

Pourquoi la CGT n'est pas favorable à une cinquième branche ?

La crise sanitaire du Covid 19 marquée par 14 000 décès déclarés dans les EHPAD, a révélé plus que jamais le manque de moyens dans ces établissements comme dans le secteur de l'aide et du maintien à domicile. La problématique n'est pas nouvelle et elle a été maintes fois dénoncée à travers de larges mobilisations du personnel de ces secteurs.

Le 7 août dernier ont été promulguées deux lois :

- **Une organique** qui acte le transfert de 136 Mds€ de dette de la Sécurité sociale vers la CADES (caisse d'amortissement de la dette sociale), un apurement de la dette sociale reporté en 2033, le transfert de 0,15 point de CSG vers la CNSA Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie).
- **Une loi ordinaire** qui acte la création immédiate d'un nouveau risque dépendance et d'une nouvelle branche de la Sécurité Sociale dédiée à l'autonomie et gérée par le CNSA. Cette loi prévoit le 15 septembre prochain la remise d'un « rapport sur les modalités de mise en œuvre d'un nouveau risque et d'une nouvelle branche de la Sécurité Sociale relatifs au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ».

Que signifie la création de cette cinquième branche et quels en sont les enjeux, en particulier au niveau du financement ?

La perte d'autonomie n'est pas systématiquement liée à une notion d'âge, puisqu'elle concerne toute personne qui rencontre des obstacles dans sa vie quotidienne du fait de limitations de ses capacités motrices, mentales, psychiques ou sensorielles qui vont compromettre son autonomie en l'absence de compensation.

Ces limitations sont le résultat de problèmes de santé, souvent en lien avec l'insuffisance des mesures de prévention des risques tout au long de la vie et particulièrement en situation de travail. Au même titre que l'ensemble des problématiques de santé, sa prise en charge devrait donc relever de l'assurance maladie.

Or avec l'accroissement du nombre de personnes en perte d'autonomie lié notamment au vieillissement de la population, un glissement s'est opéré, séparant la prise en charge relevant exclusivement du soin par l'Assurance maladie, d'une prise en charge de la « dépendance » relevant de l'impôt via les conseils départementaux. C'est donc, dans un but purement gestionnaire que l'on sépare ce qui relève du « soin » et ce qui relève de « l'accompagnement au soin » (aide humaine, matérielle...). C'est ainsi qu'en 1975 a été créée sous la responsabilité des conseils départementaux, l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne), destinée à couvrir les frais liés à l'emploi d'une aide humaine. Cette aide à l'origine concernait tous les adultes handicapés quels que soient leur âge et la cause de leur handicap.

En 1997, une nouvelle césure s'est opérée entre les personnes en perte d'autonomie de moins de 60 ans qui restèrent bénéficiaires de l'ACTP (remplacée par la suite par l'actuelle PCH (prestation de compensation du handicap)) et les personnes de plus de 60 ans. Ces dernières ont pu bénéficier, dans le cadre du maintien à domicile, de la PSD (prestation spécifique dépendance) qui relevait là encore du département. En 2001, la PSD était

remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). C'est aujourd'hui l'unique prestation de droit commun couvrant la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de 60 ans.

Les caisses de retraite, quant à elles, interviennent en amont de la perte d'autonomie dans le cadre de la prévention, par le biais de leur fond d'action sociale.

C'est en 1997 aussi que les EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ont vu le jour pour accueillir des personnes retraitées plus dépendantes que dans une maison de retraite mais moins dépendantes que dans les unités de long séjour (USLD) qui relevaient de l'hôpital. Or, Selon l'IGAS en seulement dix ans (2006-2016) plus de la moitié des lits USLD accueillant des personnes très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante a été convertie en places d'EHPAD. La création des EHPAD a eu également comme conséquence de diviser par trois le financement de la perte d'autonomie en séparant ce qui relève du soin pris en charge par l'Assurance maladie à 100% de ce qui relève de la « dépendance » qui revient au département avec des budgets contraints et l'hébergement assumé par le résident. Une étude de la DRESS a mis en exergue la baisse de coût engendré par un tel glissement en montrant que le taux d'encadrement correspond à 1,1 ETP (équivalent temps plein) par lit en USLD alors qu'il n'est que de 0,62 équivalent temps plein par place en EPHAD. Ceci nous éclaire sur les vrais enjeux d'une dissociation entre ce qui relève du soin et ce qui relèverait de l'accompagnement aux soins, l'objectif étant de baisser le « coût » de la perte d'autonomie afin de répondre à des politiques d'austérité et de budgétisation appliquées à la santé et à la prise en charge de cette dépendance. Cette volonté de baisse des coûts va de pair avec la rationalisation de l'activité et la chasse aux tâches considérées comme « improductives » dans les EHPAD. Elle a pour conséquence une dégradation des conditions de travail des salariés qui ne peuvent plus répondre aux besoins relationnels pourtant si importants des résidents.

Le financement s'est donc déplacé de l'Assurance maladie, qui rembourse ce qui relève du soin, vers l'impôt, qui prend charge la perte d'autonomie. L'injonction de rentabilité par les pouvoirs publics (que ce soit en établissement comme à domicile par le biais des associations d'aide à domicile) est une étape supplémentaire vers la privatisation de ce secteur et sa marchandisation.

A qui profite le crime ?

C'est assez simple, à partir du moment où la perte d'autonomie n'est pas financée par l'Assurance maladie mais par l'impôt, elle n'est donc pas financée par les cotisations sociales, ce n'est donc plus de la Sécurité sociale !

Cette « 5^{ème} branche » que veut nous imposer Macron répond, par contre, au projet du Medef de 2001 intitulé « une nouvelle architecture de la Sécurité sociale ». Denis Kessler, alors patron du Medef et grand patron du milieu assurantiel avait expliqué qu'il ne devait plus être du ressort du patronat de financer l'Assurance maladie, du fait de son universalité, mais à l'Etat de le faire par le biais de l'impôt (*"quand il n'y a plus de responsabilités des partenaires sociaux"* (Assurance-maladie et famille), c'est à l'impôt de financer le système, à travers une CSG élargie et entièrement *"déductible"*. Le Monde du 20 novembre 2001).

La création de cette 5^{ème} branche répond parfaitement à cette injonction patronale d'une étatisation qui remet fondamentalement en cause la Sécurité sociale de 45 financée par la cotisation sociale par répartition et par solidarité, qu'on soit bien portant ou malade, vieux ou jeune, actif ou non actif. La cotisation sociale, contrairement à l'impôt, va directement du cotisant au bien-être de tous.

Cette nouvelle branche serait gérée par la CNSA qui n'est pas une gouvernance de Sécurité Sociale.

La création d'une 5^{ème} branche financée uniquement par l'impôt et gérée par la CNSA serait une étape supplémentaire vers une étatisation de la Sécurité sociale comme dans les pays Anglo saxon qui n'assure qu'un minimum pour les plus précaires et ouvre la porte aux assurances privés. Ce scénario aurait pour conséquence une explosion des inégalités face à la perte d'autonomie.

Pour la CGT

La CGT affirme l'universalité de l'Assurance maladie. Pour la CGT, la perte d'autonomie doit faire partie d'une prise en charge globale de la santé. Elle ne doit pas systématiquement être reliée à l'âge, c'est pourquoi la CGT propose un droit à l'autonomie dans le cadre de la branche maladie de la Sécurité sociale, prenant en compte le handicap de la naissance à la mort.

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. Il faut donc simplifier le dispositif en ne désignant à terme qu'un payeur unique, la Sécu à travers l'Assurance maladie et un intervenant unique afin de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie.

C'est pourquoi la CGT demande la création d'un grand service public de l'aide à l'autonomie en établissements comme à domicile avec du personnel formé, qualifié, correctement rémunéré qui permettrait une offre globale et une coordination des acteurs intervenant dans le domaine médical, médico-social et social afin que cette prise en charge se fasse par des professionnel(le)s reconnu(e)s. Il permettrait également aux assurés de pouvoir bénéficier d'une continuité dans l'accompagnement de la perte d'autonomie par ces professionnels, du domicile à l'établissement et vice versa.

Pour la CGT, il est urgent de créer 200 000 emplois dans les EHPAD, 100 000 dans le secteur de l'aide domicile.

Ces choix tournés vers une réponse adaptée aux besoins des personnes induisent des propositions de financement de la perte d'autonomie reposant sur le partage des richesses.

Ce financement doit être pérenne et non tributaire du budget de l'État ou des ressources des familles.

Nos propositions s'inscrivent dans notre campagne de reconquête de la Sécurité sociale, assise sur ses principes fondateurs permettant à chacune et chacun de «faire face aux aléas de la vie de la naissance à la mort».

À l'heure où toutes les réformes gouvernementales (santé, retraites, fonction publique) nous conduisent vers un bouleversement profond de notre système de protection sociale solidaire basé sur la répartition des richesses créées par le travail, notre campagne a tout son sens et rassemble toutes les revendications que porte la CGT autour de la question de l'emploi et des salaires.