

DÉPENDANCE / PERTE D'AUTONOMIE : 5EME BRANCHE L'ENTOURLOUPE MACRON !

POURQUOI UN 5EME RISQUE ?



La perte d'autonomie peut être définie de la façon suivante : c'est l'incapacité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante. Elle est parfois appelée dépendance. L'autonomie doit être un droit au même titre que la Santé.

L'expérience Covid19 : L'échec de la prise en charge actuelle et du gouvernement

14 000 personnes, résidant dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes sont décédées lors de l'épidémie de Covid 19 sans compter celles et ceux qui le sont à leur domicile.

Et cela quelques mois après que le gouvernement nous a promis, via la loi de financement pour 2020, un effort pour ces personnes. Ce gouvernement restera comme celui qui n'a rien eu d'autre à proposer pour les personnes âgées dépendantes que l'isolement dans des EHPAD ou à domicile où il n'y avait pas de tests pour vérifier que le personnel n'était pas atteint par le virus. Il faut le dire : cette catastrophe était annoncée. Toute l'année 2019 a été marquée par des grèves et des manifestations des personnels des EHPAD, de l'aide, de l'accompagnement et des soins à domicile exigeant des effectifs supplémentaires et une amélioration des rémunérations injustement basses.

Les Unions Confédérales de Retraités n'ont eu de cesse d'alerter sur l'inhumanité des conditions dans lesquelles les personnes âgées dépendantes étaient hébergées. Comme sur toutes les questions, le gouvernement a promis, menti et poursuivi sa politique. Avec les résultats que tout le monde peut mesurer.

Le Calcul du Gouvernement : 5eme Branche...

Et voilà qu'aujourd'hui, le gouvernement nous promet « des jours heureux » en proposant de « créer une nouvelle branche de la sécurité sociale couvrant le risque de perte d'autonomie » (Compte rendu du conseil des ministres du 27 mai 2020).

Le gouvernement a-t-il décidé de satisfaire à l'exigence de la CGT que les dépenses entraînées par la perte d'autonomie soient prises en charge comme toutes les dépenses de soins par l'assurance maladie ?

Ou bien s'agit-il d'une nouvelle escroquerie d'un gouvernement qui n'en est pas avare ?

Le risque de perte d'autonomie pris en charge par la sécu ? c'est possible

L'article 1 de l'actuel Code de la Sécurité Sociale (qui reprend, sur ce point, l'article de l'ordonnance du 4 octobre 1945) stipule que la Sécurité Sociale « garantit les travailleurs contre les risques de toute nature susceptible de réduire ou supprimer leur capacité de gain ».

D'accord mais quand est-il pour les travailleurs qui ne tirent plus leur revenu de leur travail comme c'est le cas pour les personnes âgées dépendantes ou non ?

L'article 72 de l'Ordonnance du 19 octobre 1945 (repris dans l'actuel code) précise que les titulaires de pension (de retraite, d'invalidité, au titre des accidents de travail) bénéficient de la prise en charge au titre de l'assurance maladie.

Le risque de « perte d'autonomie » ne pose donc aucun problème. Il suffit que le Code de la Sécurité Sociale précise que l'aide à domicile (indispensable en cas de perte d'autonomie) et que l'hébergement en EHPAD soient pris en charge en totalité au titre de l'assurance maladie.

Non seulement ce n'est pas le cas aujourd'hui mais il faut se rappeler que 77,9% des ressources gérées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ont été sorties de l'assurance maladie pour aider au financement de l'APA. C'est l'assurance maladie qui, par ailleurs, verse le forfait soins aux EHPAD.

De plus, L'aide et l'accompagnement à domicile se réalisent sous trois formes: en service prestataire, en emploi direct ou en service mandataire. Il faut savoir qu'en emploi direct ou en mandataire, la personne devient employeur de l'intervenant, avec toutes les obligations qui en découlent. La loi de 2005 dite loi Borloo a complètement déstabilisé ce secteur en regroupant les services d'un choix de vie avec l'accompagnement des personnes fragilisées. En découle aujourd'hui un véritable maquis de structures et de statuts, où il est difficile de se repérer. Cela nous a été présenté au nom du libre choix des personnes. Mais le libre choix n'existe pas dès lors qu'il est soumis aux politiques économiques: on va au moins coûtant et, dans certains cas, les départements font le choix pour les bénéficiaires.

Quant au financement, l'aide est accordée selon le degré de perte d'autonomie, que l'on appelle GIR (Groupe Iso Ressources). L'échelle va du GIR 1 à 6. Le GIR 1 correspondant à une perte d'autonomie très élevée et le 6, au moins élevé. Les GIR 5 et 6 sont pris en charge par la caisse vieillesse à raison environ de 10 heures par mois pour les personnes de 75 ans et plus. Pour les autres personnes, le financement est pris en charge par le conseil départemental, par le biais de l'allocation personnalisée d'autonomie (via un financement versé par la Caisse nationale de solidarité autonomie).

Avec comme conséquence :

- Que l'hébergement en EHPAD est majoritairement à la charge des résidents et de leur famille
- Que l'insuffisant engagement des collectivités locales dans la prise en charge de l'Aide personnalisée à l'Autonomie aboutit au maintien des rémunérations honteusement basses dans l'aide à domicile

Ce gouvernement comme ses prédécesseurs, ne veut pas d'une prise en charge des personnes âgées dépendantes par la sécurité sociale. Il a donc monté un assemblage invraisemblable (cf fiches techniques UFROS)

C'est ainsi que le financement des EHPAD est éclaté en 3 sections :

- un forfait en soins pris en charge par l'assurance maladie (qui comprend la fourniture des médicaments et soins ainsi que 70% du salaire des aides soignantes)
- un forfait dépendance versé par le conseil départemental qui correspond au cout de la dépendance auquel s'ajoute 30% du salaire des aides soignantes
- un forfait hébergement qui correspond au coût des prestations dites « hôtelières » et qui est à la charge du résident et dont la moyenne tourne autour de 1800 euros.

Les dépenses entraînées par la dépendance (hors EHPAD) sont financées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). La CNSA a été créée par la loi du 30 juin 2004 qui a instauré le « Lundi de Pentecôte ».

Les dépenses de la perte d'autonomie sont donc financées

- par l'assurance maladie (qui ne fait que payer et ne décide de rien)
- par les salariés (Lundi de Pentecôte, CSG)
- par les retraités (Contribution additionnelle de solidarité autonomie de 0,3% depuis 2015)
- prélèvements sociaux divers

Et le résultat de cet éclatement, c'est la situation qu'on connaît !

Les 4 premiers risques de la sécu, c'est quoi ?

Actuellement, il y a 4 branches à la Sécurité Sociale :

- La branche maladie qui a été subdivisée en 2 sous branches : la maladie d'un côté, les accidents du travail et les maladies professionnelles de l'autre. Pourquoi cette distinction alors que les prestations sont, dans les deux cas, des soins (auxquels s'ajoute, pour la branche AT-MP, la pris en charge du reclassement professionnel si nécessaire) ? Parce que le financement de la branche AT-MP présente cette caractéristique qu'il n'y a pas de cotisation salariale (ni CSG) mais que le financement provient uniquement des employeurs tenus, à juste titre, comme responsable les des accidents du travail (et cela depuis 1898 !)
- La branche Retraite
- La branche Famille.
- La branche Recouvrement

C'était comment avant ?

Tout le monde comprend que la branche maladie et la branche retraite ne traitent pas les mêmes prestations. Avant les années 80, la branche maladie prenait en charge les séjours en Unités de Long Séjour et la branche retraite l'aide à domicile dans le cadre de son action sociale.

La dépendance et la perte d'autonomie, un risque à part ?

En quoi les soins nécessaires aux personnes « dépendantes » diffèrent ils des soins pris en charge par la branche maladie ? En rien.

En quoi les soins dispensés dans les EHPADs diffèrent ils des soins qui étaient dispensés dans les hôpitaux de long séjour pris en charge par l'assurance maladie ? En rien.

Précisons que le « budget » de l'autonomie peut être évalué à 40 milliards dont 10 sont supportés par les personnes âgées et leur famille. Sur les 30 milliards restant, 52% proviennent de la sécurité sociale.

Et le reste ? Via l'allocation personnalisée pour l'autonomie, le reste est financé par les collectivités locales dont le gouvernement ne cesse d'assécher les ressources.

C'est pourquoi la perpétuation de la situation actuelle ne peut mener qu'à une privatisation toujours plus grande de ce secteur.



L'aide, l'accompagnement le soin et le maintien à domicile peut-il être pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie ?

Cette aide à domicile ne doit-elle pas être considérée comme du soin ? En quoi l'aide à la toilette, au repas, au ménage diffèrent ils des soins ? N'est-il pas nécessaire que ce soit du personnel qualifié qui s'y consacre ?

Cette aide à domicile ne doit-elle pas être considérée comme du soin ? En quoi l'aide à la toilette, au repas, au ménage diffèrent ils des soins ? N'est-il pas nécessaire que ce soit du personnel reconnu comme qualifié, formé et justement rémunéré qui s'y consacre ?

Tant qu'il n'y aura pas adéquation entre prix de revient d'une heure d'aide à domicile et son financement, tout ce qui sera mis en place ne permettra pas la pérennisation d'un service indispensable. Il y a donc urgence à reconnaître un secteur qui répond à des besoins d'une population et à lui donner des moyens financiers. Car, ce secteur est aussi créateur de véritables emplois qualifiés non délocalisables.

Alors pourquoi faudrait-il une 5° branche ?

La réponse se trouve dans la contribution rédigée par Laurent Berger et Thierry Baudet dans les Echos du 19 Mai 2020.

« Nous proposons d'affecter des financements fléchés, pérennes et solidaires à la hauteur des besoins universels que sont la santé et le maintien de l'autonomie dans la dignité et la citoyenneté. »

La santé et le maintien de l'autonomie de qui ?

Le titre de la tribune est ainsi libellé : « Loi sur le grand âge : évitons cette fois les vaines incantations »

Il s'agit donc de trouver des financements pérennes pour la santé et le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Qui va payer ? pas les patrons !

Les financements proposés sont :

- Fractions de la CSG,
- Réaffectation de la CRDS (qui ne devrait plus servir à prendre en charge la dette de la CADES à partir de 2024).
- Taxe sur les successions dès le 1° euro
- Tout dispositif généralisé de mutualisation solidaire.

Tout sauf les cotisations sociales. Tout sauf le salaire socialisé.

La 5° branche, c'est donc cela : une branche pour les personnes âgées qui ne coute rien aux employeurs.

La 5eme branche pour démanteler la Sécu !

La CGT a expliqué, depuis le début, que la CSG, à l'instar du cheval de Troie, était la couverture d'une politique d'étatisation de la sécurité sociale donc de démantèlement de la conquête de 1945.

La « 5° branche » poursuit cette politique de démantèlement qui répond aux vœux du patronat. Rappelons que, dans son document de Novembre 2001 (pour une nouvelle architecture de la sécurité sociale) le MEDEF se prononce pour que les branches famille et maladie ne soient plus financées par le salaire socialisé mais par l'impôt CSG. Au nom de l'universalité !

Et c'est exactement ce que nous proposons la CFDT et la Mutualité française.

Il se trouve qu'ils nous font cette proposition au moment même où l'épidémie de Covid 19 a démontré la puissance du système de solidarité conquis contre le patronat en 1945.

La Sécu, la solution

Là où l'État a révélé chaque jour sa faillite, la sécurité sociale a fait la démonstration de sa puissance à prendre en charge les dépenses de soins.

Non seulement celles qui sont à sa charge (hôpitaux, médicaments) mais également celles qui relèvent de l'État (masques, tests, arrêts de travail pour garde d'enfants, et...). Toujours présente dans les périodes difficiles, la sécurité sociale a un avenir.

Qu'on lui rende les cotisations qu'on lui a prises. Qu'on lui verse ce qui doit lui être versé.

Et nul ne peut douter qu'elle sera alors en capacité de prendre en charge les soins liés à la perte d'autonomie dans la branche assurance maladie.



Ce que la CGT propose.

Dans un communiqué du 20 mai 2020 la CGT rappelle pourquoi elle est opposée sur le fond à un « 5° risque » : « La perte d'autonomie est essentiellement liée à des problèmes de santé, à l'insuffisance des mesures de prévention des risques tout au long de la vie, et particulièrement en situation de travail, aggravée encore par les reculs en matière de santé au travail, notamment la suppression des CHSCT depuis les dernières lois travail. Pour la CGT, la prise en charge de la perte d'autonomie, que ce soit au domicile ou en établissement, doit être du ressort de la solidarité nationale liée aux cotisations sociales et assurée par la Sécurité Sociale en intégrant « le droit à l'autonomie dans sa branche maladie. »

Le maintien dans l'assurance maladie des personnes en perte d'autonomie est le moyen de s'opposer à la privatisation rampante des EHPAD actuellement en cours (cf article médiapart du 13 novembre 2019) ainsi que de la branche de l'aide à domicile.

Il est urgent de mettre en place un grand service public de l'aide à l'autonomie intégrant tous les personnels concernés que ce soit à domicile ou en établissement.

La France a largement les moyens de mener une politique plus ambitieuse en matière de perte d'autonomie, financée à 100 % par la Sécurité sociale. Il s'agit là d'un véritable choix de société qui doit répondre aux besoins actuels consécutifs à l'allongement de la durée de vie et en bonne santé, phénomène qui devrait constituer un progrès social...



**Les choix les plus évidents
sont parfois les meilleurs**