



Perte d'autonomie :

les services publics comme réponse solidaire

Quelle qu'en soit l'origine (vieillesse, accident de la vie, handicap...), la perte d'autonomie pose à toute société la question de sa prise en charge, collective ou privatisée. L'enjeu, tant humain que social, est majeur.

La FSU prend acte aujourd'hui qu'une loi (annoncée depuis des lustres mais sans cesse reportée) soit enfin programmée pour 2014.

Des réponses apportées par cette loi dépendra la qualité du système de soins et d'aides à la vie quotidienne qui sera organisé (ou non) pour accompagner et compenser la perte d'autonomie des personnes concernées.

Pour la FSU, ces réponses doivent s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge publique et solidaire, ce qui pose nécessairement la question des ressources affectées au financement de notre système de protection sociale mais aussi celle des moyens consacrés au développement de nos services publics, à la création des emplois utiles et nécessaires pour mieux accompagner les personnes, au statut et à la formation des personnels d'accompagnement... La réduction des « reste à charge » est aussi une question déterminante.

Ce document résume les propositions que la FSU entend faire connaître pour contribuer à l'émergence d'une loi ambitieuse à la hauteur des enjeux.

Aujourd'hui, sur l'ensemble de la France la moitié environ des bénéficiaires de l'APA¹, principal dispositif de lutte contre la perte d'autonomie, sont à domicile et l'autre en établissements. Selon des projections de l'INSEE, le nombre de personnes de 85 ans et plus doublerait à l'horizon 2040 ; le nombre de personnes potentiellement dépendantes serait en toute vraisemblance en forte augmentation : l'âge de la dépendance pourrait reculer, la proportion de personnes restant à domicile augmenterait tandis que celle de pensionnaires en EHPAD² diminuerait. En raison de la démographie générale, le rapport entre la génération des potentiellement dépendants (+ de 85 ans) et celles des « aidants » potentiels (principalement leurs enfants de 55-65 ans) va passer de près de 7 pour 1 actuellement à environ 2,5 pour 1 en 2040. Mais les « aidants » potentiels seront rarement les enfants des personnes concernées, lesquels seront de plus en plus actifs entre 55 et 65 ans... La loi à venir devra donc apporter des réponses satisfaisantes à la fois pour les EHPAD et les professionnels qui interviennent dans ces établissements et surtout pour offrir des services à domicile pour lesquels les personnes qualifiées sont déjà aujourd'hui en nombre notablement insuffisant.

Les inégalités de ressources, les différences entre les politiques menées par les collectivités territoriales, le manque de structures adaptées et d'équipements ajoutent au drame de la perte d'autonomie.

1) Prise en charge de la perte d'autonomie = un droit universel

La FSU demande la création d'un droit universel sans condition d'âge et de ressources compensant la perte d'autonomie, financé par la solidarité nationale dans le cadre des branches existantes de la sécurité sociale. Elle demande l'égalité d'accès à ce droit sur l'ensemble du territoire. Elle considère que ce droit doit s'inscrire dans une démarche de services publics au plus proche des besoins et des réalités locales dans un cadre national qui en définit les objectifs, prenant en compte l'ensemble des dimensions :

- Structures publiques de soin et de prévention de proximité
- Développement de structures hospitalières
- Accès au logement social adapté, aux transports, à la culture
- Développement en amont, de la prévention, de la médecine du travail, de l'éducation à la santé...

Pour répondre aux besoins, la FSU propose de développer les services publics. II

¹ Allocation personnalisée d'autonomie

² Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

s'agit aussi de mettre en œuvre une politique dynamique pour améliorer le service rendu par les organismes à but non lucratif de ce secteur.

Les associations ou sociétés à but non lucratif actuellement largement financées par des crédits publics, fortement présentes dans le champ de la perte d'autonomie, pourraient avoir leur place dans cette démarche nouvelle en adhérant à un cahier des charges sur la qualité des services rendus, la qualification et le statut de leurs personnels. Cette démarche de services publics devra s'inscrire dans un cadre national nouveau chargé de la mise en cohérence et convergences des différentes politiques publiques pour compenser la perte d'autonomie (conseil interministériel, haut conseil, ministère de rattachement spécifique...). Ce cadre commun permettrait de définir les objectifs au niveau national, de s'assurer de leur financement et de veiller à leur réalisation. Cette démarche devra comporter un volet démocratique réel.

La FSU revendique également la mise en place d'un organisme de concertation au niveau national et décentralisé, s'appuyant sur les expériences acquises par la CNSA³ et les CODERPA⁴, dont la composition associerait élus, représentants des personnels intervenants (médicaux, salariés), des « aidants », des mouvements associatifs et des usagers. Cet organisme aurait pour mission d'analyser les besoins, de proposer des prospectives et objectifs pluri-annuels en matière de formation, de recrutement de personnels, d'actions pour réduire les inégalités sociales et territoriales. Il serait chargé d'évaluer et de contrôler la mise en œuvre des politiques retenues et de proposer de nouvelles actions.

2) Des personnels plus nombreux, qualifiés et reconnus

Les droits des salariés de ce secteur doivent être garantis et protégés : statut, conventions collectives, formation, conditions de travail et de rémunérations.

a) Des personnels bien formés

La FSU propose d'interroger les divers niveaux de formation mis en place depuis plusieurs années (formation initiale, VAE, formation continue, professionnalisation des parcours...), les divers niveaux de responsabilités en matière de formation dans ce secteur (Etat, Région, Département, CNFPT⁵) pour définir les articulations et responsabilités de chacun dans le cadre des propositions suivantes, en matière de formation des différents personnels.

Une double exigence se dégage de l'observation de la situation actuelle :

- Construire avec l'ensemble des partenaires concernés (Education, Enseignement supérieur, Recherche, Santé ...) une formation adaptée pour tous les métiers concernés. Cette formation serait pour une part fondée sur des référentiels nationaux communs à l'ensemble des intervenants - afin de faciliter les regards croisés, les échanges d'expériences, la coordination des interventions, l'analyse des signaux d'alerte - mais comprendrait aussi des modules spécifiques à chacun des métiers. Elle serait complétée par la mise en place d'un dispositif de formation continue et/ou de valorisation de l'expérience acquise reconnu dans le parcours professionnel et la rémunération. Cette formation nécessite une implication forte, première de l'Etat, avec des financements publics croisés : Etat, régions, départements.
- Engager une politique publique ambitieuse tant sur le plan de la recherche médicale que des recherches en matière technologique

³ caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

⁴ Comité départemental des retraités et personnes âgées

⁵ Centre National de la Fonction Publique Territoriale

b) De nouveaux droits pour les personnels

La FSU propose de définir des droits pour l'ensemble des salariés :

Pour les personnels relevant du droit privé, elle propose que soit définie – avec l'ensemble des parties concernées - une nouvelle convention collective qui prenne en compte les réalités de l'exercice de leur métier.

Pour les autres personnels, elle propose que leur statut relève soit de la FPT (fonction publique territoriale) soit de la FPH (fonction publique hospitalière).

c) Un niveau de gestion départemental

Bien que la perte d'autonomie ne concerne pas seulement les personnes très âgées, elle les concerne pour une très large part. Il doit y avoir continuité et cohérence de prestations à tous les âges, contrairement à la situation actuelle. En tant que « pilote » de l'action sociale, le département apparaît très clairement comme l'échelon le plus pertinent pour avoir la responsabilité de la coordination de cette politique en s'appuyant sur les CLIC⁶ et autres instances partenariales (CCAS⁷, CMS⁸, associations...)

d) Un statut reconnu pour les personnels

Les conseils généraux ont déjà compétence pour gérer les personnels relevant de la FPT ou de la FPH qui interviennent sur ce champ.

Le seul métier statutaire existant aujourd'hui pour la prise en charge de ces personnes relève de la filière sanitaire et sociale en catégorie C de la FPT ; il s'agit des auxiliaires de vie, dans le cadre d'emploi des "agents sociaux territoriaux" avec 4 grades :

- agent social de 2° classe (échelle E3)
- agent social de 1° classe (échelle E4)
- agent social principal de 2° classe (échelle E5)
- agent social principal de 1° classe (échelle E6)

Cependant, il faut distinguer plusieurs "entrées" professionnelles correspondant à la nature des missions exigées (ce qui relève du soin et de l'hygiène, ce qui relève du thérapeutique et de la rééducation, enfin ce qui relève du social, de l'éducatif, du culturel et du loisir ... sans oublier l'administratif, la cuisine, l'encadrement technique...), d'où l'idée d'équipes pluridisciplinaires avec des animateurs/coordonateurs eux aussi sous statut FPT ou FPH...

Cela pourrait donner par exemple le cadre suivant :

Catégorie	Métiers
C	Auxiliaires de vie sur les 4 grades d'agent social (cf plus haut) + aides-soignants (FPH)
B	Moniteurs-éducateurs
B+	Rééducateurs territoriaux et Assistants territoriaux médico-techniques
A	Cadres de santé, Assistants Sociaux, Educateurs Spécialisés, Conseillers en Gérontologie
A+	Directeurs d'établissements sociaux ou médico-sociaux

⁶ Centre Local d'Information et de Coordination

⁷ Centre Communal d'Action Sociale

⁸ Centre Municipal de Santé

3) Un financement repensé

La question du financement est un enjeu majeur qui ne saurait s'inscrire dans le cadre de la réduction imposée des dépenses publiques. Il faut au contraire chercher à dégager des ressources supplémentaires pour couvrir tous les besoins.

Quelle qu'en soit l'origine, la perte d'autonomie fait l'objet, aujourd'hui, d'une prise en charge médicale ou médico-sociale : grand âge (1,3 millions de personnes) handicap (700 000) et invalidité (600 000). Les financements sont croisés : publics, organismes sociaux et acteurs privés.

Les différents rapports chiffrent cette prise en charge pour 2011 à 1,1% ou 1,2% du PIB, soit 24 milliards d'euros : 13,4 Mds d'euros sécurité sociale, 6,1 Mds d'euros pour les départements, 3 Mds d'euros de la CNSA...*

A ces sommes s'ajoutent les avantages fiscaux liés à l'emploi à domicile chiffrés à 3,6 MdE (Cour des Comptes 2010).

Le financement de la perte d'autonomie s'inscrit dans le cadre de celui de la protection sociale. Le droit universel doit s'exercer dans le cadre des branches existantes de la sécurité sociale. Ce financement pose la question d'une refonte d'ensemble des prélèvements obligatoires, conforme aux exigences de justice sociale et favorisant l'emploi et le développement durable, ce qui passe à la fois par une réforme fiscale et par une réforme des cotisations sociales.

Les pistes de réflexion de la FSU pour un financement pérenne de la perte d'autonomie s'inscrivent donc dans le cadre de ses propositions globales en faveur d'une réforme fiscale et parafiscale en profondeur, avec changement d'assiettes des cotisations sociales et contribution de tous les revenus et du patrimoine afin que toutes les richesses participent au financement solidaire.

Les propositions de la FSU s'inscrivent dans le cadre d'une fiscalité plus juste, ce qui implique une réelle progressivité de l'impôt sur le revenu avec relèvement du taux marginal et augmentation du nombre de tranches, la suppression de toutes les niches fiscales socialement injustes, celle des exonérations fiscales en matière de succession au-delà d'un certain plafond, l'imposition du patrimoine et de ses revenus (ces dernières mesures rendant sans objet le recours sur succession, les prélèvements étant opérés en amont), la taxation des revenus financiers, bonus et plus-values, la réduction des impôts indirects.

La FSU rappelle également son exigence de suppression des exonérations de cotisations sociales parce qu'elles n'ont pas fait la preuve de leur efficacité en matière d'emploi et qu'elles constituent une trappe aux bas salaires. **Elle se prononce pour une modulation de la part patronale des cotisations sociales** selon la politique de l'entreprise en matière d'emploi, de salaires et d'investissement dans l'innovation et la recherche.

* Alain Parant, démographe à l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques), estime que le nombre d'allocataires de l'APA pourrait concerner entre 1,6 et 1,9 million de personnes en 2020, de 1,6 à 2,4 en 2030, de 2 à 3 millions en 2040, de 2,3 à 3,7 en 2050. Toutes choses égales par ailleurs, la dépense publique pour les personnes âgées dépendantes passerait alors de 20 milliards d'euros aujourd'hui soit 1 % du PIB, (dont 60 % à la charge de l'Assurance maladie et 20% à la charge des départements) à 26 ou 32 milliards en 2020, 26 ou 40 en 2030, 34 ou 53 en 2040, 38 ou 62 en 2050, les écarts étant liés à la variation des âges d'entrée dans la dépendance, selon que les hypothèses sur les gains d'espérance de vie sans incapacité sont optimistes ou pessimistes.