

AUTONOMIE et DÉPENDANCE : NOS REVENDICATIONS

Autonomie et dépendance : de quoi parle-t-on ?

La dépendance des personnes âgées n'est pas un phénomène nouveau. Liée aux accidents de santé et/ou au grand âge, et à l'augmentation de l'espérance de vie, elle touche en France un nombre croissant de personnes et pose des problèmes humains, affectifs et financiers importants à de nombreuses personnes et à leurs familles.

Cette perte d'autonomie semble être devenue un « problème économique grave » à résoudre par des mesures de financement, des budgets dédiés, des lois et pas tout simplement à prendre en compte « avec bon sens » par les familles : autonomes ou non, quelles qu'en soient les causes, nous devrions, toutes et tous, pouvoir attendre, les un-es des autres, attentions et soins qui nous permettent de vivre « normalement », en souffrant le moins possible de notre perte d'autonomie, et sans être mis-es « à l'écart » des autres citoyen-nes, comme stigmatisé-es.

Les scandales qui ont éclaté ces dernières années sur la manière dont sont parfois traitées les personnes dépendantes dans les EHPAD privés (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) ont montré comment notre société se « débarrassait » de ses improductifs et improductives, comment les mauvais traitements qui leur sont infligés permettaient à des individus et des financiers peu scrupuleux de faire de confortables profits en investissant dans des EHPAD.

Est-il normal que ceux et celles qui, toute leur vie active, ont participé à l'accroissement de la richesse collective, par leur activité, leurs cotisations, leurs impôts ... soient mis-es au rebut arrivé-es à un certain âge, ou parce qu'ils et elles ont perdu leur autonomie ? Jadis (et ce n'est pas si vieux), des sociétés humaines moins développées et disposant de moins de moyens que la nôtre, respectaient et prenaient soin de leurs aîné-es parce qu'ils et elles leur avaient beaucoup apporté ... Nos sociétés voudront-elles se donner les moyens d'en faire autant ?

La Prise en Charge de la Dépendance : état des lieux

L'APA, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, est déterminée au moyen de la Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) et peut être versée aux personnes en perte d'autonomie, en fonction de leur degré de dépendance. 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).

L'offre de prestation de services peut être réalisée soit par des organismes privés (associations, entreprises, communes, mutuelles...), soit par l'embauche directe de salarié-e à domicile par la personne dépendante.

Les interventions concernent plusieurs types de prestations : aide-ménagère, aide à la toilette, aux courses, à 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).

L'adaptation des logements à la dépendance : on est très loin de la généralisation de cette adaptation à toutes les personnes dépendantes souhaitant rester à leur domicile. Les démarches sont longues, les locataires du privé ont des difficultés à exiger de leur propriétaire l'adaptation de leur logement, et dans le parc social, les logements manquent. De coûteux travaux à effectuer dans leur maison conduisent les propriétaires en perte d'autonomie qui ont des pensions modestes à y renoncer pour aller en EHPAD.

Les Hébergements des sénior-es dépendant-es

1°/ **Les Résidences Autonomie** 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.

2°/ **Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD)** 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. Entre 2007 et 2010 les pouvoirs publics ont fermé 41 000 lits d'USLD, seuls 32 000 subsistent.

3°/ **Les EHPAD** (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes).

Jadis appelés hospices, aujourd'hui Maisons de retraite, dédiés à l'accueil des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie physique et/ou psychique ne pouvant plus rester à domicile.

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

4°/ **Les Beguinages** sont d'anciennes communautés de religieuses en Europe du Nord, regroupant logements individuels et bâtiments communs au sein d'un espace clos. Ces lieux historiques sont réhabilités pour créer des logements pour les sénior-es. L'idée est de permettre aux personnes âgées de vivre dans un lieu semi-commun, tout en préservant leur autonomie et leur intimité.

Les institutions en charge de l'Autonomie et des sénior-es

Le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA), institué en 2015, regroupe plusieurs institutions en charge des familles et des personnes âgées. Instance de réflexion et d'orientation, il rend des avis et formule des recommandations sur les questions liées à la famille, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.

Le Comité Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA), créé dans son sillage, a pour mission de renforcer la participation des personnes à l'élaboration des politiques publiques du handicap et de la vieillesse.

Les Projets du Président Macron

Le Rapport Libault (mars 2019) préconise un « plan national pour les métiers du grand âge », une hausse de 25 % du taux d'encadrement en EHPAD, une baisse du reste à charge de 300 euros pour les résidents les plus modestes... mais sans affecter les ressources nécessaires.

Le Rapport El Khomri (octobre 2019) veut faciliter l'emploi dans ces secteurs, qui manquent cruellement de main d'œuvre, mais sans les embauches nécessaires à un travail satisfaisant, non maltraitant.

La création d'une 5^e branche de la Sécurité Sociale (loi d'août 2020) vise à diviser et personnaliser les risques, et donc leur financement, afin de réduire le champ de l'universalité de la prise en charge de la Santé. Ainsi, on divise la population en catégories, en montrant bien à chacune d'entre elles ce que « coûtent » les « autres », ce qui ne peut « donc » être pris en charge par toutes et tous, car cela leur reviendrait beaucoup trop cher.

Le Rapport Vachey (Septembre 2020) vise à faire payer l'aide à l'autonomie par les personnes en retraite elles-mêmes : augmenter la CSG à 9,2%, réduire l'abattement fiscal de 10%, une nouvelle journée de solidarité pour les actifs et actives, une cotisation patronale pour les personnes de plus de 70 ans qui emploient des aides à domicile, limitation du crédit d'impôt, abaissement du plafond de la réduction au titre des frais de dépendance.

Mais les Français-es ne veulent ni de nouvelles taxes, ni « laisser tomber leurs ainé-es ». Dans un contexte de baisse du niveau des pensions pour les actuelles et futures retraité-es, il devient impopulaire d'annoncer que les familles devront payer la perte d'autonomie (obligation alimentaire, captation d'héritage ...).

Alors, puisque les EHPAD coûtent trop cher, le **Rapport Broussy** (Juin 2021) : préconise le maintien à domicile plus « populaire », mais qui n'est qu'un choix budgétaire de plus, et nullement un choix médical et social pour le mieux-être des personnes dépendantes.

PERSPECTIVES DE LUTTES REVENDICATIVES

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). 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 jeunes générations les amènent souvent à s'éloigner). Il faut donc organiser le mieux possible l'aide à l'autonomie et faciliter la vie des gens qui souhaitent rester chez eux.

Il faut 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.
- de **présence humaine** (conversation, nouvelles des familles éloignées, culture, sorties, écoute de nouveaux besoins ...).
- 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

Le coût de l'aide à l'autonomie

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. 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.

La prestation de compensation du handicap doit devenir un droit universel. L'ASH (Aide Sociale à l'Hébergement), versée par le département, et récupérable sur la succession, doit être mieux utilisée et refondée pour ne plus donner lieu à un véritable racket au décès de la personne envers les familles les plus modestes. Les plus aisés-és échappent à la captation d'héritage, par d'autres moyens parfaitement légaux.

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 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^e 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.

Des Logements adaptés

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 ami-es de personnes dépendantes puissent également recevoir leur parent-e en perte d'autonomie.

Des EHPAD humanisés

Des établissements à taille humaine, et plus les « cages à lapin », un cadre de vie chaleureux est impossible à maintenir dans ces grandes structures. De petits établissements doivent être privilégiés, en ville, près des lieux de vie et d'activité, 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 » : leur qualité, la diversité d'une nourriture équilibrée, appétissante, des produits frais et bio... 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 devant être inaliénables.

L'Habitat inclusif

Développer cet habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie locale pour permettre la participation sociale et citoyenne des habitant-es et limiter le risque d'isolement.

L'UNIRS préconise 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^e 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 (toutes les personnes ayant un cancer, par exemple), alors pourquoi l'envisager pour la dépendance ?

Les personnes âgées ne doivent pas être les seules à financer leur perte d'autonomie (là aussi, il n'est pas envisageable de faire cotiser uniquement les gens ayant un cancer pour financer les soins liés au cancer). 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 pension 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.

Novembre 2021