

Plaidoyer Pour la reconnaissance d'un nouveau risque de protection sociale relatif à la compensation du besoin d'aide à l'autonomie

adopté par le Conseil d'Administration 22 septembre 2010
amendé par le Conseil du 30 mars 2011

L'égalité de traitement

L'enjeu principal est celui de l'égalité de traitement de toute personne en manque ou en perte d'autonomie quels que soient son âge et son projet de vie. Il s'agit donc de supprimer toutes les dispositions qui peuvent conduire à des ruptures ou à des différences de prise en charge, comme l'a mis en perspective le législateur par la disposition de l'article 13 de la loi du 11 février 2005 fixant à 5 ans l'échéance de l'abrogation des barrières d'âge dans les prestations de compensation du handicap. Les prestations qui pourront être financées par ce nouveau champ de protection sociale devraient intégrer celles qui sont aujourd'hui financées par l'APA et celles énumérées par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Personne « handicapée » de moins de 60 ans et personne âgée « dépendante » de plus de 60 ans, seraient alors considérées non plus selon leur âge mais selon leurs besoins de compensation de leur situation de handicap quelle qu'en soit l'origine (pathologique, congénitale ou liée à un accident de la vie).

Ce panier de services offert couvrirait aussi ce qu'on appelait il y a quelques années encore « l'aide ménagère », des aides techniques (appareillages), l'aide à la participation à la vie sociale, l'adaptation du logement ou du véhicule... L'ambition affichée est de garantir l'accessibilité de la société, pour tous, et des conditions de maintien à domicile dignes, sur le long terme. Il en est de même concernant les établissements qui les accueillent et qui doivent être dotés de personnels qualifiés et en nombre suffisant pour assurer le respect de leur dignité *ainsi qu'un accompagnement et des soins de qualité*. Seuls, le projet de vie de la personne, sa situation, les particularités de son environnement devraient différencier les plans personnalisés proposés. Des outils et des méthodes identiques d'évaluation des situations et des besoins des personnes devraient s'appliquer aux deux publics.

La complémentarité des solidarités

La question de la vieillesse est une réalité qui concerne chacun. L'augmentation du nombre d'années à vivre sans incapacité est objectivement une chance et six personnes sur dix, de 80 ans ou plus, vivent relativement autonomes. Toutefois la vulnérabilité augmente avec l'âge et les difficultés de motricité générale, d'audition, rendent les actes de la vie quotidienne et l'accès à la vie sociale plus difficiles. Les enjeux de la longévité nous obligent à mettre au cœur de nos relations individuelles et collectives ainsi que dans notre société plus d'attention aux personnes vulnérables, plus de sollicitude et plus de fraternité.

De ce fait, les solidarités privées de proximité (les aidants, familles et proches), associatives, se référant aux valeurs de la non lucrativité (le bénévolat associatif), et publiques (les prestations et interventions sanitaires, sociales et médico-sociales financées par la protection sociale) sont chacune irremplaçables et non substituables les unes aux autres. Les dispositions législatives doivent faire en sorte qu'elles se renforcent.

L'enjeu du financement de l'APA à l'horizon 2015

Le financement de l'APA (5,1 Mds d'€ en 2009 pour 1 115 000 bénéficiaires) repose sur le principe de la combinaison de financements issus de la solidarité nationale et de ceux issus de conseils généraux. Compte tenu de la progression des dépenses, la part relative à la solidarité nationale s'est réduite à environ 30 %, laissant ainsi le plus gros de la charge aux conseils généraux. La part dominante prise par les départements facilite les disparités dans les modalités d'attribution des allocations sur le territoire. Aujourd'hui, la prestation de compensation est également financée par les départements mais à parité avec la CNSA. S'agissant d'un droit plus récent, les montants cumulés et le nombre de bénéficiaires sont moins importants. Cependant, la charge imposée aux départements s'accroît et vient augmenter la pression qu'ils subissent déjà du fait de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA.

L'importance majeure de la prévention

Les enjeux de la longévité invitent à donner une place majeure à la prévention pour limiter la perte d'autonomie et augmenter les années de vie sans incapacité. Les programmes de prévention doivent intégrer un volet concernant le lien social pour lutter contre l'isolement, la solitude et le repli sur soi. L'évaluation de la situation et des besoins d'une personne vulnérable devrait se faire suffisamment tôt pour retarder ou réduire les pertes d'autonomie.

Les propositions de l'Uniopss
sur le nouveau risque social pour l'aide à l'autonomie
des personnes âgées et personnes handicapées

L'Uniopss a participé activement aux réflexions du groupe de travail constitué sous l'égide de la CNSA et se retrouve parfaitement dans les lignes directrices tracées par le rapport d'octobre 2007 qui en est issu.

Depuis plusieurs années (1992) en effet, notre union milite pour la reconnaissance d'un nouveau risque de protection sociale couvrant à la fois les personnes âgées et les personnes handicapées et ce pour plusieurs raisons :

- ✓ **L'augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et l'allongement de la durée de vie des personnes handicapées** vont accroître les besoins d'accompagnement de ces personnes ainsi que les moyens financiers qui devront être dégagés par la collectivité pour y faire face. Les départements ne pourront assumer seuls cette augmentation. Lors de la première année d'existence de l'APA, son financement était assuré à hauteur de 54 % par les départements et à 46 % par l'Etat. Aujourd'hui, les départements en assurent 70 % et la CNSA 30 %. Si rien n'est fait, la charge financière des départements continuera à s'accroître et ils assumeront une part sans cesse croissante du financement du dispositif. Compte tenu des inégalités de richesses entre les départements, ceux qui ont les potentiels fiscaux les plus faibles et le nombre de personnes âgées dépendantes et de personnes handicapées le plus élevé auront de plus en plus de mal à financer les allocations en direction de ces publics.
- ✓ **Le dispositif actuel est marqué par des inégalités dans l'octroi des prestations**, notamment de l'APA en raison d'une absence de régulation nationale, posant la question de l'égal accès de nos concitoyens aux prestations sociales.
- ✓ **L'APA et la PCH ne couvrent pas tous les besoins de compensation du manque et de la perte d'autonomie**. Les failles de la PCH en matière d'aides humaines (*sur le versant aides à caractère ménager*) sont en particulier connues par l'ensemble des parties prenantes. La création d'un nouveau dispositif doit permettre d'y remédier, tout en considérant que le montant moyen d'un plan d'aide APA correspond à peine à la moitié d'un plan de compensation PCH.
- ✓ **La nécessité de mettre un terme aux barrières d'âge discriminatoires dans l'accès aux prestations**.
C'est l'ensemble de ces raisons qui a conduit l'Uniopss à se prononcer pour le remplacement de l'APA et de la PCH par une nouvelle prestation universelle unique de compensation du manque et de la perte d'autonomie dans le cadre de la reconnaissance d'un nouveau risque social. Ce nouveau risque aurait vocation à être piloté par la CNSA et mis en œuvre, localement, par les départements dans le cadre d'un partenariat renforcé entre les deux institutions en vue d'assurer une égalité effective de traitement de nos concitoyens sur l'ensemble du territoire.
- ✓ **La création d'une prestation unique de compensation pour l'autonomie à l'intention de toute personne en situation de handicap quel que soit son âge vise à mettre un terme aux seuils discriminants en fonction de l'âge dans l'accès aux prestations** et à ne plus se focaliser que sur les besoins des personnes. Toute personne en situation de manque ou de perte d'autonomie doit pouvoir accéder à cette prestation et recevoir une aide en fonction de ses besoins et de son projet personnalisé et non en fonction de l'âge où elle s'est trouvée dans cette situation de manque ou de perte d'autonomie.
- ✓ **La création d'une prestation réellement universelle doit permettre à toutes les personnes âgées et à toutes les personnes handicapées en situation de manque ou de perte d'autonomie d'accéder à cette nouvelle prestation**. L'introduction d'un seuil de ressources dans l'accès à cette nouvelle prestation serait un retour dans des logiques « assistantielles » dont l'APA timidement et la PCH plus fortement tendent à se démarquer.

Le pacte républicain concernant la santé doit conserver toutes ses valeurs universelles appelant tout citoyen à contribuer selon ses moyens et à recevoir selon ses besoins.

Sur le cadrage de cette nouvelle prestation, l'Uniopss émet les propositions suivantes :

- ✓ **La conception de la nouvelle prestation.** La prestation ne doit pas être conçue comme un simple montant financier mais comme une réponse d'ensemble à une situation et des besoins reposant sur une évaluation individualisée et multidimensionnelle prenant en compte les attentes et le projet de vie de chaque personne. Ce dernier doit être appréhendé comme l'expression même de l'autonomie de chacun plutôt que comme la satisfaction d'une formalité administrative telle qu'elle est malheureusement comprise aujourd'hui par nombre de MDPH qui devraient être invitées en corollaire à évoluer en Maison départementale de l'Autonomie (MDA) afin de prendre en considération la population âgée ayant besoin d'aide à l'autonomie, option d'ores et déjà retenue par une quinzaine de conseils généraux.
- ✓ **Le « panier de services » de la nouvelle prestation.** L'Uniopss considère que ce panier doit couvrir l'ensemble des aides à la personne et aux tâches domestiques, les aides techniques, l'adaptation du cadre de vie, l'aide à la participation à la vie sociale et les aides animalières. L'évaluation des besoins doit être multidimensionnelle et personnalisée. Pour cette raison, la grille AGGIR ne peut tenir lieu d'outil d'évaluation des besoins comme l'avait rappelé la commission scientifique chargée de l'évaluer ⁽¹⁾. Toutes les aides incluses dans le plan de compensation pour l'autonomie doivent intégrer le socle de la nouvelle prestation et être financées sur la base d'un financement socialisé.
Une place particulière devrait être réservée au « bénévolat d'accompagnement » proposé par certaines associations lorsque l'entourage familial est défaillant ou inexistant. L'implantation dans les territoires de ces équipes de bénévoles organisés en association devrait par ailleurs être encouragée.
Faut-il prévoir un ticket modérateur afin que les personnes elles-mêmes participent au financement du dispositif ? L'Uniopss n'y est pas opposée dès lors que certains publics et les personnes dont les ressources sont inférieures à un certain seuil puissent en être exonérés. En tout état de cause, ce ticket modérateur devrait être limité, contrairement à ce qui se passe aujourd'hui avec l'APA où il peut aller jusqu'à 90 % du droit à la prestation.
- ✓ **Le portage du nouveau risque.** Plusieurs options sont mises en débat aujourd'hui dans différents cercles de réflexion. Le confier aux organismes de sécurité sociale en dessaisissant les départements de la gestion de l'APA et de la PCH, maintenir la gestion par les départements en leur apportant des financements nationaux complémentaires, confier ce nouveau risque aux assurances privées avec des départements ne servant plus des prestations qu'à des personnes ayant des ressources inférieures à certains seuils... Pour sa part, l'Uniopss considère comme les membres du GR31² que les conseils généraux peuvent rester maîtres d'œuvre de la future prestation sous réserve que le pilotage de ce nouveau risque social soit confié à la CNSA qui se verrait allouer de nouvelles ressources afin de financer majoritairement la nouvelle prestation. Assurant un financement majoritaire, la CNSA serait tout à fait légitime pour conduire plus fortement le dispositif afin d'assurer une égalité de traitement de nos concitoyens sur l'ensemble du territoire. Les départements seraient chargés de mettre en œuvre la prestation localement. Ils continueraient à participer à son financement mais ne seraient plus la variable d'ajustement comme actuellement. Dans cette approche les produits d'assurance privés qu'ils soient individuels ou collectifs ne peuvent jouer qu'un rôle complémentaire et nécessairement marginal dans la couverture du risque.
Pourquoi faire le choix de la CNSA ? A travers cette institution, apparaît une nouvelle forme de gouvernance de la protection sociale au sein de laquelle les organismes et associations regroupant ou œuvrant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées sont en effet associés à la gestion et au Conseil de cette instance. Cet élargissement du cercle

¹ La commission scientifique chargée d'évaluer la grille AGGIR avait conclu qu'AGGIR devait être appréhendé comme un outil d'appréciation de l'éligibilité à une prestation, mais ne pouvait être considéré comme un outil d'évaluation des besoins

² Le GR 31 est constitué des 31 organisations représentées au sein du conseil de la CNSA.

d'acteurs impliqués dans la CNSA permet de mieux prendre en compte les différents points de vue en tentant de dégager des synthèses en vue d'une meilleure réponse aux besoins des personnes concernées.

L'Uniopss préconise toutefois, comme le suggère également, la mission parlementaire présidée par Bérangère Poletti³ d'améliorer la représentation des départements au sein du Conseil de la CNSA par une augmentation du nombre de sièges qui leur sont réservés ainsi que par l'octroi d'une Vice-présidence comme il existe actuellement une Vice-présidence dédiée aux usagers (une au titre des personnes âgées, une autre au titre des personnes handicapées). De même, la constitution d'un bureau comprenant les différentes composantes du Conseil serait judicieuse. Afin d'assurer une meilleure régulation du dispositif, l'Uniopss propose :

- Une meilleure définition par la loi des rôles respectifs de la CNSA et des conseils Généraux ;
- Un partenariat CNSA-conseils généraux structuré par un conventionnement fort ;
- La garantie que les financements solidaires issus du niveau national soient majoritaires. Afin de tenir compte des différences de potentiels fiscaux et de dépenses sociales à assumer entre les départements, il serait nécessaire d'amplifier les mécanismes de péréquation financière déjà à l'œuvre ;
- Une évaluation régulière, transparente et pluraliste du dispositif.

✓ **S'agissant des ressources nationales à mobiliser pour financer la nouvelle prestation,**

l'Uniopss préconise le recours à des financements qui soient assis sur tous les revenus (du travail et du capital) et qui concernent toutes les catégories socio-professionnelles. La journée de solidarité nous semble un précédent à ne pas réitérer dans la mesure où certaines catégories socio professionnelles en sont dispensées alors qu'elles peuvent bénéficier du dispositif de l'APA ou de la PCH (agriculteurs, professions indépendantes notamment). Est-il possible de mobiliser ces ressources nationales supplémentaires ? Certains en doutent et préconisent pour cette raison le recours accru voire exclusif à l'assurance privée. L'Uniopss rappelle que notre pays devra, de toute façon, faire face aux dépenses induites par le vieillissement de notre population et par l'augmentation des besoins des personnes handicapées. La seule question est de savoir si nous ferons face à ces dépenses supplémentaires sur une base solidaire ou si chacun devra y faire face seul avec le risque que certains de nos concitoyens ne puissent recevoir une réponse à la hauteur de leurs besoins pour des raisons financières. Le rapport remis à Ph. BAS dans le cadre de la mission confiée à Hélène GISSEROT en mars 2007 envisageait plusieurs scénarii dont un médian avec une progression du niveau des prélèvements obligatoires qui permettait la réalisation du Plan Solidarité Grand Age tout en restant soutenable à long terme pour les finances publiques. Le développement des réponses en faveur de ces personnes ne constitue pas uniquement une dépense pour la collectivité, il participe également à la croissance de la richesse nationale, en développant de l'activité, de l'emploi et du bien-être pour la population. C'est également pour ce motif que l'Uniopss réfute les propositions qui concluent le rapport de la mission parlementaire présidée par Valérie Rosso-Debord⁴ qui aggravent, tant en matière de place des produits d'assurance que de rétablissement de la récupération sur succession, celles du rapport de la mission sénatoriale présidée par Philippe Marini⁵.

³ Mission d'information parlementaire sur les missions et l'action de la CNSA présidée par Bérangère Poletti Rapport n° 2687 juillet 2010.

⁴ Mission parlementaire d'information sur la perte d'autonomie des personnes âgées : répondre aux défis d'aujourd'hui et de demain Rapport n°2647 juin 2010

⁵ Rapport de la mission sénatoriale déposé par Alain Vasselle Sénat n° 447 8 juillet 2008

Mise en oeuvre de la réforme

Du fait des contraintes, notamment celles qui pèsent sur les finances publiques, l'Uniopss est consciente qu'il n'est sans doute pas possible de mettre rapidement en place la nouvelle prestation universelle qu'elle appelle de ses vœux. Mais deux séries d'objectifs peuvent être poursuivis :

A moyen terme :

- ✓ Conserver la perspective initiale de la réforme d'une prestation universelle, c'est-à-dire :
 - ne rien faire, dans le domaine de la dépendance, qui puisse compromettre à l'avenir l'ouverture du régime aux personnes handicapées ;
 - prévoir une loi-cadre, ou de disposition-cadre, fixant les principes qui devront inspirer immédiatement la réforme de la dépendance et à terme l'ouverture aux personnes handicapées. La loi pourrait ainsi prévoir :
 - le principe même de convergence et de suppression de la barrière d'âge ;
 - la construction de la prestation à partir du besoin d'autonomie et du projet de vie de chacun ;
 - la place majoritaire de la solidarité nationale dans le financement du régime ;
 - une gouvernance faisant appel aux collectivités territoriales et au monde associatif de la solidarité.
- ✓ Valoriser les actions de prévention afin de limiter la perte d'autonomie et augmenter les années de vie sans incapacité. Les programmes de prévention devant intégrer un volet concernant le lien social.
- ✓ Promouvoir la qualité de l'accompagnement et des soins en prenant mieux en compte l'objectif de professionnalisation des intervenants et de mise en place des démarches qualité et en ajustant les dotations en personnel aux besoins des personnes accueillies.

A court terme :

- Sur le plan technique : remédier au problème de l'incohérence des référentiels d'évaluation du manque d'autonomie. Les outils sont disparates, les langages ne sont pas les mêmes (guide Aggir pour Conseils généraux et EPAHD ; « AVQ » pour organismes d'assurance).
- Faire converger, ce qui est d'ores et déjà possible, des sujets communs aux deux populations en matière de transport, de logement.
- Soutenir les solidarités familiales et renforcer l'aide aux aidants.
- Réduire de façon tangible le « reste à charge » des personnes bénéficiant de prestations d'aide à l'autonomie tant à domicile qu'en établissements et notamment dans le cadre des prestations délivrées par les EHPAD dont la tarification actuellement en cours de réforme ne prend pas en compte suffisamment cet objectif.

Portant depuis plus de 60 ans une vision solidaire de la société, l'Uniopss continuera à militer pour que la création de ce nouveau risque social s'inscrive dans cette logique.

Mars 2011