

Secteur retraité du SNES-FSU

Pour un service public national de l'autonomie

Les Congrès du SNES de Rennes et de la FSU de Clermont-Ferrand ont inscrit dans nos mandats la création d'un grand service public de l'autonomie, prenant en charge les personnes âgées et les personnes en situation de perte d'autonomie (au sens large du terme).

I. Périmètre de la perte d'autonomie.

1°) La question de l'autonomie concerne l'ensemble de la population

Le service public national de l'autonomie doit intégrer ce qui relève aujourd'hui des notions de perte d'autonomie et de handicap. La « barrière d'âge » actuellement fixée à 60 ans doit disparaître. Les analyses et propositions qui suivent sont très axées sur l'autonomie des personnes âgées que nous connaissons le mieux. La réflexion doit s'enrichir des problématiques du monde du handicap en travaillant la convergence de réponses. Les personnes handicapées, souvent en activité, ont des problématiques spécifiques.

2°) Quels sont les différents domaines constitutifs de l'autonomie, pour quel choix de prise en charge et d'aide ? Une approche multidimensionnelle de la personne :

- soin, médical ; matériel d'assistance et de soutien ;
- adaptation de l'environnement : question fondamentale du logement (équipements, déplacement, accessibilité) ; logements intermédiaires, logement partagé, logement inclusif, logement intergénérationnel ; mais aussi des transports ;
- hébergement, le terme hébergement ne pouvant faire uniquement référence aux Ehpad. Il inclut aussi les résidences autonomie (ex foyers logement à vocation sociale), les résidences services (champ du lucratif) ou l'accueil familial. On y intègre des séjours de durée variable : répit, séjours courts, moyens ; des accueils temporaires et hébergement temporaire (à distinguer) ; des accueils de jour en structures autonomes ou en Ehpad.
- aide humaine indispensable (toilette, repas, lever, coucher, courses,...)
- lien social, ouverture sur le monde : culture, activités physiques et sportives, etc.

Aujourd'hui, ce qui touche à la maladie et aux mesures définies dans les plans d'aide trouve des réponses, certes insuffisantes, dans le cadre de la Sécurité sociale et de l'APA. La question de l'hébergement, génératrice de charges non supportables par la plupart des usagers relève des familles via l'obligation alimentaire ou de l'aide sociale récupérable sur héritage. Nous demandons que ce secteur soit lui aussi pris en compte par la solidarité sociale.

II - Pourquoi un service public national ?

Le Service public a pour mission d'assurer les besoins fondamentaux de la population et donc la réalisation concrète des droits fondamentaux des personnes. Le service public doit offrir une continuité des prestations tant dans le temps que sur l'ensemble du territoire, une égalité d'accès à tous les usagers potentiels en respectant le principe de neutralité. Enfin il répond au principe d'adaptabilité aux besoins.

L'activité de service public doit être assurée, réglée, contrôlée par les autorités publiques. C'est la notion d'intérêt général qui prévaut. Lorsque l'activité est assurée non directement par des personnes publiques (collectivités territoriales) mais par des personnes privées (des associations par exemple), elles doivent être habilitées par convention et recevoir une délégation de service public en restant sous contrôle d'un cahier des charges strict.

III – Quel choix d'organisation de ce service public national ?

- Totale prise en charge publique, Etat et collectivités ?
- Possibilités contractuelles avec des organismes non lucratifs (voir exemple ci-dessus) ?

- Exclusion de l'initiative privée lucrative ?

Un quart des Ehpad sont des structures privées commerciales. Les tarifs pour les résidents y sont bien plus élevés que dans les établissements publics. Le prix moyen d'un hébergement était de 1953 euros par mois en 2017. Il grimpe à 2680 euros dans les Ehpad privés à but lucratif (Korian, Orpea, Domus Vi ...) contre 1820 dans le public. Les groupes privés sont entre les mains de fonds de pension ou de fonds d'investissement dans une logique de pure rentabilité financière alors qu'ils sont financés aux 2/3 par de l'argent public. Pendant la crise de la Covid 19, une partie du secteur privé lucratif s'est abstenue de respecter les droits les plus élémentaires en matière de protection et de conditions de travail de leurs salariés, en matière de protection et de conditions de vie des résidents et de communication transparente avec les familles. Cette incurie et les scandales à répétition face à leurs obligations d'employeurs mais aussi à l'exercice de leurs missions de service public est un argument de poids pour exclure les établissements privés à but lucratif du grand service public de l'autonomie que nous projetons.

Quelles conventions avec les organismes privés à but non lucratif ?

Il y a nécessité de construire des Ehpad publics, de proximité, à taille humaine, répondant mieux aux besoins des usagers. Rien n'est programmé au plan national.

- Quels liens et rôle avec l'hôpital tant pour les Ehpad que pour le maintien à domicile ?
- Quelle place pour la CNSA dans une structuration impliquant la sécurité sociale ? Lien à établir avec la 5^{ème} (que nous récusons) et le rôle central qui a été donné au CNSA (avec toutes les critiques que nous formulons).

L'ensemble de ces questions nécessite de s'entourer d'avis compétents notamment ceux des camarades de la Fonction Publique Territoriale.

IV – Quel encadrement et quels professionnels ?

1°) Des personnels plus nombreux

- Il est indispensable que les personnels soignants soient en nombre suffisant. Que ce soit en établissement ou à domicile la nécessité de recrutements massifs de personnels est urgente. Ces recrutements doivent reposer sur un plan élaboré nationalement et décliné selon les territoires en fonction des besoins.
- En Ehpad le ratio d'encadrement doit être amélioré. Il est actuellement de 0,62 ce qui est très insuffisant. Il doit déjà à minima être porté à 1 personnel soignant pour 1 résident ce qui exigerait 200.000 embauches
- A domicile où réside plus de la moitié des personnes en perte d'autonomie, les besoins aussi énormes. Il faut 300.000 intervenants supplémentaires et ce d'autant plus que 83% des personnes âgées interrogées souhaitent rester à leur domicile et que le gouvernement promet le « virage domiciliaire ».

2°) Des personnels aux métiers mieux reconnus et revalorisés

Non seulement on a besoin de personnels plus nombreux, mais bien formés, qualifiés, reconnus et mieux rémunérés à la fois pour répondre aux besoins et au manque d'attractivité de ces métiers (accentué par la crise sanitaire). Il s'agit, pour ce faire, de construire une vraie filière de formation de l'aide à domicile en formation initiale, VAE avec la création de passerelles permettant d'assurer promotion et mobilité professionnelles et promouvoir une véritable formation continue.

- Les associations ou sociétés à but non lucratif actuellement largement financées par des crédits publics, fortement présentes dans le champ de la perte d'autonomie, pourraient adhérer à un cahier des charges sur la qualité des services rendus, la qualification et le statut de leurs personnels. La grande diversité des employeurs (par l'utilisateur employeur ou par une association ou une collectivité locale) et des modes de gestion (emploi direct, prestataire ou mandataire) complexifient l'analyse de l'existant et les réponses à apporter sur cette question.

Il s'agit aussi de définir des droits pour l'ensemble des salariés :

- relevant du droit privé : définition d'une nouvelle convention collective de haut niveau qui prenne en compte les réalités de l'exercice de leur métier (sur leur temps de travail, leurs déplacements ...).
- relevant du droit public : un statut relevant soit de la FPT soit de la FPH.

Il faut bien distinguer plusieurs "entrées" professionnelles correspondant à la nature des missions exigées, d'où l'idée d'équipes pluridisciplinaires avec des animateurs/coordonateurs eux aussi sous statut FPT ou FPH. Un gros travail a déjà été mené dans la FSU sur les métiers et les filières de formation. Il doit être poursuivi et actualisé.

V)- Quel financement de ce service public ?

Aujourd'hui, ce qui touche à la maladie et aux mesures définies dans les plans d'aide trouve des réponses, certes insuffisantes, dans le cadre de la Sécurité sociale et de l'APA. La question de l'hébergement, génératrice de charges non supportables par la plupart des usagers relève des familles via l'obligation alimentaire ou de l'aide sociale récupérable sur héritage. Nous estimons que la prise en charge de la perte d'autonomie, que ce soit au domicile ou en établissement, doit être du ressort de la solidarité nationale et assurée par la sécurité sociale en intégrant « le droit à l'autonomie » dans la branche maladie de la Sécurité sociale.

La question du reste à charge est au cœur de notre réflexion et de nos propositions. Nous revendiquons une suppression à terme de ce reste à charge avec dans un 1^{er} temps des mesures qui permettent sa diminution progressive en établissement comme à domicile. Cela passe par une amélioration de l'accès aux plans d'aide, par une revalorisation de l'APA et une harmonisation de ces aides selon des critères nationaux pour mettre fin aux disparités entre les départements (la fourchette se situe entre un minimum de 249 euros mensuels et un maximum de 648 euros avec une moyenne de 385 euros). L'augmentation des dotations publiques aux départements et des tarifs encadrés, en particulier sur l'hébergement à la charge des résidents et de leurs familles est nécessaire.

Nous dénonçons aussi l'insuffisance générale du coût horaire des services de l'aide à domicile et les distorsions trop fortes selon les choix politiques et les moyens financiers des Conseils départementaux. La conséquence est grave sur le faible niveau de rémunération des personnels et leurs conditions de travail très difficiles. Cette hétérogénéité des pratiques entre départements porte aussi atteinte de manière abusive au principe d'égalité entre usagers selon le Code de l'action sociale et des familles qui prescrit que « l'allocation est définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national ». Notre revendication est d'aller vers des critères nationaux et d'instaurer un tarif plancher qui ne pénalise ni les usagers ni les salariés.

Le service public national que nous voulons construire doit permettre un libre choix des personnes en perte d'autonomie. Il exige des financements pérennes suffisants dans le cadre de la solidarité nationale.