

# RENCONTRE INTERDEPARTEMENTALE « DEPENDANCE »

ANGERS LE 18 AVRIL 2011

\* \_ \* \_ \* \_ \*

*Contribution du Comité Régional CGT des Pays de la Loire*

---

## **PERTE D'AUTONOMIE PLUTÔT QUE « DEPENDANCE » !**

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.

Ce faisant, on nie l'impact des conditions de vie et de travail sur lesquelles 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.

Le Comité Régional CGT, comme l'ensemble des organisations syndicales ou associations intervenant sur ce dossier, **refuse** 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 nous récusons le terme de « **dépendance** » pour lui substituer celui de **l'aide à l'autonomie** ou **handicap**. Tout être humain est dépendant des autres et de son environnement. Cette dépendance est le fondement de la vie sociale.

A l'inverse, ***il ya 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***. Les décisions à venir devraient donc 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.

Ce qui conduit la CGT à revendiquer un nouveau droit : **un droit universel de compensation à la perte d'autonomie pour tous les âges**.

## **DES EVOLUTIONS DEMOGRAPHIQUES EFFECTIVEMENT IMPORTANTES**

La CGT ne néglige pas l'impact du vieillissement de la population. Nous le négligeons d'autant moins que nous sommes dans une région d'accueil de retraités. Nombre d'entre eux viennent effectivement s'installer dans les Pays de la Loire, plus particulièrement en Loire-Atlantique et Vendée. Nous considérons donc, à cet égard, que l'impact du vieillissement doit être analysé dans la perspective de construire des réponses qui permettent une vie digne et harmonieuse **pour toutes les générations**.

En effet, 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 connaissaient pas les générations qui nous ont précédés. Celle-ci est due à deux phénomènes concomitants : l'allongement de la durée de vie et l'arrivée des générations du « baby-boom » à la retraite. Le second effet est par conséquent transitoire, du moins en partie.

Les plus de 75 ans sont aujourd'hui, en France, 5,6 millions, soit un tiers de plus qu'en 2000. Notre pays 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 représentaient 13 % de la population en 1990, 23 % en 2010 et devraient représenter 30 % de cette même population en 2050 sur la base des tendances démographiques actuelles.

Nous assistons donc bien à une véritable « révolution » démographique dont il convient, en effet, de mesurer l'importance et qui, selon nous, éclaire d'un jour nouveau 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 véritable 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 donc, pour la CGT, promouvoir une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

Des décisions conduisant à une amélioration de la santé à tout âge, permettant de prévenir la perte d'autonomie doivent être prises en matière de politique de santé, de conditions de vie au travail, d'environnement, d'habitat, etc.

Ces décisions peuvent se résumer en une formule : **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 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 vie au travail, la prévention des risques tout au long de la vie** doivent naturellement s'inscrire dans les choix qui permettraient de limiter ou d'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'Etat.

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.

#### **La CGT revendique :**

- un droit au vieillissement réussi pour Tous et l'égalité d'accès à ce droit,
- une politique de santé publique et de prévention tout au long de la vie,
- la création de véritables services de santé au travail et d'un suivi post-professionnel.

#### **DES BESOINS DE FINANCEMENT TRES SUPPORTABLES**

Dramatiser la situation et mettre 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 **est inacceptable.**

Selon le Ministère des Finances, 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 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<sup>ème</sup> de la croissance des dépenses chaque année d'ici quarante et conclut : « *il n'y a rien là qui ressemble à un raz de marée insurmontable pour les dépenses publiques* ».

Par ailleurs et selon la Drees, **75 % des allocataires de l'Allocation personnalisée d'autonomie 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 : 9h45 pour les conjointes en moyenne journalière ; 4h30 pour les filles des personnes concernées toujours en moyenne journalière.**

Pour la CGT, l'aide à l'autonomie fait partie des 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 parfaitement, totalement, dans les principes fondateurs de la Sécurité Sociale « Faire face aux aléas de la vie de la naissance à la mort ». A ce titre, elle doit relever de la solidarité nationale et non de la solidarité familiale.

**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 comme le propose la CGT, à savoir :

- la contribution des employeurs doit demeurer une cotisation, c'est-à-dire être prélevée dans l'entreprise et non sur le consommateur ; elle doit être affectée à la Sécurité Sociale ;
- la nouvelle répartition entre les entreprises doit tenir compte de la valeur ajoutée et de l'importance de la masse salariale, d'où l'idée de taux différenciés suivant les entreprises ;
- le mode de calcul doit favoriser le développement de la masse salariale et non pas inciter à la réduction des salaires et du nombre de salariés et, pour cela, différencier les taux de cotisation en fonction de la masse salariale et de choix de gestion de l'entreprise comparés à la valeur ajoutée qu'elle crée.

## **UNE SITUATION QUI EXIGE DES CHANGEMENTS PROFONDS**

### **Les financements publics**

La CGT considère que le volume des financements publics ne correspond pas aux besoins actuels : nombre de place en établissement, soins à domicile, auxiliaires de vie, professionnalisation des personnels, développement de la gérontologie et de la gériatrie, reste à charge des familles beaucoup trop important. De plus, leur

émiettement entre en contradiction avec le financement durable d'une dépense dynamique de l'ordre de +1,3 à 1,6 % jusqu'en 2012 puis de 0,8 à 1,1 % entre 2012 et 2025.

### **L'évaluation**

Par ailleurs, les grilles d'évaluation (du handicap ou de la perte d'autonomie) ne sont pas adaptées. Elles sous-évaluent très sérieusement les états psychiatriques, démentiels et les fonctions cognitives, dans le même temps où chaque organisme fait sa propre évaluation (CNAV - Conseils Généraux - assureurs privés...).

IL existe aujourd'hui 147 grilles d'évaluation !

La plupart du temps, l'évaluation est faite par une personne seule, ce qui n'est pas satisfaisant même si une équipe pluridisciplinaire, assistée d'un dossier médical rempli par le médecin traitant, examine le dossier. Et, il n'existe aucun moyen de suivi de l'évaluation.

### **Les personnels**

80 % des personnels des services à la personne sont employés de « gré à gré », c'est-à-dire directement par les personnes elles-mêmes ou leur famille. En ce qui concerne les 20 % restant, jusqu'à ces dernières années, les employeurs étaient essentiellement des associations plus ou moins importantes (associations locales - associations liées aux communes - associations nationales).

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 certain développement important avec la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, aujourd'hui il stagne alors même que les besoins non satisfaits augmentent.

Trop souvent, les personnels sont très précaires, peu formés, très peu rémunérés, très isolés alors que la spécificité de ce métier demanderait des personnes formées à la prise en charge du handicap physique et du handicap mental.

### **Les établissements**

Les établissements pour handicapés sont totalement pris en charge par l'Etat par le biais de l'assurance maladie, alors que les maisons de retraite médicalisées, pour la partie hébergement (création - mise aux normes - rénovation...) sont entièrement à la charge des résidents et pèsent très lourd dans l'évolution des tarifs journaliers.

### **La coordination des différents acteurs:**

La coordination des différents acteurs du social, médico-social et médical n'existe pas actuellement.

Les C.L.I.C (Comités Locaux d'Informations et de Coordination) auraient pu être l'outil de cette coordination. Malheureusement, faute de moyens et de cadre, ils ne remplissent pas cet office. La coordination repose trop sur les familles ou sur les tutelles. Nous pensons, à cet égard, que cela représente des gisements de nouveaux emplois qui pourraient être communs aux différents acteurs.

### **L'organisation et prise en charge**

La diversité des situations doit être bien prise en compte. En effet, il existe une grande diversité des situations de handicap : de naissance, par accident de la vie ou du travail, le grand âge... La diversité des moyens à mettre en œuvre indique pour chaque situation une réponse appropriée : entre un enfant qu'il faut éduquer, un adulte qui doit pouvoir travailler et une personne âgée qui peut disposer d'une retraite, il existe bel et bien des besoins différenciés.

Il est toutefois difficile de séparer, pour les personnes âgées, en particulier, ce qui relève du soin médical ou de la perte d'autonomie. Les soins de nursing, l'aide à domicile, le fait de donner à boire pour lutter contre la déshydratation, relèvent-ils du soin médical ou de la dépendance ? Peut-on, doit-on définir ce qui relève strictement de la compensation du handicap ? Comment le faire et qui doit le faire ?

Il est cependant impératif pour la CGT d'avoir une approche globale de la personne. Les études, les recherches sur les concepts de soins vont toutes dans ce sens. Le constat, non sans danger, qui peut être fait dans la mise en place d'une tarification soin et d'une tarification « dépendance », c'est le transfert de charges de l'assurance maladie vers l'usager et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

A partir de cette situation difficilement supportable aujourd'hui, la CGT considère qu'il est urgent d'engager des changements profonds qui soient précédés d'un véritable débat démocratique.

### **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 ;
- 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 ;
- 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 des pensions.