



Le point central du financement :

De toute évidence, ces choix de qualité induisent de poser la question du financement de cette politique de l'autonomisation à partir d'un prélèvement sur les richesses créées par le pays. Ce financement n'a de sens que s'il est réellement financé de manière pérenne et non tributaire des ressources de l'Etat ou des familles.

Nous posons le principe d'un financement solidaire à 100% par la sécurité sociale et d'un financement public pour le service public.

Pour le financement de la sécurité sociale, nos propositions partent tout d'abord du développement de l'emploi, de l'augmentation des salaires et d'une nouvelle politique économique et industrielle. Il s'agit de réaffirmer nos propositions globales de financement de la sécurité sociale.

Concernant l'Assurance maladie, nous portons le principe du financement par les cotisations. D'une part, une cotisation sociale sur une assiette « salaires » avec une modulation visant l'accroissement du taux et de la masse des cotisations branchée sur le développement de l'emploi et des salaires. Une cotisation sociale calculée à la fois en fonction de la masse salariale versée par l'entreprise, du niveau de qualification et de la qualité de son emploi. Il faut s'en prendre au type de gestion et de politique économique pour relever la masse salariale, la part des salaires dans la valeur ajoutée produite.

Concernant les personnes en situation de handicap, nous proposons une taxe prélevée à la source pour les employeurs qui ne respectent pas la loi, prenant la forme pour ces entreprises d'une majoration de cotisations sociales. La loi sur l'emploi des personnes handicapées est

mal appliquée et insuffisante. Il faut aussi, d'autre part, affecter à la perte d'autonomie une partie, à déterminer, de la contribution supplémentaire que nous voulons créer sur les revenus financiers des entreprises, des banques et assurances ainsi que sur les ménages les plus riches. Rappelons que cette contribution permettrait de dégager sur les profits 2009, 39,9 milliards pour l'assurance maladie, 25,3 pour la retraite et 16,4 pour la famille. Ceci permettrait de compenser dans l'immédiat les besoins nouveaux et cela contribuerait à réorienter l'activité économique vers la production de richesses réelles non spéculatives.

Nous proposons, par ailleurs, **d'assurer un financement public de la prise en charge de la perte d'autonomie par l'Etat,** au moyen d'une dotation de compensation de l'Etat pour les départements indexée sur leur dépense annuelle réelle en la matière. Cela induit explicitement une modification du cadre constitutionnel et l'obligation de remboursement de la dette de l'Etat auprès des départements en matière d'APA et de PCH. Néanmoins, un véritable financement public pérenne de la prise en charge de la perte d'autonomie exigera une réforme de progrès et d'efficacité de la taxe professionnelle, ainsi qu'une véritable réforme de la fiscalité nationale et locale juste et progressive afin de ne pas faire peser indistinctement sur tous les ménages l'essentiel de l'effort contributif, réforme qui porte la suppression de la CSG. Cela passe par une progression dans l'immédiat d'impôts et taxes notamment sur les revenus financiers des plus hauts revenus. Cela renvoie aussi à une autre conception de l'Europe, de sa monnaie, de la Banque Centrale Européenne pour développer les services publics.

Nous sommes clairement opposés aux mesures qui sont avancées actuellement comme l'assurance obligatoire, le second comme le premier jour de travail gratuit, l'augmentation de la CSG des retraités, l'étranglement des finances des conseils généraux.

Nous sommes clairement opposés au recours sur succession pour financer la réponse à la perte d'autonomie car, comme l'assurance individuelle, c'est un moyen supplémentaire de contourner la solidarité nationale. Par ailleurs, le gouvernement prévoit un seuil de 100 000 euros de patrimoine. Or n'importe quel appartement ou petite maison vaut plus que cela aujourd'hui. Cela va donc toucher une grande part de salariés aux revenus moyens. C'est en fait la double peine : la perte d'autonomie et le prélèvement sur la succession.

Ce ne sont que des premières propositions ayant la volonté de positionner la problématique de la perte d'autonomie sur le terrain de leur intégration et leur intervention à égalité de chacun dans la société. Cela évite les écueils de discussions relatives à la référence à l'âge, aux critères de définition de la dépendance... Cela permet de mettre en avant nos propositions sous l'angle d'un choix de société. Cela impose un travail sur l'avenir de la sécurité sociale et sa modernisation par rapport à la société de demain, en rupture avec les plans du pouvoir et du Medef visant le démantèlement de la sécurité sociale. De plus, nos propositions ouvrent sur une perspective de concertation et d'intervention de l'ensemble des acteurs (organisations syndicales, associations, élus) de la prise en charge actuelle de la perte d'autonomie ce qui pose aussi la question de nouveaux droits à conquérir pour ces acteurs.

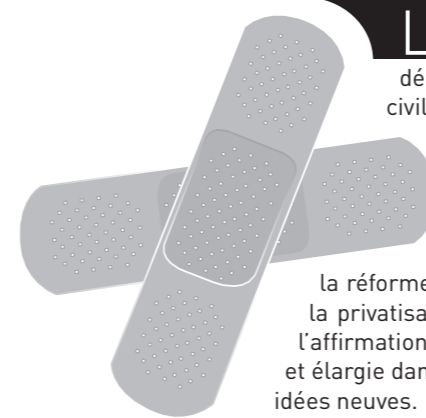
Perte

d'autonomie

Propositions et positionnement du Parti communiste français



Le contexte



Dans le prolongement du dossier sur les retraites, celui de la dépendance vise, pour le pouvoir, à poursuivre l'empreinte néolibérale tant sur l'aspect civilisation que celui de la métamorphose du financement de la protection sociale avec un recul de la solidarité mais aussi une diminution du financement public pour laisser une plus grande place au secteur financier et à la privatisation. Notre projet s'inscrit dans une critique totale de la situation actuelle notamment au niveau de l'insuffisance des moyens collectifs mobilisés mais aussi des principes avancés dans les projets gouvernementaux. La prise en charge actuelle n'est pas acceptable, la réforme proposée va aggraver les injustices et creuser les insuffisances graves, en montant la privatisation contre la sécurité sociale et le secteur public. Notre projet s'inscrit dans l'affirmation de notre défense de la protection sociale solidaire avec une sécurité sociale renforcée et élargie dans ses prérogatives fidèle en cela aux concepts qui l'ont mis en place et qui restent des idées neuves.

Problématique : des besoins réels, à anticiper, sans catastrophisme

Nous considérons qu'il s'agit d'une vraie question importante à prendre de manière dynamique, les besoins ne se limitent pas à une simple projection de la situation actuelle qui est gravement insatisfaisante. Pour autant, nous contestons le « scénario catastrophe » orchestré par le pouvoir aux seules fins de justifier le recours à l'assurantiel.

Perte d'autonomie plutôt que « dépendance »

Nous faisons le choix de prendre le concept de perte d'autonomie en lieu et place de la dépendance utilisée de manière idéologique par le pouvoir notamment. Nous dénonçons cette perversion du terme dépendance qui, au contraire, est fondamentalement porteur de solidarité à l'opposé de l'individualisme. Le traitement de la question de la perte d'autonomie exige une définition claire et préalable de la perte d'autonomie. C'est la résultante multifactorielle de situations qui jalonnent la vie de tout individu. Elles sont parfois prévisibles, parfois non, physiques, psychologiques, cognitives mais aussi matérielles, sociales et familiales qui menacent au maximum la poursuite de l'existence d'une personne et au minimum la dignité de celle-ci. Elle rend un individu au cours de sa vie dépendant d'autres individus, qui peuvent être membres de la famille, des amis ou des voisins (les aidants naturels) mais qui sont de plus en plus des professionnels missionnés pour assurer leur bien être dans toutes ses dimensions. Elle n'est en rien un risque en soi, ce qui explique notre rejet de l'assurantiel, mais un état qui justifie la mise en œuvre de moyens et d'expertises divers pour assurer à un individu la poursuite de son existence dans la dignité, à partir d'un développement des solidarités ainsi que des financements et des accompagnements collectifs nécessaires.

Quel état des lieux actuel ?

La perte d'autonomie totale ou partielle renvoie à 3 situations distinctes : grand âge (1,3 millions), handicap (700 000) et invalidité (600 000), donc 3 populations distinctes et 3 origines distinctes, même si une personne peut passer d'une situation à une autre. Elle est traitée principalement de 3 manières : prise en charge médicale et médico-sociale, prestation/indemnisation de compensation (entre autres : APA, PCH et rente ou capital) et politique d'ordre « sociétal » (accessibilités, conditions d'emploi et de travail...). Il y a 3 acteurs principaux : les organismes sociaux, les collectivités locales et leurs services publics, et les acteurs privés (assurantiels et médico-sociaux). Et pour financer tout cela, il y a 2 modalités de financement : ❶ financement socialisé qui recouvre sécurité sociale, fiscalités (nationale et locale), travail gratuit, le « reste à charge » c'est-à-dire le financement direct par les familles. ❷ le financement dit contractualisé : mutuelles ou assurances privées individuelles ou collectives.



Pour faire le choix de l'humain

Pour combattre la droite

Pour continuer le Front de gauche

J'ADHÈRE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

E-mail : _____ Tél : _____

Le point sur le financement actuel

22 milliards en 2010 seront consacrés à la dépendance, soit 1,1% du PIB qui se répartit : pour la Sécurité Sociale, 13,45 milliards dont pour l'Assurance Maladie 11 milliards. Pour les départements qui financent l'APA et certaines aides à domicile 6,1 milliards d'euros. Les financements gérés par le CNSA, 3 milliards, issus de la Contribution Sociale Autonomie et la CSG.

Quelle évolution prévisible ?

Pour le grand âge, une augmentation du nombre de personnes concernées est prévue de 1 à 1,5% par an d'ici 2040. La durée moyenne de perte d'autonomie est de 3,7 ans pour les hommes, un an de plus pour les femmes. La moitié des personnes atteignant 65 ans connaîtra une année de perte d'autonomie. A noter que le nombre des personnes de plus de 75 ans va doubler au cours des prochaines décennies.

Un magot pour l'assuranciel !

En 2008, la Fédération française des sociétés d'assurance comptait 2 007 600 assurés versant 387,6 millions d'euros de cotisations (au titre d'un contrat pour lequel la dépendance est la garantie principale) et versait 112,4 millions d'euros de rente (différence : 275,2 millions d'euros).

En 2009, 2 024 200 assurés versaient 403,1 millions d'euros de cotisations pour 127,7 millions d'euros de rente versée (différence : 275,4 millions d'euros).

Le rejet du « 5^e risque » proposé par le pouvoir

Actuellement il existe 4 branches dans la Sécurité sociale : maladie, vieillesse, famille, AT-MP (accidents du travail - maladies professionnelles) et une branche pour le recouvrement des cotisations.

La branche maladie a vocation à couvrir 2 risques de perte de revenus d'activité : un risque lié à la « maladie » et un risque lié à la « maternité ».

Surfant sur les attentes des associations appelant à une meilleure prise en charge des personnes en perte d'autonomie, la droite avance le concept de « 5^e risque » pour la sécurité sociale : « le risque dépendance ». Cette fausse bonne idée ne correspond pourtant à rien de l'architecture actuelle de la sécurité sociale, qui couvre déjà 9 « risques sociaux » : maladie, maternité, accident du travail, maladie professionnelle, vieillesse, décès, invalidité, famille et précarité, répartis dans les 4 branches prestataires de la sécurité sociale. En réalité, ce concept de « 5^e risque » organise une confusion sémantique travaillée par la droite, ses parlementaires, et le patronat, qui voudrait laisser croire que la perte d'autonomie est assurable globalement et à part entière, au même titre que n'importe quel risque classique par le secteur assuranciel privé. Ce qui n'est pas le cas au

jourd'hui puisque les financements et prestations de la dépendance liées à l'âge viennent essentiellement de la sécurité sociale et des départements.

C'est pourquoi nous rejetons ce concept de « 5^e risque » dont l'unique raison est, en isolant les recettes, de le faire financer par des complémentaires, en particulier les assurances dites privées. Nous considérons que la perte d'autonomie ne doit pas caractériser une partie de la population. Nous refusons d'ouvrir une nouvelle part de marché potentiel pour les profits des sociétés assurancielles.

La 5^e branche de prestation ?

Nous refusons un nouveau découpage de la sécurité sociale qui conduirait à une rupture supplémentaire de l'unité de la sécurité sociale. Une branche de plus dans la sécurité sociale ou dans l'assurance maladie affaiblirait la protection sociale solidaire en fragilisant la base de son financement socialisé. Il est clair que le pouvoir n'attend que cela pour ouvrir ce financement au monde financier et assuranciel. Cela encouragerait ceux qui veulent demain une branche « petite enfance »... Ce serait l'éclatement de la sécurité sociale.

En outre, cette nouvelle branche aurait un objet actuellement en partie couvert par l'assurance maladie ce qui entraînerait un « siphonage » partiel de l'assurance maladie par cette nouvelle branche. Elle contribuerait ainsi à affaiblir la branche maladie et à ouvrir plus grand encore la porte aux complémentaires

Au contraire, nous affirmons l'universalité de l'assurance maladie, nous voulons la renforcer et y intégrer la réponse aux besoins de la perte d'autonomie.



Plusieurs pistes de propositions :

L'enjeu d'une vraie politique publique de la prise en charge de la perte d'autonomie est au cœur du débat. Cette politique publique doit articuler prévention, dépistage et prise en charge solidaire avec un droit universel de compensation de la perte d'autonomie. La prévention passe par le développement notamment des vertus protectrices de l'activité physique ou intellectuelle, de l'intégration sociale, d'une alimentation équilibrée. Cela renvoie aussi au rôle social des personnes profondément niées dans notre société dominée par la rentabilité. La prévention passe aussi par **le remboursement à 100% par l'assurance maladie des dépenses de santé notamment les prothèses dentaires, auditives et des lunettes.**

Nous considérons que l'assurance maladie doit prendre en charge à 100 % la partie soins dans une conception élargie. Il s'agit bien de la santé plus que d'une conception étreinte de la « maladie ».

La politique publique passe par un développement important des services publics nationaux répondant à la perte d'autonomie et leur réelle et efficace coordination afin de répondre aux nouveaux besoins. **Nous proposons au niveau départemental un pôle public de « l'autonomie », s'appuyant sur le développement des services publics existants ; nous pensons notamment à tous les aspects d'aides (repas, toilettes, mobilisations, etc.) mais aussi aux équipements et aménagements des logements, aux transports, etc.**

Le pôle public doit ainsi permettre une synergie entre les services publics ainsi développés et créés les coordonnant avec les nouveaux services publics du handicap et celui des personnes âgées regroupant les services publics à créer pour favoriser la promotion des activités sociales des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Cette coordination départementale doit permettre une simplification des démarches pour les personnes et les aidants et une meilleure efficacité du service rendu.

Le processus d'autonomisation vise à se libérer d'un état de sujétion, à acquérir la capacité d'user de la plénitude de ses droits, de s'affranchir d'une dépendance d'ordre social, moral ou intellectuel.

Il s'agit non pas seulement d'indemniser les personnes ou d'accompagner leur trajectoire de vie, mais aussi et surtout de créer les conditions économiques et sociales de l'autonomisation des personnes tout au long de leur vie et de la solidarisation de tous les âges et cycles de vie ainsi que de tous les acteurs humains. Cela implique de se donner les moyens d'intervenir sur les conditions d'emploi et de travail, sur les conditions de la recherche médicale et de la prise en charge médicale et médico-sociale, de la recherche en général, sur les politiques nationales et locales d'urbanisme et de transport, etc.

Cette problématique s'inscrit dans un nouveau projet de civilisation.

Il faut rappeler que l'autonomisation de la personne humaine est un objectif social central de nos sociétés développées, qui s'inscrit pour nous dans le cadre de la solidarité. Il renvoie aux principes républicains fondateurs de la

société française et aux grands idéaux des Lumières, en ce sens qu'il reformule les valeurs de liberté, d'égalité et de fraternité. Il vise l'objectif d'Hommes libres et égaux en société quelle que soit leur nature, capables de se choisir individuellement et collectivement un avenir respectueux de la dignité de chacun. Il s'inscrit dans le développement des principes de la Sécurité sociale de 1945 tout en les renouvelant et les réformant en profondeur avec notamment la prise en charge de ce nouveau besoin qu'est la perte d'autonomie ainsi que ceux entraînés par la perte d'autonomie.

Au-delà, **la création d'une véritable coordination des politiques publiques de l'autonomisation des personnes devra être mise en place avec un contrôle démocratique :** Etat, collectivités territoriales, organisations syndicales, associations des usagers. L'enjeu de cette coordination démocratique consistera à travailler, à partir de l'existant, à l'amélioration du niveau de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, amélioration tant pécuniaire de leur indemnisation que de la qualité de la prise en charge.

Nous proposons une structuration nationale des pôles publics départementaux dans une forme à définir (agence, établissement public, service ministériel) afin de garantir une maîtrise et une cohérence nationales et une égalité sur le territoire national. Cela permettra d'assurer à l'échelle nationale, une indépendance totale et des critères indiscutables aux procédures de détermination du niveau de perte d'autonomie et d'engager une vaste politique de formation, de professionnalisation et de création en nombre d'emplois qualifiés des services d'aide à la personne, en partenariat avec le monde associatif, et pourquoi pas intégrer dans le cadre de la fonction publique territoriale ces associations dans un cadre juridique nouveau à inventer sans exonérer l'état de ses responsabilités financières et de maintien d'une solidarité interdépartementale. Pourquoi pas un ministère de l'autonomie pour ces nouveaux défis ? A notre avis, un accompagnement des aidants (qui sont souvent des aidantes) est légitime.

Notre volonté de privilégier le maintien à domicile accompagné et assisté, comme alternative volontaire, est complémentaire avec la nécessité d'assurer une bonne couverture territoriale. Cela passe par un développement sans précédent en établissements publics pour personnes en perte d'autonomie quel qu'en soit la raison. Il s'agit de développer considérablement les équipements, tant au domicile que dans les institutions, les EHPAD notamment, l'éventail des formules d'accueil, de veiller à l'accès aux services spécialisés médicaux ou autres et surtout de mettre en œuvre un plan de formation ambitieux et dans la durée des personnels médicaux et paramédicaux. **Le maillage du territoire par le service public hospitalier est aussi un gage d'égalité en terme de réponse aux besoins pour les personnes en perte d'autonomie. Il faut augmenter le taux d'encadrement en personnel qualifiés des structures publiques pour arriver à un ratio d'au moins un personnel par personne accueillie.**