





**Santé - Perte d’autonomie - Quel avenir ?**

Nous ne pouvons traiter de la perte d’autonomie sans évoquer notre système de santé et notre système de protection sociale qui sont, tous deux, attaqués dans leur fondement depuis des années.

Le projet que mijote le pouvoir sur une réforme du financement de la perte d’autonomie entre dans cet objectif : réduire le champ de la solidarité nationale.

Les questions liées à la santé et à l’autonomie sont importantes pour les retraités et mises au cœur de nombreuses initiatives revendicatives.

* Accès à un cadre de vie propice à une bonne santé,
* Prévention,
* Lutte contre l‘isolement
* Accès aux soins,
* Moyens de vivre dignement, de pouvoir rester actif, se cultiver, voyager,…

Tous les thèmes revendicatifs sont marqués par les enjeux de santé.

# Comment définir la santé

« Quand on a la santé, c’est essentiel »

« Agir pour la santé = soigner »

En France, nous avons développé une médecine curative et construit un système de santé d’abord curatif. La prévention reste faible.

La CGT propose une définition large de la santé

« *La santé est un droit humain, fondamental, individuel et collectif, reconnu par la constitution. C’est aussi une conquête de tous les instants pour l’épanouissement de l’individu, son accession à un état de bien-être physique, psychologique et social. En conséquence, le système de santé doit traiter l’Homme dans sa globalité au sein de sa communauté de vie, en s’intéressant à la personne, à ses droits et pas seulement à la maladie …*

La santé se construit ou se détruit de façon très inégalitaire en fonction des conditions de vie, des acquis culturels, des moyens dont dispose chaque individu pour « faire face ».

**Les inégalités de santé**

En dépit d’une amélioration générale de l’état de santé de la population,

* **les inégalités sociales de santé persistent, voire s’aggravent,** etce phénomène est particulièrement prononcé **en France.**

Deux raisons essentielles :

1 – Le **faible développement de la santé publique**, avec l’idée de laisser la santé aux seuls médecins.

2 – **L’accent mis sur les comportements individuels** plutôt que sur l’organisation collective de la société dans une France où le système de santé se dégrade mais vit encore sur sa réputation.

*Le XXI siècle nous ouvre des perspectives nouvelles. Il est devenu possible de vivre jusqu’à 100 ans et de gagner en qualité de vie pour tous les âges. C’est potentiellement possible.*

*Mais* ***cela dépend des choix qui seront faits, tant économiques que sociaux et environnementaux****.* ***C’est un choix de société majeur et un enjeu revendicatif de première importance.***

## Les inégalités de l’espérance de vie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L'espérance de vie en bonne santé - Espérance de vie totale et sans incapacité à 35 ans chez les hommes Unité : années** | | | |
|  | Cadres | Ouvriers | Écart |
| Espérance de vie totale | 47 | 41 | 6 |
| Espérance de vie sans incapacité en matière de soins personnels | 45 | 38 | 7 |
| Espérance de vie sans incapacité dans les activités en général | 40 | 32 | 8 |
| Espérance de vie sans problèmes sensoriels et physiques | 34 | 24 | 10 |

La probabilité de mourir entre 60 et 75 ans a baissé de 45% chez les ingénieurs, et de seulement 24% chez les manœuvres.

*La question de la prévention des risques au travail est essentielle : gagner l’égalité en termes d’espérance de vie est un objectif pour les organisations syndicales. Mais en attendant elles continuent de revendiquer des droits spécifiques pour les périodes de pénibilité ou d’astreinte : dans ces cas-là, il faut quitter plus tôt l’entreprise parce que les risques de mourir plus tôt sont bien réels.*

**Qui est impliqué dans la perte d’autonomie?**

* Les salariés et les retraités
* 3,7 millions de Français sont des aidants familiaux
* 33 % des aidants sont les enfants
* 6 à 9 heures par semaine sont consacrées à aider leur proche en perte d’autonomie
* 11 % des aidants actifs ont dû aménager leurs horaires de travail

*L’allongement de la durée de vie, l’éloignement des familles, la diminution des retraites posent la question de la perte d’autonomie et de sa prise en charge.*

*Une place dans une maison de retraite coûte entre 1 500 et 3 000€*

**Dépendance ou perte d’autonomie** ?

Dépendance, renvoie à une approche uniquement biomédicale

Alors que la perte d’autonomie est fonction des parcours de vie des individus et de ce fait, elle est d’abord un fait social »

*Dans les années 1980 les gériatres ont imposé le mot dépendance comme qualificatif des personnes âgées de 60 ans et plus ayant besoin d’aide dans la vie quotidienne. Le vocable dépendance est communément utilisé quand on parle des personnes âgées dépendantes et pourtant la dépendance est une des situations possibles du Handicap, à tout âge. Ainsi nous préférons utiliser le terme d’autonomie, perte d’autonomie ou aide à l’autonomie qui s’adresse à toute personne handicapée quelque soit son âge.*

#### Vieillir, ce n’est pas nouveau

**Avec 2 millions de personnes âgées de plus de 85** ans attendues en 2015 contre 1,3 aujourd'hui, la nécessité d'une meilleure prise en charge de la perte d’autonomie fait l'unanimité, car beaucoup n'ont pas de revenus suffisants pour payer aide à domicile ou maison de retraite. Mais son financement divise.

*Le gouvernement affirme que l’on vit plus longtemps, (déjà entendu) que le nombre de personnes en perte d’autonomie ne va pas cesser d’augmenter, cela coûte cher, il faut que les salariés et les familles mettent la main à la poche. Et voilà la solution!!. Les salariés, les retraités, les familles sont mises à contribution et les profits du patronat ne sont pas touchés. Pourtant, la plupart des maladies invalidantes, responsables de la perte d’autonomie des retraités ont été contractées, pendant la période d’activité.*

*A souligner toutefois, que, comme l’espérance de vie en bonne santé progresse plus vite que l’espérance de vie, la perte d’autonomie arrive plus tardivement et elle est de plus en plus courte.*

**LES RETRAITÉS UNE CHARGE OU UNE CHANCE ?**

* Pour leur plus grand nombre, les retraités sont tout à fait autonomes, et participent au développement de la société.
* La perte d’autonomie n’est pas inéluctable
* Seulement 9% environ des plus de 60 ans bénéficient de l’APA du fait d’une perte d’autonomie totale ou partielle (l’APA est un droit universel)
* Les retraites représentent 250 milliards d’euros réinjectés dans l’économie

*. Pour la nation un retraité ne coûterait pas plus qu’un enfant de 10 ans.*

*D’autre part nous ne pouvons pas aborder la question des retraités uniquement sur le volet économique, le volet social a toute son importance car les retraités ont toute leur place dans la société*

**Les GIR et l’AGGIR c’est quoi?**

* GIR et AGGIR sont indissociable – les GIR sont des Groupe Iso Ressources et l’AGGIR est la grille qui sert d’évaluation en matière d’autonomie et gérontologie.
* La grille AGGIR comporte 6 degrés de perte d’autonomie le niveau 1 (GIR1) correspondant un handicap très lourd le niveau 6 (GIR6) correspond l’handicap le plus léger dans la grille d’évaluation

**DEFINITION DES GIR.**

* **Le GIR 1 :** correspond aux personnes confinées au lit ou en fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, la présence constante d’intervenants est indispensable.
* **Le GIR 2 :** comprend deux groupes de personnes dépendantes. Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées. Une prise en charge est nécessaire pour la plupart des activités de la vie courante. Celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui peuvent se déplacer. Certains gestes tels que l’habillage, la toilette ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale
* **Le GIR 3 :** correspond aux personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices, mais qui ont besoin d’être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver, aller aux toilettes.
* **Le GIR 4 :** regroupe deux types de personnes : celles qui ont besoin d’aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l’intérieur du logement. Une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l’habillage.

Celles qui n’ont pas de problèmes de déplacement mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

* **Le GIR 5 :** désigne les personnes qui sont relativement autonomes dans leurs activités. Elles se déplacent seules, mais ont besoin d’aides ponctuelles, la toilette, la préparation des repas, l’entretien du logement.
* **Le GIR 6 :** concerne les personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante. Les personnes en GIR 5 et 6 ne peuvent pas bénéficier de l’APA. Elles ont accès à l’aide ménagère des régimes de retraite ainsi qu’à l’aide pour garde à domicile.

**Qui se retrouve dans la perte d’autonomie**

* Le risque de se retrouver dans les GIR1 à 3 est de:

* + 5,4% pour les ouvriers
  + 2,2% pour les cadres et professions intellectuelles supérieures
* Soit une variation de 1 à 2,5

##### Les structures d’accueil

###### Le maintien à domicile

C'est un service qui s'adresse à toutes les personnes âgées se trouvant dans l'incapacité d'accomplir certains actes de la vie courante. Il se traduit par un accompagnement dans les tâches ménagères, administratives, et surtout un contact, une présence régulière.

L'APA à domicile participe au financement.

Interviennent aussi d'autres types d'actions comme les services à domicile de soins infirmiers et d'hygiène (SSIAD)

Selon la DRESS, 75% des allocataires APA sont aidés par leur famille avec un investissement horaire 2 fois supérieur à celui des intervenants professionnels.

 Ce sont surtout les femmes qui assurent cette aide 9h45 pour les conjointes en moyenne journalière ; 4h30 pour 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.

**L’aide des professionnels** se réalise sous 3 formes :

**- L’emploi direct : on parle de gré à gré. L’employeur est la personne âgée qui** doit assurer toutes les responsabilités d’un employeur. Le prix de l’heure tourne autour de 10-12 €. La convention collective qui s’applique est celle des salariés du particulier employeur (cc 24/11/99).

**-  Le service mandataire : la personne garde toujours sa responsabilité juridique d’employeur mais elle donne mandat à l’association pour recruter,** établir les bulletins de paye et les déclarations URSSAF.

L’association facture des frais de gestion. Le coût de l’heure est de 13-14 €.

Le gré à gré avec mandataire représente 65% des emplois de personnels

**- Le service prestataire : c’est l’association ou l’entreprise ou le CCAS qui est employeur.**

Les associations prestataires ont souvent un % de personnel plus qualifié et plus expérimenté. Le diplôme d’état d’auxiliaire de vie sociale est le diplôme reconnu par la Convention collective (étendue pour les associations). 35% des personnels.

Les foyers logements

Sont des établissements réservés aux **personnes âgées valides**, seules, ou en couple, ne désirant plus ou ne pouvant plus vivre isolées, elles ont un appartement (studio, FI, F2) et **bénéficient des services d'aide** comme le maintien à domicile*.*

***Maison de retraite médicalisée ou Établissement d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)***

Destinée à l'accueil des personnes âgées valides, semi-valides, dépendantes physiquement et/ou psychiquement.

Tarifs varient de 1500 à 3000€.

*L’entrée en établissement est de plus en plus tardive (l’âge moyen d’entrée est de 83 ans) et la plupart du temps indispensable pour des raisons de sécurité des personnes. Le coût mensuel de l’hébergement, entre 1 500 et 3 000 euros est pris totalement en charge par les résidents ou leurs familles par le biais de l’obligation alimentaire.*

*Si les ressources des résidents ne le permettent pas et/ou s’ils n’ont pas de famille, l’hébergement est pris en charge par l’action sociale du département (récupérable sur succession).*

***Les Unités de soins longue durée (USLD)***

Généralement installées dans des établissements hospitaliers, ces structures accueillent des personnes qui ont perdu leur autonomie et dont l'état nécessite une prise en charge plus importante en matière de soins et une surveillance médicale constante.

* **Suppression massive de lits dans les USLD**:

- alors que les besoins augmentent

- ces lits sont orientés vers les EHPAD qui ne sont pas équipés pour prendre en charge ces personnes et ne disposent pas du personnel nécessaire.

La prise en charge

Elle est segmentée en plusieurs parties

* **Les soins,** pris en charge par la sécurité sociale.

En tout état de cause, les personnes âgées, à domicile ou en maison de retraite médicalisée, ont toujours besoin d’une mutuelle, en particulier, pour soins dentaires, lunettes, prothèses auditives, hospitalisation (le forfait)

* **la dépendance**, il s’agit des aides à l’habillement, des aides à la toilette, des aides aux repas (APA)
* *La prise en charge par l’APA est proportionnellement plus élevée à domicile qu’en établissement. Elle est fonction du degré d’autonomie et inégale selon les départements. A domicile elle ne concerne que ce qui est de la vie quotidienne en dehors des soins: ménage, lavage, repassage du linge, repas, courses; en établissement animation, protection hygiénique*
* **Une 3ème partie, l’hébergement** pour les personnes en établissement médicalisé, est à la charge des familles

**La situation aujourd’hui**

**La prise en charge** : *diffère selon l’âge de la personne.*

* *Moins de 60 ans, ce sont des personnes handicapées, plus de 60 ans, elles sont dépendantes. C’est la date de naissance qui détermine le type de prise en charge. En termes d’équité des droits, c’est difficile à accepter.*
* *Par exemple pour un même niveau d’incapacité les conditions de prise en charge sont différentes. Une personne de 45 ans porteuse d’un lourd handicap pourra obtenir 360 heures d’aide à domicile (PCH) tandis qu’une personne âgée également très handicapée aura droit en moyenne à 92heures (APA)*

**La CNSA** hors sécu: *Dès 2003 profitant du choc psychologique de la canicule, le gouvernement décide d’un impôt supplémentaire, la contribution solidarité.*

**La perte d’autonomie:** *Elle peut concerner tous les âges de la vie.*

*La diversité des situations doit être prise en compte. Pour chaque situation, il doit y avoir une réponse appropriée. Entre l’enfant à éduquer, un adulte qui doit travailler et une personne âgée qui doit pouvoir vivre sa retraite bien méritée, il existe bien des besoins différenciés.*

* *Cette conception relève d’un véritable choix de société****, quelle part du PIB voulons-nous consacrer*** *aux personnes en situation de handicap afin de construire une société pour tous les âges et toutes les situations ?*

UN DIAGNOSTIC

Le volume des financements publics ne répond pas aux besoins actuels. *Nombre des places en établissements, soins à domicile, auxiliaires de vie, développement de la gérontologie, et de la gériatrie, reste à charge des familles beaucoup trop important.*

Pas de convergence de la prise en charge des personnes en situation de handicap et les personnes âgées en perte d’autonomie

*Pour la CGT le handicap ou la perte d’autonomie, c’est l’absence totale ou partielle de compensation d’un déficit fonctionnel, quel qu’en soit l’origine et sans distinction d’âge. Néanmoins la diversité des situations doit-être prise en compte, en effet il existe une grande diversité des situations de handicap: de naissance, par accident de la vie ou du travail ou le grand âge.*

*La personne handicapée a pour objectif de s’insérer dans la vie socioprofessionnelle et de construire son autonomie et ses sources de revenus, alors que la personne dépendante a déjà réalisé son insertion et cherche à la maintenir au mieux, tout en sachant qu’elle bénéficie d ‘une pension de retraite.*

**ÉVALUATION**

Les prestations sont versées sur la base d’une évaluation du handicap.

Aujourd’hui il existe 147 grilles d’évaluation. *Depuis la création de l’APA en 2001, l’utilisation de la grille AGGIR a reçu valeur légale.*

La plupart du temps l’évaluation est faite par une personne seule.

Il n’existe aucun moyen de suivi de l’évolution de la perte d’autonomie

*La CGT veut* ***une évaluation unique :***

*L’évaluation de l’aide à l’autonomie doit être faite par un comité d’évaluation représentant le social, le médico-social et le sanitaire et être déterminée pour l’ensemble des intervenants et du territoire.*

**Les établissements**

Les établissements pour handicapés sont totalement pris en charge par l’État par biais de l’assurance maladie.

Les maisons de retraite médicalisées « EHPAD », sont entièrement à la charge des résidents

* *Sur 137 établissements recensés en Ille et Vilaine, 35 établissements pratiquent un tarif journalier supérieur à 57€ soit supérieur à 1710 € mois. Et 95 établissements pratiquent un tarif inférieur à 57€ jour ; ce sont les établissements gérés par les CCAS qui pratiquent les tarifs les plus bas.*
* *Le prix moyen journalier en Ille et vilaine (2010) s’élève à 56.05€ soit 1680€ mois en moyenne. Ensuite il faut regarder de près les prestations qui sont comprises dans le tarif, par exemple lavage du linge, repassage, ménage, fournitures etc.…*

**Aides sociales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Personnes Handicapées | **Personnes Âgées** |
| **Reste à vivre** | **186 € mois** | **62 € mois** |
| **Obligation alimentaire** | **non** | **Oui** |
| **Récupération sur succession** | **non** | **oui** |

*Ces différences relatives à l’aide sociale apparaissent contraires à l’équité – devenir handicapé à 59 ans exonère des obligations alimentaires ; une lourde charge qui pèsera sur les enfants si la personne devient handicapée à 61 ans.*

La coordination des différents intervenants

La coordination des différents secteurs, social, médico-social et médical n’existe pas.

Il y a bien:

Les **CLIC** (comités locaux d’informations et de coordination) et les MDPH (maison départementale des personnes handicapées)

Les **CODEM** (comité d’observation de la dépendance et de médiation)

*Actuellement elle repose sur les familles ou sur les tutelles,*

*Les Clic, structure conseillée par la législation dans tous les départements n’ont pas vraiment de moyens ni de cadre, la définition affichée est: « Les CLIC sont des espaces d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées dans leur vie quotidienne ». Les CLIC s'adressent aussi aux professionnels du secteur social et de la santé.  
En dehors de la Ville de Rennes, les CLIC sont des antennes locales de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) à Rennes il existe une MDPH*

*Les CODEM installés seulement sur notre département semblent avoir un statut mieux défini du moins la représentativité des organisations syndicales y est prévue.*

**La prévention**

* Il est indispensable de penser à la prévention tout au long de la vie.
* L’hôpital est aussi une des causes de perte d’autonomie, dans l’immédiat la prévention à l’hôpital est capitale.
* En cas d’hospitalisation, les personnes âgées ne devraient pas être traitées comme n’importe quel patient.

**Organisation de la prise en charge**

* En aucun cas, elle ne doit conduire à l’exclusion de la sécurité sociale des personnes en perte d’autonomie.
* Elle s’intègre parfaitement dans les fondements de la sécurité sociale: *faire face aux aléas de la vie de la naissance à la mort.*

Prise en charge : Dans le cadre de la branche maladie ; il s’agit souvent de poly affections (plusieurs affections qui se cumulent)

*Faire de la perte d’autonomie une prestation autonomie, c’est à dire un groupe de population cela n’en ferait-il pas une population à part, non s’il reste dans le cadre de l’assurance maladie, on peut l’identifier comme ATMP par contre, la création d’une 5ème  branche peut amener à la constitution d’un groupe de population à part, avec le transfert (tout ou partiel) de ce qui relève du soin médical et donc de l’assurance maladie, dans la partie « dépendance » avec un transfert partiel des financements. Or, les dépenses des personnes en perte d’autonomie sont plus élevées que celles du reste de la population. Ce qui risquerait de conduire soit à une augmentation des cotisations, soit à une baisse des droits, soit les deux pour les personnes concernées.*

**Un rappel**

Le [Conseil national de la Résistance](http://wikipedia.orange.fr/wiki/Conseil_national_de_la_R%C3%A9sistance) intègre à son [programme](http://wikipedia.orange.fr/wiki/Programme_du_Conseil_National_de_la_R%C3%A9sistance) « un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d’existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l’État ».

[Ordonnance](http://www.legislation.cnav.fr/textes/ord/TLR-ORD_4510_04101945.htm) du 4 octobre 1945 relative à l'organisation de la Sécurité sociale : crée un régime général de sécurité sociale (salariés des secteurs privé et public, exploitants agricoles, travailleurs indépendants et secteurs spécifiques d’activité), sans remettre en cause les régimes spéciaux préexistants.

L'[exposé des motifs](http://wikipedia.orange.fr/wiki/Expos%C3%A9_des_motifs) de cette [ordonnance](http://wikipedia.orange.fr/wiki/Ordonnance_(droit)) est le suivant *:*

*« La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes.*

[Préambule de la Constitution de 1946](http://wikipedia.orange.fr/wiki/Pr%C3%A9ambule_de_la_Constitution_de_1946), alinéas 10 et 11 :

« La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement.  
Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence »

**Le financement**

La question qui se pose est celle de ce qu’on finance et qui finance.

Les financements actuels:

* l’assurance Maladie, la partie soins
* *Assurance maladie: si on se place dans la construction d’un droit à compensation du handicap on peut concevoir qu’il s’intègre dans l’assurance maladie par la création d’un risque autonomie. Il faut alors définir ce que l’on met dans ce droit.*
* l’APA nous atteignons la limite du supportable.
* *Pour l’APA le risque est grand que les conseils généraux devraient choisir entre générations!*
* la CSG ce n’est pas un impôt comme les autres.
* *La CSG n’est pas un impôt comme les autres puisqu’elle est affectée à la sécurité sociale, en règle générale l’impôt n’est pas affecté. Elle est proportionnelle aux revenus, alors que l’impôt est progressif. Le conseil constitutionnel en a fait un impôt alors que la cour de justice européenne en a fait une cotisation.*
* l’action sociale des caisses de retraites, elle s’adresse aux personnes les moins handicapées (GIR 5 et 6)

**Structure du financement de la perte d’autonomie en 2007**

**Ressources propres à la CNSA *(2009)***

Recettes propres : 4 milliards €

* Travail gratuit : 2,21 milliards € - en baisse sur 2008 *(produit* *contribution solidarité autonomie)*
* 0,1% CSG : 1,10 milliards € - en baisse sur 2008
* Contribution des caisses de retraite : 66 millions.
* Produits financiers : (5 millions € pour 2008 – pas de chiffrage pour 2009)

*Il faut noter que la gouvernance de la CNSA donne un rôle prépondérant à l’état alors que les cotisations représentent la très large majorité des financements*

**Les ressources de la CNSA exécutées en 2009**

**Une partie issue de la solidarité nationale** *(recettes propres)*

* *Contribution solidarité autonomie (journée de solidarité) :* ***2,21 milliards***
* *0,1 % de la Contribution sociale généralisée :* ***1,10 milliards***
* *Contribution des caisses de retraite :* ***66 millions***

**Une partie provenant des crédits de l’assurance maladie :**

* Transfert des crédits de l’assurance maladie consacrés aux personnes âgées : **6,27 milliards**
* Transfert des crédits de l’assurance maladie consacrés aux personnes handicapées : **7,73 milliards**
* **Soit un Budget pour 2009 de 17.37 milliards**   
  *(avril 2010)*

*La partie provenant des crédits de l’assurance maladie sont également le fruit de cotisations*

**Des besoins de financement somme toute modestes**

Les sommes actuellement affectées à la perte d’autonomie représentent moins de 1% du PIB

Le « vieillissement démographique » et l’augmentation de l’espérance de vie devraient conduire à un accroissement des besoins de financement de la perte d’autonomie, mais ce lien n’est pas mécanique

Le rapport Gisserot prévoit une croissance annuelle de 1,3% à 1,6% jusqu’à 2012, de 0,6% à 1,1% de 2012 à 2025.

Le besoin de financement d’ici 2025 représenterait un peu moins d’un point de PIB

# Les orientations du gouvernement *(rapport Rosso-Débord)*

1. Obligation de souscrire une assurance dépendance dès 50 ans.
2. La création d’une CSG à taux réduit 3.8%.
3. Relever le taux de CSG retraitée actuellement de 6.6% au niveau des actifs soit 7.5%.
4. Soumettre tous les retraités à la retenue pour la journée de solidarité à hauteur de 0.3%, pour commencer.
5. Exclure du bénéfice de l’APA, les GIR 4
6. Les allocataires devront choisir entre une APA à taux plein, à condition d’accepter un droit de reprise sur la succession future, ou une allocation diminuée de moitié sans reprise sur succession.

**Les propositions et les tendances du gouvernement**

Inévitablement le choix renvoie au nécessaire débat démocratique sur le niveau souhaité de dépense publique allouée à la prise en charge du risque la perte d’autonomie.

**Le président SARKOSY laisse peu de place à la négociation lorsqu’il affirme que la dépendance peut ruiner l’assurance maladie, et d’affirmer que cela ne doit pas coûter à l’Etat ni aux entreprises sous couvert de compétitivité**

Trois scénarios sont possibles

*1er Scénario*

*Il consiste à refuser toute augmentation nouvelle de prélèvements obligatoires affectés à la compensation de la dépendance.*

*Ce type de scénario peut se concrétiser de plusieurs façons soit qu’il s’agisse:*

*- De mieux cibler l’APA.*

*- De développer la responsabilité individuelle*

* *réduire l’APA au GIR 1 à 3 (la dernière déclaration de Mme Bachelot au sénat laisse espérer que le GIR4 resterait dans l’APA)*
* *responsabilité individuelle ; la préconisation d’instaurer une assurance obligatoire dès 50 ans s’inscrit dans ce scénario*

*2ème scénario*

*Consiste à faire progresser le niveau des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance, pour essayer de maintenir à leur niveau actuel les prestations servies et faire monter les prises en charge.*

*Reflet du plan solidarité grand âge.*

*Résultats augmentation CSG, CSA.*

*Le patronat n’est pas touché*

*3ème scénario*

*L’affectation de nouveaux prélèvements obligatoires à la prise en charge de la dépendance avec remise à plat des financements existants pour une révision d’ensemble du financement de la protection sociale.*

*Pour aller dans ce sens il est préconisé:*

* *un effort supplémentaire de financement par des prélèvements sur les revenus des retraités. Par exemple aligner la CSG des actifs et des retraités*
* *le patrimoine constitue une assiette sur laquelle une partie du financement gagnerait à être assis*
* *il ne faut pas attendre du développement de l’assurance privée la solution principale aux problèmes de financement de la dépendance*

**LES BASES DU FINANCEMENT que propose la CGT**

* Une politique du plein emploi
* Une autre répartition des richesses.
* Une autre fiscalité pour les entreprises.
* Une réforme globale de la fiscalité

Une politique du plein emploi

* Actuellement c’est 3,9 millions de personnes privées d’emploi.
* *En outre, 22,5 % de demandeurs d’emploi sont sortis des listes pour radiations administratives ou cessations d’inscription pour défaut d’actualisation, sans oublier les 12 % de sorties pour les contrats aidés*
* 1 point de masse salariale *(augmentation générale des salaires)* en plus représente 2 milliards d’euros de recettes nouvelles.
* *D’où l’urgence de luttes pour relever la part des salaires dans la VA (valeur ajoutée) qui a perdu 10 points depuis 1983, alors que les profits financiers responsables de la crise ont explosé,*
* un million d’emplois, c’est 5 milliards de cotisations supplémentaires dans les caisses de retraite

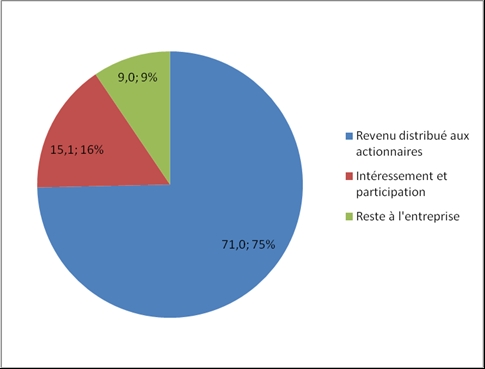
**Une autre répartition des richesses.**

* Depuis 1960 la productivité a été multipliée par 5.
* Ce qui signifie qu’un actif de 2010 produit 5 fois plus de richesse qu’un actif de 1960.
* L’estimation qui est faite prévoit pour les 40 prochaines années une productivité qui devrait encore doubler.
* 10% des dividendes versés aux actionnaires = 1% du PIB

*Avec les discours alarmistes sur les déficits, on oublierait presque que la France est un pays riche.*

*Les 20 dernières années la richesse (PIB) a doublé, on prévoit un nouveau doublement d’ici 2050.*

*Dans le même temps la rémunération du travail (salaires + cotisations) a progressé moins vite*

****

Bénéfice après impôts 95,1 milliards d’€

- Revenu distribué aux actionnaires 71,0 milliards d’€- 74,6 %

- Intéressement et participation 15,1 milliards d’€ - 15,9 %

- Reste à l'entreprise 9,0 milliards d’€ - 9,5 %

**Une autre fiscalité pour les entreprises**

Le CPO\* estime le montant total des niches fiscales des entreprises à 172 milliards d’€

*\*(CPO) Le Conseil des Prélèvements Obligatoires aurait chiffré à 172 milliards d’€ le montant total des niches fiscales dont bénéficient les entreprises, qui représentent la bagatelle de 8.5% du PIB (richesse produite en France) et ces 172 milliards représentent 60% du budget de l’état*

Il y a besoin d’une autre politique fiscale, dont pourrait bénéficier la protection sociale dans son ensemble.

Quelques chiffres:

* La suppression des niches fiscales pourrait rapporter de 70 à 150 Milliards an.
* la suppression du bouclier fiscal rapporterait 10 à 15 milliards an.
* la chasse à la fraude fiscale 29 à 40 milliards an

Les propositions CGT

***Pour la compensation à la perte d’autonomie:***

* Nous nous situons dans le cadre global sur la base d’un salaire socialisé.
* Il s’agit de construire un droit universel de compensation à la perte d’autonomie dans le cadre de la sécurité sociale, se traduisant par une aide personnalisée pour tous les âges.
  + Couverture universelle
  + Solidarité entre tous les assurés
* Ce droit doit permettre une égalité de traitement sur tout le territoire

**LES PROPOSITIONS CGT**

***Pour réformer le financement de la Sécurité sociale***

* + une réforme des cotisations patronales tenant compte de la valeur ajoutée et des revenus financiers des entreprises

1. Modifier le mode de calcul des cotisations patronales. Nous proposons un nouveau mode de calcul des cotisations patronales tenant compte à la fois de la part des salaires dans les richesses créées et des comportements des entreprises en matière de création d’emplois : les entreprises qui créent des emplois cotiseraient proportionnellement moins que celles qui en détruisent.

2. En complément de la proposition précédente, nous proposons la création d’une contribution sociale sur les revenus ***des placements financiers des entreprises.***

3. Mettre progressivement en extinction les exonérations de cotisations patronales (30 milliards d’€ en 2009) et supprimer l’exonération de la part des salariés sur les heures supplémentaires.

4. Affecter à la Sécurité sociale l’ensemble des droits sur les tabacs et les alcools.

5. Asseoir les cotisations sociales sur l’ensemble de la rémunération des salariés, y compris l’épargne salariale et les primes des fonctionnaires.

6. Créer un fonds de garantie des cotisations, financé par une sur-cotisation aux cotisations patronales, qui permettra de prendre en charge les impayés représentant une perte annuelle de plusieurs milliards d’€ pour la Sécurité sociale

7. Accélérer le règlement des dettes de l’État

**Un grand service public d’aide à la personne**

1. l’aide à domicile doit relever de ce service public, en partenariat avec le secteur associatif.
2. Avec des maisons de retraite médicalisées de proximité.
3. Le financement des infrastructures doit relever des pouvoirs publics, comme l’hôpital, l’école, ou les installations sportives.
4. Faire des CLIC ou des MDPH des lieux de coordination des acteurs locaux.
5. La prévention tout au long de la vie doit être une priorité
6. *Aide à domicile dans un service public qui réponde à la fois aux besoins des personnes aidés et à ceux des salariés (formation, professionnalisation, qualification, rémunération)*
7. *Ne pas sortir les personnes âgées de leur lieu de vie.*
8. *ce financement pourrait-être prélevé sur une partie de l’impôt sur les successions. Ainsi des dispositions fiscales nouvelles doivent-être prises comme la suppression du bouclier fiscal et revoir la fiscalité du patrimoine qui doit retrouver une dimension redistributive. Le principe étant de ne pas faire peser sur les seules personnes en perte d’autonomie et leur famille, le poids des infrastructures, comme c’est le cas actuellement.*
9. *CLIC et MDPH : en faire des guichets uniques en matière de dépendance : par la coordination des acteurs locaux et nationaux, qu’ils soient sociaux, médico-sociaux, médicaux; y rendre disponible l’ensemble des informations utiles, non seulement dans le domaine sanitaire et social, mais aussi en ce qui concerne l’adaptation du logement, les technologies pour l’autonomie, etc. Améliorer leur accessibilité, avec un cahier des charges précis (information des familles, mise en relation des intervenants, suivi de la personne.)*
10. *Prévention : tous les spécialistes s’accordent à dire que c’est une des données essentielles pour réduire la perte d’autonomie. Ce doit –être une des dimensions de la politique nationale de santé, intégrant l’éducation de la population (médecine scolaire, médecine du travail).*
11. *La formation des personnels qui interviennent au domicile ou en établissement doit relever de l’Éducation nationale ou de la formation professionnelle continue.*

**L’évaluation.**

Doit-être à la fois sociale, médico-sociale, et sanitaire.

Revoir la composition de la grille afin qu’elle soit mieux adaptée à la réalité des situations.

Revoir les modalités d’évaluation

*Une personne en fauteuil roulant n’a pas la même faculté de déplacement si elle est au 3étage sans ascenseur ou au rez-de-chaussée et n’a donc pas les mêmes besoins.*

*Modalités d’évaluation à partir de groupes d’évaluation représentant le social, le médico-social et le sanitaire. Il est également nécessaire que cette grille permette le suivi de l’évolution de la perte d’autonomie*

**La structuration de la sécu que la CGT propose**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Branche Maladie CNAM** | **Branche Vieillesse CNAV** | **Branche Famille CNAF** | **ACOSS**  **(la banque des 3 autres)** |
| **Risque maladie** | **Caisse nationale d’assurance vieillesse** | **Caisse nationale d’allocation familiale** | **Les recettes** |
| **Risque maternité** |
| **Risque invalidité** |
| **Risque décès** |
| **Risque autonomie** |

*On parle bien ici d’un risque autonomie, dans le cadre des branches et non d’une 5ème branche qui pourrait avoir pour conséquence de mettre les personnes âgées à l’écart de l’assurance maladie, avec obligation d’équilibrer les comptes.*

**Réflexion et questionnement sur la CSG**

*. Si la France considère la CSG comme un impôt, l’Europe la considère comme une cotisation. En effet la CSG est proportionnelle, alors que l’impôt est progressif, la CSG est affectée (à la Sécurité sociale), alors que par définition, l’impôt ne peut pas être affecté. On pourrait envisager* ***d’augmenter la contribution sur les revenus du patrimoine*** *(mobilier et immobilier).*

*Il faut ajouter que lorsqu’on a créé la CSG, il s’est agit pour les actifs d’un transfert de cotisation à part quasi égale (une légère augmentation), elle n’a donc pas, pour ainsi dire, fait baisser les salaires. L’instauration de la CSG pour les retraités a fait baisser les pensions, si on l’augmente et l’étend, ce sera une baisse des pensions en valeur absolue…*

*La question intergénérationnelle est importante : si on propose d’instaurer une cotisation, il faudra que les actifs soient d’accord ! Et il ne faudrait pas qu’ils perçoivent cette cotisation comme une nouvelle charge au bénéfice des vieux. Il y a là une charge d’opposition entre les jeunes et les vieux qu’il faut regarder de près.*

**Réflexion et questionnement sur le financement**

Que fait-on des financements actuels, ceux qui ne relèvent pas de l’assurance maladie.

* La journée de travail gratuit : on est contre, mais elle existe, c’est une cotisation supplémentaire de fait : 2 milliards.
* De La part des Conseils généraux, qui devait être à l’origine de 50%, 50% État et qui est aujourd’hui à 30% État, 70% Conseils généraux.

*La journée de solidarité rapporte environs 2 milliards plutôt qu’un financement par une journée de travail gratuite des salariés, les 03% représentant cette journée ne devraient-ils pas être à la charge du seul patronat en termes de cotisation*

*Si on enlève l’APA aux Conseils généraux, il faudra bien la remplacer, puisque théoriquement si le Conseil Général ne paie plus l’APA, réduira t-il les impôts ?*

*Remplacer l’APA*

* *Par une cotisation ?*
* *Part patronale, part salariale ?*

INDIGNONS-NOUS ET AGISSONS

**Derrière cette réforme, c’est l’ensemble de la Sécurité sociale qui est visé**

Le gouvernement le sait et son but est de supprimer tout système public, des écoles aux hôpitaux. **La volonté du gouvernement est de faire basculer notre système de répartition vers les assureurs. Bachelot prépare une vision de civilisation contraire aux fondamentaux sociaux de la France, avec l’aide des assureurs et autres multinationales pour vieillards.**

**Compléments d’informations**

Un site Internet est mis en place. Il permet de recueillir les contributions citoyennes qui enrichiront le débat et de mettre à la disposition du grand public une documentation utile pour comprendre les enjeux liés à la dépendance.

<http://www.dependance.gouv.fr/>

* ***Roselyne Bachelot, ministre des Solidarités et de la cohésion sociale****, a indiqué jeudi 6 janvier dernier que la réforme de la dépendance ne concernera que les personnes âgées, elle n’inclura pas les personnes handicapées.*

4 groupes de travail ont été mis en place :

1. l'objectif du groupe "Société et vieillissement" est-il "d'analyser la perception par la société de la dépendance et des modes de prise en charge actuels, mais aussi de façon plus large, le regard porté sur le vieillissement", précise Roselyne Bachelot-Naquin dans sa lettre de mission adressée à Annick Morel.
2. Le deuxième groupe de travail "Accueil et accompagnement des personnes âgées" devra "évaluer dans quelle mesure l'offre de services actuelle, aussi bien à domicile qu'en établissement, répond aux besoins des personnes âgées dépendantes et de leurs familles. Il proposera également des mesures pour résoudre les difficultés éventuellement identifiées" Evelyne Ratte, animatrice du groupe et conseillère-maître à la Cour des Comptes.
3. Le groupe "Enjeux démographiques et financiers de la dépendance" (qui sera animé par Jean-Michel Charpin, inspecteur général des Finances) évaluera la réalité et l'ampleur du phénomène de la dépendance en France en termes de coût global. Il sera chargé d'élaborer les différents scénarios du mode de prise en charge et du financement de la dépendance.
4. Le dernier groupe de travail "Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées" (animé par Bertrand Fragonard, conseiller maître à la Cour des comptes) devra, quant à lui, réfléchir plus particulièrement à la répartition du financement de la perte d'autonomie entre plusieurs acteurs, principalement l'Etat et la Sécurité sociale, mais aussi les conseils généraux, les assurances privées et les familles.

A partir du mois d’avril,  *(après les élections cantonales)* des débats interdépartementaux seront organisés dans chacune des 26 régions conjointement par les préfets de région et les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS). Après les réunions inter départementales, quatre colloques interrégionaux thématiques seront organisés.   
  
Une restitution finale de l’ensemble des travaux sera remise au président de la République au début du mois de juillet. Elle servira de base au projet du gouvernement, dont les premières mesures figureront dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, examinée à l’automne 2011.

**Nous (la CGT) et les autres.**

Nous avons de nombreux points d’appuis, puisque l’ensemble des organisations syndicales revendiquent une prestation universelle quel que soit l’âge, et l’intégration dans la sécurité sociale, même s’il existe des approches différentes sur le financement.

Les associations de retraités, le CNPRA *(Comité Nationale des Retraités et Personnes Âgées)* les associations de professionnels, des personnalités, sont pour une prise en charge de l’aide à l’autonomie par la solidarité nationale *(attention ce qui ne veut pas dire obligatoirement la sécurité sociale)* dans le même temps ils refusent l’assurance privée et le recours sur succession.

Les conseils généraux continuent de réclamer la gestion de l’APA *(Allocation Personnalisée d’Autonomie)* malgré les inégalités induites et l’étranglement financier d’une trentaine d’entre eux.