



## **Contribution CGT à la concertation sur la création d'une branche « Autonomie » de la Sécurité sociale**

### **Monsieur Laurent VACHEY, Inspecteur Général des Finances**

---

Nous sommes surpris de la lettre de mission que vous a adressée le ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'action et des comptes publics ainsi que le secrétaire d'Etat chargé des personnes handicapées alors que plusieurs rapports ont été produits ces derniers mois sur le sujet du grand âge.

Trois rapports ont été rédigés suite à une lettre de cadrage du premier ministre du 17 septembre 2018 dont celui remis par Dominique LIBAULT, le 28 mars 2019, élaborant 175 propositions à la ministre des solidarités et de la santé pour une politique forte et nouvelle du grand âge en France.

Nous avons pris acte des 150 propositions formulées par Monsieur Dominique Libault, recentrées autour de 10 propositions clés. Nombre d'entre elles soutenues par les organisations syndicales ont été débattues au « Haut Conseil de l'Âge » et reprises dans un rapport remis au Premier Ministre.

Au niveau de la CGT, nous pensons que certaines d'entre elles répondent partiellement à nos revendications, même si nous avons des désaccords pour d'autres telles que l'utilisation de la CRDS au-delà de 2024 ou du fonds de réserve des retraites, en matière de financement. Nous soutenons la préconisation visant à consacrer une augmentation de 35 % de la part des dépenses publiques consacrées à la perte d'autonomie des personnes âgées dans la richesse nationale entre 2018 et 2030 soit 1,6 % du PIB en 2030 contre 1,2 % actuellement.

Nous estimons que ces nouvelles mesures de financement vont dans le bon sens, notamment vis-à-vis de la dernière loi ASV du 28 décembre 2015, même si elles restent nettement insuffisantes pour répondre aux besoins à venir, sachant qu'il faudrait au minimum une augmentation d'un point du PIB d'ici 2030.

Le rapport Libault préconise également d'augmenter de 25 % le taux d'encadrement auprès des personnes âgées en EHPAD d'ici 2024 par rapport à 2015. Cela représenterait une augmentation de 13 équivalents temps plein pour 100 résidents, soit 80 000 professionnels supplémentaires.

Même si nous sommes loin des 200 000 emplois nécessaires aujourd'hui dans ce secteur, ces propositions, si elles étaient mises en œuvre rapidement, donneraient un signe encourageant aux personnels qui le réclament depuis plusieurs mois ainsi qu'aux résidents des EHPAD qui voient leurs conditions d'existence se dégrader continuellement. Par contre, il n'est fait aucune référence dans le rapport à l'instauration d'un service public de l'aide à l'autonomie que ce soit à domicile ou en établissement, qui permettrait de rendre plus attractifs les métiers, avec du personnel formé, mieux rémunéré et mieux considéré et un statut ou une convention collective nationale de haut niveau.

Enfin, le rapport évoque le financement d'un nouveau risque de protection sociale en précisant que la solidarité nationale, à travers une couverture financière spécifique, pourrait jouer un rôle prépondérant et intégrer ce risque de perte d'autonomie dans le champ des lois de financement de la Sécurité sociale.

Cette proposition va dans le sens de notre revendication fondamentale d'intégrer le risque autonomie dans la branche maladie de la Sécurité sociale à condition qu'il soit financé par les cotisations.

Nous développons notre proposition dans ce courrier dans le cadre de considérations générales.

Pour la CGT il doit être instauré un droit à l'autonomie « *de la naissance à la mort* ».

C'est entre autres pour cette raison que la CGT revendique la reconnaissance d'un droit à la perte d'autonomie, à côté des autres risques que couvre l'assurance-maladie (maladie, maternité, invalidité décès).

Contrairement aux conceptions dominantes, nous refusons de distinguer dans les risques couverts entre ce qui relève du soin, de la perte d'autonomie, et de l'hébergement. Ces derniers sont une conséquence de ce qui a provoqué la perte d'autonomie, maladie ou accident, ils en sont l'accessoire : par exemple, le besoin d'un fauteuil roulant est une conséquence de l'affection principale.

Par suite, son mode de financement doit être identique : un financement par cotisations sociales, sans qu'il y ait lieu de distinguer ce qui relève de la perte d'autonomie et ce qui relève de la maladie ou de la maternité par exemple.

De plus, les propositions faites dans le cadre de la création d'une 5eme branche consacrent toute l'attention sur la prise en charge de la perte d'autonomie sans tenir compte de toutes les actions de prévention de la perte d'autonomie faites par les caisses de retraite. Pour la CGT ces mesures de prévention sont essentielles afin de retarder les effets du vieillissement et permettre à chacun(e) de rester le plus longtemps à la retraite en bonne santé et à domicile.

Les politiques de prévention de la perte d'autonomie des caisses de retraite organisées en inter régimes et en lien avec l'AGIRC ARCCO sont des points d'appui forts et structurants en territoires

Toutes les actions menées en prévention de la perte de mémoire, des chutes, de la nutrition par exemple retardent les effets de perte d'autonomie et de prise en charge par le soin.

Même si l'importance de l'action sociale des départements n'est pas à négliger au travers du versement de l'APA, il ne faut pas occulter ce qui est fait en matière de prévention par les caisses de sécurité sociale et les groupes de protection sociale.

Si le PLFSS 2021 consacre la création de la 5eme branche que restera-t-il de l'action sociale et des commissions dans les CARSAT et les CPAM ?

Enfin cette cinquième branche laisse entendre que la gouvernance se ferait à l'image du CNSA ce à quoi la CGT est opposée puisqu'il ne s'agit plus d'une gouvernance Sécurité Sociale où les assurés sont présents à travers leurs représentants syndicaux.

## **1. Considérations Générales**

La perte d'autonomie d'un individu est l'état d'une personne qui, du fait de limitations de ses capacités motrices, mentales, psychiques ou sensorielles, rencontre des difficultés ou des obstacles dans sa vie quotidienne qui compromettent son autonomie en l'absence de compensation. La perte d'autonomie est définie comme un état durable de la personne entraînant des incapacités pour réaliser les actes de la vie quotidienne.

La situation de perte d'autonomie d'une personne peut arriver à tout âge. Elle peut être une situation de naissance. Elle peut résulter de maladies et/ou d'accidents, éventuellement en liaison avec la vie professionnelle ; elle peut être liée au grand âge et à une accumulation de dégradations physiques et/ou mentales d'une personne (maladies neurodégénératives notamment). La perte d'autonomie est une conséquence de cette maladie, de cet accident ou du grand âge. Nous demandons la suppression de la discrimination entre les moins de 60 ans et les plus de 60 ans, entre handicap et perte d'autonomie, conformément au traité de l'ONU signé par la France et à la loi du 11 février 2005 dont le décret d'application n'est jamais sorti.

Pour surmonter la perte d'autonomie, les personnes ont besoin d'aides et de compensations. Il peut s'agir d'équipements personnels (prothèses, fauteuil roulant etc), d'aménagements du logement, etc. Le plus souvent, il s'agit d'aides et d'accompagnements de personnes en état de leur apporter aide et appui pour, justement, leur permettre d'accomplir les gestes de la vie quotidienne.

Pour les personnes directement concernées, pour leurs proches et pour leurs familles, la perte d'autonomie est très généralement un drame. Il ne faut pas y ajouter des problèmes financiers qui conduiraient à des situations inégalitaires inadmissibles dans notre société. Il n'est pas tolérable que des personnes ne puissent vivre une vie digne à cause d'un handicap qu'elles ne pourraient compenser faute de moyens financiers.

Nous estimons que 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 et assurée par la Sécurité sociale en intégrant «le droit à l'autonomie » dans la branche maladie de la Sécurité sociale.

Nous tenons à préciser que notre demande s'inscrit dans le cadre de l'architecture actuelle de la Sécurité sociale, c'est-à-dire à partir de la branche maladie, tout comme les risques maladie, maternité, invalidité, décès, voire la commission AT/MP, et non par une branche supplémentaire comme semble s'orienter la réflexion du gouvernement via un financement spécifique.

Nous estimons que la perte d'autonomie fait partie des aléas de la vie tout comme la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès ou les accidents du travail et les maladies professionnelles.

## Architecture de la Sécurité sociale

<b>Branche assurance maladie - CNAMTS</b>	<b>Branche vieillesse</b>	<b>Branche famille</b>	<b>ACOSS</b>	<b>Dépendance</b>
Maladie	CNAV	CNAF	Les recettes et la banque	<del>Branche supplémentaire que proposerait le Gouvernement</del>
Maternité				
Invalidité				
Décès				
Commission AT/MP				
<b>Perte d'autonomie</b>				

↓  
**Proposition CGT**

↓  
**Cela isolerait cette branche des autres pour permettre aux assurances privées de couvrir ce risque, ce que nous récusons**

Nous nous inscrivons dans les principes qui ont prévalu lors de la création de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en compte des aléas de la vie de la naissance à la mort.

Nous récusons de ce fait l'identification d'une contribution spécifique finançant le risque perte d'autonomie de la même façon que nous l'avons fait vis-à-vis de la CSA (journée de solidarité) ou de la CASA.

Avec une branche dépendance, le financement pourrait être ouvert à des complémentaires, notamment les assurances privées qui n'attendent que ça. D'autre part, au vu des informations à notre disposition, il apparaîtrait que le gouvernement prévoit d'augmenter le financement de la perte d'autonomie en réorientant, à partir de 2024, 2.3 milliards d'euros de CSG depuis la CADES (Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale) vers la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie).

### **Ce sont de fausses solutions :**

La CGT affirme l'universalité de l'Assurance maladie. Il s'agit de la renforcer et d'y intégrer la réponse aux besoins de la perte d'autonomie.

La perte d'autonomie doit être traitée de manière globale et non ségrégative pour le vieillissement. Elle nécessite une vraie politique publique articulant prévention, dépistage et prise en charge solidaire avec un droit universel de compensation de la perte d'autonomie.

Ce droit à l'autonomie doit être intégré dans la branche maladie de la Sécurité sociale.

Nous sommes conscients qu'une amélioration et un élargissement des prises en charge par l'assurance maladie impliquent un renforcement de ses recettes.

Pour cela, nous estimons que ceci doit se faire dans le cadre du salaire socialisé à partir des cotisations sociales, préservant l'universalité de la branche de l'assurance maladie, et non par l'impôt, comme

semble s'orienter le gouvernement actuel avec l'augmentation de la CSG au détriment des cotisations maladie.

La CGT pose le principe d'un financement solidaire intégral à 100% de la Sécurité sociale, permettant de couvrir tous les aléas de la vie.

Dans ce sens, elle fait des propositions cohérentes et solidaires.

La question de l'autonomie doit, pour la CGT, s'inscrire dans une politique globale de reconquête de la Sécurité sociale renforcée, intégrale et universelle.

Elle doit être assise sur ses principes fondateurs, permettant à chaque personne de «faire face aux aléas de la vie de la naissance à la mort».

D'autre part, au-delà des cotisations sociales, nous pourrions largement couvrir les 10 milliards d'euros nécessaires à la prise en charge de la perte d'autonomie si le gouvernement remettait en cause les différentes exonérations de cotisations sociales (66 milliards d'euros prévus en 2020) ou les paradis fiscaux existants. Toutes ces mesures devraient permettre une prise en charge à 100% de la perte d'autonomie dans le cadre de dispositifs publics.

Notre réflexion s'engage également dans le cadre d'un payeur unique (la Sécurité sociale) et d'un intervenant unique (un service public de la perte d'autonomie), ce qui simplifierait largement le système actuel avec ses conventions tripartites pour les établissements ou sa multitude d'intervenants à domicile avec différents statuts juridiques.

## **2. Système de prise en charge de la perte d'autonomie /système de soins**

Pour l'aide et l'accompagnement aux personnes, quel que soit leur âge, que ce soit à domicile ou en établissement plus ou moins spécialisé selon l'origine ou la nature de la perte d'autonomie, nous préconisons la mise en place d'un vaste service public de l'aide à l'autonomie regroupant et intégrant progressivement une partie de l'existant actuel, avec des personnels à temps plein (pour celles et ceux qui le souhaitent), plus nombreux, mieux formés, plus qualifiés et mieux reconnus socialement. Ce service public de l'aide à l'autonomie serait chargé d'offrir à toutes les personnes, sur la totalité du territoire national, des services de qualité et dans les mêmes conditions. La présence d'un tel service public de l'aide à l'autonomie éviterait que se rencontrent encore des aidants, et surtout des aidantes, épuisés.e.s physiquement et psychologiquement.

Ce service public éviterait des conditions différentes entre personnels à domicile ou dans les EHPAD et se ferait donc avec des personnels sous le même statut, sur le modèle de celui des EHPAD publics. L'ensemble des personnels pourrait dépendre de la fonction publique de la Santé.

## **3. Ressources humaines et formation des professionnels de santé et du social**

Il est indispensable qu'il y ait formation, reconnaissance et rémunération supplémentaire, pour tous les personnels incluant les aides-soignantes et les aides à domicile.

La formation des médecins aux problématiques du grand âge doit être renforcée et il faut remettre la médecine générale au centre de la problématique avec une valorisation pour les médecins généralistes. Cette démarche doit aussi s'inscrire dans une démarche volontariste de formation de spécialistes en gériatrie et gérontologie qui constituent des filières en souffrance aujourd'hui et qui doivent être intégrées dans le tronc commun des formations à venir sous peine de pénurie dans les années à venir.

Nous tenons également à vous faire part de notre analyse concernant le projet de loi relatif au transfert de la dette sociale à la CADES auquel est adossé le projet de création d'une 5<sup>ème</sup> branche de la Sécurité sociale dédiée à la perte d'autonomie.

Le projet de loi prévoit de transférer 136 Mds€ à la CADES. Ce montant se décompose en 31 Mds€ de déficits antérieurs (dont une partie au titre des régimes agricoles et 2 Mds pour la CNRACL) qui restaient portés par l'ACOSS, 92 Mds€ au titre des déficits prévisionnels (52 Mds€ au titre du déficit prévu en 2020, et une provision de 40 Mds€ au titre des déficits ultérieurs (que le gouvernement est incapable d'estimer à ce jour) et 10 Mds€ de dette des hôpitaux (soit 1/3 de la dette hospitalière que le Gouvernement s'était engagé à reprendre + 3 Mds€ d'intérêts).

Pour amortir cette dette, la date d'échéance de la CADES est reportée de 9 ans (de 2024 à 2033), et ses recettes sont prorogées (à l'exception d'une fraction de la CSG attribuée à la future branche perte d'autonomie) : à partir de 2024, la CADES ne percevrait plus que 0,45 point de CSG au lieu de 0,60% actuellement, cette somme de 2,3 Mds€ actuellement affectée à la CADES étant attribuée à la 5<sup>ème</sup> branche dédiée à la perte d'autonomie.

## **Le coût de la crise sanitaire est exclusivement à la charge des salariés et des retraités.**

Dans la pratique, cette opération aboutit à mettre à la charge de la Sécurité sociale l'essentiel du coût de la crise sanitaire.

Or, comme le souligne le Haut Conseil du Financement de la Protection sociale (HCFIPS), le statut de cette dette d'Etat et celui de la dette sociale sont très différents. La dette de l'Etat correspond à des investissements, alors que celle de la Sécurité sociale correspond à des dépenses de fonctionnement. Cette dette qui résulte d'une crise sanitaire totalement inédite, par manque d'investissements de l'Etat, n'a donc pas été supportée par la Sécurité sociale.

Le déficit supporté par l'ACOSS repose à hauteur de 44 Mds€ environ sur la baisse des recettes, et de 8 Mds€ sur l'augmentation des charges de l'assurance-maladie liées au Covid.

Cette charge, qui conduit à un déficit estimé à 52Mds€ est mis à la charge de la Sécurité sociale et sera financé par un endettement qui sera financé pour l'essentiel par la CSG et la CRDS, à hauteur de 17 Mds€ par an, et pour le complément par un prélèvement sur le fonds de réserve des retraites.

***Ce sont donc les salariés et les retraités et eux seuls qui financeront le remboursement de la dette*** (rappelons que la CSG repose à 70% sur les revenus d'activité et à 18% sur les pensions de retraite).

Les entreprises, c'est-à-dire les revenus du capital, en seront totalement exemptées (sauf pour la part de 10% de la CSG qui fait partie de l'épargne des ménages à travers leurs SICAV, leur assurance-vie ou leurs PEA, ce qui ne représente qu'une petite partie des revenus du capital).

Il est totalement illégitime de faire supporter à la Sécurité sociale, le coût de cette crise sanitaire, qui résulte pour une bonne part des choix politiques qui ont conduit à affaiblir notre système sanitaire, en conduisant notamment à des suppressions massives de lits que nous avons dénoncées depuis des années.

Cette dette doit être identifiée et individualisée, et doit faire l'objet de dispositifs d'amortissements spécifiques dans lesquels la responsabilité principale incombe à l'Etat, au remboursement desquels le capital doit prendre une part importante.

Il est donc hors de question que ce soit la Sécurité sociale qui porte son endettement pour le faire subir ensuite aux salariés et retraités, par des plans de rigueur et une diminution des prestations servies.

Pour revenir sur le plan en faveur du grand âge qui s'insère dans une ambition plus générale de l'accompagnement de la perte d'autonomie, du vivre ensemble et d'une société de choix qui ne laisse pas de côté ses anciens et ses personnes en situation de handicap, nous attendons toujours une réponse globale et coordonnée du gouvernement comme l'avait promis le Président de la République, notamment devant le congrès de la Mutualité Française le 13 juin 2018 à Montpellier où il finissait son propos en affirmant que l'année 2019 serait consacrée à ce travail.

La crise sanitaire récente que nous venons de vivre, notamment au sujet des difficultés rencontrées dans les EHPAD, nécessite une réponse globale prenant en compte l'ensemble des problématiques liées à la perte d'autonomie et au handicap.

#### **4. Plus de cohérence nationale nécessaire**

Le constat est fait d'une diversité des politiques des départements qui pourrait être résolue par une règle nationale et des financements suffisants pour répondre aux besoins des personnes concernées et de la progression de leurs effectifs.

Nous proposons de revenir sur la séparation entre les GIR 5 et 6 pris en compte par l'action sociale des caisses de retraite et les GIR 1 et 4 pris en compte au niveau des départements.

Nous préconisons que l'ensemble des GIR 1 à 6 soit pris en compte par la Sécurité sociale au niveau de la branche maladie. Dans le cadre de cette cohérence nationale, il serait nécessaire d'ajouter des critères sociaux et géographiques dans l'élaboration de la grille tenant compte de l'environnement social dans lequel vit la personne en perte d'autonomie, la zone territoriale qui peut être rurale ou urbaine, et le niveau des services publics dont elle dispose.

#### **5. Les EHPAD**

Il faudrait envisager la création de plusieurs centaines de milliers de places à l'horizon 2030. Le CREDOC a évalué précisément les besoins d'ici 2040, c'est-à-dire 542 000 places d'où l'absolue nécessité de construire des EHPAD publics au-delà de la rénovation de ceux vétustes envisagés par le rapport LIBAULT.

Les EHPAD à construire doivent être de taille humaine, couvrir l'ensemble du territoire afin que la proximité de l'ancien lieu de vie soit assurée pour les résident.e.s. Il faut veiller aussi à leur insertion dans la vie de la cité.

Veillez agréer, Monsieur l'Inspecteur général, nos salutations distinguées.

22 juillet 2020