

AIDE À L'AUTONOMIE ENJEUX ET RÉPONSES AUX BESOINS

Cet argumentaire vise à donner des points de repère sur les principaux éléments du débat concernant l'aide à l'autonomie : il présente les orientations revendicatives de la Cgt sur ce dossier, et fournit des points de repères sur plusieurs questions, en particulier l'enjeu démographique et les financements nécessaires.

Pour un droit à compensation de la perte d'autonomie à tous les âges

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

En limitant le dossier de l'aide à l'autonomie aux seules personnes âgées, le gouvernement voudrait montrer que cette partie de la population devient une charge pour l'ensemble de la société. La Cgt et l'ensemble des organisations syndicales et associations intervenant sur ce dossier, refusent cette approche stigmatisante de la population âgée. L'être humain a des droits de sa naissance à sa mort et cela quels que soient son âge et son état de santé.

C'est pourquoi, elle récuse le terme de « dépendance » pour lui substituer celui d'aide à l'autonomie ou handicap. Tout être humain est

L'utilisation du terme dépendance est discriminatoire. Il est apparu en 1997 et ne concerne que les seules personnes âgées. Avant cette date, les personnes âgées dépendaient de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

En réservant aux seules personnes âgées le terme de dépendance, on induit l'idée que la vieillesse est forcément synonyme de dépendance, donc de charge pour la société.

Ainsi, on nie l'impact des conditions de vie et de travail sur lesquels on peut agir pour ne retenir que l'âge biologique pour lequel la responsabilité de la société n'est pas engagée. Le gouvernement engage les concertations sur la dépendance en ne visant que les seules personnes âgées. Ce n'est pas neutre.

dépendant des autres et de son environnement. Cette dépendance est le fondement de la vie sociale.

Les discussions qui s'ouvrent devraient avoir pour objectif de donner, aux personnes concernées, accès à des prestations qui vont permettre de compenser leur perte d'autonomie.

Ces compensations sont de plusieurs ordres :

- Aide à la personne pour les actes courants de la vie (ménage, courses, repas, etc.).
- Aide pour les soins courants notamment l'aide à la toilette, prise de médicaments
- Aide pour l'aménagement de l'habitat.

La CGT revendique

La construction d'un nouveau droit, un droit universel de compensation à la perte d'autonomie pour tous les âges.

Des évolutions démographiques importantes

La Cgt ne néglige pas l'impact du vieillissement de la population qui doit être analysé, afin de construire les revendications qui vont permettre une vie digne et harmonieuse pour toutes les générations. L'accroissement rapide de l'espérance de vie crée une situation inédite dans notre société.

L'accroissement de la population des plus de 60 ans crée une situation que ne connaissent pas les générations qui nous ont précédés. Celle-ci est due à deux phénomènes concomitants : l'allongement de la durée de la vie et l'arrivée des générations du baby-boom à la retraite. Le second effet est donc transitoire, du moins en partie.

C'est une véritable révolution démographique dont il convient de mesurer l'importance et qui

éclaire d'un jour nouveau sur les questions de santé et de perte d'autonomie.

La vieillesse est un âge de la vie, ce n'est pas une maladie

Vieillir c'est vivre et être soumis, comme tous les êtres vivants, quel que soit leur âge, au risque de la maladie, à la perte partielle ou importante de son autonomie. Mais il est nécessaire de combattre les idées reçues : la plupart des personnes âgées sont autonomes.

Il n'y a aucune fatalité biologique à perdre son autonomie à partir d'un certain âge. Cela dépend de la trajectoire de vie et résulte toujours d'une maladie.

Malgré des conditions de vie et de travail difficiles et l'absence d'une réelle politique de prévention, 73 % des 85 ans et plus, sont autonomes et se disent en bonne santé. 9 %, seulement, des plus de 60 ans bénéficient de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) en raison d'une perte d'autonomie totale ou partielle.

L'espérance de vie en bonne santé augmente plus vite que l'espérance de vie. Ainsi, un an d'espérance de vie gagné, c'est un an et quatre mois de vie en bonne santé supplémentaires. Les périodes de perte d'autonomie, quand elles existent, sont de plus en plus tardives et plus courtes.

Il faut promouvoir une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Il faut également imposer des choix conduisant à une amélioration de la santé à tout âge, permettant de prévenir la perte d'autonomie : politique de santé, conditions de vie au travail, environnement, habitat...

Bien vivre - bien travailler bien vieillir

La santé, définie en 1947 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un complet état de bien être physique, mental et social », est un droit humain fondamental qui se gagne (ou se

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

perd) tout au long de la vie. C'est un équilibre trouvé entre l'homme et son environnement. Il s'inscrit dans l'ensemble des problématiques liées à l'environnement, à l'habitat, au travail, à l'école... tout ce qui fait la vie de chacun dès la petite enfance.

Tout se tient à tous les âges de la vie, et isoler un élément, tel que celui de la vieillesse, n'a pas de sens si l'on veut comprendre ce qui génère les inégalités sociales de santé. Ces inégalités se construisent et s'installent dans le temps. Plus que les modes de vie individuels, ce sont bien les choix collectifs qui conditionnent la qualité de la vie, tout au long de l'existence.

L'amélioration des conditions de travail, la prévention des risques tout au long de la vie sont donc des revendications qui s'inscrivent naturellement dans le combat pour limiter ou éviter la perte d'autonomie. La prévention tout au long de la vie, associant médecine scolaire, médecine du travail, et suivi post-professionnel, doit être intégrée dans la politique nationale de santé, qui ressort de l'État.

Ainsi, les problèmes de santé des personnes âgées ne peuvent être abordés en soi mais bien en lien avec les questions posées tout au long de la vie.

Actifs, retraités : tous sont concernés.

Il est possible de gagner un droit au vieillissement réussi pour tous et l'égalité d'accès à ce droit. C'est un enjeu revendicatif de première importance.

La CGT revendique

Une politique de santé publique et de prévention tout au long de la vie notamment la création de véritables services de santé au travail et d'un suivi post professionnel.

Des besoins de financement très supportables

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

Selon Bercy, les sommes affectées à la perte d'autonomie ont représenté, en 2010, 24 milliards d'euros pour l'ensemble des aides publiques. Cela représente 1,3 % du PIB.

D'ici 2015, le besoin de financement s'élèverait à un peu moins d'un point de PIB. En

Selon la Drees, 75 % des allocataires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) sont aidés par leur famille avec un investissement horaire deux fois supérieur à celui des intervenants professionnels. Ce sont surtout les femmes qui assurent cette aide 9 h 45 pour les conjointes en moyenne journalière; 4 h 30 les filles en moyenne journalière. On peut se demander si un tel investissement est propice à la prévention du mauvais vieillissement chez ces personnes et à l'égalité homme/femme.

avril 2010, le Haut Conseil de l'assurance maladie a estimé que les dépenses de santé liées à l'augmentation de la durée de vie, représenteront 1/10^e de la croissance des dépenses de chaque année d'ici quarante

ans et conclut: « Il n'y a rien là qui ressemble à un raz de marée insurmontable pour les dépenses publiques ».

L'aide à l'autonomie fait partie de nouveaux besoins, liés aux progrès de la société. Elle nécessite la mise en place de réponses adaptées et évolutives. Si on peut considérer qu'elle ne relève pas directement de la « maladie », en revanche, elle relève de la santé.

Il s'agit d'un choix de société :

Quelle part du PIB voulons-nous consacrer à nos « vieux » et aux personnes en situation de handicap afin de construire « une société pour tous les âges et toutes les situations ».

La prise en charge de la perte d'autonomie s'intègre totalement dans les principes fondateurs de la Sécurité sociale: « Faire face aux aléas de la vie de la naissance à la mort ». À ce titre, elle doit relever de la solidarité nationale et non de la solidarité familiale. La Cgt propose de créer un nouveau droit dans le cadre de la branche maladie aux côtés de la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès.

| Branches Assurance maladie CNA/MTS | Branches vieillesse | Branches famille | ACOSS |
|--|------------------------|---------------------|------------------------------|
| Maladie | CNAVTS | CNAF | Les recettes et la banque |
| Maternité | | | |
| Invalidité | | | |
| Décès | | | |
| Autonomie | | | |
| Commission AT/MP | | | |

La CGT revendique

L'intégration d'un nouveau droit « autonomie » dans la branche maladie de la Sécurité sociale, financé dans le cadre des propositions de réforme du financement de la Sécurité sociale défendues par la Cgt.

Une situation difficilement supportable actuellement qui exige des changements profonds

L'aide à domicile

Elle est multiple et assurée tant par des professionnels que par les familles.

L'aide à domicile s'exerce sous trois statuts: l'emploi direct (la personne aidée est l'employeur), le service mandataire (la personne aidée est toujours l'employeur, mais elle donne mandat à une association ou entreprise pour exercer la gestion), le service prestataire, (l'employeur est un centre communal d'action sociale, une association, une entreprise privée). Des efforts de professionnalisation sont effectués par les services prestataires notamment. Mais du fait de budgets contraints, ces efforts conduisent, le plus souvent, à la réduction des heures accordées par les plans d'aide départementaux. Les personnels ont souvent des conditions de travail difficiles et mal rémunérées. Les différents modes sont facteurs d'inégalités tant pour les personnels que pour les personnes aidées.

Le plan Borloo, en réunissant service de « confort » aux familles et services indispensables aux personnes âgées, a brouillé les cartes et mis le secteur associatif en difficulté, faute de financement suffisant. Si le secteur a connu un développement important avec la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), aujourd'hui, il stagne, alors même que les besoins non satisfaits augmentent.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) interviennent pour les soins. Ils sont financés par l'assurance maladie. Mais il est à noter que les SSIAD n'existent pas partout, particulièrement en zone rurale. Dans les centres urbains, le manque de financement conduit à ne pas pouvoir répondre à toutes les demandes. Les infirmières libérales peuvent également intervenir, mais leur profession n'est pas adaptée aux soins des personnes âgées.

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN FRANCE

À l'âge de 35 ans, un cadre a une espérance de vie de 7 ans supérieure à celle d'un ouvrier. L'espérance de vie sans problèmes sensoriels et physiques à 35 ans est de 34 ans pour un cadre, 24 ans pour un ouvrier, soit 10 ans d'écart cf. Insee. Le risque d'être en perte d'autonomie sévère lors de la vieillesse concerne 5,4 % des ouvriers et 2,2 % des cadres et professions intellectuelles supérieures (enquête 2003 Goillot, Normiche).

La CGT revendique

- Le développement des structures d'aide à domicile, avec du personnel à temps plein, formé, qualifié et correctement rémunéré, qui permette un suivi qualitatif de la personne aidée.
- Le développement des services de soins infirmiers à domicile, y compris dans les zones rurales.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a été créée en 2004 pour donner une certaine cohérence à des financements jusqu'ici dispersés. Ses ressources proviennent de l'assurance maladie pour les deux tiers. Le reste est assuré par la journée de solidarité (journée de travail gratuit) 0,1 % de la CSG et une contribution des caisses vieillesse.

Les maisons de retraite médicalisées

Les établissements sont soit publics, soit sous statut privé non lucratif (associatif), soit sous statut privé commercial, soit sous statut privé et dépendants de grands groupes cotés en bourse. Actuellement, 23 % des établissements relèvent du secteur privé commercial. Les nouvelles constructions sont essentiellement dans le secteur privé. Le secteur public est en grande difficulté, du fait de financement insuffisant.

Malgré un personnel insuffisant et des inégalités quant à la formation et à la qualification, les prix demandés aux résidents sont très élevés et insupportables pour les personnes âgées et leurs familles (entre 1600 et 3000 euros), bien supérieurs aux retraites (moyenne des retraites hommes et femmes 1200 euros). Ceci particulièrement dans le secteur lucratif. Pour l'essentiel, il s'agit du tarif hébergement.

L'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) est une allocation universelle mais versée en fonction des ressources aux personnes de plus de 60 ans. La Prestation de compensation du handicap (PCH) est une prestation d'autonomie versée aux personnes en « situation de handicap », c'est-à-dire de moins de 60 ans. L'Apa en établissement est inférieure à la PCH.

Il existe trois parties dans le financement :

Le soin, financé par l'assurance maladie, la « dépendance », financée par l'Apa et le résident (ticket modérateur), et l'hébergement financé par la personne résidente et sa famille.

(Selon une enquête *Que choisir* de 2007, les prix de journée vont croissants, du public au privé grand groupe, pour un taux d'encadrement en personnel inversement proportionnel.)

La CGT revendique

Le développement d'établissements diversifiés, publics ou assimilés, correspondant à la diversité des situations des personnes, avec un taux d'encadrement d'un personnel qualifié pour un résident.

Il est urgent de répondre aux besoins

Telle qu'elle est organisée, l'aide actuelle, que ce soit à domicile ou en établissement, pour le soin ou l'accompagnement, ne répond pas aux besoins des personnes âgées notamment. Les financements publics, non pérennes et trop dispersés, laissent trop de « reste à charge » aux personnes et à leur famille. Une grande partie des financements ne relèvent pas de la solidarité. C'est ce que la Cgt conteste.

La CGT revendique

- Un grand service public de l'aide à l'autonomie des personnes, à domicile ou en établissement, en partenariat avec le secteur associatif. Ceci, afin de simplifier les démarches, de coordonner les interventions, d'assurer un suivi et une qualité de prestations, d'assurer un lien entre établissement et domicile, d'assurer une bonne formation des personnels et de reconnaître leur qualification dans des salaires décents.
- Un reste à charge pour les résidents, compatible avec le niveau des retraites et pensions.

Nota : les chiffres de cet argumentaire sont tirés de la DREES, de l'INSEE, du rapport Gisserot...