction de « gestionnaire de cas » devront permettre de dégager le coût pour les financeurs, y compris les personnes vulnérables elles-mêmes ou leurs proches-aidants.

2) Une meilleure gestion de deux dispositifs importants de solvabilisation des ménages

La Fesp œuvre pour la contemporanéité du crédit d'impôt services à la personne. En effet, l'actuel décalage du remboursement aux ménages du crédit d'impôt nuit fortement au développement d'un secteur économique apportant de l'aide au quotidien de personnes âgées ou handicapées.

Il est proposé de mettre en place un système de préfinancement du mécanisme de crédit d'impôt. Ce mécanisme permet en effet une mobilisation immédiate soit par un acteur public tel que la CDC, soit par le secteur bancaire, selon les techniques de la cession de créances ou de subrogation conventionnelle. Ce second schéma ne requiert aucun effort financier de la part de l'Etat qui continuerait à liquider le crédit d'impôt dans les délais habituels de la liquidation de

¹ Note de contribution n°1 de la Fesp en date du 15 novembre 2018, cf. en annexe.

l'impôt sur le revenu de l'année suivante².

La créance naîtrait lors de chaque consommation de services à la personne éligible, et serait mobilisable immédiatement soit auprès d'un organisme public, soit auprès d'un établissement financier. Ainsi, la mesure de subrogation du crédit d'impôt proposée par la Fesp et ses nombreux partenaires³ :

- éviterait aux ménages d'avancer 50 % de leur consommation de Sap, favorisant ainsi leur pouvoir d'achat ;
- permettrait une meilleure connaissance et visibilité des aides fiscales dont peuvent bénéficier les personnes en perte d'autonomie et/ou leurs proches aidants ;
- améliorerait le taux de recours.

La Fesp soutient la possibilité d'étendre le régime de l'invalidité, avec l'octroi d'une demi-part fiscale supplémentaire et l'accès au plafond majoré des emplois à domicile, aux allocataires en GIR 3.

II) L'amélioration de l'aide à domicile

A) Les plans personnalisés d'autonomie

Pour améliorer la qualité des services d'aide et d'accompagnement à domicile, des conditions de travail et de rémunération des personnels, la Fesp propose **neuf mesures concrètes** d'amélioration du contexte économique de l'aide à domicile⁴. Les mesures proposées par la Fesp permettraient d'harmoniser et améliorer la visibilité des dispositifs de l'aide.

B) Améliorer le statut des aidants

La Fesp souhaite renforcer et valoriser le rôle des aidants familiaux auprès des personnes handicapées ou âgées en situation de perte d'autonomie. A ce titre, elle a signé une convention partenariale avec la Compagnie des aidants visant notamment à établir une connaissance commune des valeurs, compétences et expériences, entre aidants familiaux et aidants professionnels⁵. Afin de valoriser le rôle des proches aidants, la Fédération propose que soient mis en œuvre des dispositifs, outils méthodologiques et numériques à leur bénéfice tels que des procédures de Validation des acquis de l'expérience (VAE).

- Concernant l'accès des aidants aux mesures fiscales⁶ :

Comme énoncé ci-dessus, la contemporanéité du crédit d'impôt pour l'emploi d'une aide à domicile par un contribuable au domicile de son ascendant permettrait une meilleure connaissance et visibilité des aides existantes.

- Concernant la possibilité de basculer d'un système où la réduction d'impôt joue comme aujourd'hui un rôle majeur, vers un système de crédit d'impôt universel :

² Les services à la personne, proposition de dispositif, Oliver Wyman, octobre 2016 ; Pour l'emploi : la subrogation du crédit d'impôt des services à la personne, Etude Fondapol, septembre 2017 ; Commentaire sur l'évaluation des effets attendus de la subrogation du crédit d'impôt pour les services à la personne, analyse de C. Carbonnier, juillet 2017.

³ ADMR, FCASAP, UNA, Adessa Domicile, FNAAFP-CSF, FBF, CFE-CGC, CFTC, etc.

⁴ Ces mesures sont précisées dans la note de la Fesp du 15 novembre 2018 en annexe.

⁵ Convention partenariale Fesp/Compagnie des Aidants, Les aidants dans les services à la personne, 19 juin 2018.

⁶ Précisées à l'annexe 1 de la contribution 3 du HCFEA.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le crédit d'impôt services à la personne est généralisé à l'ensemble des ménages pour des dépenses engagées à compter de cette date⁷.

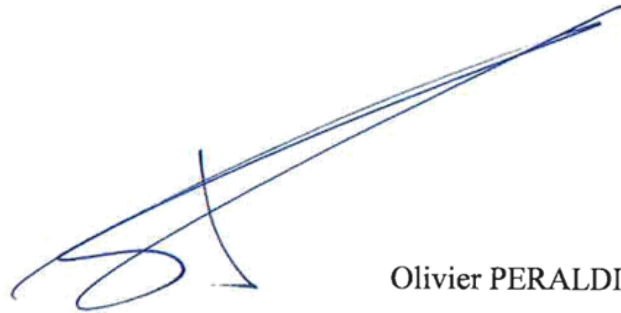
Ainsi, il conviendrait de préciser le champ d'application de la mesure proposée.

- Concernant le congé du proche aidant

La Fesp rappelle que⁸ :

- o 85 % aident un membre de leur famille ;
- o 52 % des aidants occupent un emploi ;
- o 58 % des aidants sont des femmes ;
- o 64 % des aidants ignorent qu'ils le sont ;

L'absence de rémunération du congé du proche-aidant pénalise en priorité les femmes qui représentent 58 % des aidants. La Fesp soutient la proposition faite d'indemniser le congé du proche aidant. Néanmoins, l'indemnisation du congé du proche aidant ne doit pas peser sur les entreprises.



Olivier PERALDI
Directeur général

⁷ Article 82 de la loi du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

⁸ Baromètre des aidants 2018 Fondation APRIL – Institut BVA, septembre 2018

Le financement du secteur de l'aide, des soins et des services aux domiciles

Il nous apparaît nécessaire de repenser le secteur de l'aide, des soins et de l'accompagnement à domicile, non comme une charge budgétaire mais comme **un investissement pour l'avenir** ; et les services à domicile non comme des services annexes à la prise en charge de la perte d'autonomie mais bien comme des **acteurs essentiels pour garantir le libre choix du lieu et du parcours de vie** des Français fragilisés par l'âge, le handicap ou la maladie.

Or, trop souvent, ce secteur a été traité en marge des grandes réformes de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et quasi systématiquement sous le seul angle de la compensation individuelle (telle que la réforme de l'APA dans la loi ASV). A ce titre, il est symptomatique de constater que les grands chantiers en cours sur la transformation de l'offre à destination des personnes en situation de handicap n'aient que très récemment intégré ce secteur, à l'instar du comité de liaison « Réponse accompagnée pour tous » qui a intégré UNA en octobre 2017 seulement, ou encore le chantier SERAFIN-PH intégré récemment, en septembre 2018.

Les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile sont, de par leurs missions, amenés à être des **acteurs centraux des réformes engagées par le gouvernement** et notamment le déploiement de la stratégie nationale de santé, la transformation de l'offre médico-sociale, le virage vers la construction d'une société inclusive ou encore le plan de prévention et de lutte contre la pauvreté. Toutefois, cela ne sera possible que si ces services disposent d'un mode de financement pérenne à la hauteur de ces enjeux leur permettant d'assumer la variété des missions qu'impliquent de tels changements de paradigmes.

La mise en place d'un 5^{ème} risque peut constituer un tel financement. Pour autant, au-delà même du cadrage budgétaire de ce risque nouveau, il apparaît que celui-ci devra répondre aux objectifs suivants :

- Définir les éléments de la situation de vie donnant accès à la prestation ;
- Définir les outils d'évaluation permettant de définir les modalités d'éligibilité aux prestations, distincts des outils d'évaluation permettant l'analyse de la situation de la personne et de son entourage ;
- Définir le « panier de services » en réponse aux besoins évalués, et apporter toutes les aides nécessaires à la vie quotidienne ;
- Déterminer les services et les montants permettant de couvrir humainement, matériellement et financièrement les besoins identifiés. Ainsi, il est essentiel de garantir la prise en compte des coûts économiques et sociaux réels des services d'aide et d'accompagnement à domicile, nécessaires pour favoriser le développement de la qualité des prestations et la professionnalisation des intervenants ;
- Accroître la coopération entre les différents acteurs du secteur, en coordonnant les aspects sanitaires, sociaux et médico-sociaux, via une collaboration accrue entre domicile et établissements / hôpitaux et un décloisonnement non seulement des financements mais aussi des modalités de suivi et d'accompagnement des personnes.

Pour répondre à ces objectifs, un 5ème risque devra nécessairement inclure **une solution pérenne** pour le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

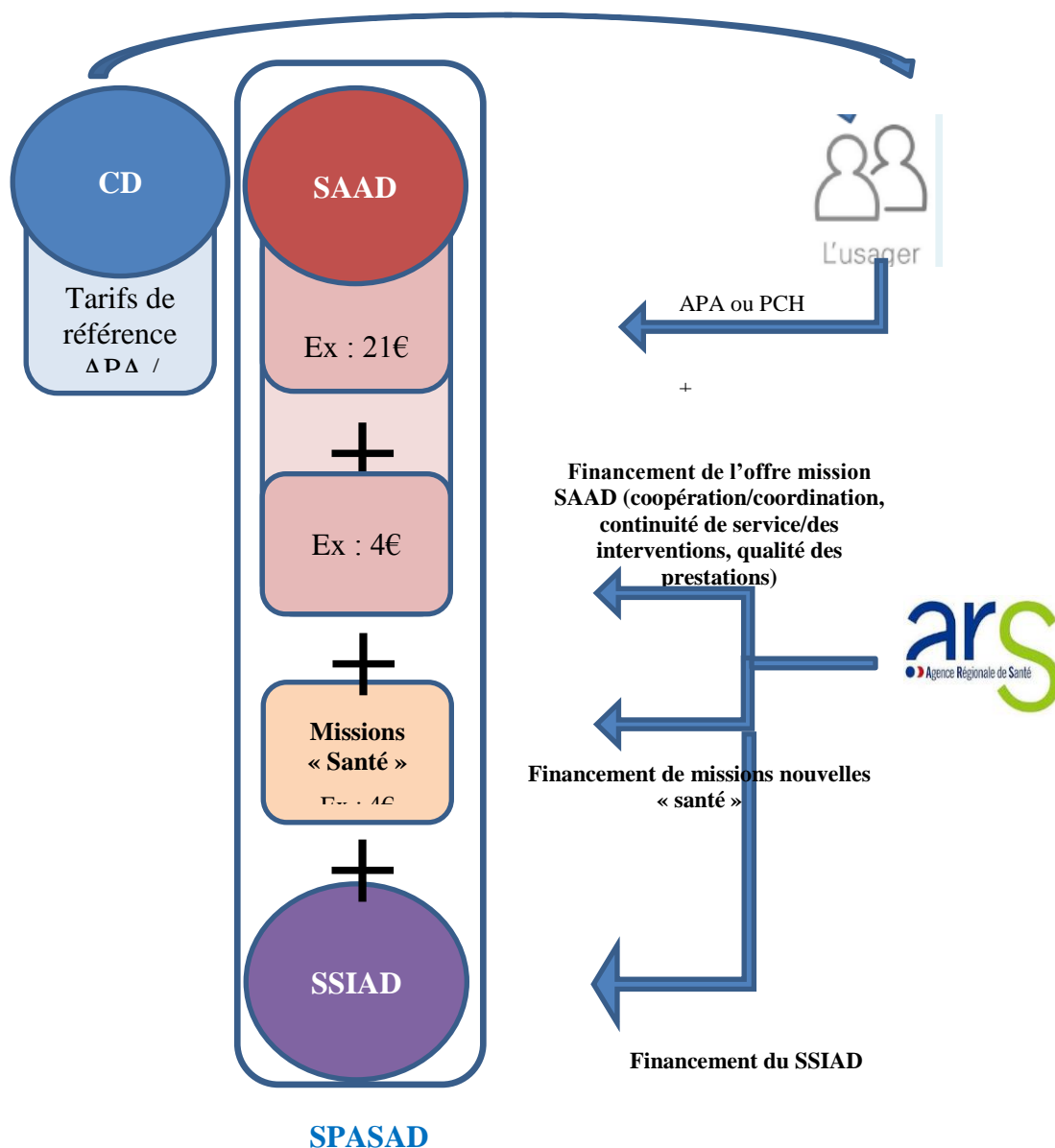
UNA propose un système de financement simple et innovant fondé d'une part, sur la solvabilisation de la demande via l'APA et la PCH gérées par les Conseils départementaux et d'autres part, sur un financement par les Agences Régionales de Santé (ARS) d'une offre de service de qualité et accessible sur les territoires. Ce système reprend les principes évoqués ci-avant qui doivent présider à la définition d'un 5^{ème} selon les axes suivants :

- Un socle de prestations auquel toute personne en perte d'autonomie à droit quelle que soit sa situation, financé par un tarif horaire national plancher par les Conseils départementaux. La définition de ce socle de prestations (dont la nomenclature besoins/prestations devrait être celle de Sérafin PH), correspondant aux besoins des personnes en perte d'autonomie, que celle-ci soit due à l'avancée en âge, à une situation de handicap ou à la maladie, permettra de garantir les mêmes droits à tous nos concitoyens.

- Une dotation de financement des missions d'intérêt général versée par les ARS applicable à l'ensemble des SAAD. La participation des ARS au financement du secteur du domicile garantira l'intégration de ce dernier au sein du système de santé et des objectifs du projet régional de santé, favorisant le décloisonnement des politiques de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie. Cette dotation pourrait ne pas être fondée sur une référence horaire qui a montré ses limites. Ce financement de l'offre est cohérent avec la mise en place d'un ONDAM médico-social global et décloisonné, inclus dans un 5ème risque.

Au sein des territoires, ces axes pourront être formalisés dans le cadre de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM), conclues entre les services, les conseils départementaux et les ARS. Ces CPOM seront également un levier pour sortir d'une référence horaire qui, si elle constitue encore un outil nous permettant de calculer les besoins de financement, n'est plus adaptée à la souplesse nécessaire pour assurer l'individualisation de la réponse aux besoins des personnes.

Le schéma intégrant cette dimension d'acteur de santé pourrait ainsi être le suivant :



Ces nouvelles missions Santé s'appuient sur les caractéristiques intrinsèques des services à domicile, et particulièrement la présence des professionnels dans l'intimité et le quotidien de personnes fragilisées :

- Repérage des fragilités
- Education à la santé
- Aménagement du logement
- Accompagnement à l'appropriation d'aides techniques
- Conseil en nutrition, etc.

Elles nécessitent d'être reconnues et valorisées par des financements pérennes pour renforcer les compétences des intervenants (professionnalisation), outiller les structures, voir intégrer des compétences nouvelles au sein des services (psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, ...).

Le déploiement de ces nouvelles missions doit pouvoir s'appuyer également sur de l'expertise soins portée par les SPASAD. C'est ainsi un levier de la transformation de l'offre d'accompagnement à domicile

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

www.hcfea.fr

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.



Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie