

Dépendance, un débat mal posé

■ Marie Kayser, médecin généraliste

Une réforme nécessaire, des rapports qui se suivent, une indispensable appropriation du débat par les citoyens avant le vote d'une loi qui, dans la suite de celle sur les retraites, mettrait encore un peu plus en pièces la prise en charge solidaire.

La réforme du financement de la dépendance des personnes âgées était présentée par le président de la République comme un des grands dossiers de ce quinquennat.

Depuis un an, de nombreux rapports ont été remis au gouvernement, rapport Rosso-Debord de l'Assemblée nationale¹, rapport Vasselle du Sénat² et tout récemment les quatre rapports des groupes de travail mis en place par le gouvernement sur la dépendance³ dont le rapport Fragonard « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ».

Au fil de ces rapports et des déclarations gouvernementales, l'orientation politique de cette « réforme » est restée identique, même si son ampleur à court terme et les mesures envisagées ont changé à l'approche des élections présidentielles. Le gouvernement devrait rendre des arbitrages définitifs pendant l'été et les dispositions législatives seront votées à l'automne 2011 dans le cadre du Projet de Loi de Financement de Sécurité Sociale.

L'Assemblée des Départements de France (ADF) a pour sa part présenté « 55 propositions pour relever le défi de la perte d'autonomie »⁴.

De leur côté, des citoyens, des soignants et des associations se sont mobilisés et font des propositions pour une véritable réforme qui permette la préservation de l'autonomie de tous les citoyens, quel que soit leur âge dans un cadre solidaire.

Des termes significatifs

« Cinquième risque »

Terme employé par le gouvernement depuis des années ; il fait référence aux quatre branches de la Sécurité sociale existantes (maladie, accidents de travail-maladies professionnelles, famille, retraite), mais s'en démarque d'emblée par le mot « risque ». Pour évaluer ce 5^e risque, les projections officielles englobent tout ce qui concerne la prise en charge de la personne âgée, y compris des soins actuellement financés par l'Assurance maladie. Cette mise à part n'est pas innocente, car en séparant ainsi la prise en charge d'une partie de la population, on découpe une tranche de l'Assurance maladie solidaire et prépare ainsi son transfert aux assurances privées.

Le « cinquième risque » est très présent dans le rapport Rosso-Debord.

« Dépendance »⁵

Ce terme n'a été utilisé à propos des personnes âgées qu'à partir de 1973 ; il est employé dans les rapports pour parler de la « dépendance incapacitaire » qui fait référence à un état déficitaire individuel et biologique. Un autre sens de « dépendance » aurait pu être considéré : c'est celui qui renvoie au lien social, selon la définition du sociologue Albert Memmi, dépendance que chacun de nous a, toute sa vie durant, avec les autres et qui peut prendre des formes différentes.

En se centrant sur la « dépendance incapacitaire » de la personne âgée, le gouvernement isole une partie de la population, qui devient ainsi un « poids pour la solidarité nationale », nécessite « un effort public important »¹. Il nous prépare ainsi à l'intervention d'opérateurs privés dans le cadre d'une gestion intégrale (rapport Rosso-Debord), ou en complément du système actuel dans lequel « le socle d'aides publiques » n'augmenterait pas (rapport Fragonard). Le débat se centre alors sur les prévisions du « poids de la charge » à venir du vieillissement, sur le niveau de recours aux opérateurs privés (assurances, mutuelles..) et sur la répartition de la charge entre les différents acteurs publics (Etats, Assurance maladie, départements).

A l'inverse, se centrer sur la « dépendance-lien social », quel que soit l'âge, aurait amené à s'intéresser à toute la population, aux différents aspects de cette dépendance, à ce qui peut causer déficiences, aux inégalités sociales face aux déficiences⁶, à la façon dont celles-ci doivent être non seulement compensées, mais aussi prévenues tout au long de la vie. Cette conception ramène dans le cadre de la prise en charge solidaire, conforme au préambule de la constitution de 1946 et aux ordonnances de 1945 instituant l'organisation de la Sécurité sociale. C'est celle que cherchent à faire prévaloir dans le débat certaines associations de retraités et de personnes âgées⁷, de personnes handicapées et tous ceux qui luttent pour un service public solidaire. Ils posent le débat en termes de politique de prévention et de compensation de la perte d'autonomie quel que soit l'âge. Cependant, le terme d'autonomie prête lui aussi à interrogation⁵ si on considère son sens étymologique « la loi qu'on se donne à soi-même », la possibilité de décider de sa vie, droit fondamental qui ne peut être compensé mais doit être avant tout préservé.

Des calculs qui ne sont pas neutres

La situation actuelle ³

Il y a 14,6 millions de personnes âgées de plus de 60 ans (notons qu'à 60 ans les dites personnes âgées sont actuellement censées être encore au travail), mais le nombre de personnes âgées actuellement dépendantes prête à débat : celui qui est pris en compte dans tous les rapports est le nombre de bénéficiaires de l'Aide Personnalisée Autonomie (APA), c'est-à-dire reconnues en GIR 1 à 4 ⁸, soit 1,2 millions majoritairement âgées de plus de 80 ans et de sexe féminin. Pourtant, les patients, leurs familles et les intervenants sociaux et médicaux savent bien que toutes les personnes qui sont dépendantes sont loin de faire une demande d'APA et que de nombreuses personnes déjà dépendantes ne sont pas reconnues en GIR 4.

Le montant avancé pour la dépense publique liée à la dépendance est de 24 milliards d'euros pour 2010 : 14 milliards de dépenses de santé, 7,5 de dépenses de dépendance et 2,5 de dépenses d'hébergement. Cette dépense est financée à 62 % par la Sécurité sociale, 23 % par les départements et 13,5 % par la Caisse Nationale de Solidarité Autonomie, la part restante venant directement de l'Etat. La part supportée directement par les personnes et leurs familles est estimée à 10 milliards. Le périmètre de la dépense prête à débat puisque y sont incluses toutes les dépenses de soins des personnes considérées comme dépendantes, les aides au logement, les exonérations fiscales et sociales... Alors pourquoi ne pas créer aussi un 6^e risque pour les moins de 25 ans, en y incluant les dépenses de soins liées à la croissance, les bourses universitaires, les aides au logement, ou même le manque à gagner pour l'impôt sur le revenu lié au quotient familial ? Méthode idéale de dépeçage de la Sécurité sociale pour la vendre par strates aux assurances privées.

Inversement, il y a une sous-estimation et une sous-compensation majeures de la perte d'autonomie des personnes âgées, que ce soit à domicile ou en établissement : les montants accordés ne permettent pas un maintien à domicile dans des conditions correctes et les dotations budgétaires en établissement sont totalement insuffisantes pour faire face aux besoins.

Par ailleurs, le plafonnement de l'APA selon le revenu ne compense pas les inégalités et ne permet pas un réel choix pour les personnes âgées à revenus faibles qui sont moins souvent à domicile pour un même degré de dépendance. Le coût du séjour en maisons de retraite (labellisées en EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne âgée Dépendante) est lui-même problématique puisque la dépense moyenne en établissement était en 2007 de 1 938 euros avec un reste à charge moyen de 1 468 euros par mois pour le résident ;

le reste à vivre moyen étant négatif à - 261 euros. Il est compensé directement par les familles ou par l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) versée par les conseils généraux, mais avec « obligation alimentaire » pour les familles et recours sur succession.

Les projections :

Les projections pour la démographie des plus de 60 ans semblent assez consensuelles : augmentation de 45 % jusqu'en 2035 liée à l'arrivée des générations du Baby boom et à l'allongement de l'espérance de vie puis croissance moins rapide. Pour les plus de 80 ans : une croissance rapide est prévue entre 2026 et 2054 liée à l'arrivée à cet âge des générations nombreuses.

Les incertitudes commencent quant au nombre de personnes âgées qui seront dépendantes dans les années à venir : les années supplémentaires seront-elles des années en bonne santé ? Jusqu'à présent, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter, de même que l'espérance de vie en bonne santé, même si cette évolution globale cache de grandes inégalités. Des études récentes montrent que ce n'est plus aussi évident et l'analyse de la tranche d'âge des 50-65 ans semble montrer au contraire entre 1999 et 2008 une augmentation des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité ⁹.

Le rapport Rosso-Debord se basait sur des chiffres passant de 1,2 millions de personnes âgées dépendantes à ce jour à 1,8 en 2026, voire 3 millions en 2060. L'ADF donne un nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 compris entre 1,4 et 1,6 millions. Les groupes de travail sur la dépendance se rapprochent de ces dernières estimations.

Les différences augmentent encore au niveau des projections du coût de la dépendance. Pour le rapport Rosso-Debord, le besoin supplémentaire de financement public à l'horizon 2030 serait de 8 milliards d'euros par an, pour l'ADF de 3,9 à 4,6 milliards par an selon qu'on est dans une hypothèse base ou haute de l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes. Le rapport Fragonard parle de 2,4 milliard d'euros supplémentaires dans le scénario dit « de consolidation du système actuel » qu'il préconise et d'au moins 10 milliards d'euros dans un scénario de mise en place d'une assurance universelle obligatoire gérée par répartition ; ce qui veut dire en clair que dans le scénario qu'il préconise, il choisit de laisser 7,6 milliards d'euros supplémentaires à la charge des personnes âgées.

Qui financerait quoi ?

Comment comprendre de telles différences dans les coûts avancés ?

On peut avancer l'hypothèse qu'ils sont étroitement dépendants des objectifs politiques soutenus par les auteurs des rapports.

.../...

– Le rapport Rosso-Debord est dans la logique d'un 5^e risque transféré intégralement aux assurances privées, il préconise l'obligation pour toute personne de plus de 50 ans de contracter une assurance privée pour la dépendance, le recours sur succession pour l'APA et la suppression de la prise en charge du GIR 4... Ces mesures sont aberrantes et inacceptables : retarder la prise en charge favoriserait l'aggravation des situations de dépendance et l'augmentation des coûts à moyen et long terme, faire un recours sur la succession est inacceptable car cela ferait reculer le nombre de bénéficiaires de l'APA et taxerait plus lourdement les enfants dont les parents seraient les plus dépendants, renvoyer la prise en charge au secteur privé majorerait les inégalités et aurait un coût plus élevé que celui de l'Assurance maladie.

Ces mesures ont une raison d'être : gérer ce secteur pourrait générer de sérieux bénéfices pour le secteur privé qui ne s'embarrasse pas de considérations de solidarité ; celui-ci représente 22 % du marché des maisons de retraite et est actuellement en progression en France : il est à l'origine de 71 % des nouveaux lits créés entre 1999 et 2007 ; il est de plus en plus concentré avec l'intervention de grands groupes privés dont certains cotés en bourse ¹⁰. Ce rapport a reçu lors de sa remise le soutien de Nicolas Sarkozy et rejoint les demandes d'assureurs comme AXA qui se positionnent sur une prise en charge par le secteur privé concurrentielle de la Sécurité sociale, que ce soit en termes de soin ou de dépendance. Gageons que le PDG du groupe privé de complémentaire Santé Malakoff-Médéric Guillaume Sarkozy, frère du premier, ne serait pas fâché non plus de ces orientations.

– L'Assemblée des Départements de France, majoritairement à gauche, repousse les propositions gouvernementales, demande que l'Etat reprenne en charge une part plus importante du financement de la dépendance, envisage diverses mesures pour augmenter les ressources allouées à la dépendance dont l'augmentation de la CSG des retraités ou une « 2^e journée de solidarité »... et pose la question de la création d'une 5^e branche de la Sécurité sociale ou « d'une mini branche sous le toit de l'Assurance maladie »

– Le rapport Vasselle remis en février 2011 repousse l'idée d'un contrat obligatoire, mais s'oriente vers la souscription de contrats favorisés et même aidés : ce qui permettrait au secteur privé de s'enrichir sur le dos de tous les citoyens par une solvabilisation de la dépendance transférant l'argent public au secteur privé.

– Les rapports des groupes de travail sur la dépendance et particulièrement le rapport Fragonard se rapprochent de cette position.

Ils bâtissent un système à étages : « consolidation du système actuel » où les 2,4 milliards d'augmen-

tation de la dépense publique ne couvriraient que l'augmentation démographique des personnes dépendantes, le reste de l'augmentation des dépenses, soit 7,6 milliards d'euros, serait à la charge des personnes et de leurs familles avec recours à des assurances complémentaires, les personnes les plus pauvres bénéficiant d'une aide à l'achat de ces assurances analogue à l'aide à l'achat d'une complémentaire santé ce qui constitue un transfert du public vers le privé.

Il faut remarquer que le « système actuel » qu'il est ainsi prévu de « consolider » est déjà très inégalitaire, puisque ne relevant pas d'un système solidaire pour les parties hébergement et dépendance : le coût augmentant avec l'état de dépendance et étant le même quel que soit le revenu, les aides (APA et Aise Sociale à l'Hébergement) n'apportant qu'une compensation partielle à cette inégalité.

Le rapport Fragonard liste par ailleurs sensiblement les mêmes mesures que l'ADF pour augmenter les recettes publiques.

Une autre réforme est possible et nécessaire

Il s'agit de cesser d'assimiler âge, dépendance et charge financière et de se poser la question globale de comment notre société traite ses « vieux », de quelle place elle leur reconnaît.

La question de la place de la personne en perte d'autonomie dans notre société, quelle qu'en soit la cause (âge, handicap, invalidité), doit être posée. La possibilité de décider de sa vie est un droit fondamental qui doit avant tout être préservé.

Il faut affirmer un droit universel à compensation de la perte d'autonomie avec prestations en fonction des différents besoins et non plus d'un niveau de dépendance estimé par une grille.

Ce droit n'est pas dissociable d'autres droits : droit à l'accès aux soins avec amélioration de la prise en charge par l'Assurance maladie, extension à des soins actuellement non ou mal pris en charge (dentaires, visuels, d'alimentation, d'appareillage), droit au logement...

Il y a aussi nécessité à agir en prévention de la perte d'autonomie : conditions de vie, de travail, lutte contre les inégalités sociales de santé.

Ce droit à compensation de la perte d'autonomie doit être géré dans le cadre de la protection sociale solidaire et de la Sécurité sociale : faut-il mettre en place une 5^e branche de la Sécurité sociale que pourrait devenir la Caisse Nationale de Solidarité Autonomie ? Se poserait alors la question de son périmètre de compétence : ne générerait-elle que la perte d'autonomie ou engloberait-elle le soin aussi et comment séparer les deux ?

Le financement doit être pérenne et pouvoir s'adapter à l'évolution des besoins ; la question du financement relève de choix politiques globaux, il doit aller dans un sens de justice sociale : juste

contribution des revenus et patrimoines à la solidarité nationale. Si le recours individuel sur succession est inacceptable, la question d'un impôt général sur les successions participant au financement de la prise en charge de la dépendance doit être posée.

A côté du financement : il est aussi indispensable de réfléchir au fonctionnement et à l'utilisation des moyens dégagés.

Tout d'abord, il ne faut pas opposer aide familiale et aide collective et développer l'aide familiale dans le but de faire des économies sur l'aide collective. Ce raisonnement n'a aucune base réelle. Les études (en particulier étrangères) montrent que plus l'aide collective est importante et plus l'aide familiale le devient. Toute simplement parce que si les familles doivent prendre, seules ou presque, en charge la personne dépendante, elles fuiront (si elles en ont la possibilité), alors que si elles savent qu'elles peuvent s'appuyer sur une aide collective, elles seront plus présentes. D'autre part, le côté quasi exclusivement féminin de cette aide familiale doit être interrogé et remis en question.

Il y a nécessité d'une professionnalisation des services d'aide à la personne à domicile avec amélioration de la formation et des conditions de travail et mise en place d'une véritable coordination. Cette professionnalisation pourrait se faire dans le cadre d'un « service public de l'autonomie ».

L'attribution de moyens et de personnels dans les lieux d'hébergement doit être mise au service d'un accompagnement individuel, mais aussi d'un projet de vie collectif pour en faire des lieux de vie dans lesquels l'autonomie du résident est reconnue et préservée.

Il y a nécessité non seulement d'améliorer les passerelles entre tous les types d'hébergement et la coordination des professionnels y intervenant, mais aussi de réfléchir à des lieux de vie où un « vivre ensemble » serait possible sans ségrégation liée à l'âge ou au handicap.

Il y a nécessité à mener des recherches publiques indépendantes sur la prise en charge thérapeutique des pathologies et à évaluer de façon indépendante les thérapeutiques médicamenteuses pour éviter le gâchis d'argent public actuel lié à la pression des lobbies pharmaceutiques.

Ces propositions sont portées par nombre d'associations, coordinations et syndicats qui rejettent le dépeçage de la protection solidaire. ■

1. Rapport d'information de l'Assemblée nationale : www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2647.pdf
2. Rapport d'information du Sénat : www.senat.fr/rap/r10-263/r10-2631.pdf
3. Rapport des groupes de travail sur la dépendance : www.solidarite.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,95/debat-sur-la-dependance-les-4,13391.html
4. <http://www.departement.org/sites/default/files/ADF-perte-autonomie-55-propositions-mai-2011.pdf>
5. Pour approfondir la réflexion, voir l'article du Dr Eric May : « Le rapport Rosso-Debord, une nouvelle étape du démantèlement de la sécurité sociale solidaire » dans les *Cahiers de Santé publique et de protection sociale*.
6. Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine, « Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie avant et après 65 ans », *BEH Inégalités sociales de santé*, p. 82.
7. Union Nationale des Retraités et des Personnes Agées : www.unrpa.com/perte-dautonomie
8. La prestation APA est liée au classement de la personne, selon la grille AGGIR, en 6 groupes ou GIR qui vont du groupe 1 (niveau de dépendance le plus lourd) au groupe 6. Ces groupes prennent en compte des informations sur la capacité à effectuer les actes de base de la vie quotidienne mais sous-estiment ce qui est lié aux déterminants dits « psychologiques » : cohérence et désorientation.
9. Audre Seurin, Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine, « Les espérances de vie sans incapacité en France : une tendance récente moins favorable que par le passé », Document de travail n° 170, INED, janvier 2011 www.ined.fr/fichier/t_publication/1529/publi_pdf1_170.pdf
10. *Le Monde de l'économie*, dossier 14 juin 2011.