



Dépendance un enjeu de solidarité nationale

Positionnement de l'UNCCAS
pour un droit universel à l'aide
à l'autonomie

L'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale

Association loi 1901 fondée le 10 novembre 1926, l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (UNCCAS) regroupe 3 850 CCAS et CIAS adhérents (5 800 communes), soit la quasi totalité des villes de plus de 10 000 habitants, 80 % des villes de 5 000 à 10 000 habitants et près de 2 000 CCAS de communes de moins de 5 000 habitants, représentant **43 millions** de citoyens.

Son conseil d'administration est majoritairement composé d'adjoints aux maires chargés de l'action sociale, vice-présidents du CCAS de leur commune.

Un réseau représentatif

Si les missions de l'UNCCAS sont multiples, elles convergent toutes vers une direction fondamentale : apporter un **outil technique et pratique d'envergure aux acteurs de terrain**.

Pour ce faire, l'UNCCAS :

- interpelle les pouvoirs publics et leur apporte son concours ainsi qu'aux assemblées élues, pour promouvoir une meilleure politique sociale ;
- accompagne et soutient ses adhérents en termes de représentation, de promotion, voire de défense de leurs intérêts ;
- les informe des évolutions législatives sur les dispositifs et les politiques sociales ;
- anime le réseau et développe les échanges entre les CCAS/CIAS ;
- favorise la constitution effective de CCAS et de CIAS, soutient et promeut la création des Sections et Unions départementales ou régionales de CCAS/CIAS.

Un réseau dynamique

Les objectifs stratégiques de l'UNCCAS sont les suivants :

- faciliter le travail des membres du réseau par une **aide technique, juridique** et par un appui à leur développement, notamment via les activités « **UNCCAS Formation** ». L'UNCCAS s'emploie ainsi à soutenir la qualification des élus, professionnels et bénévoles présents au sein des CCAS/CIAS via le développement d'une culture de projet, le soutien aux recrutements qualifiants et la promotion d'un réel statut pour les professionnels ;
- contribuer à l'évolution de la décentralisation en matière d'action sociale, en confortant les capacités d'intervention de tous les adhérents, en facilitant le développement de **l'intercommunalité sociale** et la création de centres intercommunaux d'action sociale, tant au niveau législatif qu'au niveau technique ;
- exploiter les réalisations de son réseau, en valorisant ainsi les richesses du terrain, afin d'alimenter le débat politique national et de le rendre à la fois plus pragmatique et plus prospectif. Le développement d'une **Banque d'expériences de l'action sociale locale** sur son site internet et du **Prix de l'innovation sociale locale** remis chaque année depuis 2004, vont dans ce sens ;
- développer le **dialogue** avec les ministères, les parlementaires et les administrations afin de valoriser les actions, les positionnements des CCAS/CIAS et de l'UNCCAS, mais aussi pour adapter les dispositifs existants en apportant des idées nouvelles et des solutions innovantes.



Un réseau structuré

Le réseau est structuré en délégations départementales et régionales et depuis 2001 en Unions de CCAS/CIAS dotées de la personnalité juridique. Ces dernières assurent la représentation des CCAS/CIAS auprès des conseils généraux et régionaux mais aussi des services déconcentrés de l'Etat. A ce jour, **46 départements** sont couverts par une Union de CCAS/CIAS. Une Union régionale de CCAS/CIAS a également été créée en Basse Normandie.

Les Unions départementales de CCAS/CIAS ont également un rôle privilégié à jouer auprès des conseils généraux en ce qui concerne la connaissance des besoins sociaux sur le territoire. Dans ce cadre, les analyses des besoins sociaux réalisées par les CCAS/CIAS sont de nature à compléter les schémas départementaux en matière sociale.

Un réseau ouvert sur l'Europe

L'UNCCAS a souhaité développer les interconnexions avec d'autres réseaux nationaux et européens du champ de l'action sociale locale. Elle est ainsi à l'origine de la création de l'association ELISAN (European Local Inclusion and Social Action network ou réseau européen pour l'inclusion et l'action sociale locale), le 28 janvier 2008 à Bruxelles, sous le haut patronage du Comité des régions de l'Union européenne. L'association ELISAN vise à faire entendre la voix des collectivités locales en Europe pour que soient mieux pris en compte les critères sociaux dans la construction de l'Union européenne. ELISAN est favorable à la mise en œuvre d'une politique communautaire cohérente et durable dans le domaine social.

Les CCAS/CIAS en chiffres

- 4 communes sur 10 confient toute leur politique sociale au CCAS (aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées, lutte contre l'exclusion, petite enfance, etc.) ;
- Les CCAS représentent un budget consolidé de 2,6 milliards d'euros et emploient près de 110 000 personnes ;
- Ils assurent plus de 80 millions de repas par an auprès des personnes âgées (restauration collective ou à domicile) et en restauration scolaire ;
- Ils proposent plus de 25 millions d'heures de services à domicile par an aux familles ;
- Les CCAS sont les principaux gestionnaires de logements-foyers pour personnes âgées (70 % des places) ;
- Avec les communes, les CCAS sont les principaux gestionnaires des crèches familiales en France.



Sommaire

Introduction	5
L'enjeu de la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie	6
Des besoins qui s'accroissent	6
Des réponses actuellement insuffisantes	7
Les CCAS-CIAS : l'apport d'une sensibilité spécifique dans le débat	12
Une mission de service public de proximité	12
Les usagers accompagnés par les CCAS-CIAS	14
L'attention portée aux citoyens les plus fragiles	14
Des personnels au statut spécifique	16
Des CCAS-CIAS confrontés à l'insuffisance des financements actuels	17
Des acteurs locaux impactés par les dernières orientations budgétaires	19
Prendre en compte les actuelles réformes du secteur et les pistes d'amélioration proposées par le service public de proximité	22
En matière d'aide à domicile	22
En matière de politique de l'habitat et d'offre d'hébergement alternative	23
En matière de financement des EHPAD	27
La position de l'UNCCAS sur le droit à l'autonomie	28
Faire de la prévention un des axes de réflexion et adapter la prise en charge au parcours de vie de la personne	28
Le droit universel à l'aide à l'autonomie	31
Le financement de ce nouveau droit	33
La nouvelle gouvernance	39
Conclusion	42
Synthèse	43

Introduction

Maintes fois évoquée, longtemps reportée, la réforme de la prise en charge de la dépendance, ou 5ème risque, constitue depuis le début de l'année 2011 une nouvelle priorité politique. Pour l'UNCCAS, dont l'action des 3 850 adhérents concerne 65 % de nos concitoyens, cette réforme est à la fois l'occasion d'améliorer l'accompagnement de nos aînés, mais aussi de nous préparer, non pas à un prochain tsunami démographique, mais à cette chance qu'aura la majorité d'entre nous de vivre plus longtemps, dès demain.

Cette perspective inédite implique de considérer la période du vieillissement dans sa globalité, sans la réduire à la très grande dépendance. Ce faisant, les politiques de prévention devront naturellement être intégrées à la réflexion. Elles contribuent en effet pleinement à respecter le libre choix et les parcours de vie non linéaires des personnes, mais aussi à retarder les effets invalidants du vieillissement et, à terme, à amoindrir véritablement le coût individuel et collectif de la prise en charge de la perte d'autonomie. De fait, une véritable réflexion sur les frontières de la perte d'autonomie s'impose à nous aujourd'hui.

L'UNCCAS aspire également à ce que les dimensions sociale et territoriale soient présentes dans le débat. Acteurs de proximité par excellence, gestionnaires de nombreux établissements et services, partenaires de la vie associative, des collectivités et de l'Etat, les CCAS-CIAS sont également les témoins de la fragilité économique et sociale de nombreux de leurs usagers tout comme des difficultés de certains territoires à fournir l'ensemble des services nécessaires à leurs habitants, notamment en milieu rural. L'UNCCAS veillera par conséquent à ce que ni les uns ni les autres ne soient écartés de la réforme. Une réforme dont nos concitoyens sont en droit d'attendre qu'elle bénéficie à tous, sur l'ensemble du territoire.

Enfin, le respect de la dignité de chacun, quels que soient son âge et son état de santé physique ou mental, oblige à considérer l'aide à l'autonomie comme un droit fondamental dont l'accès doit être garanti. Guidée par des enjeux éthiques dont notre société ne saurait faire l'économie, l'UNCCAS estime que si l'état actuel de nos finances publiques oblige certes à faire preuve d'un certain pragmatisme, seul un financement de la perte d'autonomie fondé très majoritairement sur la solidarité nationale sera de nature à assurer la pérennité du système d'accompagnement et l'égal accès de tous à ce droit universel.

Dans un esprit de responsabilité et de participation citoyenne au débat de société qui vient de s'ouvrir sur la dépendance, l'UNCCAS a souhaité réunir dans ce document l'ensemble de ses propositions.

Nul doute que le courage politique permettant de mener à bien cette réforme devra être à la mesure des attentes qu'elle suscite. Dans la perspective de l'année 2012, échéance électorale nationale, mais aussi année européenne du vieillissement actif, gageons que nous saurons collectivement relever le défi afin que le débat engagé débouche sur un véritable progrès social, conforme à l'histoire de notre République.

Patrick Kanner
Président de l'UNCCAS

Les préconisations de l'UNCCAS réunies dans ce document ont fait l'objet d'un large consensus, toutes sensibilités politiques confondues, lors du conseil d'administration du 2 février 2011.



L'enjeu de la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie

Résumé

Par le phénomène démographique d'augmentation du nombre de personnes âgées et par l'allongement de la durée de vie des personnes en situation de handicap, ainsi que par l'apparition de besoins nouveaux chez ces personnes et la diminution des aidants familiaux, le besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne va augmenter ces prochaines années. Or les divers dispositifs existant actuellement (APA, PCH, actions et aides sociales extra-légales des collectivités locales et des caisses de sécurité sociale) ne suffisent pas à répondre de façon pleinement satisfaisante aux besoins d'autonomie des citoyens. Il y a donc aujourd'hui un enjeu majeur à créer un droit universel à l'aide à l'autonomie.

Des besoins qui s'accroissent

Vieillesse de la population et augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes

L'accroissement de l'espérance de vie engendre un vieillissement de la population. En France, 1 100 000 personnes étaient âgées de plus de 85 ans en 2005. Elles seront 800 000 de plus en 2015¹.

Parallèlement, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente. Au 31 décembre 2007, 1 078 000 personnes bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (soit une croissance de 5,1 % par rapport à 2006, dont une croissance de 8,1 % entre 2005 et 2006). Au 30 juin 2009, 1 117 000 personnes bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit une croissance annuelle de 2,1 % par rapport à 2008.

Part de la population handicapée en France et augmentation des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap

Si le nombre de personnes handicapées est plus difficile à estimer que celui de personnes âgées, citons néanmoins les chiffres annoncés en février 2006 par le ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Philippe Bas, qui affirmait, lors d'une conférence de presse, que le nombre de personnes handicapées en France s'élevait à 5 millions. Cela représente plus de 7 % de la population française.

La prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées.

Le nombre de bénéficiaires de la PCH a augmenté de plus de deux tiers entre mi-2008 et mi-2009, passant, d'après l'enquête trimestrielle de la DREES², de 43 000 personnes à la fin juin 2008 à 71 700 personnes en juin 2009.

¹ Plan de solidarité grand âge présenté par Philippe Bas, ministre délégué aux Personnes âgées, le 27 juin 2006.

² Etudes et résultats, n°710, novembre 2009.

L'épuisement des aidants familiaux

Notre société doit faire face à de profondes mutations du schéma familial : augmentation du travail féminin, séparation plus fréquente des couples, éloignement géographique des enfants, logements qui ne peuvent désormais accueillir pour la majorité d'entre eux qu'une seule génération... Ces mutations viennent, par ricochet, bouleverser la notion de « solidarité familiale », laquelle doit aujourd'hui être réinterrogée et adaptée aux réalités actuelles.

D'après l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance, on dénombre 4 millions de personnes en situation d'aidants. Sur 10 aidants, 6 sont des femmes, plutôt âgées, puisque la moitié d'entre elles ont plus de 80 ans.

De ces chiffres découle logiquement la question de l'épuisement des aidants, principalement révélée par l'apparition et la forte progression de la maladie d'Alzheimer. Bien souvent, les aidants familiaux sont âgés et en couple ; ils vivent à leur domicile avec leur conjoint. Pour la plupart d'entre eux, la séparation s'assimilerait à un abandon auquel ils ne peuvent se résoudre. Pour ces personnes, le danger d'épuisement est réel.

Pour toutes ces raisons, le système ne peut reposer entièrement sur une solidarité « en nature » délivrée par les aidants familiaux. La délivrance de soins, l'aide à la toilette, ne s'improvisent pas : à ce titre, la prise en charge des personnes dépendantes doit être professionnalisée et rétribuée à son juste niveau.

Des réponses actuellement insuffisantes

Personnes âgées et handicapées : l'incohérence de la barrière de l'âge

En France, la perte d'autonomie fait encore l'objet d'une approche duale, selon que la personne est âgée de moins ou de plus de 60 ans. Rappelons que d'autres pays européens, comme l'Allemagne, n'ont pas fait le choix d'instituer une condition d'âge pour la prestation dépendance.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) sont ainsi deux allocations qui concourent au même objectif : compenser la perte d'autonomie. Leur seul critère de distinction est l'âge.

Une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer avant 60 ans sera donc reconnue personne handicapée pouvant bénéficier de la PCH. Une apparition de la même maladie postérieurement à l'âge de 60 ans impliquera de formuler une demande d'APA. Ce critère artificiel de l'âge entraîne des différences de traitement selon que la personne est reconnue âgée dépendante ou handicapée³.

³ Selon la Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes, 2/3 des déficients visuels n'ont pas accès aux aides techniques (ou perdent cet accès) car ils ont plus de 60 ans et ces aides coûteuses ne sont pas prises en charge par l'APA (plage de braille, logiciel de synthèse vocale... représentant une dépense de près de 1 500 € en moyenne).



Ces différences ont notamment été pointées dans le rapport Gisserot de mars 2007 :

- le plan d'aide de l'APA est plafonné selon le GIR dans lequel la personne est classée. Le plan d'aide de la PCH n'est pas plafonné globalement mais défini par nature et quantité des aides attribuées (humaine, technique...) auxquelles sont appliqués des barèmes tarifaires ainsi que des plafonds ;
- le plan d'aide de l'APA est modulé selon les ressources de la personne. Pour la PCH, la prise en compte des ressources est moins importante⁴ et ⁵ ;
- l'obligation alimentaire et le recours sur succession sont appliqués aux personnes âgées pour l'attribution de l'aide sociale à l'hébergement. Pour les personnes handicapées, il n'y a pas d'obligation alimentaire et le recours sur succession ne s'applique qu'à certains ayants droit (frère, sœur) ;
- le niveau du « reste à vivre » en établissement est très nettement supérieur pour les personnes handicapées.

Alors que les besoins de compensation entre une personne atteinte d'un handicap à l'âge de 59 ans et une autre âgée de 61 souffrant du même handicap ne sont pas différents, **la réglementation actuelle consacre un dispositif discriminatoire en fonction de l'âge**. La France vient pourtant de ratifier la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées, c'est-à-dire qu'elle reconnaît les mêmes droits à une personne en situation de handicap avant ou après ses 60 ans... L'incohérence de cette barrière d'âge est aujourd'hui renforcée par le vieillissement des personnes handicapées. Selon le rapport de 2006 du sénateur Paul Blanc, 650 000 personnes handicapées étaient âgées de plus de 60 ans à cette date.

Rappelons enfin que la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances a donné une **définition du handicap qui inclut la dépendance des personnes âgées** : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Sur le terrain, les CCAS sont nombreux à souligner les effets négatifs de cette « barrière » de l'âge : diminution de la prise en charge des prestations (ex : aides techniques, heures d'aide à domicile...) lors du passage automatique de la PCH à l'APA après 60 ans, apparition d'un tarif hébergement et mise en jeu de l'obligation alimentaire sur ce tarif pour des personnes vivant en institution et qui ne connaissaient pas ces règles avant 60 ans...

⁴ En 2010, le montant mensuel moyen de la PCH est de 950 € alors que celui de l'APA est d'environ 500 €.

⁵ Le taux de prise en charge est le plus souvent de 100 % dans la limite des tarifs fixés. Sinon, il est de 80 %.

L'APA : un financement insatisfaisant

Hausse des dépenses d'APA

Dans son rapport de 2009, la Cour des comptes s'interroge sur les perspectives de financement de l'APA. La progression du nombre de bénéficiaires s'est mécaniquement accompagnée d'une hausse significative des dépenses d'APA : proches de 4 milliards d'euros en 2005, elles atteignent 4,5 milliards en 2007, soit une hausse de 10,5 % en deux ans.

Désengagement de l'Etat et disparités territoriales

Or, parallèlement, le taux de couverture de l'Etat diminue : de 50 % lors de la création de l'allocation, ce dernier approche désormais les 30 %. Cette baisse est préoccupante face aux difficultés financières éprouvées par les conseils généraux qui assurent la couverture de la part restante des dépenses de l'APA.

Sur le terrain, des disparités de traitement sont constatées : en 2006 le montant moyen de l'APA est de 432 € dans le département de la Drôme contre 533 € sur le territoire de Belfort (la moyenne nationale est d'environ 500 € par mois).

De même, **les plafonds mensuels APA fixés par l'Etat** (GIR 1 : 1 235 € et GIR 2 : 1 059 €) **ne correspondent plus à la réalité des besoins** des personnes en perte d'autonomie. Ceci est attesté par l'étude de la DREES de février 2011 qui révèle que 26 % des bénéficiaires de l'APA à domicile ont un plan d'aide « saturé », c'est-à-dire égal au plafond, ce qui signifie, selon la DREES, que leur besoin d'aide évalué par le conseil général pourrait excéder le montant maximal de prise en charge⁶. Le plafond finance environ deux heures par jour pour 25 à 30 jours par mois. Lorsqu'il faut intervenir trois fois par jour, en tenant compte des temps et frais de déplacement, en particulier en zone rurale ou montagneuse, le service est déficitaire et la prestation perd inévitablement en qualité.

Par ailleurs, l'UNCCAS dénonce la remise en cause incidente des principes de la loi de 2001 ayant créé l'APA, **principes dénaturés par la pression du financement**. Cette loi avait mis en place un système d'évaluation de la perte d'autonomie par une équipe pluridisciplinaire, débouchant sur l'élaboration d'un plan d'aide. Aujourd'hui, la contraction des budgets réduit les plans d'aide au strict minimum et conduit les équipes pluridisciplinaires à ne plus effectuer leurs missions dans l'esprit de 2001. Ces dernières en sont réduites à gérer la pénurie d'heures d'aide à domicile que le Département peut encore financer.

⁶ DREES n°748 « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », février 2011.



La question du reste à charge

Le reste à charge s'entend comme le montant restant à acquitter par la personne bénéficiaire (avec ou sans le concours d'une assurance complémentaire/mutuelle). A domicile, ce reste à charge correspond à la somme non prise en charge par l'APA ou la PCH et visant à compenser la perte d'autonomie.

S'agissant de l'APA, le montant peut être différent selon le département : sur le territoire de Belfort, la participation des bénéficiaires est de 88 € par mois contre 149 € dans le département du Calvados.

En établissement pour personnes âgées dépendantes, ce reste à charge comprend à la fois le montant non pris en charge par l'APA visant à compenser la perte d'autonomie et le montant correspondant aux prestations d'hébergement.

A l'heure actuelle, le coût de ces prestations d'hébergement effectivement supporté par le bénéficiaire (et bien souvent sa famille) se situe aux alentours de 1 500 € par mois pour la province et peut atteindre 3 000 € mensuels pour la région parisienne.

L'insuffisance des réponses : équipements, services et professionnels

Le Plan Solidarité Grand Age (PSGA) présenté en 2006 par le Premier ministre, Dominique de Villepin, prévoyait essentiellement de développer le nombre de services d'aide à domicile et d'améliorer l'offre d'accueil en établissement en augmentant la part de personnels soignants. Or, selon le rapport public annuel de 2009 de la Cour des comptes, **les besoins de financement de ce plan ont été, à la date de son adoption, sous évalués d'environ 1.2 milliards d'euros.**

De plus, le rapport n°90 de Madame Sylvie Desmarescaux relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, fait état des difficultés de réalisation des objectifs du PSGA, notamment en raison de la situation préoccupante des finances publiques. Le contexte de restriction budgétaire engendre en effet des incertitudes sur l'allocation de moyens financiers suffisants pour couvrir les besoins de ce plan. **Si la CNSA avait initialement évalué à 7.4% le taux d'augmentation nécessaire de l'ONDAM médico-social en 2011, pour l'accomplissement des objectifs du PSGA, ce taux a été finalement fixé à 4.5%...**

Le Plan présidentiel Alzheimer 2008-2012 succède quant à lui aux Plans Kouchner (2001) et Douste-Blazy (2004). Son financement doit atteindre 1,6 milliards d'euros sur cinq ans, dont 300 millions d'euros affectés dès 2008. Si l'on rapporte cette dernière somme au nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées en 2008 (environ 800 000 selon le Plan présidentiel Alzheimer), cela donne une aide à la prise en charge par personne de **375 € annuels**. Or, selon France Alzheimer, le coût de la prise en charge d'une personne atteinte de démence s'élève à **23 000 € annuels**.



Les CCAS-CIAS : l'apport d'une sensibilité spécifique dans le débat

Résumé

Etablissements publics ouverts à l'ensemble de nos concitoyens et présents sur l'ensemble du territoire, les CCAS-CIAS accompagnent plus particulièrement les usagers en situation de fragilité sociale, familiale ou économique auxquels ils proposent une large palette d'équipements et services de proximité adaptés à leurs besoins, notamment en termes de maintien et d'aide à l'autonomie. A la fois témoins et acteurs de terrain confrontés de manière spécifique au besoin croissant de personnels qualifiés, les CCAS-CIAS compensent, autant que possible, les insuffisances des financements actuels en matière de prise en charge de la perte d'autonomie, que ce soit en établissements ou à domicile. Ils sont également directement impactés par les dernières orientations budgétaires guidées au plan national par un objectif de rationalisation des dépenses publiques.

Une mission de service public de proximité

L'action du CCAS-CIAS relève à la fois de **l'accès aux droits fondamentaux, du développement de services à la population, de la participation citoyenne et du bien-être des habitants** de la commune-intercommunalité et, parmi eux, les personnes fragilisées physiquement ou économiquement.

Services de proximité et veille sociale

Au-delà de leur mission relevant de l'aide sociale légale (participation à l'instruction des dossiers de demandes d'aide sociale, domiciliation des demandeurs, analyse des besoins sociaux), les CCAS-CIAS animent une action générale de prévention et de développement social et interviennent de manière volontariste et globale. Ils sont à ce titre amenés à créer, gérer et développer **une très large palette d'équipements et de services locaux, essentiels** pour les familles et les citoyens les plus fragiles, mais aussi à accompagner de manière spécifique des publics qui le justifient, concourant de fait au maintien du lien social, tant en milieu urbain que rural. Gestionnaires d'équipements et de services de proximité, les CCAS-CIAS contribuent à créer ou à maintenir des emplois non délocalisables. Enfin, le caractère à la fois généraliste et particulier de l'action des CCAS-CIAS est clairement reconnu et identifié par le code de l'action sociale et des familles, dans une logique permanente de **veille, d'analyse et d'adaptation aux besoins** qui s'expriment sur son territoire.

Maillage territorial des équipements et services

Outre l'attention qu'ils portent à l'accessibilité financière de leurs équipements et services de proximité, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale fondent leurs interventions sur le principe d'accessibilité territoriale, quels que soient l'environnement et

les configurations géographiques dans lesquels ils évoluent. Certaines de ces configurations entraînent d'ailleurs des problématiques spécifiques comme c'est le cas aujourd'hui en outre-mer.

Rappelons par exemple que la Martinique sera à l'horizon 2030 l'un des départements les plus âgés de France. Les élus locaux ultra-marins et leurs CCAS partagent avec leurs homologues de métropole cette même préoccupation : fournir à leurs administrés des équipements et services de proximité répondant à leurs besoins. Or, la faiblesse des ressources des collectivités, l'insuffisance de l'offre de services à domicile et le manque de places d'hébergement, avec des établissements existants souvent très vétustes, sont encore plus prégnants qu'en métropole.

Ces disparités territoriales sont aussi notables entre les territoires urbains et les territoires ruraux, ces derniers étant particulièrement confrontés au défi du maillage territorial des équipements et services, et à la continuité de l'accompagnement de leurs usagers.

La réponse publique doit ainsi être sans cesse ajustée, en fonction des réalités locales et des besoins des habitants, en même temps qu'elle doit tenir compte des ressources financières souvent limitées dont disposent les acteurs locaux sur ces territoires. A la décharge de ces derniers, la récente réforme de la fiscalité locale et l'instauration de la cotisation économique territoriale basée sur le foncier occupé par l'entreprise et sur sa valeur ajoutée, ne font qu'ajouter aux incertitudes pesant sur leurs réelles marges de manœuvre.

Dans ce contexte, et bien que souvent confrontés à de faibles densités de populations et au vieillissement de leurs habitants, les CCAS-CIAS des territoires ruraux s'emploient néanmoins à répondre de manière la plus adaptée possible aux besoins de leurs usagers et de leurs familles.

Le développement de l'intercommunalité sociale et des centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) ouvre des perspectives. D'après une étude de l'ADCF de septembre 2010, l'aide aux personnes âgées serait le deuxième champ d'action investi par les communautés de communes ou d'agglomération, après la petite enfance. Près de 40 % d'entre elles déclarent agir dans ce domaine, essentiellement pour le maintien à domicile - l'activité de portage de repas étant la plus courante - et le développement d'une offre d'hébergement. Lorsqu'elles ont mis en place un CIAS, ce dernier intervient dans 85 % des cas dans le champ du vieillissement (enquête UNCCAS 2008).

Une autre enquête, réalisée en 2008 auprès d'une soixantaine de CIAS par Dexia et la Caisse des dépôts, soulignait quant à elle les motivations des élus locaux en faveur de l'intercommunalité sociale et notamment « la cohérence de l'intervention et l'égalité de traitement des personnes âgées sur tout le territoire », « la mutualisation des fonds entre petites et grosses communes » et « une meilleure connaissance des besoins des personnes âgées sur le territoire ».

Pour autant, les difficultés des territoires ruraux à maintenir une offre d'équipements et de services de nature à prévenir la perte d'autonomie mais aussi à répondre à la grande dépendance, témoignent d'un **risque réel de fracture territoriale** et rend nécessaire une véritable réflexion sur une politique de péréquation de nature à l'enrayer.

Sur ce point, la **création d'un fonds d'investissement territorial mutualisé**, dédié au



développement de l'offre d'accueil et d'hébergement sur les territoires ruraux isolés (et intégrant une action ciblée et renforcée au bénéfice des territoires ultra-marins) et particulièrement confrontés au vieillissement de leur population, pourrait s'avérer pertinente.

Les usagers accompagnés par les CCAS-CIAS

En leur qualité d'établissements publics de proximité, les CCAS-CIAS agissent de manière générale en direction :

- des **personnes âgées** hébergées en établissement ou bénéficiaires des services d'aide à domicile ou de portage de repas ;
- des **personnes de moins de 60 ans en situation de handicap** bénéficiant d'aides sociales extra-légales des CCAS-CIAS ou d'appui dans l'instruction de leurs dossiers d'aides sociales légales ;
- des **familles** bénéficiant d'un appui des CCAS-CIAS pour l'aide aux vacances et aux loisirs, l'accompagnement à la parentalité ou via les aides sociales extra-légales (épiceries alimentaires, secours...) ;
- des **adultes** en demande d'aides financières ou d'hébergement vivant sans logement autonome ;
- des **jeunes de moins de 18 ans** accompagnés dans leur scolarité, loisirs ou recherche d'emploi-formation par les CCAS-CIAS ;
- des **jeunes enfants de moins de 3 ans** accueillis dans les établissements d'accueil des jeunes enfants gérés par le CCAS-CIAS.

Cependant, bien que les CCAS-CIAS s'adressent, par nature, à tous les usagers et qu'une très grande hétérogénéité existe entre les territoires, il convient de rappeler quelques grandes caractéristiques communes aux personnes accompagnées par les CCAS-CIAS.

Il s'agit principalement de* :

- Personnes ayant de **faibles ressources**
...et s'installant même de plus en plus durablement dans la précarité financière (« passages » plus longs à l'aide sociale), parfois malgré un emploi (travailleurs pauvres) ;
- **Vivant seules**
...donc sans entourage familial aidant (personnes âgées isolées, foyers monoparentaux...) ;
- Parfois avec des **problématiques d'accès aux droits**
...notamment en ce qui concerne la santé (ouverture de droits à la CMU, retraite, complémentaire retraite, aides au logement...) ;
- Parfois après des **parcours de vie chaotiques**
...ruptures dans l'emploi, perte de logement, errance, conduites addictives, souffrances psychiques, sorties de milieux spécialisés (carcéral, hospitalier...).

*Source : rapports d'analyse de besoins sociaux de CCAS, notamment le rapport 2008 du CCAS de Grenoble.

L'attention portée aux citoyens les plus fragiles

Ces personnes, qui connaissent des ruptures de nature sociale, familiale, économique ou relationnelle, vivent aussi bien dans des quartiers urbains que dans des zones plus isolées de campagne et de montagne. Pour l'ensemble de ces personnes, la situation **de grande fragilité financière** dans laquelle elles se trouvent **ne leur permet pas d'amortir des imprévus** ou de nouvelles factures annualisées importantes (taxe d'habitation, assurance logement, régularisation des charges locatives, etc.).

Pourtant, toutes sont susceptibles d'être touchées, personnellement ou dans leur entourage, par une perte d'autonomie, que ce soit du fait de l'avancée en âge, en raison d'un handicap ou lors d'une maladie ou d'un accident. Or, en l'état actuel du dispositif d'aide, les dépenses supplémentaires générées par une telle situation de dépendance **représentent un coût difficilement supportable par ces personnes.**

C'est pourquoi l'UNCCAS porte une attention particulière à la place qui sera accordée à ces citoyens lors du débat national sur le financement de la dépendance. Sans occulter l'importance des enjeux financiers de cette réforme, l'UNCCAS estime que la prise en compte des évolutions de notre société (divorces, familles éclatées, périodes de chômage, etc.) et la juste appréciation des conditions de vie (ressources, habitat, entourage...) de certaines personnes rendant leur situation parfois complexe, **justifient pleinement que soit intégrée dans le débat cette dimension sociale.**

Exemple 1 : Qu'elle soit âgée de **moins ou de plus de 60 ans en situation de handicap**, une personne rencontre les mêmes difficultés pour aller visiter sa sœur dans le Sud de la France. Elle doit préparer sa valise, prendre un transport jusqu'à la gare, s'orienter dans la gare, monter sa valise dans le train... autant de gestes pouvant apparaître anodins mais pour lesquels une personne en situation de perte d'autonomie est obligée de trouver des solutions de compensation en faisant appel à sa famille ou, si les aidants naturels ne peuvent être présents, à des aides humaines ou techniques coûteuses.

Exemple 2 : Une personne âgée vit depuis 10 ans dans un **logement-foyer**, situé à proximité de commerces, de services et de son réseau social (famille, amis). Elle participe aux activités proposées au sein du logement-foyer (ateliers prévention des chutes, sorties culturelles...) et apprécie les repas servis le midi au restaurant collectif. Chaque mois, le logement-foyer lui demande 500 €. Pourtant la diminution de son autonomie ne lui permet plus de demeurer en logement-foyer car elle a des difficultés à assurer, seule, de plus en plus de gestes de la vie quotidienne (se laver, prendre ses médicaments...). Elle entre alors en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dès lors, on lui demande une mensualité de 1 500 € alors que sa retraite n'est que de 700 €. Elle demande alors l'aide sociale. Le Département se tourne vers ses enfants qui ne sont pas en mesure de l'aider financièrement. De crainte de priver ses enfants d'une partie de l'héritage qu'elle souhaite leur laisser, elle décide d'elle-même de quitter l'EHPAD et de revenir à domicile, mais son état de santé se dégrade vite et l'aide apportée par les services à domicile ne suffit plus. Elle est hospitalisée en urgence.



Des personnels au statut spécifique

Outre les difficultés auxquelles sont confrontés tous les acteurs intervenant aujourd'hui dans la prise en charge de la perte d'autonomie – pénurie de personnels qualifiés, manque d'attractivité du secteur, départs en retraite des professionnels - les CCAS-CIAS sont soumis aux **contraintes et au manque de souplesse du statut de la fonction publique territoriale** dont dépendent leurs personnels, que ce soit en matière de recrutement, de formation ou de rémunération.

Ces difficultés peuvent aboutir à des dysfonctionnements au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux gérés par les CCAS (risques d'interruption du service public, non-conformité aux règles de sécurité, difficultés dans la prise en charge de certaines pathologies...), en contradiction avec les « objectifs qualité » inscrits dans les différentes réformes conduites dans ce secteur : réforme de la tarification, rénovation de l'action sociale et médico-sociale consacrée par la loi du 2 janvier 2002, mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie, etc.

Contraintes liées au statut

Les difficultés des CCAS résultent principalement :

- de l'existence de **règles** plus favorables pour la fonction publique hospitalière (possibilité de recruter du personnel sur titre, là où la fonction publique territoriale doit organiser un concours, régime indemnitaire plus favorable pour des emplois similaires, déroulement de carrière plus attractif) ;
- de l'absence de **formations diplômantes** délivrées par le CNFPT pour la fonction publique territoriale ;
- de la **moindre attractivité** dont souffre la fonction publique territoriale en comparaison avec la fonction publique hospitalière (les décrets parus en juillet 2003 ont permis de revaloriser certains cadres d'emplois de la filière médico-sociale, mais ne sont pas suffisants) ;
- de la **pénurie constatée de candidats** pour certains cadres d'emplois de la filière sociale et médico-sociale : infirmiers et aides-soignants en particulier, renforcée dans le secteur des collectivités territoriales par les trois éléments rappelés précédemment ;
- de l'impossibilité de prendre en compte, en raison de la rigidité des cadres d'emploi de la FPT et des principes gouvernant la rémunération des agents, la formation et la qualification afin de la **valoriser financièrement** et donc de la rendre attractive (aujourd'hui, une aide à domicile travaillant dans un CCAS relève du cadre d'emploi des agents sociaux et sa rémunération sera la même qu'elle dispose ou pas d'une qualification, DEAVS par exemple). Il est utile de souligner que le manque de qualification augmente les risques d'accident, voire de mauvais traitement (le simple fait de ne pas détecter une déshydratation lors d'une visite à domicile peut ainsi entraîner des conséquences dramatiques).

Des évolutions ont certes pu voir le jour, mais elles demeurent insuffisantes :

- allègement des procédures de recrutement pour les auxiliaires de puériculture et auxiliaires de soins territoriaux : concours restreint à une épreuve orale d'admission ;
- évolution à l'étude pour ce qui concerne les infirmiers territoriaux ;

- alignement du régime indemnitaire des infirmiers territoriaux sur celui des infirmiers hospitaliers dans le cadre du principe de parité entre fonctions publiques et sur la base du décret du 26 février 2008 modifiant le décret du 6 septembre 1991 relatif aux équivalences entre cadres territoriaux d'emploi et corps d'Etat.

Mesures souhaitées

L'UNCCAS souhaiterait que des mesures puissent être prises afin de :

- **Mettre fin au déséquilibre** entre les deux fonctions publiques, largement pénalisant pour les CCAS, par : l'harmonisation des statuts ; la suppression du concours pour les titulaires d'un diplôme d'Etat ; la création de passerelles et le renforcement des politiques de détachement.
- **Revaloriser la filière** sanitaire et sociale par un régime indemnitaire adapté, notamment aux contraintes horaires (comme dans la FPH) mais également dans les perspectives, évoquées par la mission Hénard sur « Les nouveaux métiers de la santé », de report sur les aides-soignants de certaines tâches assurées jusqu'à ce jour par les infirmiers (préparation des médicaments notamment dans le cadre d'une formation spécifique adaptée).
- **Renforcer la VAE** et les passerelles pour pallier les pénuries.
- Porter une attention particulière à la **formation des professionnels** du secteur. Il convient de faire évoluer cette formation en même temps que les besoins évoluent et se diversifient, en intégrant notamment les thématiques suivantes : risques psychosociaux, ergonomie, risques professionnels, gestes et postures, etc. En outre, des formations spécifiques pour les personnels exerçant dans des établissements spécialisés comme les centres d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées doivent être assurées afin de donner à ces derniers les compétences nécessaires à la prise en charge des maladies psychiques.

Des CCAS-CIAS confrontés à l'insuffisance des financements actuels

Les CCAS-CIAS/communes sont amenés à apporter des **financements complémentaires** dans divers domaines **pour compenser les insuffisances précitées** des financements actuels. Ils le font pour, d'une part, **éviter aux personnes de supporter des restes à charge intenable** ; d'autre part, pour **éviter aux structures de faire des choix dévastateurs**, imposés par des déficits budgétaires, mais préjudiciables pour les usagers (restriction d'activité, désengagement territorial, exclusion des personnes les plus dépendantes en SSIAD, fermeture de services...).

Concernant les établissements

- Pour assurer l'équilibre financier de leurs logements-foyers, près de 60 % des CCAS gestionnaires leur apportent une subvention de 1 800 € en moyenne par appartement (estimation UNCCAS sur la base d'éléments recueillis auprès d'un panel représentatif de CCAS-CIAS - 2010). Etendue à 60 % des 82 000 logements gérés par des CCAS en France, ce sont donc près de 88 millions d'Euros de subventions qui sont apportés par les CCAS/communes pour maintenir l'offre d'accueil en logements-foyers (l'aide peut prendre la forme de mises à disposition de locaux et de personnel, notamment pour l'animation ou de petits dépannages par les services techniques de la Ville...).



- Dans les EHPAD, les CCAS constatent également des manques financiers importants. Dans le cadre des conventionnements tripartites de première et deuxième générations, il n'est en effet pas rare de voir **les autorités de tarification (Etat, conseil général) proposer des mesures nouvelles (augmentations de personnel...) sans les financements correspondants**, laissant ainsi le paiement du différentiel à la charge des usagers ou des gestionnaires publics. Dans une commune de 65 000 habitants, un EHPAD de 45 places a ainsi obtenu du Département l'équivalent de 6,5 postes supplémentaires d'auxiliaires de vie lors de la convention de deuxième génération faisant passer le prix de journée de 49,80 € en 2010 à 63 € en 2012, soit un manque à gagner estimé à 139 000 € en 2010, 70 000 € en 2011 et 35 000 € en 2012, si le CCAS gestionnaire décidait de lisser cette hausse sur trois ans. Des CCAS soulignent quant à eux certaines incohérences ou incompréhensions dans le cadre de leurs relations avec les **Agences régionales de santé (ARS)** comme ce CCAS de Haute-Garonne, gestionnaire d'un EHPAD de 94 lits. Suite à la visite des médecins inspecteurs de l'ARS et leur constat d'une hausse de GMP de plus de 70, le CCAS a sollicité la création de deux nouveaux postes d'aides soignants. Ces postes nécessaires lui ont pourtant été refusés, mettant en péril la continuité des soins au sein de l'établissement. Dans d'autres cas, le risque pourrait être d'aboutir à ce que les gestionnaires « sélectionnent » les nouveaux résidents en fonction de leur niveau de dépendance et de leurs besoins en soins, au détriment de l'accueil des personnes dont le coût de prise en charge ne serait a priori pas compatible avec les moyens dont dispose l'établissement. Des CCAS soulignent enfin la complexité de la gestion budgétaire des établissements.

Concernant l'aide à domicile

Les CCAS/CIAS sont **doublement concernés par les difficultés rencontrées par le secteur de l'aide à domicile.**

- D'une part, les CCAS/CIAS peuvent être **gestionnaires de services** d'aide à domicile. Les résultats d'une récente enquête menée auprès des adhérents⁷ de l'UNCCAS montrent que ces derniers gèrent en majorité des petits services d'aide à domicile, dans des zones géographiques peu ou non couvertes par les autres acteurs du secteur. Cette intervention interstitielle reflète la mission essentielle de service public dévolue aux CCAS/CIAS.
- D'autre part, ils apparaissent également comme des financeurs. C'est le cas tout d'abord lorsqu'ils financent le déficit supporté par leur propre service d'aide à domicile, mais aussi lorsqu'ils soutiennent financièrement les associations intervenant sur le territoire (dans le Rhône, huit communes desservies par les services d'une même association en difficulté ont dû récemment contribuer pour rééquilibrer son budget) et, dans une moindre mesure, lorsqu'ils aident à la solvabilisation de certains usagers en situation de précarité financière.

⁷ Enquête menée dans le cadre de la convention UNCCAS/ANSP, juin 2010.

Le relativement faible volume horaire d'intervention (26 000 heures par an en moyenne pour les services d'aide et d'accompagnement à la vie quotidienne, principalement en direction de personnes fragiles) ne fait que souligner davantage l'intérêt de l'action interstitielle des CCAS-CIAS.

La crise actuelle de l'aide à domicile **rejaillit sur les CCAS à deux niveaux.**

- Parmi les CCAS/CIAS gestionnaires de services d'aide à domicile, certains n'ont désormais d'autres choix que d'augmenter leurs tarifs pour maintenir le nombre et la qualité des prestations, de réduire leurs heures d'intervention ou d'envisager la fermeture pure et simple du service aux dépens des bénéficiaires et de leurs besoins. Pour exemple, en 2010, le CCAS d'une commune du Rhône de 40 000 habitants a été contraint de réduire ses interventions de 33 000 à 20 000 heures pour une diminution du déficit de 190 000 à 90 000 €.
- Les effets de la possible liquidation ou dissolution des structures privées engagées dans l'aide au maintien à domicile des personnes fragiles risquent de se répercuter sur les CCAS/CIAS à qui la question de la reprise des personnels et/ou de la prise en charge des bénéficiaires sera posée.

Il convient par ailleurs de préciser que les CCAS sont aujourd'hui confrontés à l'impact de la réglementation européenne sur leurs activités, notamment dans leurs relations avec le secteur associatif (cf. les règles relatives au mandatement et l'inclusion des services à la personne dans le champ d'application de la Directive dite « services » fondée sur le principe de libre concurrence).

Des acteurs locaux impactés par les dernières orientations budgétaires

En établissements

La réforme engagée en 2009 modifie profondément la procédure budgétaire et tarifaire et fait débat sur au moins trois points :

- la **convergence tarifaire**, qui consiste à ramener progressivement tous les tarifs soins plus élevés au niveau des tarifs plafonds, sachant que cette convergence se fait uniquement vers le bas... ;
- le basculement à une **tarification « à la ressource »**, visant à apporter une même dotation pour un même niveau de dépendance, sans tenir compte des coûts historiques repris chaque année en discussion tarifaire ;
- l'équilibre entre les trois sections tarifaires : seul le **tarif hébergement** reste non plafonné (à l'inverse des tarifs soins et dépendance) et fait craindre une multiplicité de tarifs et une iniquité entre résidents.

Avec les mécanismes de forfaitisation des crédits et la disparition des procédures budgétaires contradictoires, cette réforme se traduira par une diminution des dotations et un renforcement du pouvoir discrétionnaire des autorités de tarification.



En matière d'aide à domicile

Les services d'aide à domicile

Le projet de loi de finances pour 2011 a supprimé une partie du dispositif d'exonération de charges patronales dont bénéficiaient les services d'aide à domicile, y compris ceux œuvrant auprès d'un public fragile (personnes âgées, handicapées).

Ainsi, depuis le 1er janvier 2011, ne sont plus susceptibles d'exonération, les rémunérations des personnels encadrant ; des personnels en charge de la gestion administrative et/ou comptable du service ; des personnels de coordination ; des personnels non titulaires, employés par les CCAS/CIAS gestionnaires de services d'aide à domicile pour faire face à des besoins occasionnels ou saisonniers et ce, même si ces derniers interviennent auprès de personnes réputées fragiles.

La suppression des exonérations sur une part du personnel des services d'aide à domicile va **renchérir les coûts et limiter les capacités des services à accompagner les bénéficiaires et les intervenants** sur le terrain.

L'augmentation du coût risque de :

- généraliser une moindre demande de service de la part des bénéficiaires et donc de diminuer davantage encore les ressources du service ;
- conduire à rechercher le moins disant et donc favoriser les services ne respectant pas les exigences de qualité, voire le droit ;
- développer paradoxalement le « travail au noir ».

Pour illustrer les pertes financières possibles, voici deux exemples de CCAS de communes de 72 000 habitants :

Exemple 1 :

- Pour le budget « aide à domicile » : 10 500 € de pertes annuelles pour le personnel administratif, 46 800 € pour les agents non titulaires « aide à domicile » qui ne remplacent pas des titulaires. Total des pertes : 57 300 € annuels pour une réalisation d'heures comprise entre 90 000 et 92 000 par an.

- Pour le budget « portage de repas » : 5 520 € de pertes annuelles pour le personnel administratif (95 000 repas livrés en 2010).

- En plus de ces deux budgets, le CCAS prévoit un impact financier sur la rémunération allouée à la coordinatrice des services d'aide à domicile et à la secrétaire de celle-ci pour la partie consacrée à ce travail : 2 800 € par an.

Soit un total de pertes financières de 65 620 €.

Exemple 2 :

En cumulant les pertes sur les encadrants, sur le personnel chargé de la gestion administrative et comptable et sur les non titulaires, **la facture s'élèvera en 2011 à 112 000 €.**

L'UNCCAS attire l'attention sur le fait que ce phénomène a pris une ampleur particulière en 2010 face aux désengagements constatés des autres financeurs (diminution des cofinancements de l'Etat, de la CNAV et des conseils généraux). Il est également utile de rappeler que les CCAS dépendent très largement des subventions des communes, lesquelles sont confrontées à de réelles incertitudes quant à l'évolution de leurs ressources, en partie du fait de la récente réforme de la fiscalité locale.

Les services de soins infirmiers à domicile - SSIAD

Les CCAS/CIAS sont également gestionnaires de SSIAD. Or, une réforme du mode de tarification de ces services, passant d'une logique de dotation par place à un mode de tarification adapté au profil des patients pris en charge, est engagée. L'UNCCAS n'entend pas ici renier le principe de la réforme, dont la nécessité est avérée : les SSIAD sont en effet confrontés à un phénomène de progression des cas de dépendance lourde et il convient de les prendre en charge de manière satisfaisante.

Cependant, la réforme, dont l'entrée en vigueur est prévue au 01/01/2012, fait l'objet de réserves de la part des organisations représentatives de gestionnaires de SSIAD, regroupées au sein d'un collectif dont l'UNCCAS fait partie. Pour ces dernières, il importe que cette réforme, qui vise une meilleure prise en charge des patients au profil de soin lourd, soit accompagnée d'une enveloppe supplémentaire de crédits. Une réforme à coûts constants aboutirait à une simple redistribution des crédits actuels entre les services, avec des SSIAD gagnants et surtout des SSIAD perdants alors même qu'aucune étude concluant à une sur-dotation de certains SSIAD n'a été menée. **Les besoins existent et tous doivent pouvoir être couverts.**

L'UNCCAS demeure également vigilante sur les critères retenus comme impactant les dépenses de SSIAD et qui font actuellement l'objet de discussions entre la DGCS et les membres du collectif. A ce titre, l'UNCCAS regrette qu'une enquête nationale de coût des SSIAD n'ait pas été engagée sous l'égide de la CNSA, légalement compétente en la matière. Enfin, l'UNCCAS s'interroge sur la pertinence d'une réforme qui ne concerne pour l'instant que les personnes âgées alors que les SSIAD gérés par les CCAS/CIAS prennent également en charge des personnes handicapées.



Prendre en compte les actuelles réformes du secteur et les pistes d'amélioration proposées par le service public de proximité

Résumé

Pour l'UNCCAS, le débat national engagé sur la prise en charge de la perte d'autonomie doit être l'occasion d'améliorer l'accompagnement des personnes, que ce soit à domicile, choix de vie largement plébiscité par nos concitoyens, mais aussi en établissement. Des solutions existent aujourd'hui qui pourraient être davantage exploitées, à la fois pour remédier à la crise du secteur de l'aide à domicile mais aussi pour renforcer les potentialités offertes par des solutions d'hébergement alternatives au tout médicalisé, telles que les logements-foyers, qui représentent aujourd'hui 20 % de la capacité nationale d'accueil en établissement. L'UNCCAS préconise également l'adoption de certaines mesures en faveur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) afin d'en faciliter la gestion et de diminuer le reste à charge des résidents.

En matière d'aide à domicile

Depuis le rapport Laroque de 1962, l'Etat français privilégie, à l'égard des personnes âgées, une politique de maintien à domicile. Qu'en est-il aujourd'hui ?

5 % des plus de 65 ans et 20 % des plus de 80 ans sont en institution. De fait, la majeure partie de la population âgée vit actuellement à son domicile. Vieillir à son domicile est un choix clairement plébiscité par les Français. Dans un récent sondage réalisé par TNS du 31 août au 2 septembre 2010 pour Le Journal du Domicile, Mondial Assistance et Le Parisien, ils sont 9 répondants sur 10 à souhaiter le maintien à domicile, pour eux-mêmes ou pour leurs proches.

Le secteur de l'aide à domicile traverse actuellement **une crise sans précédent**, du fait d'un mode de tarification inadapté et d'un niveau de financement insuffisant. Plusieurs associations font état, depuis 2009, de leurs importantes difficultés financières dues à un remboursement de la part des financeurs inférieur au coût réel des prestations (exemple : association ARAST, Réunion, 1 200 licenciements en novembre 2009).

Une table ronde réunissant les principaux acteurs du champ de l'aide à domicile et actant ces difficultés a été organisée par les pouvoirs publics le 22 décembre 2009. Aucune mesure de soutien n'a depuis été adoptée.

Face au risque de déstructuration du secteur, induit par les difficultés de financement, l'UNCCAS estime donc nécessaire d'inclure dans la réflexion portant sur le financement de la dépendance, l'enjeu du financement et globalement de l'avenir des services d'aide à domicile dont la mission d'accompagnement des personnes fragilisées est capitale.

Dans ce cadre, l'**UNCCAS** préconise notamment :

- la mise en place d'une **nouvelle logique tarifaire** prenant en compte l'ensemble des coûts réels de service (frais de personnels, de formation, de structure...);
- la mise en œuvre d'une **contractualisation budgétaire** dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM);
- le **maintien de la qualité** comme objectif prioritaire;
- la **mutualisation** des services – via notamment la mise en place de groupements de coopération sociaux et médico-sociaux ou le recours au CIAS - afin de contribuer à la pérennité des services indispensables au maillage territorial;
- le **rétablissement du dispositif d'exonération de charges** institué par la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, pour les services à domicile intervenant auprès des personnes fragiles, sauf à ce que le différentiel soit couvert par le futur mécanisme de financement de la dépendance. Les exonérations de charges « services à la personne » constituent des enjeux fondamentaux pour notre société, en termes de qualité de service, de solvabilisation des usagers ou encore de création/maintien d'emplois non délocalisables.

Ces éléments sont le fruit d'un premier consensus dégagé entre les fédérations de gestionnaires de services d'aide à domicile (privés et publics) et l'Assemblée des Départements de France. L'ADF a transmis des propositions issues de ce consensus à la DGCS à l'automne 2010.

En matière de politique de l'habitat et d'offre d'hébergement alternative

L'augmentation du nombre de personnes âgées d'ici 2030 ne s'accompagnera pas d'une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes dans des proportions aussi grandes. **La vieillesse ne se résume pas à la dépendance et à la médicalisation.** Or, le choix de la personne âgée en perte d'autonomie et de sa famille est étroit compte tenu du peu d'alternatives entre le domicile et l'établissement médicalisé. Une véritable politique du logement intermédiaire est à développer.

Politique du logement et parcours résidentiels

Face à l'enjeu démographique et au souhait grandissant des citoyens de conserver aussi longtemps que possible leur autonomie dans un lieu d'habitation qu'ils puissent considérer comme leur domicile, des **solutions alternatives** mériteraient d'être développées telles que les petites unités de vie, les Marpa (maisons d'accueil rurales pour personnes âgées), l'habitat intergénérationnel, le béguinage, les « babayaga » et autres habitats intermédiaires. Des **décloisonnements** entre les professionnels des établissements et des services à domicile sont également à imaginer (possibilité pour les intervenants des EHPAD d'aller parfois à domicile et inversement, pour les professionnels du domicile, d'assurer une continuité de l'accompagnement auprès de la personne en établissement). De façon générale, il conviendrait également de poursuivre les démarches engagées en matière **d'adaptation de l'habitat** afin de préparer le vieillissement des personnes tout en



maintenant leur participation à la vie de la cité, notamment en confortant et en valorisant le rôle social que peuvent être amenés à jouer les seniors au sein de la collectivité.

Cette attention portée à l'habitat et à l'environnement direct des personnes et de leurs familles oblige également à s'interroger davantage sur la notion de parcours résidentiel. Certains CCAS se sont ainsi rapprochés des bailleurs sociaux afin d'imaginer avec eux et les personnes concernées la façon dont ces dernières pourraient passer d'un logement à un autre, plus adapté à leurs besoins (exemple entre un F5 au 5^{ème} étage et un F3 au rez-de-chaussée d'une même résidence). D'autres ont contribué à intégrer la dimension intergénérationnelle ou l'habitat des personnes âgées dans les programmes locaux de l'habitat.

Enfin, des solutions innovantes ou expérimentales spécifiques d'hébergement des personnes handicapées et de leurs parents vieillissants méritent d'être approfondies. Certains CCAS ont déjà engagé des réflexions à ce sujet tandis que d'autres l'ont anticipé et proposent déjà ce type de services. Ces solutions mériteraient une plus grande reconnaissance garantissant leur pérennité et leur financement.

Une offre d'hébergement alternative à revaloriser : les logements-foyers

Selon les territoires, les logements-foyers constituent également une réponse pertinente. Ils peuvent en quelque sorte être considérés comme des « ralentisseurs » du vieillissement. De nombreux opérateurs privés se sont d'ailleurs engagés ces dernières années dans le développement de formules approchantes tels que les domiciles services et autres habitats collectifs.

Cependant, les logements-foyers, dans leur vocation initiale, nécessitent des adaptations importantes. Représentant 2 330 structures en France en 2009 et accueillant près de 116 000 personnes âgées hébergées⁸, ils ont été construits dans les années 60 et 70 et connaissent aujourd'hui des besoins de rénovation immobilière et d'adaptations aux besoins d'accompagnement des personnes âgées.

Gestionnaires de 70 % des logements-foyers en France⁹, lesquels représentent plus de 20 % des 684 782 places répertoriées en EHPA, EHPAD et USLD, les CCAS-CIAS sont particulièrement attentifs à l'avenir de ce type de structures.

Les logements-foyers constituent une réponse au besoin de sécurisation et de prise en charge des personnes dont l'autonomie diminue.

⁸ Source : enquête EHPA 2007, DREES n°689 – mai 2009.

⁹ 27 % des logements-foyers sont gérés par le secteur privé non-lucratif et 2 % par le secteur privé commercial.

Créés dans les années 60, 70 et 80, les logements-foyers constituaient une solution de logement intéressante pour des personnes confrontées aux difficultés d'accès au logement de l'époque. Les logements-foyers sont aujourd'hui des structures accueillant des personnes âgées relativement autonomes mais pouvant avoir besoin occasionnellement d'être aidées. Leur originalité réside dans leur mode d'accueil de personnes âgées dans des conditions proches du domicile.

Ils présentent cinq caractéristiques principales*:

1. Un logement **indépendant** (proposant tous les attributs du domicile), avec un confort, adapté au vieillissement, les logements-foyers permettent à des personnes âgées de vivre de façon autonome dans un logement indépendant : petites habitations, principalement des studios, F1 bis, 2 pièces, 3 pièces, équipés d'une salle d'eau et d'une kitchenette. Les personnes résidentes ont la possibilité de retrouver leurs meubles, de reconstituer leur cadre de vie antérieur et de préserver leur intimité.

2. **A vocation sociale.**

Relevant du secteur du logement social, les logements-foyers dépendent à la fois du ministère en charge du logement et de celui des affaires sociales. Les tarifs appliqués sont globalement bas (redevance de 300 € à 600 € par mois).

3. Procurant de la sécurisation de jour comme de nuit (NB : notons toutefois que la présence continue d'un gardien – non obligatoire – n'est pas systématique aujourd'hui).

4. Assurant, au cas par cas, une **offre d'accompagnement** dans les gestes essentiels de la vie quotidienne et de soins, mais avec une **liberté de choix**.

Les logements-foyers peuvent comporter des locaux communs et proposer des services collectifs facultatifs : restauration, buanderie blanchissage, salon, infirmerie, animation, téléalarme, aide à domicile, SSIAD ou médecin libéral...

5. Une aide à la lutte contre la solitude, une ouverture sur la vie sociale (interne et externe) et un ancrage territorial.

Vivre dans un logement-foyer suppose pouvoir vieillir et habiter dans son quartier ou dans son village en ayant la possibilité de garder un contact avec un environnement familial mais aussi avec l'extérieur. Ils sont par ailleurs souvent implantés à proximité de moyens de transport et de centres d'activité : commerces, services publics, lieux de culte et de réunion.

* Définition inspirée du pré-rapport Grunspan 2002.

Le cas échéant, le logement-foyer peut aussi inclure une partie médicalisée pour accompagner les personnes qui nécessitent une prise en charge plus importante.

Oubliés par les politiques nationales pendant de nombreuses années et ainsi mis à l'écart des dispositifs de financement, tant en matière d'investissement que de fonctionnement, les logements-foyers connaissent aujourd'hui des difficultés qui peuvent être dépassées si une place leur est accordée dans les politiques gérontologiques nationales.



L'UNCCAS demande des améliorations, notamment dans deux domaines :

- **La rénovation des logements-foyers** : aujourd'hui, le parc des logements-foyers a vieilli et les besoins d'adaptation aux souhaits des usagers qui aspirent à avoir des logements plus spacieux, plus modernes..., mais aussi de réhabilitation, sont importants. Cependant, les financements se font rares (disparition de la PALULOS, impossibilité de mobiliser les financements issus du Plan d'aide à l'investissement de la CNSA...).

Les bailleurs (80 % des logements-foyers sont la propriété des bailleurs sociaux), comme les gestionnaires (CCAS/CIAS), sont en difficulté pour trouver des ressources permettant d'améliorer les conditions de logement des personnes âgées sans répercuter sur elles un reste à charge trop important.

Depuis la motion adoptée par son Assemblée générale le 2 novembre 2005, l'UNCCAS demande que soient définies des modalités concrètes d'un effort financier pluriannuel de tous les partenaires concernés par l'adaptation du parc des logements-foyers.

L'UNCCAS engagera en 2011 **un travail approfondi pour évaluer les besoins de réhabilitation de son réseau** (nombre de logements-foyers concernés, type de travaux à réaliser, coûts engendrés, impact sur la redevance payée par les personnes hébergées...), identifier les sources de financements possibles (subvention, prêts bonifiés...) et accompagner ses adhérents (formation, boîte à outils...).

Pour cela, l'UNCCAS interpellera **tous les partenaires concernés** (gestionnaires, financeurs, pouvoirs publics... et plus précisément la Banque européenne d'investissement, la DGCS, la CNAV, la CNSA, la Mutualité française, la CDC...) afin d'aboutir avant la fin du premier semestre 2011 à des propositions concrètes pour les gestionnaires et des engagements fermes des partenaires. L'UNCCAS envisage également d'engager une réflexion autour de la nécessité d'introduire un « label » permettant d'identifier plus clairement les différents types de logements-foyers existants ainsi que les services qu'ils proposent, et cela à la fois pour les financeurs et pour les usagers.

- **La création d'un forfait « autonomie »** : depuis le maintien des forfaits de soins courants, obtenu en 2007, pour conserver les financements accordés par l'assurance maladie à la rémunération des personnels de soins dans certains logements-foyers, l'UNCCAS demande la levée de deux freins : l'extension de cette enveloppe à l'ensemble des logements-foyers et l'utilisation de ce forfait de soins courants pour financer des dépenses non médicales. Ces demandes sont en lien avec le rôle croissant que jouent les logements-foyers en matière de prévention de la dépendance. Elles sont également cohérentes avec la vocation sociale de ces structures qui accompagnent depuis toujours, et de plus en plus dans certains territoires, des personnes à revenus modestes et présentant parfois des fragilités supplémentaires (handicap psychique, travailleurs en ESAT vieillissants, conduites addictives...). Un projet de « forfait autonomie » est en réflexion depuis 2008 à la DGCS. Ce forfait permettrait de financer des activités thérapeutiques et un soutien social ou encore des soins de réadaptation, de rééducation, afin de favoriser tout ce qui peut améliorer la motricité de la personne, ses repères dans le temps et dans l'espace et permettre le retour à une vie sociale (dépenses d'animation). La question du financement de ce forfait autonomie doit être intégrée aux réflexions sur la prise en charge de la perte d'autonomie au titre des actions de prévention.

En matière de financement des EHPAD

- L'UNCCAS est favorable à la mesure proposée dans le rapport parlementaire de juin 2010 sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, relative à la **suppression de la possibilité de recourir aux obligés alimentaires** (enfants, parfois beaux-enfants et petits ou arrière petits enfants) pour les Départements octroyant une aide sociale à l'hébergement à une personne âgée résidant en EHPAD.
Le rapport parlementaire jugeait que ce recours, exercé de façon hétérogène selon les départements, touchait souvent des familles peu fortunées alors même que l'APA attribuée à des « gens aisés, voire fortunés » ne fait l'objet d'aucune récupération.
- S'agissant de la tarification ternaire en EHPAD, l'UNCCAS souhaite que soient **reconnues par le budget soins pris en charge par l'assurance maladie les charges de structures liées au personnel soignant**. L'assurance maladie doit en effet prendre en charge une partie des charges de structures des personnels qu'elle finance et travaillant au sein de l'EHPAD (une partie des dépenses d'eau et de chauffage, de la rémunération du comptable qui établit les fiches de paie du personnel soignant...).
- L'UNCCAS demande également que **l'imputation des coûts immobiliers soit répartie sur les différentes sections** et non pas uniquement sur le tarif hébergement.
Le rapport parlementaire sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (juin 2010) proposait sur ce dernier point d'interdire l'imputation des amortissements mobiliers et immobiliers des EHPAD sur les prix de journée demandés aux résidents. L'UNCCAS retient la première solution du rapport visant à financer ces amortissements par la CNSA.
- L'UNCCAS approuve également la proposition du rapport Marini-Vasselle de juillet 2008 qui proposait une **optimisation de la tarification ternaire des EHPAD par le basculement des dépenses d'animation du tarif hébergement sur le tarif dépendance**. Ce type de dépenses doit, selon nous, être dorénavant pris en charge par le financement d'aide à l'autonomie.
- L'UNCCAS demande également **que le reste à charge des résidents en EHPAD soit allégé**, notamment sur le coût de protection juridique supporté par les majeurs protégés (alors que ce coût est pris en charge pour les personnes suivies par un service de protection juridique des majeurs) et le coût du ticket modérateur du tarif dépendance supporté par les personnes en GIR 5-6.
- L'UNCCAS rappelle que les **EHPAD sont avant tout des lieux de vie et pas uniquement des lieux de soins**. Or, de nombreux gestionnaires font état de demandes de prise en charge de plus en plus lourdes sur un plan médical, en raison notamment de la diminution des places en USLD. Les personnes accueillies nécessitant une prise en charge relevant davantage d'une logique hospitalière, l'UNCCAS alerte sur les difficultés des EHPAD qui ne disposent pas des mêmes moyens matériels, humains et financiers que les hôpitaux.



La position de l'UNCCAS sur le droit à l'autonomie

Résumé

L'UNCCAS défend le principe d'un droit universel à compensation, quels que soient l'âge, le lieu de vie de la personne et la raison du besoin d'aide à l'autonomie. Pour l'UNCCAS, le financement de ce nouveau droit fondamental devra reposer essentiellement sur la solidarité nationale. Néanmoins, face au manque actuel de moyens pour faire face aux dépenses liées à la perte d'autonomie, l'UNCCAS estime que la réforme du système de prise en charge de la perte d'autonomie nécessite d'agir en deux temps, à court terme (à titre transitoire) et à long terme.

Il s'agirait ainsi d'instaurer d'une part, des mesures urgentes permettant de répondre aux besoins et de solvabiliser la demande des personnes actuellement âgées de 85 ans et plus auxquelles on ne peut demander de s'assurer aujourd'hui pour leur perte d'autonomie ; d'autre part, d'engager une réflexion sur la mise en place d'un système pérenne de prise en charge de la perte d'autonomie. Au-delà des questions relatives aux financements, l'UNCCAS propose de confier à la Caisse nationale de solidarité autonomie (CNSA) un rôle pivot en matière de gouvernance.

Enfin, en préalable à toute décision, l'UNCCAS estime indispensable de privilégier les logiques de prévention et de s'interroger sur le parcours de vie de la personne afin d'adapter les réponses qui pourront lui être apportées ainsi qu'à ses proches.

Faire de la prévention un des axes de réflexion et adapter la prise en charge au parcours de vie de la personne

L'indispensable renforcement des politiques de prévention pour les personnes âgées

Aux marges de la perte d'autonomie se trouvent toutes les personnes retraitées, relevant des GIR 5 et 6, disposant encore d'une autonomie dans leur vie quotidienne mais connaissant néanmoins des difficultés en raison de leur niveau de ressources, de leur isolement social ou géographique, de leur avancée en âge, de leur état de santé ou de leurs conditions de vie. Sont concernées, les personnes âgées vivant à domicile ou celles vivant en lieux de vie collectifs, notamment en logements-foyers. Pour ces personnes, les actions de prévention sont primordiales.

L'UNCCAS réfute l'idée de limiter les débats actuels aux seules personnes dépendantes et alerte sur les effets induits d'une politique axée sur le « tout médicalisé »¹⁰.

La réforme autour du « 5ème risque »¹¹ ne doit pas aboutir au « sacrifice de la prévention » car chacun sait combien les actions de prévention, quand bien même elles ont un coût, permettent de retarder les effets « invalidants » du vieillissement et sont à long terme autant d'économies sur des dépenses lourdes de prise en charge (médicalisation, hospitalisation prolongée...).

C'est aussi pourquoi l'UNCCAS préfère la notion « d'aide à l'autonomie » plutôt que celle, figée et réductrice, de « prise en charge de la dépendance ».

Actions de prévention des CCAS/CIAS

Outre le fait qu'ils gèrent de nombreux établissements et services sociaux et médico-sociaux, les CCAS-CIAS sont bien placés pour rappeler l'utilité et l'intérêt des actions de prévention comme en témoignent notamment :

- leur participation à différents programmes ou **dispositifs nationaux** : labels « Bien vieillir ensemble », MAIA (Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) ;
- le portage ou l'animation de **réseaux de coordination** gérontologique et/ou de guichets uniques de services (CLIC, Maisons des aînés...) ;
- leur contribution aux plans nationaux du type plan canicule : au-delà de l'obligation (législative imposée aux maires) de tenir un fichier nominatif des personnes âgées et handicapées volontaires, de nombreux CCAS accompagnent le dispositif de réseaux de vigilance par des bénévoles et développent les solidarités de voisinage, les visites régulières à domicile... ;
- le **soutien psychologique individuel ou collectif** et l'aide qu'ils proposent aux aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- l'ensemble de leurs **actions d'animation** et de lutte contre l'isolement concourant au lien social sur leur territoire : activités intergénérationnelles, clubs d'aînés, services de restauration (foyers restaurant), sorties culturelles, séjours, voyages, activités de création et d'expression, ateliers artistiques, ateliers de prévention de la dépendance (ateliers mémoire menés par des psychologues), ateliers sportifs de type gymnastique douce, ateliers équilibre et prévention des chutes menés par des psychomotriciennes, etc.
- le cas échéant leur participation à des **programmes européens** tel que Grundtvig, engagé sur la période 2007/2009 sur le thème : « Seniors actifs, adoptez la saine habitude ! », dont l'objectif était de former les professionnels intervenants auprès des personnes âgées à mieux communiquer sur l'intérêt d'adopter une vie saine afin de préserver leur autonomie.

D'autres actions de prévention existantes mériteraient d'être intégrées à la réflexion sur le financement de la dépendance.

La prévention des accidents de la vie courante

La prévention des accidents de la vie courante au domicile (et notamment la prévention des risques de chute) en est une illustration. Sur les 20 000 décès causés chaque année par des accidents de la vie courante, 9 000 sont des personnes âgées décédées le plus souvent à domicile (70 % des cas) à la suite d'une chute (60 %).

¹⁰ Par exemple, dans le département des Landes, territoire rural, la transformation en EHPAD de l'ensemble des structures territoriales et associatives, ainsi que ses conséquences (médicalisation, âge et dépendance élevés de la population accueillie, augmentation des coûts) a induit la disparition de l'offre de logement social destinée aux personnes âgées autonomes. Des projets sont en cours, ou en chantier, pour recréer une offre locative attractive, à coût réduit, accessible aux retraités à revenus modestes.

¹¹ Aux côtés des quatre autres risques sociaux couverts aujourd'hui : maladie, accidents du travail et maladie professionnelle, famille, vieillesse.



Ce constat chiffré ne doit pas faire oublier que la chute est bien souvent un premier pas vers la dépendance, notamment lorsque celle-ci aboutit par exemple à une fracture du col du fémur. Autrement dit, la prévention trouve toute sa place dans la réflexion relative à la réforme du financement de dépendance.

L'UNCCAS est signataire de la convention de mise en sécurité du domicile des personnes âgées, portée par l'ANSP et la CSC (commission de sécurité des consommateurs). En effet, les CCAS/CIAS sont bien souvent des acteurs de la prévention des risques à domicile et réalisent pour certains, des diagnostics des risques permettant d'améliorer l'habitat.

L'UNCCAS souhaite que la réalisation de ces diagnostics, aujourd'hui expérimentés dans le cadre de la convention citée, **soit généralisée** aux personnes âgées et aux personnes handicapées, et prise en charge financièrement au titre d'une véritable politique de prévention de la dépendance.

Le dépistage des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

Certains CCAS/CIAS ont déjà pu développer ce type d'action en proposant à la fois des ateliers mémoire et des bilans psychologiques. Ces dépistages pourraient être rendus systématiques pour toute personne atteignant un âge préalablement déterminé et à partir duquel les risques d'apparition des maladies psychiques sont élevés.

La généralisation d'activités thérapeutiques en établissement

Certains établissements sociaux et médico-sociaux gérés par des CCAS/CIAS proposent aujourd'hui à leurs résidents ce type d'activité : aromathérapie, stimulation sensorielle par l'aquagym, salle « Snoezelen¹² »... Ces activités ont un réel bienfait sur les résidents qui voient leur anxiété diminuée, leur sommeil facilité, leur mémoire stimulée. Par ces activités, certains sortent de l'isolement lié à leur pathologie.

Il convient donc, en établissement, d'encourager financièrement ce type d'activité de nature à retarder les effets du vieillissement et des pathologies.

Adapter la prise en charge au parcours de vie de la personne

La perte d'autonomie est une **notion évolutive** nécessitant une **adaptation continue** de la prise en charge ainsi qu'une politique cohérente de suivi des personnes. Des épisodes de maladie et d'accidents peuvent en effet temporairement ou durablement réduire l'autonomie des personnes et ponctuer leur parcours de vie, qu'elles soient plus ou moins dépendantes, plus ou moins âgées ou handicapées. Ces parcours, non linéaires, nécessitent de mieux appréhender les besoins (en cas de retour à domicile après hospitalisation par exemple) mais aussi de mettre en relation les différents acteurs médico-sociaux et sanitaires, voire d'élaborer des outils communs de suivi.

L'UNCCAS rejoint ainsi l'une des préconisations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie en faveur d'une « coopération plus efficace des différentes professions et institutions sanitaires, médico-sociales et sociales en mettant l'accent sur une plus grande ouverture de l'hôpital ».

¹² Stimulation sensorielle axée sur la détente.

En outre, l'UNCCAS estime que l'adaptation de la prise en charge au parcours de vie de la personne nécessite un suivi en continu. Ce dernier pourrait notamment être facilité par l'instauration **d'un véritable dialogue et d'une réelle coopération** entre l'ensemble des acteurs du secteur social et médico-social et ceux du secteur sanitaire. Ainsi, des coopérations entre des hôpitaux, des professionnels libéraux, des EHPAD, des EHPA, des CLIC, des logements-foyers, des services d'aide à domicile et des services de soins infirmiers à domicile peuvent et doivent être fortement encouragées. Certaines de ces coopérations sont aujourd'hui facilitées par des démarches de mutualisation telles que les Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Bien que la réglementation de cette forme de regroupement nécessite des adaptations (les GCSMS publics ne peuvent pas, par exemple, recruter de personnels titulaires), la démarche reste tout à fait pertinente.

En plus de ces mesures permettant d'assurer un suivi en continu du parcours de la personne, l'UNCCAS souhaite que certaines réponses puissent être développées sur les territoires, en fonction des besoins, comme l'accueil sur une même structure, d'une personne handicapée vieillissante et de son parent et l'offre d'accueil de jour (laquelle permet une progressivité dans l'intégration de la personne au rythme de vie d'un établissement).

Pour l'UNCCAS, il importe de respecter et de rendre possibles les choix de vie des personnes et d'intégrer au débat national une réflexion sur les **frontières de la perte d'autonomie**.

Le droit universel à l'aide à l'autonomie

L'UNCCAS a adopté la position du GR 31* et défend à ce titre un droit universel à compensation, quels que soient l'âge, le lieu de vie de la personne et la raison du besoin d'aide à l'autonomie (l'article 13 de la loi du 11 février 2005 prévoyait d'ailleurs la convergence pour 2010 entre les dispositifs de compensation des personnes handicapées et des personnes âgées).

Une logique de situation à prendre en compte

L'UNCCAS n'est pas favorable à ce que le principe de la convergence soit abandonné. L'article 13 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances a encouragé cette convergence en déclarant que « *dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction des critères d'âge en matière de compensation du handicap et de la prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées* ».

En outre, est-il besoin de rappeler que le principe même de la création de la CNSA avait pour objectif de mettre en œuvre la philosophie dite de la « **convergence personnes âgées/personnes handicapées** » dont l'essence est de prendre en compte la notion de perte d'autonomie en dépassant les clivages de l'âge et/ou du handicap ?

* Le GR 31 regroupe 31 organisations représentant ou intervenant auprès des personnes âgées ou handicapées, membres de la CNSA.



Une réponse personnalisée

L'UNCCAS appelle de ses vœux la mise en place d'un droit universel à une prestation de compensation, c'est à dire un panier de biens et services commun à l'ensemble des personnes en situation de perte d'autonomie, dont l'attribution se ferait en fonction des besoins repérés lors de l'évaluation et inscrits dans un plan de compensation, conformément à ce qui avait été adopté par le conseil de la CNSA.

Concrètement, la mise en œuvre de ce droit doit se traduire par :

- Une **évaluation individualisée**, globale et pluridisciplinaire de la situation de la personne, de ses besoins et de son projet de vie ;
- La définition, pour chaque personne, d'un plan de compensation, listant l'ensemble de prestations, biens et services (qu'il s'agisse d'aides humaines, animalières, techniques, sociales, de transport, etc.) qui permettront à la personne d'être accompagnée (il s'agit bien de prendre en compte les besoins et les dépenses venant « en plus » du soin et « en plus » des coûts ordinaires de la vie, lesquels sont respectivement financés par l'assurance maladie et les revenus de remplacement).
- Une prestation unique de compensation en lieu et place des actuelles APA et PCH. Cette prestation unique de compensation doit être financée par un financement pérenne.

Les principes d'allocation de la prestation de compensation de la perte d'autonomie

Le montant de cette prestation de compensation ne doit pas varier en fonction des ressources. Il doit être identique, sans progressivité de l'aide, pour toutes les personnes quels que soient leurs revenus, comme l'est le niveau de remboursement des actes médicaux (remboursement identique de l'assurance maladie quel que soit le revenu de l'assuré).

La prestation doit également **exclure toute récupération sur succession ou gage sur patrimoine**. Ce dernier n'aurait pas de raison d'être mis en place uniquement sur l'aide à l'autonomie alors qu'il n'existe pas pour les autres risques comme celui de l'assurance maladie. Cela est d'autant plus important lorsqu'on se souvient des conséquences, en terme de repli des personnes âgées, du recours sur succession de la PSD (effets de diminution de la demande d'accompagnement de la part des personnes âgées qui risqueraient par ailleurs de conduire à une réduction d'activité de nombreux services à domicile et donc à des licenciements).

Ces positions de principe sont fondamentales pour **éviter toute discrimination et garantir le même traitement** entre une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer qui entrerait en institution et une personne âgée rencontrant des problèmes cardiaques à la fin de sa vie et qui entrerait à l'hôpital (pourquoi l'une pourrait être privée d'une partie de son capital et pas l'autre ?).

Ainsi, il n'est pas envisageable, selon l'UNCCAS, de mettre en place la proposition du rapport parlementaire de juin 2010 sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes relative au recours sur succession de l'APA, pour les personnes ayant un patrimoine supérieur à 100 000 €, sur le principe du choix entre : APA à taux plein avec recours sur succession (dans la limite de 20 000 € par an) et APA à taux réduit (50 %) sans

récupération sur succession.

De même, l'UNCCAS est vigilante à la proposition formulée par la mesure 5 du rapport « Vivre chez soi » (rapport remis à N. Berra en juin 2010) qui évoque l'idée d'un « prêt viager hypothécaire accessibilité » dans la perspective de l'adaptation du logement à la personne âgée. Cette solution s'apparente à une situation de gage patrimonial à l'égard duquel il faut être méfiant, d'autant que le prêt viager hypothécaire actuel connaît déjà ses limites avec des taux d'intérêts élevés et une diminution du droit des héritiers.

L'UNCCAS, qui défend donc **l'universalité de la prestation de compensation, quels que soient l'âge, le handicap et les ressources** de la personne, écarte les pistes qui viseraient à réduire les financements (au lieu de les accroître) en spécialisant la prestation en direction des personnes les plus pauvres ou les plus dépendantes (au risque de « détricoter » ainsi le dispositif existant de l'APA).

L'UNCCAS exclut ainsi la possibilité de diriger la prestation de compensation sur les seules personnes ayant des revenus inférieurs à un certain seuil, comme elle écarte le fait de recentrer l'APA sur les personnes les plus dépendantes, c'est-à-dire celles classées dans les GIR 1 à 3.

- L'exclusion des GIR 4 du bénéfice de l'APA pose la question de l'autorité compétente pour la prise en charge de celle-ci : si le Département n'alloue plus d'aide à ces personnes, quelle autorité peut assurer le relais financier ?
- La CNAV est quant à elle centrée sur la prise en charge de personnes encore autonomes, c'est à dire celles classées en GIR 5 et 6. De plus, le budget alloué par la CNAV relève actuellement de l'action sociale facultative, cette instance est donc souveraine dans ses décisions d'attribution.

Le financement de ce nouveau droit

Quelles que soient les pistes de financement envisageables (5ème branche de sécurité sociale, nouveau prélèvement sur la CSG, création d'une seconde journée solidarité, rôle accru des assurances privées...), l'UNCCAS défend le principe d'un **droit fondamental à l'aide à l'autonomie dont le financement reposerait essentiellement sur la solidarité nationale** (répartition du coût sur l'ensemble de la société).

Le manque actuel de moyens pour faire face aux dépenses liées à la perte d'autonomie est reconnu par tous. **Il nécessite des mesures urgentes à court terme** permettant de répondre aux besoins et de solvabiliser la demande des personnes actuellement âgées de 85 ans et plus auxquelles on ne peut demander de s'assurer aujourd'hui pour leur perte d'autonomie.

Néanmoins, la recherche d'une solution immédiate ne doit pas occulter **la réflexion sur le système de prise en charge que l'on souhaite mettre en place à long terme pour notre société**, partant du constat que le dispositif actuel est à bout de souffle.

L'UNCCAS souhaite donc que la réflexion s'engage sur deux niveaux : la recherche **d'une solution à court terme et la définition d'une nouvelle architecture de financement à long terme**



Le financement du 5ème risque à long terme

Un financement majoritaire par une 5ème branche¹³ de sécurité sociale

Au regard du vieillissement de la population, la perte d'autonomie constitue désormais plus qu'un risque social : contrairement à la maladie, aux accidents du travail ou à l'invalidité, la perte d'autonomie est un état de fait qui concernera tout le monde, directement ou indirectement. On peut vieillir sans être malade, mais la perte d'autonomie sera, à des degrés divers, inéluctable. **Sa prise en charge nécessite donc de dégager des financements pérennes et fléchés.**

La prise en charge de la perte d'autonomie s'intègre pleinement dans les principes qui avaient présidé à la mise en place de la sécurité sociale au lendemain de la seconde guerre mondiale. Faut-il rappeler que la Constitution de 1946, dans son préambule, imposait de garantir la dignité, la protection sociale et la sécurité sociale à tout être humain en prenant en compte sa situation, son état physique ou mental et son âge ?

Notre société a évolué. Sa population a vieilli. Les besoins des personnes en perte d'autonomie s'accroissent alors que les ressources pour y répondre, qu'elles soient nationales et publiques ou personnelles, sont notoirement insuffisantes.

La réflexion doit s'orienter vers un système s'appuyant sur les fondements mêmes d'une solidarité nationale présente dans notre pays depuis plus de 60 ans et qui en est une valeur essentielle.

Pour autant, notre système de sécurité sociale s'intègre soixante ans après sa création au sein d'un processus approfondi de décentralisation, confiant aux collectivités territoriales des compétences renforcées en matière de politique sociale : cette forte responsabilisation et implication du niveau local doit nécessairement être considérée dans le système de prise en charge collective auquel aspire l'UNCCAS. De fait, le mode d'organisation **inédit** de la 5ème branche de sécurité sociale que l'UNCCAS appelle de ses vœux se distingue des quatre autres (fondées sur une représentation et un mode de gestion paritaires) en ce qu'elle doit intégrer la place des collectivités territoriales. Ce mode d'organisation se retrouve d'ailleurs déjà en terme de gouvernance au niveau de la CNSA.

Quoi qu'il en soit, **le financement de la dépendance doit être basé à titre principal, si ce n'est exclusif, sur la solidarité nationale**, ce qui implique un recours limité à l'assurance privée et une assiette de contribution la plus large possible.

L'UNCCAS souhaite donc que le financement de la perte d'autonomie soit assuré par la création d'une 5^{ème} branche de sécurité sociale **modernisée**, aux côtés des quatre branches existantes et dont le financement serait assuré majoritairement par des apports contributifs (cotisation dès l'entrée dans la vie active, en fonction des moyens de chacun) ainsi que par la solidarité nationale (maintien ou augmentation de la mobilisation de la CSG par exemple) pour venir en aide aux plus démunis. Accessoirement, le recours à des organismes d'assurance complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance, sociétés d'assurance à forme mutuelle, institution de prévoyance) peut compléter le dispositif dès l'entrée dans la vie active, en fonction des moyens de chacun.

¹³ Les quatre autres branches de la Sécurité sociale couvrent aujourd'hui quatre types de risques : maladie, accidents du travail et maladie professionnelles, famille, vieillesse.

Le recours à l'assuranciel privé

L'UNCCAS exclut les possibilités de recourir à l'assuranciel privé s'il se substitue à terme au régime actuel de l'APA, comme semble le suggérer le rapport parlementaire du 23 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En tout état de cause, ce recours au régime assuranciel ne peut s'envisager que s'il est accessoire à un financement public majoritairement assis sur la solidarité nationale. Le recours à l'assuranciel privé pose en outre de nombreuses questions :

- ces assurances seront-elles accessibles aux populations en situation de précarité ?
- le niveau de couverture (rente) sera-t-il à la hauteur des besoins ?
- si l'on fait le choix de rendre cette cotisation assurantielle obligatoire, à partir de quel âge les personnes devront-elles cotiser ? De ce point de vue, le critère d'âge (50 ans) évoqué pour le recours obligatoire à l'assurance privée dans le rapport parlementaire précité nous semble trop tardif. Une souscription dès l'entrée dans la vie active permettrait de réduire le coût des tarifs de cotisation et de majorer la rente obtenue. L'âge minimal de souscription à une assurance dépendance est aujourd'hui fixé à 40 ans. Ce seuil pourrait être abaissé.

Pour l'UNCCAS, le 5ème risque autonomie devra fonctionner comme la branche maladie : une prise en charge majoritaire via un mécanisme de solidarité nationale (avec un taux à définir) et un financement complémentaire pour « absorber » le solde.

Pour ce solde, deux schémas sont envisageables :

- **Schéma 1** : mettre en place une assurance complémentaire obligatoire¹⁴, universelle et collective (tout le monde cotise pour alimenter un fonds unique qui financera le reste à charge une fois la participation de la sécurité sociale déduite) ;
- **Schéma 2** : recourir à l'assurance individuelle facultative (chacun cotise selon ses possibilités – système actuel des complémentaires santé – et obtient une prise en charge à hauteur de ce qu'il a cotisé). Envisager cette seconde option ne pourra se faire sans une réflexion sur la création d'une couverture universelle complémentaire afin que personne ne soit exclu de ce système mutualisé d'assurance destiné à couvrir la perte d'autonomie.

La couverture autonomie universelle (CAU) et CAU complémentaire

CAU

En parallèle de l'actuelle couverture maladie universelle (CMU), destinée à permettre la prise en charge des frais de santé des personnes aux ressources les plus faibles, **l'UNCCAS préconise la mise en place d'une couverture autonomie universelle (CAU)** dont la vocation serait identique, mais appliquée au risque autonomie (personnes qui ne cotiseraient pas au régime de sécurité sociale). Comme pour la CMU, la CAU serait attribuée avec paiement d'une cotisation de 8 % des revenus fiscaux ou gratuitement pour certains bénéficiaires (RSA...) et pour les contribuables dont le revenu serait inférieur à un certain seuil. Pour l'UNCCAS, le

¹⁴ 92 % des Français sont couverts par une complémentaire santé, dont un contrat collectif pour 6 personnes sur 10 (Source : CREDOC).



niveau de déclenchement de cette couverture universelle doit être fixé au seuil de pauvreté (c'est à dire à 60 % du niveau de vie médian).

La CAU serait financée par une dotation de l'Etat et une contribution à la marge des organismes d'assurance complémentaire (en pourcentage de leur chiffre d'affaires), comme l'est la CMU. Les bénéficiaires de la CAU recevraient l'ensemble des remboursements prévus par l'assurance autonomie.

CAUC

Cette couverture autonomie universelle pourrait en outre se compléter d'une CAU complémentaire permettant de couvrir, pour les personnes en perte d'autonomie les plus démunies, les frais non pris en charge par la couverture de base (dépenses qui seraient définies au même titre que celles couvertes par la CMU-C).

En tout état de cause, à l'image de ce qui existe aujourd'hui pour le risque maladie, la mobilisation d'une couverture assurantielle ne peut se concevoir qu'à la marge (aujourd'hui pour la maladie, la Sécurité sociale couvre en moyenne 77 % des dépenses de santé, 14,5 % sont prises en charge par les complémentaires santé et 8,5 % restent à la charge des assurés¹⁵).

Cette préoccupation est particulièrement importante pour l'UNCCAS au regard des caractéristiques des personnes accueillies par les CCAS/CIAS qui sont souvent concernées par les dispositifs actuels de CMU et CMUC.

De ce point de vue, accorder une place prépondérante au recours à l'assurance privée de chacun pour financer son éventuelle perte d'autonomie aurait pour effet induit une **sollicitation massive des CCAS/CIAS au titre de leurs aides financières extra-légales** pour participer aux frais de mutuelles.

Rappelons que :

- l'enquête sur les effets de la crise économique menée par l'UNCCAS et la Gazette santé social dans le cadre du congrès national d'octobre 2010 a révélé une augmentation sensible, due à la crise, du nombre de demandes d'aides formulées auprès des CCAS/CIAS par des personnes jusque-là inconnues du CCAS, dont une proportion importante de personnes retraitées qui ne parviennent plus à faire face à leurs dépenses quotidiennes ;
- en cas de difficultés financières, c'est le budget « santé » qui est le premier poste à être réduit par les ménages connaissant des difficultés financières.

¹⁵ UCANSS, plaquette de communication « Complémentaire santé obligatoire ».

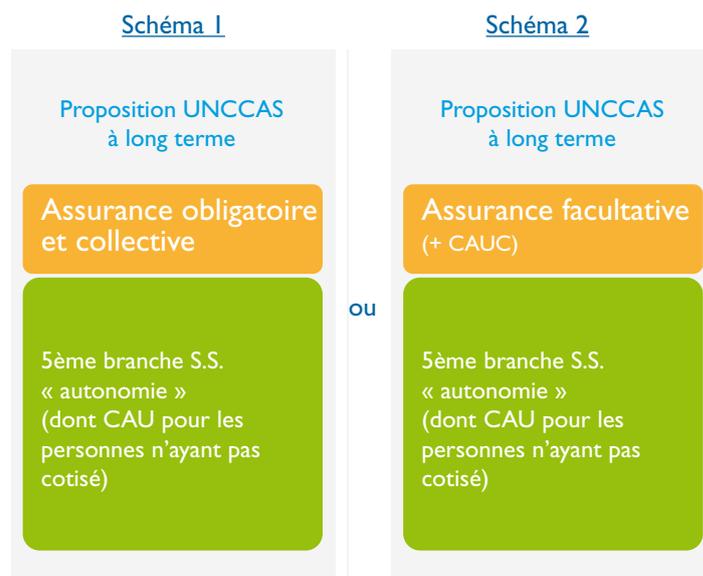
Illustration de la proposition de fonctionnement des futurs modes de remboursement de la nouvelle branche « Autonomie » de la sécurité sociale, l'exemple des aides humaines :

ACTES :	Coût	Tarif plafond de convention*	Remboursement Sécurité Sociale ou CAU		Complémentaire ou CAUC	Reste à charge
			TAUX	MONTANT		
- aide aux actes de la vie quotidienne	20 €	20 €	70 %	14 €	6 €	0 €
- portage de repas	13 €	12 €	70 %	8,40 €	3,60 €	1 €

*Le tarif de convention détermine pour chaque acte le montant sur lequel s'appliquera le remboursement de la sécurité sociale. La différence entre le montant du tarif de convention et le montant remboursé par la sécurité sociale constitue le ticket modérateur qui pourra être pris en charge par une assurance complémentaire autonomie.

Le panier de biens et services (aides humaines, techniques, transport, aménagement du logement...) couverts par la 5ème branche de sécurité sociale, ainsi que les niveaux de remboursement, devront bien évidemment être travaillés lors de la mise en place de cette branche « Autonomie ».

Financement à long terme :





Le financement de la dépendance à titre transitoire (court terme)

L'application de ces principes pourrait cependant n'être mise en œuvre que dans un deuxième temps, lorsque le système de financement pérenne, appelé de ses vœux par l'UNCCAS, basé à titre principal sur la solidarité nationale, sera mis en place. Dans cette attente, à court terme, il pourrait être envisagé d'instaurer un fonds unique de financements qui pourrait regrouper l'ensemble des enveloppes budgétaires existantes (cf. schéma p. 39), complétées par des financements nouveaux à trouver.

Financements existants

- Financements des conseils généraux pour l'APA et la PCH (les conseils généraux financent aujourd'hui 70 % de l'APA contrairement au partage 50/50 prévu au départ avec l'Etat) ;
- Financements propres de la CNSA (CSA, CSG) abondant les prestations individuelles (APA, PCH) attribuées par les conseils généraux ;
- Financements de l'assurance maladie gérés par la CNSA pour financer le fonctionnement des établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées...

Autres pistes de financements publics complémentaires à étudier

Compte tenu de la situation actuelle des finances publiques dans notre pays, d'autres pistes de financements publics pourraient intervenir, à titre accessoire, en complément des ressources existantes. L'UNCCAS reste ainsi ouverte à la mobilisation d'un ou plusieurs des leviers suivants, autant que de besoin.

La majoration du taux de CSG

L'UNCCAS se montre favorable au principe d'une évolution du taux de CSG dans la mesure où cette contribution dispose de l'assiette la plus large, prenant en compte tous les revenus :

- les revenus d'activité : salaires, traitements, sommes de la participation, du plan épargne entreprise ;
- les revenus de remplacement : pensions de retraite, d'invalidité, allocations de chômage, de préretraite, indemnités journalières maladie, maternité, accidents ;
- les revenus du capital : capitaux mobiliers, revenus fonciers, revenus de l'épargne...

Le relèvement des droits de succession

L'UNCCAS n'est pas opposée au principe d'un relèvement des droits de succession, lequel pourrait constituer une solution « collective », sous réserve d'en modifier l'assiette pour l'élargir et la rendre ainsi plus solidaire.

Un rapport du Sénat du 20 novembre 2002 constatait qu'à l'époque, seul un quart des successions était concerné par la perception de droits et que 90 % des transmissions entre époux et 80 % de celles réalisées en ligne directe étaient exonérées de ces droits. La loi TEPA votée en août 2007 a procédé à un abattement de ces droits de succession, relevant ainsi le nombre de successions exonérées à 95%.

Instituer une taxe sur les revenus du capital et de placements

Ce dispositif est déjà en place pour le financement du RSA, avec une taxe de 1,1 % sur les revenus du capital. L'UNCCAS est ouverte à l'idée d'instituer un prélèvement

à taux déterminé sur les revenus du capital et les produits de placement. Ainsi, le financement de la dépendance ne reposerait pas entièrement sur le monde du travail.

En revanche, l'UNCCAS écarte l'idée d'instaurer une journée de solidarité supplémentaire. La journée de solidarité telle qu'elle existe actuellement, n'est ni suffisante, ni conforme à l'objectif affiché d'une contribution basée sur la « solidarité générale » - c'est-à-dire équitablement partagée – puisque l'effort de contribution est inégalement réparti dans la mesure où les artisans, les professions libérales et indépendantes, les agriculteurs et surtout les retraités eux-mêmes sont hors du dispositif. Une seconde journée de solidarité ne serait donc envisageable pour l'UNCCAS qu'à la stricte condition d'en modifier l'assiette en y incluant les catégories socio-professionnelles précitées.

Ces modes de financements complémentaires mis en place à court terme pourraient **soit diminuer progressivement pour prendre fin à terme, soit s'intégrer au dispositif de long terme**, venant ainsi diminuer le niveau des cotisations salariales de la branche « Autonomie ».

Enfin, s'agissant du mode d'allocation à court terme, en attendant que le système d'assurance par la 5^{ème} branche « Autonomie » de la sécurité sociale soit mis en place, il pourrait être instaurée une progressivité de l'aide, accordée aux personnes en perte d'autonomie, en fonction de leurs revenus sur le modèle suivant :

- accessibilité de toutes les personnes, quels que soient leurs revenus, à la prestation de compensation autonomie ;
- attribution d'un montant de prestation différent en fonction du niveau des revenus (comme l'APA aujourd'hui).

Récapitulatif des propositions de financement de l'UNCCAS

Proposition UNCCAS à titre transitoire (court terme)	Proposition UNCCAS à long terme	Proposition UNCCAS à long terme
Assurance facultative	Assurance obligatoire et collective	Assurance facultative (+ CAUC)
Complément financements publics (CSG, etc.)	5 ^{ème} branche S.S. « autonomie » (dont CAU pour les personnes n'ayant pas cotisé)	5 ^{ème} branche S.S. « autonomie » (dont CAU pour les personnes n'ayant pas cotisé)
APA-PCH (part CNSA)		
APA-PCH (part CG) + CNAV		



La nouvelle gouvernance

Le rôle pilote de la CNSA

A ce jour, l'UNCCAS maintient la position commune adoptée dans le cadre du GR3 I (mars 2008) confiant à la Caisse nationale de solidarité autonomie (CNSA), en raison de son expérience et de son expertise, un rôle pivot dans le dispositif d'accompagnement et de prise en charge de la perte d'autonomie, notamment en raison du fait que la CNSA associe au sein de son conseil d'administration des représentants des usagers et des gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

C'est d'ailleurs l'orientation retenue par le gouvernement puisque le 28 mai 2008, Xavier Darcos, ministre de la Solidarité et Valérie Létard, secrétaire d'Etat à la Solidarité, avaient formulé une proposition en ce sens : « *La CNSA doit être érigée en véritable **agence chargée du cinquième risque, et à ce titre, l'interlocuteur des agences régionales de santé en ce qui concerne la mise en œuvre territoriale du cinquième risque. Ses moyens d'action doivent être ceux d'un véritable opérateur national, garant de l'égalité de traitement sur tout le territoire, de la transparence de l'information et de l'échange de pratiques*** ».

La place des collectivités territoriales et des associations représentatives d'usagers

L'UNCCAS propose que soit réévaluée la proportion des voix accordées aux associations œuvrant pour les personnes âgées et handicapées. Aujourd'hui en effet, le conseil d'administration de la CNSA est composé de 48 membres. Sur le nombre total de voix (83), 37 sont accordés aux représentants de l'Etat. Par comparaison, les associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées et handicapées regroupent 12 voix.

La composition du conseil d'administration de la CNSA peut ainsi être perçue comme inéquitable au regard de la prise en compte des besoins des bénéficiaires. En particulier, la représentation de l'Etat semble en trop grande proportion par rapport à celle des associations du secteur et peut rendre difficile la remontée des observations formulées sur le terrain.

Cette réévaluation se justifiera d'autant plus par la nature des missions de la CNSA dans la gestion du 5ème risque, lequel aura vocation à toucher le public représenté par ces associations.

Dans la logique des propositions de l'UNCCAS en terme de financement de ce 5ème risque, la CNSA pourrait à terme se transformer en véritable **caisse de sécurité sociale en charge du risque « Autonomie »** (à l'instar des autres caisses de sécurité sociale) **et dans ce cadre, accorder au sein de ses instances de gouvernance une place significative aux collectivités territoriales, aux représentants des gestionnaires ainsi qu'à ceux des usagers.**



A ce titre, l'UNCCAS exclut l'intégration du « risque » autonomie dans la branche maladie :

- d'une part, la perte d'autonomie ne se résume pas à la maladie ;
- d'autre part, les questions relatives à la gouvernance du « 5ème risque » doivent nécessairement inclure le rôle que sont amenées à jouer aujourd'hui les collectivités territoriales, également représentées au sein des ARS.

La place des collectivités doit en outre être appréciée au regard des récentes évolutions de notre organisation territoriale, plus particulièrement de **la réforme des collectivités territoriales** adoptée au Parlement en décembre 2010 et des nouvelles complémentarités entre acteurs qui pourront en découler sur le terrain.

Conclusion

Partant du constat, unanime, selon lequel le système d'accompagnement des personnes âgées en situation de perte d'autonomie est aujourd'hui à bout de souffle, l'UNCCAS a souhaité profiter du débat sur la réforme de la prise en charge de la dépendance pour avancer un certain nombre de propositions.

Dans ce cadre, outre les éléments de contexte rendant la réforme indispensable, l'UNCCAS a pu rappeler la singularité et la valeur ajoutée apportée par les CCAS-CIAS dans le débat. Une singularité fondée notamment sur leur proximité avec les usagers, la gestion de leurs nombreux établissements et services et leur ancrage territorial. Les CCAS-CIAS peuvent ainsi témoigner des difficultés de leurs usagers les plus vulnérables ainsi que des insuffisances et des dysfonctionnements du système, mais aussi des sources d'amélioration possibles, à domicile comme en établissements.

Forte de ces spécificités, l'UNCCAS réaffirme son attachement à certains principes clés qui selon elle doivent guider la réforme en cours : meilleure prise en compte des politiques de prévention et des parcours de vie, non linéaires, des personnes ; attention portée aux dimensions sociale et territoriale dans le débat ; mise en place d'un droit universel à compensation fondé sur une évaluation individualisée des besoins ; nécessité d'agir à la fois sur le court terme, via des pistes de financements complémentaires aux financements actuels, mais plus encore sur le long terme, via la mise en place d'un système pérenne de prise en charge de la perte d'autonomie fondé sur la solidarité nationale ; création d'une 5ème branche de sécurité sociale inédite prenant en compte le processus de décentralisation et le rôle qu'assument quotidiennement les communes et leurs CCAS-CIAS auprès de nos concitoyens.

Les CCAS-CIAS ont toute leur place dans la concertation nationale engagée en début d'année 2011. Par sa participation active aux groupes de travail nationaux, mais aussi à chaque fois qu'elle en aura l'occasion, l'UNCCAS s'emploiera par conséquent à faire connaître la position du service public de proximité en faveur du droit universel à l'aide à l'autonomie qu'elle appelle de ses vœux.



SYNTHESE

La valeur ajoutée apportée par les CCAS-CIAS dans le débat

- **Les CCAS-CIAS ont une mission de service public** et sont guidés par des principes fondamentaux tels que l'accès aux droits, l'information-orientation des usagers et de leurs familles, le bien-être des habitants, la cohésion sociale et territoriale, la veille sociale.
- **Les CCAS-CIAS peuvent témoigner des difficultés de nos concitoyens.** Parmi leurs usagers, figurent des personnes aux parcours de vie parfois chaotiques, des personnes ayant de faibles ressources, vivant seules, des bénéficiaires de la CMU...
- **Les CCAS-CIAS sont gestionnaires de nombreux établissements et services sociaux de proximité** : SAD, SSIAD, EHPAD, unités Alzheimer et assurent de nombreux emplois non délocalisables.
- **Les CCAS-CIAS sont les principaux gestionnaires de logements-foyers** en France (70 % des places).
- **Les CCAS-CIAS assurent de nombreux services d'animation** et autres activités thérapeutiques permettant de retarder les effets invalidants du vieillissement et de maintenir le lien social.
- **Les CCAS-CIAS, acteurs de terrain, peuvent témoigner des insuffisances, dysfonctionnements** (par exemple, l'incohérence de la barrière de l'âge ou les besoins de personnels, notamment dans la fonction publique territoriale) mais aussi des sources d'amélioration dans l'accompagnement des personnes.
- **Les CCAS-CIAS sont directement impactés par les nombreuses réformes du secteur et l'insuffisance des financements actuels** : réforme de la tarification des EHPAD depuis 2009 ; crise du secteur de l'aide à domicile (les CCAS, gestionnaires et financeurs, sont doublement impactés ; impact de la réglementation européenne ; suppression des exonérations de charges dans la loi de finances 2011) ; réforme des SSIAD engagée depuis 2009.

Les recommandations de l'UNCCAS

L'UNCCAS est favorable à :

1. **Une prise en compte de l'impact des réformes déjà engagées mais aussi des voies d'amélioration proposées par les acteurs de terrain**
 - exemple en matière d'aide à domicile : contractualisation budgétaire dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, mutualisation des services, etc. ;
 - exemple en matière d'offre d'hébergement alternative : permettre aux logements-foyers (qui représentent plus de 20 % des 685 000 places en établissements) de se moderniser ;
 - exemple en matière d'EHPAD : suppression de la possibilité de recourir aux obligés alimentaires, reconnaissance des charges de structures liées au personnel soignant par le budget soins pris en charge par l'assurance maladie, imputation des coûts immobiliers sur les différentes sections et non pas uniquement sur le tarif hébergement, allègement du reste à charge des résidents en EHPAD.
2. **Privilégier les actions de prévention**, permettant de retarder les effets « invalidants » du vieillissement et qui constituent à long terme autant d'économies sur des dépenses lourdes de prise en charge (médicalisation, hospitalisation prolongée...).
Plusieurs actions de prévention existent déjà et pourraient être renforcées :
 - nombreux services de proximité favorisant le lien social et la lutte contre l'isolement des personnes ;
 - prévention des accidents de la vie courante via la généralisation et le financement des diagnostics des risques permettant d'améliorer la sécurité dans l'habitat des bénéficiaires ;
 - dépistage systématique des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ;
 - soutien financier à la généralisation d'activités thérapeutiques en établissement.
3. **Adapter la prise en charge au parcours de vie, non linéaire, de la personne**
Respecter ses choix de vie et pour cela conforter la coopération entre les secteurs sanitaire, social et médico-social (exemple via les GCSMS) et les solutions innovantes. Engager une réflexion sur les frontières de la dépendance.
4. **Un droit universel à une « prestation de compensation » de la perte d'autonomie**, quels que soient l'âge, le lieu de vie de la personne et la raison du besoin d'aide à l'autonomie. L'attribution d'un panier de biens et services couvrant l'intégralité des aides nécessaires et commun à l'ensemble des personnes en situation de perte d'autonomie se ferait en fonction des besoins repérés lors de l'évaluation individualisée, globale et pluridisciplinaire de la situation de la personne et de son projet de vie.
5. **Maintenir le principe de convergence entre les systèmes personnes âgées/personnes handicapées**
Cf. la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances.



6. **Une prestation unique de compensation en lieu et place des actuelles APA et PCH, dont le taux doit être identique** quels que soient les revenus, **comme l'est le niveau de remboursement des actes médicaux** (remboursement identique de l'assurance maladie quel que soit le revenu de l'assuré).
7. **L'instauration de mesures en deux temps : des mesures urgentes**, à court terme et à titre transitoire (pour améliorer les réponses des personnes actuellement âgées de 85 ans et plus) **un système pérenne de prise en charge à long terme**, partant du constat que le dispositif actuel est à bout de souffle.
8. **Un financement de la dépendance à long terme, fondé essentiellement sur la solidarité nationale** (répartition du coût sur l'ensemble de la société ; fondements de notre système de solidarité nationale hérité de la guerre), ce qui implique un recours limité à l'assurance privée et une assiette de contribution la plus large possible.
9. **La création d'une 5ème branche de sécurité sociale inédite dans son mode de gouvernance**, aux côtés des quatre branches existantes, dont le financement serait assuré majoritairement par des apports contributifs (cotisation dès l'entrée dans la vie active, en fonction des moyens de chacun) ainsi que par la solidarité nationale pour venir en aide aux plus démunis.
10. **Une 5ème branche autonomie qui fonctionnerait comme la branche maladie** : une prise en charge majoritaire via un mécanisme de solidarité nationale (avec un taux à définir) et un financement complémentaire pour « absorber » le solde.
Pour le solde, deux schémas sont envisageables :
 - une **assurance complémentaire collective** : tout le monde cotise pour alimenter un fonds unique qui financera le reste à charge une fois la participation de la sécurité sociale déduite, sachant qu'aujourd'hui, 92 % des français cotisent à une complémentaire santé ;
 - **ou une assurance individuelle facultative** : chacun cotise selon ses possibilités – système actuel des complémentaires santé – et obtient une prise en charge à hauteur de ce qu'il a cotisé.
11. **Accessoirement, le recours à des organismes d'assurance complémentaire** (mutuelles, sociétés d'assurance, sociétés d'assurance à forme mutuelle, institution de prévoyance) pour compléter le dispositif dès l'entrée dans la vie active, en fonction des moyens de chacun.
12. **La création d'une couverture autonomie universelle (CAU) et d'une CAU-C (CAU complémentaire)** pour les personnes les plus démunies. Comme pour la CMU, la CAU serait attribuée avec paiement d'une cotisation de 8 % des revenus fiscaux ou gratuitement pour certains bénéficiaires (RSA, CAU-C...) et pour les contribuables dont le revenu serait inférieur à un certain seuil (seuil de pauvreté). Financement de cette CAU : dotation de l'Etat et contribution à la marge des organismes d'assurance complémentaire (en pourcentage de leur chiffre d'affaires), comme l'est la CMU. Dans le cas où l'on devrait

retenir l'option d'une assurance complémentaire individuelle pour compléter la part non prise en charge par la 5ème branche (NB : de nombreux usagers des CCAS sont bénéficiaires de la CMU), la CAU-C permettrait de couvrir, pour les personnes en perte d'autonomie les plus démunies, les frais non pris en charge par la couverture de base.

- 13. A court terme, instaurer un fonds unique de financements** qui pourrait regrouper l'ensemble des enveloppes budgétaires existantes (conseils généraux, CNSA, etc.), complétées par des financements nouveaux à trouver.
Autres pistes de financement public complémentaire :
- la majoration du taux de CSG ;
 - le relèvement des droits de succession sous réserve d'en modifier l'assiette ;
 - instituer une taxe sur les revenus du capital et de placements.

Ces modes de financements complémentaires mis en place à court terme pourraient soit diminuer progressivement et prendre fin à terme, soit s'intégrer au dispositif de long terme, diminuant ainsi le niveau des cotisations sociales de la branche « Autonomie ». A court terme, il pourrait être instaurée une progressivité de l'aide, accordée aux personnes en perte d'autonomie, en fonction de leurs revenus sur le modèle suivant : accessible à tous quel que soit le revenu, mais avec un montant différent selon les revenus.

- 14. Confier un rôle pilote à la CNSA comme caisse de sécurité sociale en charge du risque « Autonomie ».** Dans ce cadre, accorder au sein de ces instances de gouvernance une place significative aux représentants des gestionnaires ainsi qu'à ceux des usagers (réévaluation de l'actuelle proportion des voix accordées aux associations œuvrant pour les PA/PH.)

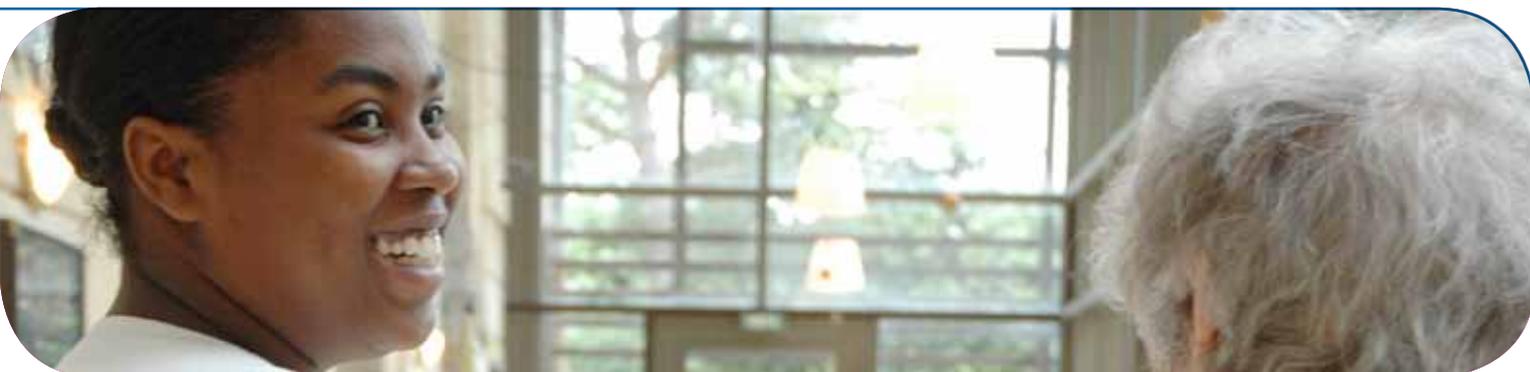
- 15. Prendre en compte les évolutions issues de la réforme territoriale** pour imaginer de nouvelles complémentarités entre acteurs.

- 16. Lutter contre le risque de fracture territoriale né** des inégalités entre territoires en terme d'offre d'établissements et services en imaginant la création d'un fonds d'investissement territorial mutualisé.

En revanche, l'UNCCAS écarte...

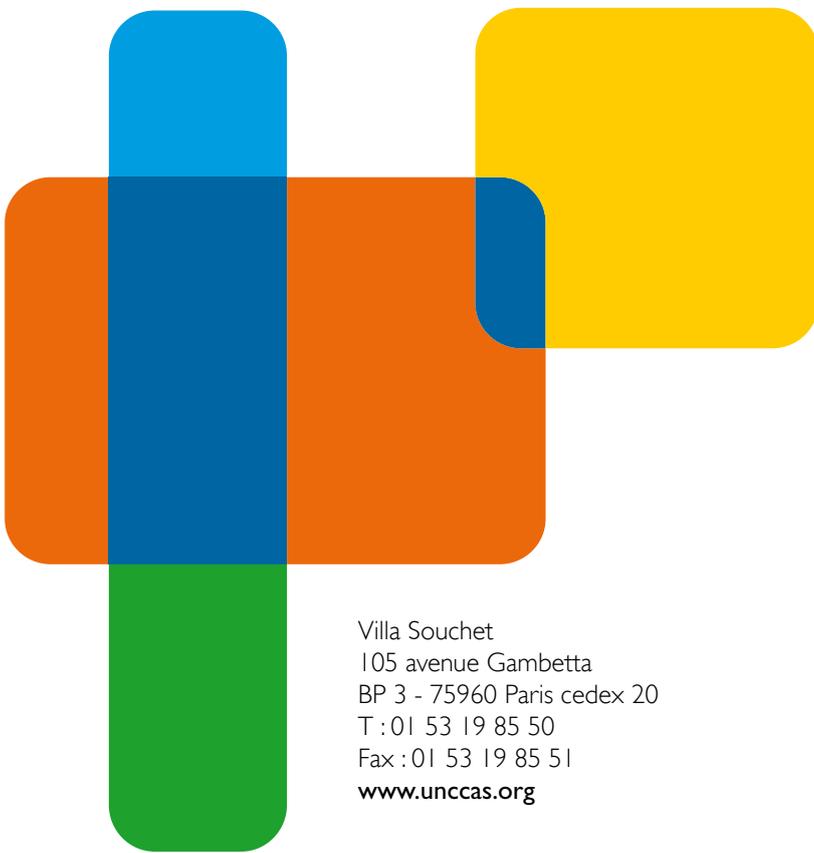
- 17. Le principe de récupération sur succession ou gage sur patrimoine** pour la prestation de compensation. Pourquoi mettrait-on en place ce principe uniquement sur l'aide à l'autonomie alors qu'il n'existe pas pour les autres risques (souvenons-nous de l'impact négatif de la PSD). Dans ce prolongement, l'UNCCAS est contre la proposition d'un choix entre une APA à taux plein pour les personnes moyennant un recours sur succession (dans la limite de 20 000 euros par an) et une APA à taux réduit (50 %) sans recours.

- 18. Le prêt viager hypothécaire :** l'UNCCAS est plutôt défavorable car cette mesure s'apparente à une situation de gage patrimonial.



19. La possibilité de diminuer la couverture actuelle de l'APA en dirigeant la prestation de compensation sur les seules personnes ayant des revenus inférieurs à un certain seuil ou en recentrant l'APA sur les personnes les plus dépendantes, c'est-à-dire celles classées dans les GIR 1 à 3, ce qui va à l'encontre de l'enjeu de la réforme consistant à mieux accompagner les personnes âgées.

20. Le recours à l'assurantiel privé s'il devait se substituer à terme au régime actuel de l'APA. L'assurantiel privé ne doit être qu'accessoire à un financement public majoritairement assis sur la solidarité nationale. Le recours à l'assurantiel privé pose en outre de nombreuses questions : ces assurances seront-elles accessibles aux populations en situation de précarité ? Le niveau de couverture (rente) sera-t-il à la hauteur des besoins ? Si l'on fait le choix de rendre cette cotisation assurantielle obligatoire, à partir de quel âge les personnes devront-elles cotiser ? L'UNCCAS souligne aussi un risque de sollicitation massive des CCAS/CIAS au titre de leurs aides financières extra-légales pour participer aux frais de mutuelles ! En outre, le budget santé est souvent le premier poste diminué en cas de difficultés financières.



Villa Souchet
105 avenue Gambetta
BP 3 - 75960 Paris cedex 20
T : 01 53 19 85 50
Fax : 01 53 19 85 51
www.unccas.org

Février 2011