

## DOSSIER REVENDICATIF 2021 de l'UNIR SOLIDAIRES AUTONOMIE et DÉPENDANCE

### S O M M A I R E

#### PRÉSENTATION - INTRODUCTION

#### A - DÉFINITIONS ET RAPPEL HISTORIQUE

#### B - ÉTAT DES LIEUX DE L'AIDE A DOMICILE

##### 1°/ Les services de l'aide à la personne : Bref historique

##### 2°/ Les modes d'intervention du secteur

- 1) Le mode prestataire
- 2) Le mode mandataire
- 3) L'emploi direct ou gré à gré

##### 3°/ Les opérateurs du secteur

- 1) Les associations
- 2) Les structures publiques
- 3) Les entreprises commerciales
- 4) Les autres opérateurs

##### 4°/ La structuration juridique du secteur

##### 5°/ L'organisation de l'aide à domicile

- a/ les étapes de l'aide
- b/ une aide pourvoyeuse de précarité

##### 6°/ Disparités en matière d'Aides à l'Autonomie

#### C - L'ADAPTATION DES LOGEMENTS A LA DÉPENDANCE

#### D - ÉTAT DES LIEUX DE L'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

- 1°/ Résidence Autonomie
- 2°/ Unités de soins de longue durée
- 3°/ Les EHPAD
- 4°/ Les Beguinages
- 5°/ Situation de l'hébergement

#### E - POLITIQUES PUBLIQUES DEPUIS 2010

- 1°/ Le rapport Rosso-Debord 2011
- 2°/ Les Rapports Aquino, Broussy et Pinville du 11 mars 2013
- 3°/ La loi Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV - 2015)
- 4°/ Le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA) et le Comité Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA)
- 5°/ Le Rapport Libault (Mars 2019)
- 6°/ Le Rapport El Khomri (Octobre 2019)
- 7°/ Le vote le 7 août 2020 de la loi créant une 5<sup>e</sup> branche « Autonomie » de la Sécurité sociale
- 8°/ Le Rapport Vachey (Septembre 2020)
- 9°/ Les tergiversations du Gouvernement Macron
- 10°/ Les rustines du gouvernement Macron
- 11°/ Le rapport Broussy (Juin 2021)

#### F/ PERSPECTIVES DE LUTTES REVENDICATIVES DE L'UNIRS

- 1°/ En préambule : Quelques principes
- 2°/ Le coût de l'aide à l'autonomie
- 3°/ L'ASH
- 4°/ La solidarité avec les aidant-es
- 5°/ Le personnel de l'Aide à l'autonomie et de la dépendance
- 6°/ Pour une politique d'adaptation des logements
- 7°/ Pour des EHPAD humanisés
- 8°/ L'Habitat inclusif
- 9°/ Pour une société du « Mieux vivre ensemble ».
- 10°/ Un financement de l'aide à l'autonomie assuré à 100% par la branche Maladie de la Sécurité Sociale.

# DOSSIER REVENDICATIF 2021 de l'UNIR SOLIDAIRES

## AUTONOMIE et DÉPENDANCE

La question de la perte d'autonomie des personnes âgées concerne tout le monde, et pas seulement les personnes âgées fragilisées et touchées par la maladie de Parkinson ou celle d'Alzheimer et leurs familles. Cela concerne tout le monde, car tout le monde peut espérer être « âgé » un jour, et craindre alors d'être plus ou moins fragilisé, lui, elle, des proches. Cela concerne tout le monde, car le « risque » pèse sur chacune et sur chacun, et les conséquences, notamment économiques et financières, de ce risque pèsent donc comme une menace pour demain. La prise en charge de la perte d'autonomie est donc devenue une importante question de société. Il s'agit de savoir quelles conditions de vie le pays pourra offrir à ses habitant-es les plus âgé-es et les plus diminué-es physiquement et intellectuellement. Pour un système économique qui privilégie la performance et la rentabilité, il s'agit de décider du sort qui sera réservé à des personnes qui ne produisent plus de richesses marchandes et qui sont devenues des « derniers et dernières de cordée ». Pour une société qui se réfère encore aux Droits de l'Homme, à la solidarité, à la dignité de toutes les personnes, il s'agit de concrétiser ces affichages par des actes à l'égard des personnes directement concernées comme de leurs proches et leurs familles.

Il y a toujours eu des personnes dépendantes du fait de handicaps, héréditaires, de naissance, conséquences de maladies ou d'accidents liés à la vie, au travail, à l'âge. Pour autant, cette situation n'a pas été prise en compte lors de la création de la Sécurité sociale en 1945. Les fondateurs avaient conscience que ce qu'ils construisaient n'était qu'une première étape et que « *Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan complet qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité* ». Le facteur d'insécurité « perte d'autonomie » n'est devenu un problème de société que plus tard. De fait, c'est assez récemment en France que la nécessité de trouver des solutions à la perte d'autonomie a commencé à faire l'objet de mesures politiques et sanitaires spécifiques. L'augmentation de l'espérance de vie, grâce notamment aux progrès de la médecine, est un des éléments de cette prise de conscience nouvelle. Et la vision de personnes âgées indigentes, isolées, abandonnées, dans des « mouirois », ou seules à leur domicile, est peu à peu devenue gênante dans notre société riche et se considérant évoluée et a contribué à l'évolution des mentalités.

Pour notre part, nous estimons que la perte d'autonomie est l'un des domaines où la solidarité nationale devrait trouver le mieux à s'exprimer : quand elle touche une personne, c'est un amoindrissement très lourd à vivre pour cette personne et ses proches. Il serait donc totalement inadmissible qu'à ces drames humains viennent s'ajouter des problèmes économiques et financiers. Et il serait anormal que celles et ceux qui, toute leur vie active, ont participé à l'accroissement de la richesse collective par leur activité, et leurs cotisations et leurs impôts, soient mises et mis au rebut car devenu-es incapables de produire et ayant perdu une partie de leur autonomie. Nous savons que, jadis, et naguère, des sociétés humaines moins « riches » savaient respecter et prendre soin de leurs aîné-es. Cette solidarité entre générations est aujourd'hui repoussée par certains car trop coûteuse pour la croissance du PIB et le renforcement des profits.

Très rapidement après sa création, l'UNIRS a pris en charge cette question et en a fait un dossier revendicatif important. En avril 2011, nous avons publié un document « Pour une politique générale d'accompagnement et d'aide à l'autonomie des personnes fragilisées, au sein de la Sécurité Sociale », à consulter en cliquant [ici](#). Ce dossier de 86 pages a été complété par un dossier annexe de 34 pages, en août 2011, portant principalement sur les travaux initiés par le gouvernement de l'époque, à consulter en cliquant [ici](#). Tout ceci a permis, à l'époque, de fournir des éléments pour informer et pour débattre, dans l'UNIRS principalement, mais aussi dans l'Union syndicale Solidaires. Ainsi, le Congrès de Villefranche-sur-Saône de Solidaires des 7, 8 et 9 juin 2011 a été en mesure de voter une Résolution n° 2 « Droits sociaux et solidarité » comportant trois pages titrées : « Handicap, perte d'autonomie, plus particulièrement des personnes âgées dépendantes ».



Depuis 2011, ce dossier est devenu, pour nombre de « politiques », un sujet à exploiter lors des campagnes électorales, tout en l'abandonnant une fois arrivés au pouvoir. Sarkozy, Fillon et Roselyne Bachelot avaient ouvert la voie dès 2011 avec une très forte agitation médiatique se terminant par un grand flop. Au cours des dix dernières années, des textes ont tout de même été votés, ne nous donnant pas satisfaction et ne répondant pas à nos revendications, mais venant changer le cadre législatif et la situation des personnes. La loi ASV (Adaptation de la Société au Vieillessement) de décembre 2015 affichait quelques bonnes intentions mais ne mettait pas en face les moyens nécessaires. La loi du 7 août 2020 créant une 5<sup>e</sup> branche de la Sécurité sociale consacrée à la perte d'autonomie donne l'affichage d'un ancrage de ce dossier dans la Sécurité sociale, mais ceci se fait sans moyens financiers et soulève plus de craintes que d'espoirs, notamment quand nous voyons les attaques menées par le gouvernement contre la sécurité sociale.

L'UNIRS, avec les autres organisations de retraité-es, demande bien entendu que la perte d'autonomie soit rattachée à la Sécurité sociale, mais dans la branche Maladie, et pas par la création d'une 5<sup>e</sup> branche. Les gouvernements de la présidence Macron mettent en avant que la vieillesse n'étant pas une maladie, il ne serait pas pertinent d'inclure la perte d'autonomie dans la branche Maladie de la Sécurité sociale.

Mais ce n'est pas la vieillesse que nous demandons de prévenir, c'est la perte d'autonomie, consécutive par exemple à l'apparition de maladies dégénératives, ou, tout simplement, par une réduction normale des capacités physiques et psychiques due à l'âge. Tout ceci est bien une altération de la santé, et a donc toute sa place dans la branche Maladie.

Tout ceci rendait nécessaire une actualisation du dossier de 2011. D'autant plus que la crise sanitaire a souligné les insuffisances criantes de notre système. En effet, les scandales qui ont éclaté ces dernières années sur la manière dont sont parfois traitées les personnes dépendantes dans les EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), privés notamment, ont montré aux yeux de toutes et tous comment notre société se « débarrassait » de ses improductifs et improductives, comment les mauvais traitements qui leurs étaient infligés (insuffisance de soins, manque de personnel, rapidité des interventions, nourriture peu adaptée, etc.) permettaient à des individus peu scrupuleux de faire de confortables profits sur le dos de cette misère humaine. L'or gris des personnes aux cheveux blancs est un domaine désormais attractif pour les capitaux ! Les besoins sont énormes, et la longueur des listes d'attente pour pouvoir atteindre la porte d'entrée de ces établissements comme le coût des établissements empêchent les familles de pouvoir faire réellement un choix et d'écarter les structures qui ne répondent pas à leurs attentes et à celles de leurs proches en perte d'autonomie. L'insuffisance de l'engagement public est patente, alors que le niveau des besoins impliquerait que se multiplient les structures publiques de prises en charge partout sur le territoire.

Dans les pages qui suivent, nous proposons donc une actualisation de notre premier dossier de 2011. Il ne s'agit pas, là encore, d'arriver à un dossier totalement achevé : la réponse de la société à la perte d'autonomie, c'est un domaine qui nécessitera des actualisations et des mises à jour régulières, au fur et à mesure de l'avancée de nos revendications et des résultats que nous

pourrons engranger.

Par ailleurs, au cours des prochaines années, nous aurons à travailler sur la situation générale des personnes handicapées, quel que soit leur âge. En effet, nous revendiquons, comme la plupart des organisations syndicales, la disparition de la barrière de l'âge en matière de prise en charge du handicap. Il nous faudra donc essayer d'harmoniser, par le haut, les revendications, notamment en rencontrant des représentantes et des représentants des associations qui prennent en charge ces questions.



## A – DÉFINITIONS ET RAPPEL HISTORIQUE

**La perte d'autonomie est définie comme un état durable** de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser les actes de la vie quotidienne. La mesure du degré de la perte d'autonomie physique et psychique des demandeurs de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) se fait au moyen de la Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Elaborée en 1997 par les médecins de la Sécurité Sociale et ceux de la Société Française de Gérontologie notamment, elle est utilisée par les Conseils départementaux et leur permet donc de déterminer le montant de l'APA nécessaire à la prise en charge d'une personne dépendante.

Mise en place par le gouvernement Jospin en 2002, l'APA, bien que représentant un progrès indéniable par rapport à la situation antérieure, est encore loin de répondre à cette demande d'une prise en charge à 100 %. Cofinancée par les départements (à plus de 60 %, donc en partie par les impôts locaux) et par l'État via la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), alimentée elle-même par des recettes diverses, celles venant de la « journée de solidarité » (le lundi de Pentecôte de Raffarin) et celles de la Contribution Sociale Généralisée (CSG), l'APA manque de plus en plus de moyens de financement par rapport à ses besoins. La compensation par l'État, qui était de 43 % en 2002, n'était plus que de 28 % en 2010, alors que les besoins augmentent.

Toute personne, âgée de 60 ans et plus, et connaissant une diminution d'autonomie peut bénéficier de cette mesure, qu'elle vive à son domicile, dans un foyer logement ou dans un EHPAD (les règles de financement diffèrent selon son lieu de vie). Elle n'est pas soumise à conditions de revenus, ni à récupération sur la succession, mais le montant versé dépend des revenus de la personne, et au-delà de 802,93 euros de revenus mensuels, les bénéficiaires de l'APA doivent s'acquitter d'une participation financière. L'APA est versée par le conseil départemental.

**Le nombre de bénéficiaires de l'APA** en établissement, lors de sa création en 2002, était de 303 000 - il est en 2017 de 541 000, soit plus de 78 % d'augmentation. Pour les personnes à domicile, on passe de 293 000 bénéficiaires en 2002, à presque 769 000 en 2017, soit plus de 2,6 fois plus de personnes (Source : Statista 13/09/2019). Pour toutes les catégories, 1,3 million de personnes perçoivent l'APA en 2017, soit plus d'un tiers des personnes âgées de plus de 85 ans (DREES 2019). A l'horizon 2060, le nombre de bénéficiaires de l'APA devrait atteindre 2,3 millions de personnes.

### *Particularités*

Certaines catégories professionnelles ont bénéficié, et bénéficient encore d'aides pour le maintien à domicile, complémentaires à celles prévues pour l'ensemble de la population. Quelques exemples :

**a/ Les fonctionnaires retraité-es** : jusqu'en 2008, année où elle fut supprimée (permettant ainsi de faire des économies sur le compte des retraité-es) l'aide-ménagère à domicile s'élevait à 25 millions d'€ par an. Remise en place en 2011, (en changeant de nom) avec une enveloppe de seulement 10 millions d'€ pour 2012 et les années suivantes, elle sera épuisée en 2019. La prestation est maintenant gérée sur le budget de l'action sociale interministérielle et la dépense s'élève, à titre d'exemple, à 2,285 millions d'€ pour 2020 (soit plus de 10 fois moins qu'en 2008) pour environ 2 000 aides accordées (et 1 660 rejetées dont 1 350 pour ressources supérieures au plafond). Grâce à la mobilisation, le nombre de tranches de ressources est passé en 2020, à 8 tranches, comme dans le privé.

**b/ Les cheminot-es retraité-es** peuvent également compter sur des aides spécifiques au moment du départ en retraite, ou plus tard : des ateliers nutrition, équilibre... ; des prestations pour la réalisation de tâches quotidiennes : aide-ménagère, repas, amélioration de l'habitat, jardinage, déplacements, aides techniques, autres services à la personne, aide aux aidant-es ; un accompagnement pour surmonter certains événements de la vie : hospitalisation, perte temporaire d'autonomie, soutien à l'entourage familial...

Il est également possible de séjourner dans des Établissements de Séjours Temporaires (EST) avec différentes thématiques de séjours de répit, pour rencontrer de nouvelles personnes, se ressourcer après un événement personnel difficile, une hospitalisation ... Des séjours de répit pour les aidant-es peuvent aussi être mis en place...

Des personnels spécialisés pour le conseil, et l'évaluation des besoins et des aides, des financements sont proposés par le Service d'Action Sociale de la SNCF.

**c/ D'autres entreprises, publiques ou privées**, proposent à leurs ancien-nes salarié-es des aides complémentaires en cas de perte d'autonomie notamment : RATP, Michelin, Dassault ... Dans un contexte d'accélération des privatisations de services publics, et de fusions ou d'éclatement des entreprises nationales, il est à craindre que peu à peu ces protections complémentaires disparaissent, aggravant la situation de personnes fragilisées. D'où l'intérêt de lutter pour un Service public de l'Autonomie, pour généraliser une protection médicale et sociale de qualité pour toutes les personnes dépendantes.



## B - ETAT DES LIEUX DE L'AIDE A DOMICILE

### 1°/ Les services de l'aide à la personne : bref historique

Les origines historiques de ce secteur sont multiples et puisent à la fois dans le travail domestique, l'engagement et le militantisme des associations, l'action sociale et la volonté de structuration apportée par les pouvoirs publics.

Ce secteur se compose d'une multitude de métiers tendant à se professionnaliser de plus en plus, à destination de publics divers et se compose d'opérateurs et d'opératrices à statuts différents : associations, organismes mutualistes, centres communaux d'action sociale, entreprises à but lucratif, particuliers, employeurs.

**Depuis les années 1960**, l'aide au domicile des personnes s'est structurée, les pouvoirs publics ayant le souci de répondre à un double objectif : aider les personnes en situations de fragilité en tant que puissance publique garante de la protection sociale et lutter contre le chômage.

**Au fil du temps**, les pouvoirs publics ont mis en place des actions programmées et des financements spécialement affectés. Ce sont d'abord les politiques sociales qui ont aidé au développement et à la structuration du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux familles en difficulté.

**En 1953**, un décret réforme les lois d'assistance et constitue la base juridique de l'aide à domicile. On parle désormais d'aide sociale et non plus d'assistance.

**En 1962**, le rapport Laroque préconise d'intégrer les personnes âgées à la société, grâce à un soutien à domicile adapté. Depuis la fin des années 80, dans le but de restructurer l'offre de service, une réglementation généraliste a induit de nombreuses transformations qui ont contribué à bouleverser le secteur de l'aide à domicile.

## 2°/ Les modes d'intervention du secteur

L'offre de prestation de services peut être réalisée sous trois modes d'intervention :

### 1) Le mode prestataire

Dans ce mode d'intervention, l'utilisateur-trice fait appel à un organisme qu'il-elle paye en contrepartie d'un service. L'organisme organise les interventions et est l'employeur des salarié-es qui vont intervenir au domicile de l'utilisateur-trice. Ce mode d'intervention est principalement assuré par les structures associatives à but non lucratif et les entreprises privées à but lucratif.

### 2) Le mode mandataire

Dans ce mode d'intervention, l'utilisateur-trice est l'employeur-se d'un-e salarié-e intervenant à son domicile. Il ou elle fait appel à un organisme pour l'aider à assurer sa fonction d'employeur-se : le service mandataire assure les formalités administratives relatives à l'emploi du ou de la salarié-e et à la gestion de son contrat de travail.

### 3) L'emploi direct ou gré à gré

Dans cette configuration, l'utilisateur-trice embauche directement le ou la salarié-e et assure sa responsabilité d'employeur-se : démarches relatives à l'embauche et l'emploi du ou de la salarié-e, organisation de l'intervention du ou de la salarié-e, application de la convention collective.

## 3°/ Les opérateurs du secteur

Les activités de service à la personne sont assurées par quatre grands types d'opérateur-trices : les associations, les structures publiques, les entreprises commerciales, les structures mutualistes.

### 1) Les associations

Les associations à but non lucratif (loi 1901), opérateurs historiques, réalisent la plus grande partie de leurs interventions auprès des publics fragilisés (personnes âgées, dépendantes, handicapées, familles en difficulté).

### 2) Les structures publiques

Les communes disposent de certaines compétences en matière d'action sociale. Les municipalités (ou les communautés de communes) ont donc développé des actions d'aide et d'accompagnement auprès des personnes âgées à domicile. Les centres communaux d'action sociale (CCAS) proposent des actions diversifiées en matière d'action sociale en faveur des personnes âgées.

### 3) Les entreprises commerciales

Les entreprises commerciales – à but lucratif - se sont développées depuis la fin des années 1990. Le plan de développement des services à la personne de 2005 (Plan Borloo) a fortement dynamisé l'essor des entreprises sur ce secteur d'activité. Les entreprises se consacrent essentiellement aux activités de services envers les publics non fragiles (entretien du logement, repassage, jardinage...), à l'assistance informatique. Elles proposent aussi des prestations envers les publics en situation de fragilité. Les tarifs proposés par ces entreprises sont plutôt onéreux, et le personnel y perçoit de très bas salaires (la rémunération minimum nette qui est d'environ 8€ par heure, est facturée 3 fois plus à la personne dépendante). C'est un marché de service très lucratif pour les investisseurs, et qui de plus est en expansion.



### 4) Les autres opérateurs

Les organismes mutualistes s'intéressent également aux services à la personne. Les adhérents de la fédération nationale de la mutualité française (FNMF) disposent de services d'aide et d'accompagnement à domicile et adhèrent souvent également à une des quatre fédérations nationales d'associations. La Mutualité Sociale Agricole (la MSA, le régime du « monde agricole », les salariés et les non-salariés agricoles, le Crédit Agricole Mutuel, les salarié-es de la MSA, les Chambres d'Agriculture, etc.) a créé des services d'aide à domicile sur certains territoires. Les enseignes de services à la personne ont également vu le jour suite au plan Borloo.

## 4°/ La structuration juridique du secteur

Le statut juridique des services à la personne en France dépend de deux facteurs : la fragilité de la personne et la lutte contre le chômage.

Le Conseil Général est pilote de l'action sociale et médico-sociale depuis la loi de décentralisation de 2004. Les structures qui interviennent auprès des publics âgés, handicapés ou en situation de besoin d'aide sont autorisées par le Conseil Général, si elles répondent aux besoins recensés dans le schéma et bénéficient d'une tarification. Le statut juridique de ces structures dépend du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Pour organiser la lutte contre le chômage, le gouvernement français, depuis quelques années déjà, légifère pour développer les services à la personne, pourvoyeurs d'emplois. Ainsi, au nom de la lutte contre le chômage, il a été décidé de simplifier les procédures d'ouverture de services à la personne en créant un statut juridique spécifique.

Les pouvoirs publics ont aidé au développement des activités de services à la personne par le biais de trois leviers d'action : la réduction des coûts en agissant sur les taux de prélèvements sociaux et la fiscalité ; la prise en charge partielle du coût par les finances publiques que ce soit au titre des politiques sociales (personnes handicapées et personnes âgées dépendantes) ou, de manière plus générale, les subventions à certaines activités (réduction fiscale aux ménages utilisateurs de services à la personne, réduction fiscale aux entreprises offrant des services à leurs salariées).

## 5°/ L'organisation de l'aide à domicile

### a/ les étapes de l'aide

La première étape est de faire évaluer par un médecin le degré d'autonomie de la personne, et de faire valider ensuite les besoins éventuels par les services départementaux compétents. C'est lors d'une visite à domicile qu'une Assistante Sociale complète le constat médical, afin de déterminer si une aide est nécessaire, en quoi elle consistera, et si elle peut être versée (le montant de l'aide dépend des ressources de la personne).

Ensuite, soit la famille se charge elle-même de l'aide matérielle à apporter, notamment dans le cas où le montant de l'AGIR est faible et où la situation financière des proches est très précaire et très modeste - ce qui est fréquent dans les départements où les besoins sociaux sont colossaux du fait des nombreuses personnes à faibles revenus à aider.

Dans le cas où le département peut accorder les soutiens financiers nécessaires, différentes formes d'aides peuvent être mises en place, en faisant appel aux différents opérateurs présents sur le secteur, ou à des demandeurs d'emploi, par le biais du CESU (chèque emploi service).

Les interventions concernent plusieurs types de prestations : aide-ménagère, aide à la toilette, aux courses, la confection des repas (celle-ci pouvant être assurée également en extérieur, et, dans ce cas, le port du repas peut faire l'objet d'une aide ou donner lieu à un crédit d'impôt, seule la nourriture est totalement à charge).

### b/ une aide pourvoyeuse de précarité

Trop souvent, l'Aide à Domicile est un pourvoyeur d'emplois précaires. Les soins et prises en charge s'avèrent inadaptés, parce que les personnes aidantes n'ont pas connaissance de ce que l'on attend d'elles, et/ou ne possèdent pas les gestes « métiers » permettant de soulager les personnes en difficulté.

Par ailleurs, les temps alloués par les officines privées à l'Aide à Domicile sont trop courts pour rendre les services attendus. Les journées sont harassantes (le temps de transport n'est pas compris), le niveau de rémunération trop bas par rapport aux contraintes (1403 euros nets par mois à temps plein selon l'INSEE). Les intervenant-es se succèdent, perturbant la qualité des soins apportés.

Et il n'y a pas ici de mauvaise volonté de la part des personnels : c'est bien d'un problème d'organisation du secteur dont il s'agit.



## 6°/ Disparités en matière d'Aides à l'Autonomie

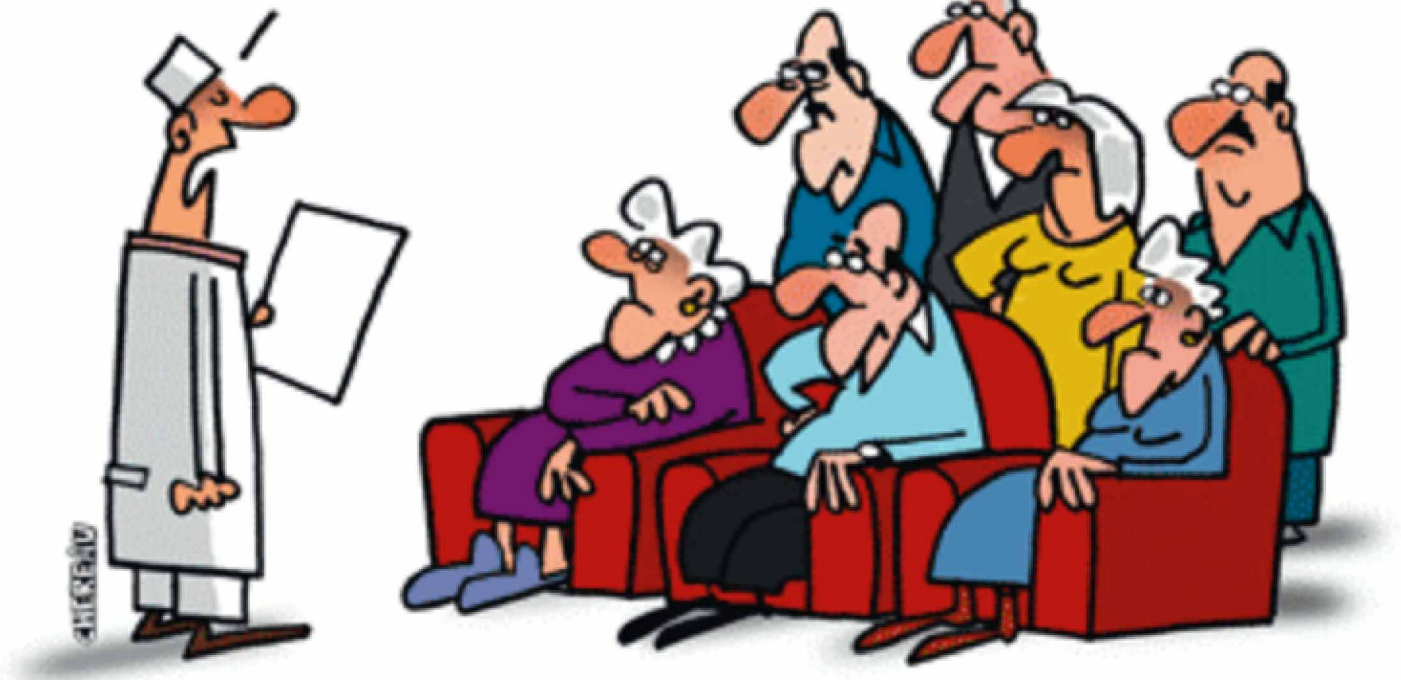
En moyenne, 92 % des montants versés d'APA à domicile sont mobilisés pour financer le recours à un intervenant à domicile.

En 2017, les dépenses nettes d'aide sociale distribuées par les départements sont de 37,8 milliards d'euros. Les aides sociales aux personnes âgées représentent 34 % du total et leur distribution géographique est très hétérogène. Ces disparités sont le reflet du contexte démographique et socio-économique local (répartition par âge ou par niveau de revenu, situation du marché du travail local), mais également des politiques sociales mises en place. Selon que la personne âgée en difficulté habite une région peu peuplée, mais aussi comptant par exemple moins de bénéficiaires du RSA, les chances d'obtenir une aide seront plus grandes, et les critères moins drastiquement appliqués. Il n'est pas admissible que les personnes ou les familles les plus fragilisées (chômage, précarité, faibles revenus) qui vivent dans des régions sinistrées accumulent les difficultés, et perçoivent les aides les plus faibles. La décentralisation des responsabilités et des pouvoirs ne devrait pas servir à accroître les inégalités.

En soi, le principe de l'aide à domicile est satisfaisant : on détermine les besoins de la personne à aider afin d'y répondre par des interventions appropriées. Mais, là où le bât blesse, c'est que tous les besoins ne sont pas pris en compte, et que les temps d'intervention sont trop courts, ce qui déshumanise les actions menées. Tout ce qui concerne le lien social est évacué : les aspects relationnels, culturels, participation à la vie en collectivité, etc.

Ces besoins sont considérés comme des questions privées, à la charge des familles (qui, de par leur situation professionnelle ne peuvent pas toujours y répondre) et « non essentiels ». Pourtant, on l'aura vu lors de la crise sanitaire 2020-2021, la rupture du lien social et l'isolement total des personnes âgées fut douloureusement ressenti, et mortifère.

**J'AI FAIT LE CALCUL: COMPTE-TENU DE VOTRE NOMBRE ET DU MANQUE DE MOYENS, JE POURRAI FACILEMENT ÊTRE BIEN TRAITANT 2 À 3 MINUTES PAR JOUR ET PAR PATIENT.**





## C - L'ADAPTATION DES LOGEMENTS À LA DÉPENDANCE

Au fil du temps, les personnes âgées, qui souhaitent rester chez elle, se trouvent confrontées à différents problèmes dans leur logement, celui-ci devenant de moins en moins adapté à leur besoin pour différentes raisons suivant l'état de santé de la personne et de son degré d'autonomie. Il est donc indispensable que l'on puisse rester chez soi, indépendamment de son avancée en âge, avec un maximum de confort, de sécurité et d'autonomie. Le droit au logement est un fait mais il faut aussi que celui-ci soit bien évidemment décent et ensuite qu'il puisse être modulable et adaptable aux particularités de ses habitant-es.

**Suivant les situations, les démarches pour faire aménager son logement sont différentes :** locataire du privé ou du parc social, propriétaire, habitant en appartement ou dans une maison.

Un ergothérapeute peut se déplacer au domicile et établit un diagnostic des aménagements à faire et/ou aux travaux à effectuer pour aménager le logement en fonction des besoins.

**Ce service, qui devrait être obligatoire car il est indispensable** pour bien faire le point sur les besoins de la personne en perte d'autonomie, n'est pas bien évidemment gratuit. Le coût est d'environ 280 euros, il peut aller jusqu'à 1 000 € s'il y a une intervention conjointe d'un-e technicien-ne et d'un-e ergothérapeute. Selon les endroits, les CCAS ou le bailleur social le prennent en charge (mais ce n'est pas partout), donc souvent la personne âgée fait l'impasse sur ce service et se retrouve avec des aménagements qui ne sont pas toujours adaptés à sa perte d'autonomie.

Lorsque la personne en perte d'autonomie est locataire dans le secteur privé, elle peut se heurter au refus du propriétaire d'accepter les aménagements et elle n'aura donc pas d'autre choix que de partir dans une maison de retraite. Si elle est locataire dans le secteur public (HLM ou autre), le bailleur n'accepte pas non plus toujours de faire les aménagements en tout état de cause, dans cette situation, les délais sont excessivement longs.

La situation peut paraître plus facile lorsqu'on est propriétaire de son logement. Outre les freins psychologiques de la personne en perte d'autonomie car il n'est pas facile de se dire qu'on ne va plus pouvoir faire certaines choses de la même façon qu'avant et affronter le regard des autres qui viendront chez elle, d'autres embûches existent.

**Il y a bien sûr les obstacles financiers** mais aussi le choix de l'entreprise qui va faire les travaux n'est pas toujours aisé. Certaines d'entre elles sont labellisées « Handicap » mais cela n'est pas toujours une garantie de sérieux. De nombreux exemples ont été rapportés sur la douche à 1€ qui s'avère avoir beaucoup de malfaçons. De plus, des entreprises ne font pas des devis en corrélation avec ce qu'a recommandé l'ergothérapeute ou avec les besoins réels de la personne âgée parce qu'elle se laisse influencer ou n'a pas été assez vigilante. Dans d'autres cas, ce sont les enfants qui ne veulent pas de travaux de ce type parce qu'ils trouvent que cela va dévaloriser le logement !

Quelles que soient les situations, à partir du moment où l'on dépose un dossier pour avoir une aide pour l'aménagement de son logement, le délai minimum est de 6 mois pour qu'il soit traité et accepté. Le choix de rester chez soi dans de bonnes conditions, lorsqu'on est en perte d'autonomie et qu'on n'a pas une pension suffisante pour financer soi-même les travaux, s'avère compliqué. Pourtant, aménager les logements des personnes âgées est un acte de prévention et retarde, voire empêche, leur entrée en EHPAD.

**Le tableau ci-dessous récapitule les organismes de conseil et d'information**, et, suivant si la personne âgée est locataire ou propriétaire, les organismes financeurs et les différentes aides qu'elle peut obtenir. Les CLICS proposent différents niveaux de prestations et la fédération Soliha peut orienter vers l'association de son réseau qui accompagnera sur l'ensemble des démarches. On voit bien par le nombre d'intervenants et d'organismes que la tâche n'est pas aisée pour obtenir un aménagement de son logement. La constitution du dossier n'est pas évidente, et si la personne n'est pas en capacité de le faire seule et n'a pas quelqu'un qui puisse l'aider et l'accompagner tout au long de sa démarche, elle renoncera à son choix qui était de rester chez elle.

Personnes

âgées 

Les organismes de conseil et d'information	Ma situation d'habitat	Le responsable des travaux	Les organismes financeurs	Les aides et déductions fiscales potentielles
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CCAS : centre communal d'actions sociales</li> <li>- CLIC : centre local d'information et de coordination</li> <li>- ADIL : agence départementale pour l'information sur le logement</li> <li>- service APA : allocation personnalisée d'autonomie</li> </ul>	<p>Locataire (parc privé ou social)</p>	<p>Le bailleur</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ANAH : agence nationale de l'habitat</li> <li>- caisses de retraite et complémentaires</li> <li>- CAF : caisse d'allocations familiales</li> <li>- mutuelles</li> <li>- assurances</li> <li>- collectivités territoriales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- APL : aide personnalisée au logement</li> <li>- ALF : allocation de logement familiale</li> <li>- ALS : allocation de logement sociale</li> <li>- APA : allocation personnalisée d'autonomie</li> <li>- TVA à 10 % pour les travaux d'aménagement</li> <li>- crédit d'impôt à 25 %</li> <li>- allègement de la taxe d'habitation</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- MDS : maison départementale des solidarités</li> <li>- Soliha</li> <li>- associations de personnes âgées</li> </ul>	<p>Propriétaire occupant</p>	<p>Le propriétaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ANAH : agence nationale de l'habitat</li> <li>- caisses de retraite et complémentaires</li> <li>- CAF : caisse d'allocations familiales</li> <li>- mutuelles</li> <li>- assurances</li> <li>- collectivités territoriales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prêt à l'accession sociale (PAS) pour le logement principal</li> <li>- APA : allocation personnalisée d'autonomie</li> <li>- TVA à 10 % pour les travaux d'aménagement</li> <li>- crédit d'impôt à 25 %</li> <li>- allègement des taxes foncière et d'habitation</li> </ul>

## D - ÉTAT DES LIEUX DE L'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Il existe aujourd'hui plusieurs types d'hébergements pour personnes âgées, qui correspondent généralement à leur degré d'autonomie.

**1°/ Résidence Autonomie** (ex-Foyer logement, renommé avec la loi ASV de 2015 : voir ci-dessous) - aussi appelées EHPA

Elles comportent à la fois des logements individuels et privatifs et des espaces communs dédiés à la vie collective. Elles sont souvent construites au cœur des villes, à proximité des commerces, des transports et des services. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques (70%) ou à but non lucratif. Le coût du logement y est modéré (Source CNSA).

Les résidences autonomie sont des logements seniors, à mi-chemin entre le domicile et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (l'EHPAD). Elles sont constituées de chambres ou appartements non médicalisés proposés en location. L'accès aux équipements et services proposés est facultatif. Les résidences autonomie sont conçues pour accueillir dans un logement des personnes âgées autonomes qui ne peuvent plus ou n'ont plus l'envie de vivre chez elles à cause d'une baisse de revenus, de difficultés d'accès aux commerces ou d'un sentiment d'isolement. Les personnes doivent être âgées d'au moins 60 ans et être valides et autonomes (GIR 5 ou 6, Il est possible d'être admis en GIR 4 sous certaines conditions) (Source Agirc-Arrco).



**2°/ Unités de soins de longue durée** (USLD) Elles accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans, en état de grande dépendance physique et/ou psychique, qui nécessitent un suivi médical rapproché, une surveillance et des soins médicaux permanents et constants et un accompagnement global en matière d'aide aux actes de la vie quotidienne.

Les USLD sont généralement rattachées à des établissements hospitaliers. Si les USLD et les EHPAD proposent des prestations similaires, les moyens médicaux mis en œuvre dans les USLD sont plus importants que dans les EHPAD. L'admission en USLD se fait sur dossier suite à une hospitalisation, un passage en service de soins de suite et de réadaptation ou directement depuis le domicile. L'hospitalisation en USLD obéit à la même tarification que celle en vigueur dans les EHPAD.

Entre 2007 et 2010 les pouvoirs publics ont fermé 41 000 lits d'USLD pour les transformer en places supplémentaires en EHPAD « sanitaires », les faisant ainsi passer de 73 000 places à 32 000 (rapport de l'IGAS mars 2016) créant artificiellement et à moindre coût de nouvelles places en EHPAD avec comme conséquence le passage d'autant de lits du sanitaire au médico-social, secteur moins gourmand financièrement pour la sécurité sociale. USLD et EHPAD se retrouvent parfois sous le même toit, entraînant une perméabilité des effectifs de soignants qui peuvent être amenés à intervenir dans l'un ou l'autre établissement, selon les besoins. C'est l'avenir même des USLD qui reste toujours en question.

**3°/ Les EHPAD** (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Jadis appelés hospices, ils sont maintenant connus sous la dénomination Maison de retraite, dédiés à l'accueil des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie physique et/ou psychique, et qui ne peuvent plus être maintenues à domicile.

Ce sont des structures médicalisées qui accueillent, en chambre individuelle ou collective, et qui offrent, en plus de l'aide à la vie quotidienne (lever, coucher, toilette, repas, ...) et des soins médicaux personnalisés, des services tels que la restauration, la blanchisserie, des animations, etc.

Ainsi décrits, l'image des EHPAD peut être belle. Mais la situation réelle de la plupart de ces établissements, publics ou privés, est un scandale et leur organisation doit être totalement repensée.



**Les services doivent être adaptés aux besoins des résident-es, et pas l'inverse.** Par exemple : les dîners servis à 17h, à la suite desquels les résident-es sont renvoyé-es dans leur chambre pour la nuit, permettent avant tout aux gestionnaires de diminuer les besoins en personnel pour l'accompagnement, ou les activités. Les menus eux-mêmes laissent la plupart du temps à désirer : les entreprises de restauration collective (Sodexo, notamment) confectionnent à moindre coût des repas souvent peu appétissants.

**Les chambres collectives** empêchent la nécessaire intimité dont chacun-e a besoin par moment. Les surfaces des chambres individuelles et collectives sont bien trop étroites pour que les résident-es puissent humaniser, personnaliser leur lieu de fin de vie, ce qui rend celle-ci encore plus triste, voire sinistre.

**Le personnel est en nombre insuffisant** pour répondre aux besoins essentiels des résident-es, qui ne sont pas seulement de faire leur toilette ou se nourrir, mais maintenir des liens sociaux, culturels, des activités ...

Les principaux axes de réflexion, aujourd'hui, sur le sujet des EHPAD, concernent leur coût pour la société, pas le bien être des personnes qui y résident.

Jean Marc Borello (Conseiller Stratégie de la Fédération hospitalière de France), propose par exemple la généralisation de l'EHPAD plateforme, qui fournirait, en kit, les services dont les personnes vivant à proximité pourraient avoir besoin (portage des repas, soins, salle de télé-médecine ...). Ce serait uberiser davantage les personnels intervenant dans les services d'aide à domicile, d'émietter encore plus, avec des intervenant-es toujours différent-es quand on sait que ce turn-over est une souffrance pour les personnes dépendantes, et pour leurs soignant-es.

L'Institut Montaigne dans son rapport « Bien-Vieillir : faire mûrir nos ambitions » suggère de diviser par deux le nombre de résident-es de moins de 75 ans en EHPAD. Comme si les personnes concernées avaient toutes eu le choix d'y séjourner ou non, comme si bien souvent il y avait une autre solution !

Dans un rapport intitulé « Bien vieillir chez soi, c'est possible », un sénateur et une sénatrice (1 PS, 1 apparenté LR) proposent l'arrêt de la construction des EHPAD d'ici 5 ans.

La ministre déléguée chargée de l'Autonomie, Mme Brigitte Bourguignon, prône le maintien à domicile au regard du coût du placement en EHPAD.

**La crise sanitaire du Covid19 a contraint les EHPAD à trouver un nouvel équilibre** entre sécurité et liberté, posant plus que jamais la question de l'amélioration des conditions de vie des plus âgé-es en établissement.

**4°/ Les Béguinages** pour les Senior-es : une alternative aux EHPAD.

Cette solution émerge depuis quelques années en France. Le terme béguinage désignait auparavant une communauté autonome de religieuses (les béguines), en particulier en Europe du Nord, habitant un regroupement de logements individuels et de bâtiments communs au sein d'un espace clos.

**De plus en plus, ces lieux historiques sont réhabilités** et bon nombre de bailleurs sociaux s'inspirent du système de béguinage pour créer des logements pour les senior-es. L'idée est de permettre aux personnes âgées de vivre dans un lieu semi-commun, tout en préservant leur autonomie et leur intimité. Chaque habitant-e dispose ainsi de sa chambre avec, de manière générale, une kitchenette et une salle d'eau. Certains logements sont même dotés de plusieurs chambres. Chacun dispose d'un logement individuel, et des espaces communs permettent également aux habitants de se retrouver. Il s'agit de permettre de pouvoir vieillir chez soi mais sans être seul. Cette solution peut permettre de répondre au fléau de l'isolement et de la solitude des personnes âgées.

Au sein des béguinages pour les senior-es, les lieux communs, tout comme les habitations individuelles, sont adaptés aux personnes en perte d'autonomie et / ou à mobilité réduite.

**Ces logements sont peu onéreux** : 3 à 5 fois moins chers qu'une chambre en EHPAD, mais ne conviennent cependant pas aux personnes présentant une dépendance forte. En effet, la plupart des béguinages sont des logements sociaux, financés en partie par des prêts de l'État qui fixe des plafonds de ressources pour y accéder et des loyers maximums, fonctions notamment de leur localisation et du type de financement mobilisé. En octobre 2018, la loi ÉLAN, loi pour l'Évolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique, a donné un cadre juridique à ces formes alternatives d'habitat regroupé pour des personnes âgées ou handicapées, ceci sous la notion « d'habitat inclusif » assorti d'un projet de vie sociale et partagée.

**En janvier 2021, une nouvelle allocation** (Aide à la Vie Partagée – AVP) a complété le dispositif. Elle peut aller de 3 000 à 8 000 euros par an et est ouverte de plein droit et sous conditions de ressources aux personnes âgées ou handicapées choisissant de vivre dans un habitat inclusif. Au total, c'est une enveloppe de 4,5 millions d'euros qui a été ouverte pour 2021, financée à 80 % par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et à 20 % par les départements.

## 5°/ Situation de l'hébergement

	2003	2007	2011	2015
<b>Nombre de places</b>	<b>674 782</b>	<b>684 160</b>	<b>719 790</b>	<b>751 990</b>
<b>Dont</b>				
EHPAD	0	405 720	565 540	600 380
EHPA non EHPAD	434 700	88 780	9 570	8 500
Logements-foyers	154 851	121 250	108 680	109 250
USLD	82 337	66 440	34 720	33 860
Autres	2 887	1 810	1 280	0

Source : Drees, enquêtes EHPA

**Entre 2011 et 2015**, le nombre de places en EHPAD avait augmenté de 5% : 35 000 places supplémentaires, mais baissé de 1 070 places en EHPA.

**En 2015** : 35% des 728 000 résident-es en établissements ont 90 ans ou plus, 35% souffrent d'une maladie dégénérative, 49% bénéficient des GIR 1 et 2 (Etat de dépendance totale ou sévère), les 3/4 des résident-es sont des femmes. Le personnel des établissements (430 000 personnes en équivalent à taux plein - soit moins de 0,6 intervenant-e par résident-e) est composé à 93% de femmes.

Le taux d'encadrement pour 100 places de résident-es est de 103 en USLD, 63 en EHPAD, 38 en EHPA, et 13 en Résidence Autonomie.

50% des EHPAD sont des établissements publics, 24% des établissements à but lucratif.

**En 2018**, le nombre total de places pour personnes âgées dépendantes, y compris en accueil temporaire, s'élève à 609 319 places, dans 7 532 EHPAD. Au sein des résidences autonomie et des maisons de retraite, sont réparties 11 900 places en accueil de jour et 15 500 places en hébergement temporaire.

- 51 % des places en hébergement permanent et temporaire pour personnes âgées dépendantes sont dans des établissements publics.
- Le prix médian d'une chambre seule en hébergement permanent en EHPAD est de 1 953 euros/mois en 2017 (prix hébergement + tarif dépendance GIR 5-6).
- L'âge moyen d'un résident à l'entrée en EHPAD en 2015 est de 85 ans et 9 mois.

Un rapport de la DREES analyse les 275,9 milliards de dépenses de santé 2018 et particulièrement les 11,3 milliards de soins de longue durée aux personnes âgées (+ 2,4%). Les EHPAD et autres établissements représentent l'essentiel de la dépense (76 %), soit 8,6 milliards, répartis entre 4,6 milliards pour le public et 4 pour le privé. Selon la DREES, depuis 2012, la part des établissements publics recule tendanciellement au profit des établissements privés.

(Pour connaître la liste des établissements près de chez vous, par type de structures : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/resultats-annuaire?service=hebergement>)



# E - POLITIQUES PUBLIQUES DEPUIS 2010

## 1°/ Le rapport Rosso-Debord 2011

Tout être humain qui est confronté à une perte d'autonomie, un handicap, doit avoir une réponse identique à son besoin d'aide. Ce n'est pas le choix qui est fait.

La rapporteuse y critique les conditions de réalisation de l'accueil familial des personnes dépendantes. L'aide familiale n'est pas considérée comme un vrai emploi de service. La formation professionnelle est négligée. Les aidant-es, n'étant pas des salarié-es, n'ont droit ni au repos hebdomadaire, ni à l'indemnisation chômage.

Il est donc envisagé de créer un nouveau statut pour les personnes aidantes, qui doivent dès lors bénéficier d'un contrat de travail. Le rapport propose d'inscrire le métier d'accueillant dans le cadre d'une formation qualifiante reconnue et conduisant à un diplôme.

Mais, le rapport avance aussi une évolution des recettes fondée sur une hausse de la CSG sur les retraité-es imposables, un recours sur succession pour accéder à une APA (aide personnalisée à l'autonomie) renforcée, le retrait de l'APA aux personnes les moins fragilisées (GIR4).

La plus caricaturale des propositions faites est probablement celle de rendre obligatoire le recours à une assurance privée pour les personnes de plus de 50 ans : il y aurait obligation de cotiser à une compagnie d'assurance privée (ce qui leur ouvrirait un marché énorme) alors qu'il serait plus simple, et moins onéreux, par exemple, d'augmenter les cotisations à la sécurité sociale. L'aide publique ne serait maintenue qu'à titre transitoire, les tarifs des maisons de retraite seraient remaniés pour diminuer le « reste à charge » des résident-es et de leurs proches



**Les associations de retraité-es critiquent vivement les principales propositions :**

- **La suppression de la GIR 4** qui revient à nier l'action de prévention de la perte d'autonomie - surtout quand on sait que ces bénéficiaires sont souvent des personnes souffrant de la maladie Alzheimer qui "savent faire" mais ne "font pas"
- **Le recours sur succession**, qui ne pénalise que les personnes ayant perdu leur autonomie, ainsi que leurs proches, et supprime la prise en charge collective
- **L'amorce du désengagement** de toute la société dans la gestion de la perte d'autonomie : avec la mise en place d'une assurance obligatoire privée dès 50 ans, ce qui participe à la discrimination par l'âge du handicap
- **L'augmentation de la CSG**, alors que les revenus d'un grand nombre de retraité-es sont très modestes
- **L'abandon des propositions** du candidat Sarkozy qui prétendait vouloir garantir à toutes les personnes devenues dépendantes la possibilité de rester vivre à domicile
- **L'Etat et les Collectivités Locales** ne seraient plus en mesure de mettre en oeuvre une politique d'accompagnement de la perte d'autonomie, une question pourtant au coeur de la vie de tout-e citoyen-ne.

## 2°/ Les Rapports Aquino, Broussy et Pinville du 11 mars 2013

En vue de la préparation d'une future loi sur le vieillissement, les rapports Aquino, Broussy, Pinville ont été remis le 11 mars 2013 au Premier ministre.

Leurs conclusions doivent servir de base de travail pour une future loi-cadre ne visant pas seulement la perte d'autonomie mais portant plus largement sur l'adaptation de la société au vieillissement.

Le projet de loi doit décliner en trois volets cette prise en compte de l'avancée en âge :

- L'anticipation : grâce à une prévention individuelle et collective de la perte d'autonomie ;
- L'adaptation de notre société : repenser les politiques publiques de logement, d'urbanisme et de transports. L'âge ne doit pas être facteur de discrimination ou d'exclusion ; il faut changer le regard sur le vieillissement ;
- L'accompagnement : si la perte d'autonomie survient, un accompagnement est nécessaire. La priorité est de permettre le maintien à domicile.

**Le rapport Aquino** veut répondre à la question de l'anticipation, en centrant ses réflexions essentiellement sur la prévention. Il s'agit, si possible, de prévenir les incapacités ou d'éviter leur augmentation. Selon les cas, ces mesures de prévention s'appliquent au domicile, à l'hôpital ou aux EHPAD. Il s'agit de développer une culture de la prévention dans l'ensemble de la société. Notre système de santé est encore trop centré sur la prise en charge curative des personnes âgées alors qu'il faudrait l'adapter afin de mieux accompagner les affections chroniques, repérer davantage les premiers signes de fragilité et les facteurs de risque pour intervenir et éviter ainsi la perte d'autonomie.

**Le rapport Broussy** s'efforce de répondre à la question de l'adaptation de la société au vieillissement de sa population. L'avancée en âge aura un impact et des conséquences bien au delà de la seule question de la perte d'autonomie. De très nombreux domaines de la société seront touchés, ce qui nécessite donc une véritable politique publique interministérielle. Il faudrait mettre en œuvre des actions fortes sur l'environnement des personnes âgées : logements individuels et habitat collectif, quartiers, villes, territoires et moyens de transports. Il serait indispensable aussi de conforter la place des personnes âgées dans la société, de mieux expliciter et affirmer leurs droits et de mieux soutenir les aidant-es et aidants familiaux.

**Le rapport Pinville** comporte une multitude d'exemples de réalisations et de politiques menées, dans de très nombreux domaines et dans un certain nombre de pays.

### 3°/ La loi Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV - 2015)

C'est une attaque nouvelle et encore plus précise à la nécessaire solidarité nationale à l'égard de tou-tes ses membres quels que soient leur âge et leur état de santé.

Cette loi sur l'Aide à l'Autonomie, réclamée depuis des années par la société civile et les associations concernées, avait été promise par les gouvernements précédents, notamment par celui de Sarkozy - Fillon. En vue de son élaboration, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot avait mis en place des commissions qui ont fourni de nombreuses contributions. Le projet est confié en 2013 par le gouvernement Hollande - Ayrault à Madame Michèle Delaunay, ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie (mais significativement pas directement à la ministre de la Santé). Après concertation, la loi sera adoptée par l'Assemblée Nationale le 28 décembre 2015.

Cette réforme, annoncée comme une loi d'orientation et de programmation très ambitieuse, ne correspond finalement ni aux ambitions proclamées par le gouvernement ni surtout aux attentes. Certaines orientations tiennent certes compte du souhait d'intégrer le vieillissement dans l'ensemble des politiques publiques, de la priorité donnée au maintien à domicile, de l'augmentation substantielle des seuils de l'APA ou encore de la prise en compte des aidants... mais les moyens de mise en oeuvre légaux et financiers sont insuffisants :

- Les dispositifs pour l'accompagnement et la prise en charge en établissement ont été renvoyés à plus tard, pour des motifs purement financiers. Les tarifs des EHPAD ne sont donc pas encadrés et les restes à charge continuent à peser lourdement sur les familles.



- **La barrière d'âge à 60 ans** entre personnes handicapées et âgées est maintenue, contre les termes de la loi du 11 février 2005, qui prévoyait une harmonisation des prises en charge.
- **Le financement par la CASA**, 645 millions d'euros, est dérisoire par rapport aux besoins en constante évolution - il en faudrait au moins 7 ou 8 fois plus. Par ailleurs, cette source de financement est injuste, c'est une sorte de double peine infligée aux retraité-es frappé-es par une perte d'autonomie et condamné-es à en payer le prix !
- **La marchandisation du secteur** de l'aide à l'autonomie est renforcée : c'est la silver économie (l'économie des cheveux argentés) et la technologie qui sont mises en avant : robotique, télé-assistance, aides à la mobilité. C'est un secteur justeux qui va surtout attirer les investisseurs ; au plan mondial, c'est un marché qui concerne plus d'un milliard de personnes. On cherche en vain l'humanisation de la démarche ... des petits boutons à commander sont réputés faire l'affaire !
- **Logement** : la loi prévoit d'adapter 80 000 logements au plus tard au 1er trimestre 2017. En réalité, en matière de logements, les problèmes ne cessent de s'accumuler : depuis des années, les objectifs de construction de logements neufs n'ont jamais été atteints, le nombre de logements mis à disposition ne cesse de se restreindre et ceux qui sont disponibles sont de moins en moins accessibles financièrement aux personnes les plus modestes. Le Sénat veut faciliter la réalisation de travaux d'adaptation du logement aux frais du locataire. Une manne pour les bailleurs, d'autant que selon un sondage, réalisé en 2012, 90 % des Français-es préfèrent adapter leur domicile plutôt que d'avoir à le quitter si leur état de santé se dégrade. Entre 2006 et 2018, la proportion de logements adaptés à la vie quotidienne des personnes en perte d'autonomie a baissé de 17 %. D'importants budgets devraient donc être alloués - sans commune mesure avec ce que propose la loi en 2015. Là encore, la perte d'autonomie restera à la charge de la personne concernée !

- **Personnels de l'aide à domicile** : le discours est attractif avec réelle reconnaissance de leurs compétences, prise en compte des déplacements, meilleures rémunérations... mais ne sont nullement abordées leur formation, leur qualification au moyen d'un diplôme, l'obtention d'un statut dans le cadre de la fonction publique territoriale ou hospitalière. Il est à craindre que le statut des personnes restera, pour l'essentiel, dépendant du « marché du travail ». Les crédits programmés ne permettront aucune amélioration fondamentale et sur le terrain, on assiste déjà au recours à des personnels précaires, souvent des chômeurs et chômeuses en quête d'emploi, orientés par Pôle emploi ou par des affichettes dans les commerces.

Cette loi est inacceptable, notamment à cause d'un financement injuste et insuffisant et de la part belle faite à l'assurantiel et aux privatisations rampantes.

Cette réforme satisfait le privé lucratif grâce à la convergence des tarifs. Avec la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) cette réforme entraîne aussi l'abandon d'une comptabilité publique pour le droit commun, avec EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) et ERRD (état réalisé des recettes et des dépenses). Avec les CPOM adieu la négociation budgétaire annuelle, la pluri-annualité budgétaire s'imposera : d'un système de pilotage par les dépenses, on passe à un système de pilotage par les ressources. Les rôles des financeurs, départements et ARS, s'en trouvent considérablement renforcés puisque les directions d'établissement seront tenues d'accepter par contrat le financement proposé sous peine d'une pénalité de 10 % de leur budget.





## 4°/Le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA) et le Comité Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA)

Le HCFEA a été institué en 2015 par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV). Cette instance réunit plusieurs institutions existantes : le Haut Conseil à la famille, le Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA), le Conseil national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et handicapées (CNBD), le Conseil technique des clubs et équipes de prévention spécialisée (CTPS), le Comité national de soutien à la parentalité (CNSP) et la Commission – provisoire – « Enfance et adolescence » de France Stratégie. Instance de réflexion et d'orientation, il rendra des avis et formulera des recommandations sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.

Le CDCA, créé aussi par la loi ASV a pour mission de renforcer la participation des personnes à l'élaboration des politiques publiques du handicap et de la vieillesse. Il est composé de représentant-es des institutions, des personnes âgées et des personnes handicapées et des professionnelles. Il est par exemple consulté sur les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces schémas programment l'évolution des établissements et services existants et la création de structures pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Mais force est de constater que tous les départements ne font pas fonctionner correctement les CDCA, et ne leur donnent pas assez de moyens.

Saisi en 2018 par le Groupe des 9, le HCFEA acte l'existence d'un « 5ème risque », mettant à part la perte d'autonomie et son financement (jour de solidarité, CASA, etc.). Et il ouvre grand la porte au secteur privé pour la gestion de cette activité. Il finira par accepter de réfléchir sur la prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale de la perte d'autonomie. Mais comme toute instance de conseil et de concertation, les questions de budgets alloués priment sur les besoins, et sans pression exercée par les citoyen-nes, le HCFEA a peu de chances d'exercer une réelle influence sur les politiques mises en place par les gouvernements.

### Les pov' vieux!

Un comparateur de tarifs d'établissements pour personnes âgées:

Vous voulez quoi?

Qu' il soit maltraité...

Ou très maltraité?



## 5°/ Le Rapport Libault (Mars 2019)

### **Vers l'individualisation accrue du risque.**

Commandé par Edouard Philippe dans la perspective d'une loi sur le grand âge et l'autonomie, il sera présenté à la ministre de la Santé, Mme Buzyn en mars 2019. Comme tous les autres rapports, celui-ci veut nous faire penser que les décisions idéologiques et choix économiques sont le fruit de consultations larges et démocratiques.

Sur les constats, l'UNIRS est aussi d'accord pour dire qu'il faut donner la priorité au maintien à domicile aux personnes qui le souhaitent, qu'il faut améliorer la prise en charge en établissement, simplifier les démarches, assurer l'égalité de traitement sur tout le territoire, investir de manière urgente dans le domaine de la professionnalisation des métiers d'aidant-es, augmenter les temps d'intervention.

**Mais le cadrage budgétaire est contraint.** Les besoins sont immenses, mais la part des richesses que le gouvernement accepte de consacrer à ce sujet ne doit pas impacter les finances publiques. Il faut améliorer la situation, mais ... on réaffirme que ce secteur est potentiellement riche en développement, et que le secteur privé y a toute sa place ... pour ceux et celles qui auront les moyens de s'offrir des services coûteux non pris en charge.

**Le rapport propose la création d'un guichet unique** pour les personnes âgées et les aidant-es dans les départements (Maison des ainé-es et des aidant-es) - mais en même temps les politiques menées visent à la fermeture de services publics dans les territoires. Les aidant-es seront mieux formé-es, mieux rémunéré-es, les effectifs revus à la hausse, la filière structurée. Le taux d'encadrement dans les EHPAD devra augmenter de 25 % (et passer à 0,75 par résident-e), mais cela restera en deça du Plan Solidarité Grand Age de 2006 qui préconisait un-e intervenant-e par résident-e ...

Tout cela avec un financement qui passera de 1,2 % du PIB en 2018, à 1,6 % en 2030. Alors qui va réellement payer ces mesures ? Les assurances privées militent pour un recours à l'assurance individuelle obligatoire.

Parmi les solutions évoquées, nous sommes très loin d'une solidarité nationale comme celle dont ont bénéficié, par exemple, les banques malades de la crise économique de 2008 - et là, il n'y a pas eu de grand débat pour en décider, l'argent nécessaire a été trouvé !

## 6°/ Le Rapport El Khomri (Octobre 2019)

Il a pour thème « L'attractivité des métiers de l'autonomie et du grand âge ». Le décalage est grand entre les ambitions affichées (une « mobilisation générale » pour ces métiers) et les 59 propositions qu'il contient.

La situation dramatique des salariés des EHPAD (essentiellement des femmes) a été mise en lumière par les luttes et les journées d'action dans ces établissements en 2018. Plus « invisible » reste le secteur de l'aide à domicile, où règnent, encore davantage le manque de formation, la précarité généralisée, les bas salaires, les cadences et les conditions de travail pénibles générant la maltraitance.

Dans aucun des domaines qu'il prétend traiter (formation, recrutement, salaires), le rapport El Khomri ne donne de réponse à la hauteur des enjeux. Alors que les besoins ne cessent d'augmenter, du fait de la progression du nombre de personnes âgées dépendantes dans les années à venir, le secteur peine à recruter. Le nombre d'inscrit-es au concours d'aide-soignant-e a diminué d'un quart en six ans. Le rapport prétend apporter une solution en supprimant le concours d'entrée, présenté comme dissuasif et en le

remplaçant par une inscription à Parcoursup dont la complexité et les bugs ne sont plus à démontrer. Il préconise un recrutement massif via la formation en alternance et la validation des acquis de l'expérience, un filon qui a immédiatement enthousiasmé les employeurs du secteur privé, trop heureux de trouver là une main-d'œuvre à bon marché qu'ils exploiteront, en prétendant la « former ».

Les véritables raisons du manque d'attrait pour ces métiers sont les conditions de travail, la précarité de l'emploi et les bas salaires, mais dans ces domaines le rapport n'apporte aucune piste sérieuse.

220 000 embauches sont nécessaires. Pour les seuls EHPAD, le taux d'encadrement d'un-e salarié-e pour un-e résident-e, jugé indispensable à un travail satisfaisant, non maltraitant, nécessiterait 220 000 embauches à temps plein. Le rapport préconise la création de 93 000 postes en quatre ans pour l'ensemble de la filière. Pour 2020, le besoin est estimé à 18 500.

Quant aux rémunérations, le rapport prévoit seulement de remettre à niveau dans les conventions collectives, au 1er janvier 2021, les rémunérations inférieures au SMIC !

Mais si timides soient les préconisations du rapport, son financement, estimé à 825 millions d'euros,

apparaît des plus improbables. Ainsi, le gouvernement a imposé dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale qui vient d'être voté, la limitation des créations de postes en EHPAD à 5 200... les quelques mesures financées pour la perte d'autonomie le sont par redéploiement.



## 7°/ Le vote le 7 août 2020 de la loi créant une 5<sup>e</sup> branche « Autonomie » de la Sécurité sociale

Diviser et personnaliser les risques, et donc leur financement, c'est le principe que les libéraux (élu-es de presque tous les bords et patronat) mettent en avant, afin, une fois encore de réduire le champ de l'universalité de la prise en charge de la Santé. En séparant les « risques », on divise de fait la population en catégorie, en montrant bien à chacune d'entre elles, en fonction des réformes à faire adopter, ce que « coûtent » les « autres » à la collectivité, ce qui ne peut « donc » être pris en charge par toutes et tous, car cela leur reviendrait beaucoup trop cher.

C'est poursuivre ce qui se fait depuis des années, et particulièrement depuis 2017 : les retraité-es sont des coûts pour la société, et comme ils et elles sont de plus en plus nombreux, le coût est de plus en plus élevé. Alors, pour que les plus jeunes, les plus actifs, les plus méritant-es ne soient pas lésé-es :

- Il faut taxer plus sévèrement les retraités : en augmentant la CSG, par exemple
- Il faut bloquer les pensions, en déclarant « aisé-es » les retraité-es dont la pension excède 1200 euros mensuels,
- Il faut modifier le calcul des pensions et repousser l'âge de départ,
- Il faut faire reposer sur cette classe d'âge, en priorité, les questions qui la concernent, et notamment la dépendance, qui est un véritable enjeu pour les années à venir...

### Quel financement ?

La loi prévoit notamment la réaffectation de 0,15 point de CSG à la CSNA dès 2024 (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie créée en 2004 et placée sous la tutelle des ministres chargés de l'Action Sociale, de la Sécurité Sociale et du budget). Les prestations qui seront versées ne sont pas précisées. Comme ces 0,15 point de CSG (environ 2,3 milliards d'euros) ne suffiront pas à financer les besoins (trois fois plus importants, au minimum, selon le rapport Libault), il est légitime de s'inquiéter sur les choix de financement non encore précisés (le recours aux assureurs et mutuels privés notamment).

A l'heure actuelle, le reste à charge pour les familles est très important, et rien ne nous laisse espérer une amélioration sur cette question.

Mais, et c'est le point de désaccord fondamental de l'UNIRS avec les projets du gouvernement : pour nous, ce 5ème risque est un risque sanitaire normal, qui peut intervenir à tout âge, et qui, comme tous les autres risques de santé, doit être pris en charge en totalité par la branche Maladie de la Sécurité Sociale. Il n'est pas question d'accepter une cotisation, ou une

contribution « à part » pour financer la perte d'autonomie. Ce sont les cotisations maladie qui doivent absorber le financement de ce risque. Et, pour ce faire, c'est tout le financement de la Protection Maladie qui doit être réorganisé.

## 8°/ Le Rapport Vachey (Septembre 2020)

Dans son rapport remis au gouvernement le 15 septembre, l'inspecteur général des Finances Laurent Vachey veut faire payer l'aide à l'autonomie en grande partie par les personnes en retraite elles-mêmes !

Le rapport accumule les moyens de pressurer davantage les retraité-es, qui auront de graves conséquences sur le pouvoir d'achat et le montant des pensions :

a/ **Nouvelle augmentation de la CSG** qui passerait de 8,3 à 9,2 % et augmentation de la part de CSG non-déductible dans les pensions (800 millions d'euros), cela représente une autre manière d'augmenter le poids de la CSG.

b/ **Réduction du plafond de l'abattement de 10 %** de l'impôt sur le revenu (1,5 milliard d'euros),

c/ **Une nouvelle journée de solidarité**, c'est à dire un jour de congé en moins pour les travailleurs-ses, qui pourrait se traduire pour les retraité-es par une contribution additionnelle de solidarité (CASA) qui passerait de 0,3 à 0,6 %,

d/ Ceux et celles qui emploient une aide à domicile et ont plus de 70 ans se verraient appliquer **une cotisation patronale** dont ils étaient jusqu'à présent exonérés. De plus, le crédit d'impôt serait limité à 6 000 €, pénalisant les personnes ayant besoin de plus de 40 minutes d'aide par jour,

e/ **L'abaissement du plafond de la réduction** au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes âgées accueillies en établissement.

Du fait de la chute de la masse salariale globale, due au chômage de masse, et au quasi blocage des plus bas salaires, le niveau de vie relatif des retraité-es représente en moyenne 110 % de celui des actifs et actives - ce qui permet au gouvernement d'envisager une nouvelle baisse effective des pensions. Au total, ce serait environ 4,2 milliards pris aux retraités, soit 70 % des 6 milliards nécessaires à une future loi sur le « grand âge ».



## 9°/ Les tergiversations du Gouvernement Macron

Les critiques contre la gestion de la dépendance ne manquent pas depuis l'arrivée de Macron au pouvoir.

Le CESE, Conseil Économique Social et Environnemental, dans son rapport de Mars 2018, montre que l'offre d'hébergement et de services pour les personnes âgées ne répond pas aux besoins et aux attentes. Il préconise 15 mesures pour : prévenir, anticiper et financer la perte d'autonomie, adapter l'offre d'hébergement et de services aux besoins et aux attentes, travailler ensemble autrement pour répondre aux exigences d'un accompagnement global et digne. Mais il manque l'essentiel : le financement, dont le CESE souhaite seulement qu'il fasse l'objet d'un « large débat public ».

En mai de la même année, le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) insiste dans son Rapport sur la façon dont les personnes âgées sont considérées et prises en charge : exclusion collective, maltraitance latente et non assumée, dénégation collective du vieillissement, ghettoïsation, etc. Les résident-es doivent « payer cher » pour vivre dans un lieu qu'ils ou elles n'ont souvent pas choisi, qui les isole, et dans lequel les professionnel-les font du mieux qu'ils et elles peuvent. La pénurie de personnels et la rationalisation des soins renforce le sentiment de solitude des résident-es. Le CCNE veut, lui aussi, repenser la création d'un cinquième risque de la sécurité sociale, pour permettre une meilleure prévention et un meilleur accompagnement des personnes dépendantes.

## 10°/ Les rustines du gouvernement Macron

Perturbé par la crise sanitaire, le gouvernement a dû gérer ses priorités. En conséquence, la réforme des retraites et la Loi Autonomie sont ajournées jusqu'au prochain quinquennat.

Un projet de société qu'il aurait fallu valider de toute urgence au vu des besoins est donc une nouvelle fois reporté, car il ne faisait pas l'unanimité dans la société.

Les principaux-les intéressés s'opposent au financement de l'autonomie telle qu'elle se dessine dans les propos des responsables politiques. Le « pognon de dingue » que le gouvernement accepte de débloquer (15 millions d'€ en 2018, et 30 millions d'€ en 2019) est pourtant largement insuffisant pour couvrir les besoins. Les seuls secteurs qui se satisfont de la volonté gouvernementale, ce sont les assurances privées, et les entreprises commerciales d'aide à domicile.

Macron est probablement conscient que les français-es ne veulent pas de nouvelles taxes, mais ne veulent pas non plus « laisser tomber leurs ainé-es ». Dans un contexte de baisse du niveau des pensions pour les

L'idée d'un financement de la perte d'autonomie par une deuxième journée de solidarité semble avoir été abandonnée par le gouvernement, face à l'opposition de 2/3 des personnes interrogées et de 70 % des salarié-es.

En 2018, les 2,42 milliards d'euros de recettes de la Contribution Solidarité Autonomie (CSA) iront aux personnes âgées (1,45 milliard), aux établissements et services médico-sociaux (0,97 milliard), aux personnes handicapées (0,97 milliard), aux départements (0,48 milliard) pour financer en partie l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Les promesses de la Ministre de la santé de débloquer 15 millions d'euros en 2018 pour le financement de plans de prévention en EHPAD, pilotés par les Agences Régionales de Santé, puis 30 millions d'euros à partir de 2019, financés par l'Assurance Maladie sont largement en deça des besoins à pourvoir dans les années à venir. De plus, le plan de développement envisagé, qui favorise les établissements accueillant les personnes les plus difficiles : dépendance, pathologies multiples... sacrifie 10 % des établissements actuels, essentiellement publics.

actuel-les et futur-es retraité-es (réformes successives des retraites, carrières hachées, chômage de masse ...), il devient impopulaire d'annoncer que les familles devront payer la perte d'autonomie (obligation alimentaire, captation d'héritage ...).



## 11°/ Le rapport Broussy (Juin 2021)

Il accompagne bien sûr le « virage domiciliaire » annoncé, il préconise l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à l'augmentation du nombre de personnes âgées. Ses 80 propositions préconisent de « repenser nos villes et nos territoires pour tous les âges, tous les usages et tous les partages », afin de faire vivre ensemble toutes les générations dans un quartier sécurisant, une ville bienveillante, avec des moyens adaptés de mobilités et de transports.

La prise en charge de la dépendance en établissement EHPAD coûte cher, malgré ses nombreuses insuffisances. Il devenait donc urgent de présenter d'autres solutions pour gérer la perte d'autonomie. Dès lors, prôner le maintien à domicile, plutôt que l'hébergement en EHPAD, tout en étant « populaire », n'est qu'un choix budgétaire de plus, et nullement un choix médical et social pour le mieux-être des personnes dépendantes.

C'est un fait : les sondages montrent que, dans la mesure du possible, les Français-es préfèrent majoritairement rester à domicile en cas de perte d'autonomie partielle. C'est une aubaine, car ce choix permet d'évaluer les coûts à minima et faire baisser drastiquement la part du PIB qui devra être consacrée à cette question. On cesse de construire des EHPAD partout, et on met en place des services d'aide à domicile pour les besoins vitaux, et ceux-là seulement. Les rémunérations des personnels intervenant à domicile étant très basses, la facture à présenter aux familles sera plus faible, et il sera ainsi moins difficile d'exiger de leur part une contribution supplémentaire.

Ce virage domiciliaire laisse donc craindre encore plus d'inégalités dans le traitement de la perte d'autonomie, encore plus d'isolement et de détresse pour les personnes dépendantes, et toujours plus de précarité pour les personnels aidants.



# F / PERSPECTIVES DE LUTTES REVENDICATIVES DE L'UNIRS

L'UNIRS retient pour objectif la mise en place d'un « service public du maintien de l'autonomie » géré dans le cadre de la Sécurité Sociale. Bien entendu, un tel choix ne pourrait se réaliser que par un meilleur partage des richesses avec suppression des exonérations sociales, des stocks options, une sérieuse réduction des dividendes, l'élargissement des cotisations sociales à tous les revenus du travail (dividendes compris), une fiscalité mieux répartie, une meilleure imposition des revenus du patrimoine, des mesures de lutte contre la fraude, l'optimisation et l'évasion fiscale.

Nous estimons en effet que la perte d'autonomie, même réduite, est déjà une contrainte et une souffrance au quotidien, physique et psychique, pour les personnes directement atteintes et pour leurs proches. Il est inadmissible qu'à ces problèmes se surajoutent des questions financières. La perte d'autonomie est donc bien un domaine où la solidarité nationale doit jouer à plein.

## 1°/En préambule : quelques principes

Il est indispensable de s'assurer du consentement total et éclairé et de la volonté de la personne concernée si elle est en pleine capacité de choix (le cas des maladies neurovégétatives est particulier et doit faire l'objet d'un traitement à part, mais il faut, en tout état de cause, toujours respecter la volonté exprimée antérieurement ou encore présente) et prendre le temps de la décision. Même âgé-es, tous les êtres humain-es ont droit à leur liberté et leur dignité.

Les personnes âgées peuvent avoir besoin de rester dans leur univers habituel qu'elles ont souvent beaucoup investi et qui les sécurise. La solitude est beaucoup plus grande qu'autrefois où la famille était sur place. Les nouveaux modes de vie des enfants, voire des petits enfants, ou même des arrière-petits enfants, les amènent souvent à s'éloigner (de plus en plus, d'ailleurs, s'installent à l'étranger). Il faut aussi prendre en compte le fait que les disponibilités des membres de la famille sont moindres. Les femmes travaillent souvent à l'extérieur (c'est à elles qu'étaient dévolus les soins à la famille), ce qui les rendent moins « à disposition » (et ce n'est pas dommage !).

Il faut donc organiser le mieux possible l'aide à l'autonomie et faciliter la vie des gens qui souhaitent rester chez eux. En fonction de leurs besoins, il faut créer des spécificités de réponses pour les personnes susceptibles de les accompagner dans leur vie quotidienne, et sans faire de la rentabilité de cette activité un élément impérieux.

### Il faut donc répertorier les besoins :

- de **santé** (médecins généralistes et spécialistes, infirmières, aides-soignantes, psychologues et affiliées...) avec une prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale;
- de **soins domestiques** (ménage, courses, repas, bricolage matériel, prise en compte des animaux de la maison s'il y en a avec éventuellement les soins chez le vétérinaire ...) par des auxiliaires de vie qui doivent bénéficier d'une réelle professionnalisation, avec formation, compétences, motivations et obtenir la reconnaissance à travers une législation forte. Prise en charge par les mairies, les conseils départementaux et régionaux.
- de **présence sociale** (conversation, nouvelles des familles éloignées, culture, sorties, écoute de nouveaux besoins ...) **métier à créer**, (et ce n'est pas le rôle d'entreprises privées comme La Poste ou les compagnies d'assurances) avec, à l'instar des auxiliaires de vie, une législation solide. La prise en charge doit se faire par des associations dûment agréées par la Fonction Publique ou d'autres organismes éventuels, et financée par les impôts.
- de **bien-être de la personne et du respect de sa liberté**. Une concertation planifiée, constante et constructive - c'est à dire à l'écoute les un-es des autres - entre les divers intervenant-es est indispensable pour un suivi cohérent et fructueux de la personne aidée. Cette concertation entre les différentes intervenantes et les différents intervenants peut être une source d'enrichissement du fait de sa diversité et elle permet de mieux connaître la personne aidée, et donc de mieux l'aider.



## 2°/ Le coût de l'aide à l'autonomie

Les enjeux financiers se posent à chaque personne, à chaque famille confrontée à la perte d'autonomie et à la collectivité qui doit trouver les moyens de satisfaire les besoins et les demandes des intéressé-es par des soutiens financiers adaptés.

Il faut développer la prévention. Il ne s'agit pas de réduire le nombre de personnes prises en charge par l'APA, mais au contraire de l'augmenter. Une prise en charge précoce et adaptée participe à la prévention, il est donc nécessaire de la renforcer par une meilleure intervention auprès des personnes, y compris celles qui sont classées en GIR 6 et 5. Il est essentiel de redéfinir les critères des GIR, élargir les domaines d'intervention à toutes les prestations, y compris celles visant à rompre l'isolement et le sentiment d'inutilité sociale des personnes dépendantes.

Il faut favoriser l'implantation d'établissements de proximité, à taille humaine. L'accueil en maison médicalisée devenant parfois inévitable, ces établissements devraient être conçus comme de petites unités, construits comme de nouveaux « lieux de vie » dans les quartiers, dans les cantons afin de maintenir des relations sociales de voisinage.

La prestation de compensation du handicap doit devenir un droit universel. Le traité de l'ONU, signé par la France, qui pose le principe de non-discrimination par l'âge pour les handicapés, doit s'appliquer, ainsi que la loi du 11 février 2005 qui devait supprimer la barrière entre les « moins de 60 ans » et les « plus de 60 ans », quelles que soient les causes du handicap.

Le développement d'un marché de l'assurance privée conduit déjà à faire une sélection dans les prises en charge et dans la qualité des aides en fonction des moyens financiers des personnes, c'est-à-dire tout le contraire d'une société solidaire.

Quelques statistiques sur le coût actuel de la dépendance (Source CNSA 2019) : 7,6 % de la population de plus de 60 ans bénéficie de l'APA, soit 1,29 million de personnes, pour 5,69 milliards d'euros. En 2017, le montant des aides sociales à l'autonomie pour les personnes âgées était de 8,5 milliards.

La contribution des finances publiques à la perte d'autonomie était de 63,2 milliards d'euros en 2016.

Lors de l'entrée en EHPAD, les établissements font main basse sur la pension. La moitié des retraité-es aujourd'hui percevant une pension de 1 000 euros environ, c'est la presque totalité de celle-ci qui est ponctionnée (on ne laisse aux résident-es que 108 euros par mois à disposition), sans recours possible. Une ponction qui fragilise parfois le conjoint resté à domicile.

## 3°/L'ASH (Aide sociale à l'Hébergement)

Versée par le département, et récupérable sur la succession est une solution très peu utilisée. Le montant de l'aide est fixé en fonction des ressources de la personne dépendante (y compris les biens immobiliers), ou du couple, des descendant-es et de leur conjoint-es par le biais de l'obligation alimentaire. Son remboursement, au décès de la personne, fait l'objet d'un ratchet absolument légal, qui ne concerne que les familles les plus modestes, qui participent aux frais consécutifs à la perte de dépendance de leurs ainé-es. Les plus aisé-es échappent à la captation d'héritage, par d'autres moyens, tout aussi légaux.

Car ce qui est un comble, c'est que cette obligation familiale ne concerne que les dettes sociales. Ce qui permet à des contribuables indécents de léguer toute leur fortune à leurs descendant-es afin d'échapper à d'éventuelles dettes fiscales. Dans ce cas, les héritier-es n'ont pas à participer au paiement de la fraude, même s'ils en ont directement bénéficié. Et pourtant, les montants de ces dettes sont parfois colossaux ! L'appel à la solidarité familiale n'est qu'un défaussement de l'état social sur les familles des charges de la protection de l'individu.

L'ASH repose sur 3 piliers : la subsidiarité, la récupération et son caractère révisable. Le Code civil dit que les obligé-es alimentaires tels que définis plus haut doivent « alimenter » à leurs ascendant-es, c'est à dire qu'ils ont un devoir d'assistance vis à vis d'eux. Ce principe s'applique pour les frais d'hébergement en EHPAD. La subsidiarité, c'est le fait pour un tiers (ici le département) de venir en soutien financier à un pensionnaire en lieu et place des obligés alimentaires s'ils ont fait la preuve que leurs revenus ne leur permettent pas de couvrir tout ou partie du reliquat des frais d'hébergement. Si c'est le cas, le département ouvre alors le droit à l'ASH. Le département informe la famille de la somme globale dont elle doit s'acquitter, aux membres de s'entendre entre eux pour se la répartir, ce qui est souvent source de tensions et de conflits. Faute d'entente, le département se tourne vers le juge des affaires familiales qui s'en chargera en fonction des documents fournis par le département et la famille.



## 4°/ La solidarité avec les aidant-es

L'investissement des familles dans l'aide à leurs proches âgés est considérable. Cette aide familiale représente une composante essentielle dans la prise en charge de la dépendance en France : sa valorisation pourrait représenter près de 7 milliards d'euros. Or, près de la moitié des aidantes et aidants familiaux travaillent et concilient parfois difficilement leur vie professionnelle avec l'aide apportée à leur proche.

Il faut aussi savoir quelles aides et quels appuis le pays offre aux familles et aux proches de ces personnes fragilisées. Les aidant-es sont confrontés-és également au quotidien à des difficultés pratiques, à des charges morales, à des peines affectives, et c'est aussi en fonction des réponses qui leur sont apportées que l'on peut mesurer le niveau de solidarité d'une société.

Concernant les aidant-es familiaux-les, il est impératif de mettre en place aide et assistance à leur égard. A la fois pour les aider dans les missions d'auxiliaires de vie qu'ils et elles souhaitent exercer, en leur proposant des formations ou stages spécifiques, gratuits, une assistance sur place si nécessaire, la possibilité de faire valider cette aide par le diplôme correspondant, leur assurant un revenu stable, l'intervention de personnels qualifiés leur permettant d'assurer un répit temporaire à domicile, ou l'accueil temporaire dans une structure collective ...).

Tout est « presque » à inventer dans ce domaine là également, là où les responsables politiques cherchent à se décharger de leurs missions sur les familles et préfèrent regarder ailleurs, prônant en fait le « chacun pour soi », alors que la société aurait besoin de faire reconnaître des droits universels pour les personnes dépendantes.

## 5°/ Le personnel de l'Aide à l'autonomie et de la dépendance

La prise en charge de l'aide à l'Autonomie doit se faire avec des personnels plus nombreux, bien formés, qualifiés, reconnus et protégés par un statut.

Il existe aujourd'hui deux métiers qui correspondent aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Le seul moyen d'inscrire dans la durée l'exercice de ce service à la personne (et non plus se contenter de recourir le plus souvent à du personnel précaire) est de professionnaliser la filière en uniformisant les statuts, en créant de vrais parcours professionnels.

Le diplôme d'Auxiliaire de vie a pour seul avantage d'employer des personnes « au rabais » c'est à dire dans une précarité constante et avec des rémunérations indigentes. C'est probablement d'ailleurs dans ce but qu'il a été mis en place, avec des conventions collectives dignes du XIX<sup>e</sup> siècle. Les compétences ou l'implication de ces personnels ne sont pas en cause, il s'agit simplement de faire baisser la facture que la collectivité doit régler.

Totalement en phase avec les besoins des personnes dépendantes, le métier d'aides- soignant-es est en capacité

de répondre aux missions d'aide à domicile.

Sous la responsabilité et le contrôle de l'infirmier-e, l'aide-soignant-e assure les soins d'hygiène et de confort, prend le pouls, la température, vérifie l'état des pansements, veille à ce que les patients prennent leurs médicaments. Au besoin, il ou elle aide à la toilette, à l'habillage ou au repas. Parfois confident-e, il-elle peut recueillir des informations précieuses sur son état physique et moral. Patience, compréhension et sens du contact sont des qualités indispensables. Mais il faut aussi de la force physique pour aider les malades impotent-es à se déplacer ou à changer de position.

La majorité des aides-soignant-es exercent aujourd'hui comme salarié-es. Plus de 70 % travaillent en clinique ou en hôpital. Les autres sont recruté-es dans des centres de soins, des établissements destinés aux personnes âgées...

Pour accéder à la formation d'aide-soignant-e, il faut être titulaire d'un baccalauréat ou bien passer le concours d'entrée. La formation se déroule sur dix mois et alterne cours théoriques et stages en milieux hospitaliers ou extra-hospitaliers. Ce diplôme peut également s'obtenir par la validation des acquis de l'expérience si la personne a exercé au moins trois ans dans un secteur de soins au cours des douze dernières années.



L'UNIRS revendique donc que les intervenant-es actuel·les à domicile doivent voir leur statut transformé en celui d'aide-soignant·e, qui prendra en compte pour la détermination du salaire, l'expérience professionnelle dans le secteur. Ainsi, le salaire des aidant-es à domicile serait le même pour toutes et tous, et permettrait à la fois des parcours professionnels et des passerelles entre l'hôpital (en équipe) et l'aide à domicile (seul·e). Puisque nous revendiquons la prise en charge à 100% de la perte d'autonomie par la branche Maladie de la Sécurité Sociale, il est dans la même logique de revendiquer qu'un personnel paramédical formé intervienne à domicile pour les soins à la personne. Concernant les augmentations salariales, nous nous alignons sur les revendications avancées par SUD Santé Sociaux.

Ensuite, nous demandons que dans le cadre d'une mise en place d'un Service public de l'Autonomie, un réel investissement soit fait dans la formation de ceux et celles qui souhaitent exercer ce métier, et dont le nombre ne peut que croître dans les prochaines années, surtout si le virage domiciliaire de l'autonomie se confirme.

## 6°/ Pour une politique d'adaptation des logements

Privilégier et faciliter le maintien à domicile par un soutien adapté.

L'UNIRS demande que soient mis en place des programmes d'adaptation des logements sociaux existants, sans frais, pour toutes les personnes qui deviennent dépendantes.

Pour les logements locatifs neufs, tous les logements doivent être systématiquement adaptés à la perte d'autonomie et pas uniquement « évolutifs » (et non pas seulement 20% comme cela a été prévu dans la loi Elan) afin que les familles et amies de personnes dépendantes puissent également recevoir leur parent·e en perte d'autonomie.

Aux soins au corps peuvent être assortis des soins domestiques indispensables, que la personne dépendante ne peut plus assurer, ou plus assurer seule (ménage, courses, confection des repas, bricolages et réparations diverses). Souvent, les enfants assurent ces tâches, s'ils vivent à proximité. Pour les personnes totalement isolées, il est nécessaire de prendre en compte ces travaux nécessaires, et de prévoir la mise en place de structures publiques, et de personnels pour y pourvoir.

Enfin, au-delà des besoins de soins au corps, existent ceux de maintenir le lien social, d'offrir un accès aux installations et manifestations culturelles, à l'accompagnement des activités en commun, qui devront également faire partie de ce service public d'aide à domicile. Il faudra prendre en compte les « soins de l'âme ».

Dans le parc locatif privé existant, lorsque survient un handicap, les familles sont généralement contraintes de déménager ou d'adapter les logements à leurs frais. Les seules obligations d'accessibilité concernent aujourd'hui la construction de logements neufs. Des mesures doivent être prises afin d'aider les familles à aménager les logements en conséquence, sans frais supplémentaires. Même chose pour les personnes à revenus très modestes, propriétaires de leur logement.

## 7°/ Pour des EHPAD humanisés

Il y a bien des choses à améliorer dans les EHPAD d'aujourd'hui afin de répondre aux besoins des résident·es et leur procurer du bien-être durant ce qui est souvent leur fin de vie.

Des établissements à taille humaine, et plus les « cages à lapin » construites ces dernières années : un cadre de vie chaleureux est impossible à maintenir dans ces grandes structures. Situé à la périphérie des villes, ou en pleine campagne, l'EHPAD se transforme en un mouiroir où il est pénible de faire des visites, et évidemment de résider. Cette situation est à bannir. La personne âgée en perte d'autonomie n'est pas dans un lieu d'isolement, pas prisonnière : elle doit pouvoir être visitée, notamment



par sa famille et ses proches, quand elle le souhaite ou quand la famille le souhaite. De petits établissements doivent être privilégiés, en ville, près des lieux de vie et d'activité de tous et toutes, afin que tous les âges se côtoient, se rencontrent, se fréquentent.

Il faut revoir tout ce qui concerne les repas car se nourrir n'est pas « se remplir » : la qualité de ceux-ci d'abord, leur diversité et leur présentation, et donc des menus à la carte, de la nourriture équilibrée, appétissante, des produits frais et bio. Mettre en place des horaires à la demande, permettant ainsi celle ou celui qui le souhaite, de participer aux activités qui seront chaque jour proposées. Il est sinistre de constater que l'ennui est parfois tel que dès le déjeuner « avalé », il ne reste plus qu'aux résident-es à attendre le repas de début de soirée, juste avant d'aller se coucher.

Il faut offrir un programme d'activités aux résident-es, en interne ou à l'extérieur (avec des accompagnant-es) : sport, cinéma, promenades, courses, débats, jeux ... Le droit de sortie et le droit de visite doivent être inaliénables, et élargis à la fois tant au niveau des horaires que de la durée des visites et des sorties, de leur mise en œuvre (sortie sur plusieurs jours, ou sur la journée ...). Il faut trouver des animations adaptées aux personnes les plus handicapées.

## 8°/ L'Habitat inclusif

Il est une alternative à l'EHPAD, fréquent en Europe du Nord.

L'habitat inclusif est un habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie locale. Il est destiné aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes. Ce mode d'habitat regroupé est assorti d'un projet de vie sociale.

On y vit à plusieurs ; les habitant-es disposent de leur logement privatif et peuvent partager des espaces de vie commune et des services avec les autres habitant-es, notamment les services d'accompagnement social, médico-social.



Il faut également repenser l'habitat : un meilleur accueil, des lieux de vie commune plus importants et confortables, des chambres individuelles plus grandes (le standard actuel est de 22 m<sup>2</sup>).

Le personnel à mettre en place doit répondre aux besoins en terme de temps et de spécialités : il faut des aides-soignant-es, des infirmier-es, des médecins à temps plein, des animateurs-trices, des psychologues, en plus grand nombre, et bénéficiant de vrais salaires, et un déroulement de carrière, la valorisation de leur expérience. La permanence des aidant-es est une demande forte des personnes dépendantes - car les soins à apporter touchent à l'intime. La notion de « soins » doit se penser comme soins à une personne, dans une relation si possible inclusive entre le soignant et le résident.

Les habitants peuvent bénéficier d'accompagnements diversifiés : un accompagnement pour la vie sociale et partagée, par l'intervention ponctuelle de professionnelles chargées de l'animation, de la coordination ou de la régulation du vivre ensemble, à l'intérieur comme à l'extérieur du logement ; un accompagnement individualisé pour la réalisation des activités de la vie quotidienne (aide et surveillance), assuré par l'intervention des services sociaux et médicosociaux.

Cet habitat est inséré dans la cité, de manière à permettre la participation sociale et citoyenne des habitant-es et de limiter le risque d'isolement. Il se situe à proximité des services (services publics, transports, commerces, sanitaires, sociaux et médico-sociaux).

A ce jour, malheureusement, le budget dédié à cette solution est peu utilisé.

## 9°/Pour une société du « Mieux vivre ensemble »

Notre société du 21<sup>e</sup> siècle doit se donner les moyens d'améliorer les relations entre générations, dans le cadre de la construction d'un monde du « mieux vivre ensemble » dans une société ouverte, refusant exclusion, rejet, isolement, mise à l'écart.

Pour faire vivre ensemble jeunes, adultes, retraité-es, bien portant-es, malades et handicapé-es, des options et des orientations s'imposent, d'abord par un autre regard sur l'autre, ensuite dans nos comportements individuels et dans nos discours, mais aussi dans les choix des politiques publiques pour mettre effectivement en oeuvre tout ceci. Les personnes fragilisées ont divers besoins d'aide et d'accompagnement ; il faut donc des services et des structures dont sont tributaires ces personnes pour vivre dignement en conservant le plus longtemps possible leur autonomie et leur liberté de choix.

**Il faut faciliter les transports et les déplacements.** L'espace urbain et, plus largement, les espaces publics devraient être organisés en fonction de la diversité des populations qui ont vocation à s'y croiser et à s'y rencontrer.

Nous estimons que l'État a la responsabilité et l'obligation de garantir, à chacun et à chacune, quel que soit son âge, un socle de droits sociaux basés sur la solidarité nationale, pour répondre aux différents besoins de protection et de santé..



## 10°/ Un financement de l'aide à l'autonomie assuré à 100% par la branche Maladie de la Sécurité Sociale.

**Nous estimons que l'Aide à l'Autonomie doit respecter le principe du Conseil National de la Résistance « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ».** Il s'agit de faire vivre une réelle solidarité nationale allant vers une prise en charge à 100 % par la branche Maladie de la Sécurité Sociale des frais supplémentaires liés à la perte d'autonomie. Cela doit permettre de supprimer tout « reste à charge » pour les personnes concernées et les familles.

**Pourquoi nous refusons l'idée d'une 5<sup>e</sup> branche ?**

D'abord parce que la perte d'autonomie est un aléa de la vie, qui appelle des soins médicaux supplémentaires qui ne sont pas « à part », mais partie intégrante des missions des professionnel-les de Santé et susceptibles de concerner tout le monde.

Ensuite parce que distinguer différents types de population équivaut à une discrimination des personnes concernées du fait d'un besoin probable de soins plus importants - il ne vient à personne l'idée de créer une branche particulière pour toutes les affections graves et coûteuses, alors pourquoi l'envisager pour la dépendance ? Les personnes âgées ne doivent pas être les seules à financer leur perte d'autonomie. Ce serait d'ailleurs d'autant plus

injuste que la majorité d'entre elles ont cotisé à la branche Maladie de la Sécurité Sociale pendant toute leur vie (soit par le biais des parents pendant l'enfance, soit sur leur salaire en tant que travailleur-se, soit sur leur pensions en tant que retraité-es). Arrivé-es à un âge où les risques d'altération de la santé augmentent, elles ne doivent pas être seules à en assumer le coût.

Enfin parce que mettre en place un financement particulier permettrait à tout gouvernement en difficulté pour boucler son budget, de puiser dans cette caisse particulière (ce fut le cas pour la vignette « des vieux » pendant des dizaines d'années). Par exemple, au cours des dernières années, des fonds de la CASA ont été détournés par les gouvernements vers d'autres budgets que l'autonomie.

Nous rejetons toute idée de partenariat public / privé lucratif, ces procédés se révélant très lourds financièrement pour la collectivité et générateurs de conflits de gestion et de détournements financiers.