

RENCONTRE - DÉBAT DU 16 FÉVRIER 2010 À LA GRANGE

Depuis plusieurs mois, ALERTES, l'ODPHI et leurs partenaires sont mobilisés autour du problème de la mise en place d'un

5ème RISQUE, NOUVELLE BRANCHE DE LA PROTECTION SOCIALE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

A l'initiative d'ALERTES, diverses actions ont été menées : lancement d'une pétition qui a recueilli plus de 9000 signatures, délégation à la Préfecture pour remettre ces pétitions au Préfet avec un courrier à l'attention de M. le Président de la République, lettres aux parlementaires et aux maires du département, etc... C'est dans le prolongement de ces actions que M. le Professeur HENRARD a été invité afin qu'il fasse part de ses réflexions sur ce sujet important, complexe, notamment sous les aspects suivants :

QUELS PUBLICS... CONTENU... FINANCEMENT... QUELS ENJEUX ?

PRÉSENTATION DU CONFÉRENCIER

M. J.C. HENRARD est médecin gériatologue, professeur à l'Université de Versailles-Saint Quentin-en-Yvelines. Il a mené des travaux de recherche dans un cadre européen, en particulier sur les systèmes d'aide et de soins pour les personnes âgées dans 5 pays de la Communauté. Il est membre du collectif "une société pour tous les âges", collectif composé de militants et d'experts qui réfléchissent sur les réponses à apporter aux problèmes du grand âge posés par le vieillissement, les situations de handicaps, problèmes aggravés par les partitions de la société française.

En tant que gériatologue, M. J.C. HENRARD a une approche de l'individu tout au long de sa vie, de la naissance à la mort. Son expérience, ses recherches lui permettent de porter un regard inter-disciplinaire sur un secteur peu connu : la santé publique, santé des populations.

LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS DEPUIS UN DEMI-SIÈCLE

M. HENRARD retrace son évolution :

- Tel qu'il a été créé en 1945, le système de Sécurité Sociale résulte d'un compromis entre les préconisations du Conseil National de la Résistance - pour une couverture totale de l'individu face aux problèmes sociaux - et un système d'assurances sociales obligatoires sur une base professionnelle. 4 risques sont définis : santé, accident du travail, vieillesse, famille. Reposant sur la solidarité professionnelle, le système ainsi créé n'est pas global : ce qui relève du social est pris en charge par la famille, le secteur public intervenant de façon résiduelle. Sont ignorées les personnes inactives du fait de handicaps, quel que soit leur âge. C'est une fausse sécurité sociale, un régime de protection sociale Bismarckien.

Rien à voir avec les pays nordiques qui ont mis en place un véritable système de sécurité sociale universel, couvrant les problèmes sociaux de la naissance à la mort.

En 1970, le secteur social a été séparé du secteur sanitaire. Ainsi les hospices ont-ils été transformés en maisons de retraites et établissements pour personnes handicapées.

- Le secteur social se construit progressivement. En 1975 est créée, dans le cadre de la loi sur les personnes handicapées, l'ACTP (allocation pour l'emploi d'une tierce personne), attribuée par l'Etat (via la COTOREP) et financée par les Départements. Le déclin de mortalité concernant essentiellement les générations les plus âgées, le nombre de personnes âgées handicapées augmente. Sous la pression des Conseils Généraux, les personnes catégorisées comme "dépendantes" vont sortir du champ du handicap. En 1997, la PSD (Prestation Spécifique Dépendance) est instituée, puis, en 2002, l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) en faveur des personnes âgées de plus de 60 ans : cette prestation est plus généreuse que la précédente, mais elle laisse perdurer la scission entre sanitaire et social. Cette séparation sanitaire et sociale a pour conséquence une fragmentation des dispositifs de prise en charge en matière d'organisation, de financement et de dispensation des prestations et services.

En 2006, la PCH (Prestation Compensatoire d'un Handicap) remplace l'ACTP mais rien n'est prévu au-delà de l'âge de 60 ans.

- QUELS CONSTATS ?

> Aujourd'hui, la reconnaissance du handicap varie en fonction du statut de la personne et du contexte de sa survenue. Une personne incapable d'accomplir certains actes de la vie quotidienne relève

- . de l'invalidité, si c'est à la suite d'une maladie ou d'un accident ;
- . du statut de Handicapé, si l'on se trouve devant une déficience congénitale ou accidentelle ;
- . du régime de l'APA si c'est le vieillissement (à partir de 60 ans) qui est tenu pour responsable.

> Ces distinctions s'accompagnent d'inégalités de traitement manifestes : par exemple, pour des besoins identiques, la personne bénéficiant de l'APA percevra 400€, alors que celle qui relève de la PCH percevra 1000€;

> L'APA est limitée au paiement des aides et soins d'hygiène et non des soins médicaux ; les montants maximaux sont insuffisants. Ainsi les dispositifs créés stigmatisent la vieillesse en la limitant à la dépendance et l'enferment dans un ghetto en en faisant une catégorie à part. Les réponses y sont insuffisantes tant en termes de moyens que de qualification des personnels.

> Avec la décentralisation, la gestion du secteur sanitaire relève de la région, celle du social et médico-social du département. Depuis 2004, apparaît un phénomène de recentralisation avec la création de la CNSA.

L'instauration d'un nouveau risque permettrait notamment, en levant la barrière de l'âge, de mettre fin aux inégalités financières et de moyens entre les deux populations qualifiées de handicapées et de dépendantes âgées et à la prise en charge parcellisée et de qualité inégale au sein de chacun des secteurs. La mise en place de ce nouveau risque soulève une série de questions :

- > quelle doit être la population couverte ?
- > quel doit être le contenu de la couverture ?
- > comment assurer une pérennité de financement ?
- > qui doit gérer le risque et au niveau de quel territoire ?
- > quelles institutions et services pour mettre en oeuvre les actions d'aide et de soins ?

La population protégée doit comprendre toutes les personnes, quel que soit l'âge, en situation de handicap de longue durée. Les bénéficiaires potentiels dépendent de la façon dont on inscrit le risque dans la protection sociale :

- . solidarité nationale et intergénérationnelle avec prestations universelles
- . nouvelle branche de sécurité sociale avec prestations liées à contributions sociales antérieures,
- . ceux qui n'ont pas contribué relèveraient de la solidarité nationale de façon résiduelle.

La définition du périmètre de la couverture ne devrait pas se limiter aux aides et soins à la personne, mais comprendre des prestations de rééducation d'entretien.

La gestion du risque doit distinguer la gestion collective et la gestion individuelle :

- . la première implique le recueil des fonds provenant des différentes sources contribuant au financement, l'allocation des dotations territoriales et des ressources aux prestataires. La CNSA peut être confortée dans ces rôles mais se pose le problème de son articulation avec les Agences Régionales de Santé et les départements.

- . La seconde implique de distinguer clairement les étapes de l'éligibilité ouvrant droit à prestations, de l'analyse des besoins et de l'élaboration du plan d'aide et de soins, de sa mise en oeuvre et de son suivi. Cette suite d'étapes nécessite une gamme d'instruments d'évaluation allant du plus simple (pour l'éligibilité) au plus global (pour les cas complexes médico-psycho-sociaux). Chacun doit être standardisé et scientifiquement reconnu. Ce système d'évaluation est essentiel pour améliorer l'information entre intervenants, afin d'éviter les redondances et améliorer la qualité des prestations. Les différentes étapes du processus impliquent une coordination entre intervenants de terrain (professionnels et familiaux) et financeurs. Des formes nouvelles d'organisation des soins et aides facilitant la coordination (réseau, gestionnaire de cas avec un financement spécifique) entre professionnels et avec les hôpitaux devraient être facilitées, s'appuyant sur des dynamiques sociales locales. Elles nécessitent également de lever des barrières structurelles par exemple entre soins et aide de ville et soins hospitaliers, de prendre en compte et respecter les désirs des usagers.

- LE FINANCEMENT

Il doit reposer principalement sur la solidarité nationale collective, intégrer dans une Caisse unique toutes les sources qui y contribuent, sources qui pourraient provenir

- d'une augmentation de la CSG portant sur l'ensemble des revenus
- d'une TVA sociale
- du rétablissement du recours sur succession

- d'un certain maintien du ticket modérateur.

Il ne faut pas exclure le recours aux assurances privées complémentaires de type mutuelles. Ces dispositions ne devront, en aucun cas, pénaliser les personnes aux ressources modestes.

Actuellement, ce qui nous attend, c'est une PSD améliorée !

*Pour M.HENRARD, "... l'extension de la protection sociale doit être essentiellement l'expression d'une **solidarité collective et mutualisée** face aux situations de handicaps des plus fragiles d'entre nous, quel que soit leur âge..."*.

- OBSERVATIONS

En tant que Vice-Présidente du CGI en charge des Personnes Âgées et Handicapées, Mme G. PÉREZ fait remarquer combien le département de l'Isère a effectivement pris des initiatives importantes en faveur des aides au vieillissement, par exemple : mise en place d'une coordination pour l'autonomie des secteurs P.A. - P.H., création des Maisons de l'Autonomie, mise en place de "gestionnaires de cas", institution d'une allocation complémentaire de l'APA, étude et réalisation de nouvelles maisons de retraite, etc...

AUTRES REMARQUES DU PUBLIC

- Le 5ème risque ne fait pas l'objet d'un vrai débat : les politiques apportent une réponse financière à cette question. L'aide à la personne passe par un financement du CGI et des Caisses de Retraites. Le CGI ne peut qu'adapter une politique qui n'est pas définie. L'ADPA, par exemple, travaille à perte avec les Caisses de Retraites. Le gouvernement place le service d'aide à la personne dans le secteur privé, concurrentiel. La loi BORLOO a totalement dérégulé ce secteur !

- Devant de lourdes pathologies, les situations se dégradent d'autant plus qu'il n'y a pas de vraies solutions. Les familles sont abandonnées et culpabilisées..... mal informées de leurs droits et des opportunités de solutions.

- Quel est le périmètre des aides nécessaires pour les personnes dépendantes ? Il faut en définir le contenu. La fragmentation des réponses actuelles entraîne la fragilisation du système.

- Il n'y a pas de Commissaire Européen à la Vieillesse. La politique sanitaire et sociale relève des Etats.

- Actuellement, les problèmes sociaux sont énormes ; celui de la vieillesse est considéré comme marginal. Tout est fait pour qu'on ne parle que financement.

Mme CHAPUIS, Présidente d'ALERTES, M. GOUTTENOIRE, Président de l'ODPHI, remercient vivement M. le Professeur HENRARD pour son exposé et les pistes de réflexion qu'il a apportées.

ALERTES, l'ODPHI et leurs partenaires restent attentifs aux débats et propositions des pouvoirs publics. C'est ainsi, par exemple, qu'ALERTES a adressé un courrier à Mme Nora BERRA, lui demandant de participer aux assises qu'elle envisage d'organiser au cours de cette année.

Christiane COLLET

Secrétaire-Adjointe d'ALERTES

*avec ses remerciements sincères au Professeur HENRARD
pour l'aide qu'il lui a apportée dans la rédaction de ce texte.*