

Perte d'autonomie

Situation actuelle

Importance de la question de la perte d'autonomie

Au 1^{er} janvier 2020, 13,7 millions de personnes résidant en France ont 65 ans ou plus, soit 20 % de la population. Cette proportion a progressé de quatre points en 20 ans et place la France au niveau de la moyenne de l'Union européenne. 57 % des seniors sont des femmes et, du fait de leur plus grande longévité, leur part croît avec l'âge : elles représentent 53 % des personnes âgées de 65 ans, 62 % de celles de 85 ans et 77 % de celles de 95 ans.

Sous l'effet du vieillissement de la population, la proportion de personnes dépendantes tend à augmenter dans le temps, mais les seniors sont dans l'ensemble autonomes jusqu'à un âge avancé. Le niveau d'autonomie peut être mesuré à l'aide de différents indicateurs, dont le groupe iso-ressources (GIR), qui détermine le droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et permet de définir les personnes âgées dépendantes.

À tous les âges, les bénéficiaires de l'APA sont plus souvent en institution qu'à domicile. De plus, six résidents en établissement sur dix sont fortement dépendants (GIR 1 et 2). A contrario, la dépendance forte concerne moins d'une personne dépendante sur cinq vivant à domicile.

La part des bénéficiaires de l'APA augmente fortement à partir de 75 ans : de 3 % entre 70 et 74 ans fin 2018, elle passe à 6 % pour les 75 à 79 ans, 13 % pour les 80 à 84 ans, 26 % pour les 85 à 89 ans, 45 % pour les 90 à 94 ans et 68 % pour les 95 ans ou plus. Aux âges avancés, les femmes sont beaucoup plus fréquemment dans des situations de dépendance reconnues que les hommes, puisque 15 % d'entre elles perçoivent l'APA entre 80 et 84 ans, 29 % entre 85 et 89 ans et 54 % après 90 ans, contre respectivement 10 %, 20 % et 42 % de leurs homologues masculins.

En décembre 2018, 1,3 million de personnes âgées dépendantes bénéficient de l'APA en France (hors Mayotte). Parmi les bénéficiaires, 59% vivent à domicile et 41% en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Les dépenses liées à cette prestation ont représenté, en 2019, 6 Md€, dont 3,5 Md€ pour l'aide à domicile et 2,5 Md€ pour l'accueil en établissement.

Au-delà des chiffres, il est bon de rappeler que nous revendiquons une politique de santé publique tournée vers l'autonomie.

Dès 1946 l'OMS donnait une définition de la santé très actuelle et adaptée entre autres aux seniors : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »

La santé, l'autonomie sont très liées aux interactions sociales, aux conditions de vie, au vivre ensemble.

Les EHPAD

Aujourd'hui on recense 7367 EHPAD dont 45 % à statut public, 31 % de type associatif et 24 % privés à but lucratif pour un total de 611 000 lits.

1 977 euros par mois : c'est le prix médian à payer pour un hébergement permanent en EHPAD en chambre seule en 2018 en France. Cela signifie que la moitié des EHPAD facture un prix inférieur à 1977 euros et que l'autre moitié facture un prix supérieur à 1977 euros.

Ce prix médian mensuel prend en compte le coût de l'hébergement et le tarif dépendance correspondant au tarif GIR 5-6, c'est-à-dire le prix minimum à payer par tous les résidents d'un EHPAD.

Le taux d'encadrement moyen en EHPAD (ratio personnel/résident) est de 0,62 avec de notables différences selon le statut de l'établissement : 0,65 pour un ets public, 0,60 en associatif et 0,58 en privé lucratif.

L'aide à domicile

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie restées à domicile peuvent intervenir différents types

de services : le SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile), le SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) , le SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile). Ces services quand ils sont agréés participent du plan d'aide subventionné par l'APA. Il faut ajouter à l'aide apportée par ces services et partiellement payé par l'APA, l'aide informelle et gratuite apportée par les aidants familiaux. La CNSA estime le nombre d'aidants à 3,9 millions de personnes sans pouvoir estimer la valeur financière de leur activité.

La prévention

Dans un rapport récent, la Cour des Comptes dénonce l'insuffisance de la politique de prévention de la perte d'autonomie mettant en exergue le fait que *« les acteurs de la prévention sont dispersés et leurs interventions sont souvent concurrentes . Cette situation est à l'origine d'une insuffisance marquée d'efficacité de cette politique et d'une forme d'inertie des acteurs. »*

Une politique de prévention efficace suppose un accès aux soins facilité pour toutes et tous. Les déserts médicaux, l'accès aux spécialistes de plus en plus difficile accentue la perte d'autonomie. Nombre de seniors n'ont plus de médecin référent et renonce à des soins nécessaires.

Il devient quasi-impossible d'avoir des visites de médecin à domicile, or on se peut se soigner sans interagir avec l'environnement, dans une logique systémique qui prend en compte les conditions de vie de la personne.

Les enjeux

Le nombre et la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans dans la population vont poursuivre leur progression dans les décennies à venir amenant, inéluctablement, une augmentation importante de personnes âgées en perte d'autonomie.

En 2030 on estime que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie s'élèverait à 3 millions puis à 4 millions en 2050. Il faudrait alors 108 000 places supplémentaires en EHPAD en 2030 et 211 000 de plus en 2050.

Malgré l'APA le reste à charge pour la personne âgée en perte d'autonomie reste important et peut devenir rétroactif, en particulier en EHPAD.

La démocratie

CDCA (Conseil Départemental de la citoyenneté et de l'autonomie)

Mis en place par la loi ASV de 2015, c'est une instance départementale chargée de l'autonomie des personnes âgées et du handicap. Il remplace le Coderpa mais avec une dépendance bien plus importante au Conseil Départemental.

Le dernier rapport national sur le fonctionnement des CDCA date de juin 2020. La diversité de fonctionnement, prévisible puisque le décret laisse une certaine autonomie aux Conseils Départementaux, a des répercussions évidentes. Localement, l'insatisfaction domine chez les acteurs de terrain.

Le bilan signale, à juste titre, les obstacles au fonctionnement : insuffisance des dotations financières, manque de personnels, de locaux dédiés, de frais de déplacement... Mais il oublie une question importante : c'est l'exercice de la démocratie qui est interrogé alors que l'appellation de cette instance fait directement référence à la citoyenneté. La question de la responsabilité des droits et devoirs d'une collectivité territoriale envers ses organismes consultatifs est interpellée. Il importe d'imposer le respect des textes sur les compétences des CDCA. Ainsi, bien des membres des CDCA n'ont pas été invités à participer à l'élaboration du bilan, certains en ont même ignoré l'existence. Les conditions d'examen des dossiers, d'accès à l'information pour tous, ne sont pas toujours réunies. Pendant la pandémie, il est regrettable qu'un certain nombre de CDCA n'aient pas répondu aux interpellations des organisations syndicales, alors que la situation des personnes en perte d'autonomie était des plus tragiques.

Bref, les CDCA sont dépendants de la volonté politique des Conseils Départementaux et on peut déplorer le refus, dans certains départements, de travailler avec leurs membres, surtout ceux des intersyndicales de retraité-e-s. Cependant, les CDCA peuvent être un lieu d'affirmation de

l'intersyndicale autour du G9 des organisations de retraités pouvant agréger des représentants de syndicats d'actifs et aussi s'élargir (par ex CFDT, UNSA,...), Des Groupes de Travail peuvent être constitués et des enquêtes auprès des structures de gestion aussi bien en établissement qu'à domicile peuvent être menées, Elles peuvent ainsi servir de base à l'énoncé de propositions pour le respect des droits des personnels, le refus des augmentations des restes à charges pour les familles et le contrôle des normes d'encadrement et de personnels qualifiés en établissement,

Ces prérogatives devront être, dans la plupart des cas, arrachées par une confrontation en assemblée plénière avec le Conseil Départemental pour imposer un fonctionnement du CDCA tel qu'il est prévu dans les textes de loi à savoir la maîtrise de l'ordre du jour par le bureau et les vices président(e)s élu(e)s,

HCFEA – Conseil de l'âge

Le HCFEA (Haut Conseil de la Famille de l'Enfance et de l'Âge) a été mis en place en 2015 par la loi ASV (Adaptation de la Société au Vieillessement).

C'est cette même loi qui a aussi mis en place deux autres structures dans les départements, les CDCA (Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie) ainsi que les Conférences des financeurs chargées de mettre en place le financement des actions en direction des personnes âgées et des handicapés.

Il est à noter que la mise en place de ces nouvelles structures représente un recul dans les objectifs qui leur sont assignés. En effet, le CNRPA (Conseil National des Retraités et Personnes Âgées) a été remplacé par le HCFEA dans lequel la catégorie « retraités » a disparu. De même le CODERPA (Conseil Départemental des Retraités et Personnes Âgées) a-t-il été remplacé le CDCA qui a vu, lui aussi, la disparition de la catégorie « retraités ». Alors que nous contribuons au financement des actions en direction des personnes âgées en perte d'autonomie au travers de la CASA (Contribution Additionnelle pour l'Autonomie) le gouvernement a refusé la participation des représentants des retraités dans les Conférences des financeurs. Quand ce gouvernement, comme celui qui l'a précédé, évoque et consulte au travers de ces nouvelles instances il ne s'adresse plus à nous que comme personnes âgées et non comme retraités. On se retrouve davantage dans le « care » que dans les droits liés à un statut social.

Sur les 88 membres du Conseil de l'âge seuls 17 représentent les retraités et personnes âgées et parmi eux 9 représentent des organisations syndicales et assimilées.

Dès le début il a semblé évident qu'une organisation, représentée par un seul membre, était de peu de poids dans les débats du Conseil de l'âge. C'est pourquoi les organisations issues du Groupe des 9 qui siègent au Conseil, dont la FGR-FP, ont pris l'habitude de se consulter, d'échanger et d'intervenir de manière unitaire afin de peser dans les débats et sur les avis émis.

Si la participation au Conseil de l'âge est utile et même nécessaire, elle a ses limites. Les critiques et propositions que nous pouvons faire ne peuvent atteindre leur pleine efficacité que si elles sont relayées par une mobilisation importante des retraités eux-mêmes.

Les politiques gouvernementales

Parce que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie ne cesse de progresser, parce que le manque de politique cohérente et pérenne ainsi que le manque de moyens pour y faire face éclatent au grand jour à la moindre crise sanitaire, les gouvernements, depuis quelques années, sont contraints de réagir.

Ce fut d'abord la loi ASV (Adaptation de la Société au Vieillessement) en 2015 qui, malgré quelques avancées sur le maintien à domicile, l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) et les aidants s'est très vite révélée insuffisante.

Dès 2018 le nouveau gouvernement promet une nouvelle loi qu'il intitule « Loi grand âge et autonomie » avant de devenir « Loi générations solidaires ». Les rapports préparatoires se succèdent, tous examinés et amendés par le Haut Conseil de l'Âge qui y a consacré nombre de séances... tout cela pour que le gouvernement annonce le 8 septembre 2021 l'abandon pur et simple de la loi.

Pour 2022, aux yeux de la ministre, les mesures contenues dans la loi de financement de la Sécurité

Sociale seraient chargées de compenser l'abandon de la loi grand âge. Il est évident que quelques mesures rabougries contenues dans un budget annuel ne compenseront jamais l'ambition que doit porter une loi.

Soulignons que cette loi de financement 2022 acte la création de la 5ème branche de la Sécurité Sociale avec une gestion qui échappe quasi totalement aux représentants des salariés et des retraités et un financement à 90 % par la CSG sans aucun recours aux cotisations sociales, Elle sera gérée par la CNSA dont le budget est attribué chaque année par la LFSS avec l'objectif du respect de la « règle d'or » (les dépenses ne doivent pas excéder les recettes). Cette 5ème branche n'a donc guère à voir avec ce qu'était l'esprit de la Sécurité Sociale telle qu'elle a été conçue par ses fondateurs. Le maintien à domicile semble être la ligne directrice du ministère concernant la perte d'autonomie. Ce virage domiciliaire, nous dit la ministre, se justifierait par un moindre coût. Une étude récente menée par le Haut Conseil de l'Âge donne une image plus contrastée et plus complexe montrant que, selon le degré de perte d'autonomie, les conditions spécifiques de la personne aidée, le rapport des coûts domicile/EHPAD peuvent varier.

Parmi les mesures marquantes on retiendra l'augmentation du tarif minimum de l'heure d'aide à domicile qui passe à 22€. Remarquons cependant qu'un rapport sénatorial de 2015 prônait déjà 25€. Face à une pénurie criante révélée au grand jour par la crise sanitaire le gouvernement annonce la création de 10 000 postes dans les EHPAD... en 2024.

Pour un grand service public de l'autonomie

Précisons d'emblée que la FGR-FP ainsi que l'ensemble des organisations du Groupe des 9 revendiquent l'intégration du risque perte d'autonomie dans la branche maladie de la Sécurité Sociale, financé par des cotisations et pris en charge à 100% dans le cadre de la Sécurité Sociale. Pour ce faire nous préconisons 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 plus nombreux, mieux formés, plus qualifiés et mieux reconnus socialement.

Ce service public serait chargé d'offrir à toutes les personnes, sur la totalité du territoire national, des services de qualité et dans les mêmes conditions pour tous.

La prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale s'appliquerait à l'équivalent d'un plan d'aide de services et de prestations respectant la dignité des personnes. Ce plan d'aide serait défini entre la personne en perte d'autonomie, les proches et les professionnels, après un bilan des capacités de la personne et son contexte de vie.

Michel Salingue