

# Le rapport Rosso-Debord : étape du démantèlement de la Sécu

Éric May (1)

En 2007, le candidat Nicolas Sarkozy avait annoncé vouloir s'attaquer au défi de la dépendance. La création d'un « cinquième risque » a été constamment réaffirmée par le président de la République. Elle devait faire l'objet d'un projet de loi reporté après la « réforme » des retraites. Le débat s'est déjà engagé, avec beaucoup de confusions, mais le texte définitif sera présenté dans le cadre du PLFSS pour 2012.

## Le rapport : une introduction pour justifier les choix du Président

Rendons gré à M<sup>me</sup> Rosso pour sa franchise. Son introduction lève sans fausse pudeur le voile sur l'objet de sa mission : justifier les choix du président en matière de politique sociale. La dépendance est un volet de la réforme menée contre la protection sociale française héritée du CNR, en lien avec la réforme des retraites à laquelle ce nouveau plan succède, avant celui annoncé après 2012, de l'Assurance-maladie. Nous sommes confrontés à une nouvelle étape du démantèlement de la sécurité sociale, attendu et déjà anticipé par les acteurs du marché assurantiel. L'arme fatale, théologique, de ceux qui la démontent est la notion totalement artificielle créée de toutes pièces nommée 5<sup>e</sup> risque. Ce risque nouveau nous menace tous, et la société ne peut y faire face en l'état, ayant déjà dû renoncer à la garantie de soins de qualité pour tous et à une retraite digne pour tous.

### La dépendance : essai de définition

M<sup>me</sup> Rosso limite sa définition à celle de la loi : *la dépendance est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière.*

Bernard Ennuyer, sociologue, écrivait en 2003 : *on peut opposer à la vision médicale « incapacitaire » de la dépendance, une autre vision plus relationnelle, [...] « la dépendance-lien social ». La dépendance « incapacitaire » renvoie à un état de vieillesse, essentiellement individuel et biologique. La « dépendance-lien social » renvoie à une vieillesse qui est le résultat d'un parcours social et biologique, dans une forme d'organisation sociale déterminée.*

Selon ma propre conception de médecin généraliste confronté au quotidien, la dépendance n'est pas un risque au sens assurantiel : c'est une menace à ce qui caractérise la condition humaine, la dignité, et pour laquelle le progrès médical et social, s'il est partagé et solidaire, doit permettre à tous de faire face et idéalement de s'en affranchir.

La dépendance est la résultante multifactorielle de situations qui jalonnent la vie de tout individu, parfois prévisibles, parfois non : physiques, psychologiques,

cognitives mais aussi matérielles, sociales et familiales... Elle rend un individu au cours de sa vie dépendant d'autres individus, qui peuvent être membres de la famille, des amis ou des voisins (les aidants naturels) mais qui sont de plus en plus des professionnels missionnés pour assurer leur bien être dans toutes ses dimensions. Elle justifie la mise en œuvre de moyens et d'expertises diverses pour assurer à un individu la poursuite de son existence dans la dignité.

## Un rapport démonstratif et doctrinaire

### L'état des lieux

Le rapport trace un panorama de la dépendance tronqué et partial au travers du seul prisme d'éléments économiques, analysés de façon idéologique et partisane : la responsabilité du déficit des finances publiques dans la crise économique et sociétale française justifie la nécessité « inévitable », rappelée à plusieurs reprises dans le rapport, de rompre avec le modèle de protection sociale solidaire.

Par contre, si les données démographiques rapportées sont synthétiques et intéressantes, aucune analyse n'est faite, en termes de besoins et de financement, des perspectives que les projections démographiques annoncent :

□ Un habitant sur trois en France aura plus de 60 ans en 2050 (contre 1/5 aujourd'hui), soit une augmentation de plus de 50 % pour une population de 70 millions d'habitants.

□ En 2010, 1,1 million de personnes sont bénéficiaires de l'APA :

a. La DRESS a annoncé en 2006 une augmentation de 1 % par an des bénéficiaires de l'Allocation pour Personnes Agées jusqu'en 2040.

b. La maladie d'Alzheimer touchait en 2004 un peu plus 856 000 personnes en France mais seule la moitié était diagnostiquée ! En 2040, il est attendu 2 156 618 malades soit une progression de 150 % !

Ces données ne sont pas sans conséquences sur la réflexion qui doit déterminer la nature et l'ampleur des moyens qui seront nécessaires aux personnes en situation de dépendance dans les 30 prochaines années. Surtout quand le rapport fait 2 constats :

□ Depuis la mise en œuvre du dispositif APA créé par la loi du 20/07/2001, le nombre de bénéficiaires est passé de 605 000 à 1 128 000 entre 2002 et 2009, soit un doublement quand les dépenses grimpaient plus vite, de 1 855 milliards d'euros à 5 116 milliards dans le même temps (x 2,75)!

□ Les moyens alloués à la dépendance sont aujourd'hui insuffisants : de nombreuses personnes restent en dehors des dispositifs d'aide et il existe une sous-déclaration des personnes dépendantes à l'exemple des malades atteints de maladies neuro-dégénératives!

Alors quels sont les besoins aujourd'hui? Demain? Et comment en assurer le financement de façon pérenne et suffisante? Aucun élément dans ce rapport qui éclairerait les citoyens et leurs représentants à l'heure des choix. Aucun chiffrage, même simple (22 milliards en 2010, 33 milliards en 2040?) n'est proposé qui donne une idée précise du niveau de financement que le système choisi (public et solidaire, ou privé) devra abonder. Pourtant, certaines hypothèses annoncent entre 2000 et 2050 une croissance de 40% des seules dépenses de santé liées au vieillissement et le budget de la santé finirait par représenter le tiers du PIB...

Les auteurs n'offrent qu'une analyse du financement de la dépendance pour 2010:

22 milliards lui seront consacrés en 2010, soit 1,1% du PIB qui se répartit:

– **pour la Sécurité sociale : 13,45 milliards dont 11 pour l'Assurance-maladie** (4,7 pour l'hôpital et la médecine de ville, 6,3 pour les établissements type EPAHD);

– **pour les départements**, qui financent l'APA, l'ASH et certaines aides à domicile : **6,1 milliards d'euros** (7,2 bruts) en 2008;

– **les financements gérés par le CNSA : 3 milliards, issus de la Contribution Sociale Autonomie et la CSG (0,1%)**;

Deux observations:

□ Une part du financement de la dépendance (50%!) est assurée par l'Assurance-maladie selon les auteurs. Mais pourquoi l'isoler de la Sécurité sociale? Sinon pour laisser penser que celle-ci est désormais divisible en parts redistribuables aux mieux offrants (assurances, mutuelles).

□ La baisse de la contribution de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie au financement de l'APA, passée de 43% en 2002 à 28,5% en 2010. En valeur absolue, elle n'a fait que doubler (passant de 798 millions d'euros à 1 538 en 2010) quand la part des départements était multipliée par 3,5 (passant de 1057 en 2002 à 3858 millions d'euros en 2010). Mais entre des départements étranglés par les transferts de charge de l'État et la diminution de leurs recettes, et la CNSA qui s'appuie sur des ressources limitées et socialement injustes, CSG et contribution solidarité autonomie, c'est la pérennité du dispositif qui est menacée. Loin d'examiner les responsabilités des politiques gouvernementales depuis 2002 dans la gestion globale du dispositif existant, et leur absence (apparente) d'anticipation, le rapport fait de façon doctrinaire des difficultés des finances publiques et de la protection sociale la meilleure preuve du caractère moribond d'un système public et solidaire qui ne répondrait plus aux enjeux.

Au total, déficits des finances publiques décrites comme «exsangues» (sic), qui menacent la vitalité économique de la France, déficit de la Sécurité sociale, et poids du vieillissement de la population, c'est un tableau apocalyptique qui est décrit à tous les lecteurs du rapport.

### *Le bilan du système en place*

Le rapport n'épargne presque aucun des acteurs et se fait le critique des insuffisances et défaillances de l'organisation fonctionnelle de la dépendance:

□ Les professionnels soignants de la dépendance: défaillants dans le repérage, la prévention et le diagnostic de la perte d'autonomie. Le manque de formation initiale et continue dans le champ social des soignants est relevé justement mais alors pourquoi ne pas en interpellier les responsables: ceux qui mènent la politique de santé et de formation? Les défauts d'articulation entre les acteurs médicaux et sociaux sont aussi pointés du doigt. Les ARS seraient source d'efficacité. Mais la crise de la démographie médicale, de la médecine libérale, et les coupes sombres des effectifs des services sociaux de l'État, des départements et des collectivités au nom de la réduction des déficits budgétaires ont pour conséquence l'incapacité de «trouver le temps» pour le travail de coordination indispensable aux missions de repérage et de prévention.

□ Les associations d'aides à la personne à domicile privilégiées aux dépens d'organismes publics, sont aujourd'hui en difficulté: diminution des aides au secteur associatif conséquence de la politique gouvernementale, concurrence par les entreprises privées favorisées par le plan Borloo en 2005. Les auteurs notent aussi que la place des aidants naturels, pour la plupart bénévoles, jeunes retraités et enfants des bénéficiaires, est amenée à se réduire considérablement. Ils oublient de mentionner que le recul de l'âge de départ à la retraite va aggraver ce phénomène.

□ Les EHPAD: 10 300 structures en 2007 accueillent 595 000 résidents (76% de la population en structure d'hébergement, les autres étant en maison de retraite, foyers ou en hébergement temporaire), d'âge moyen à l'entrée de 83 ans et 10 mois, dont 84% et de GIR 1 à 4 dont 55% en 1 et 2. Elles sont l'objet de critiques de la part des auteurs que l'on partage même si les causes sont ignorées ou éludées: tarifs rendus prohibitifs par la récupération de l'amortissement de leur construction auprès des pensionnaires, pratiques contestables de responsables d'établissements, médicalisation inégale des structures, statut non bordé des intervenants médicaux, médecins coordinateurs et libéraux, inégalités territoriales d'accès aux structures et inégalités de services aux personnes selon le niveau de prestation offert, enfin inadéquation entre l'offre développée de type résidentiel et les besoins des résidents et des familles qui transforment les structures en unité des soins palliatifs.

Enfin le système d'évaluation de la dépendance, d'attribution des ressources et de leur gestion:

a. Basée sur la grille AGGIR, l'évaluation fait intervenir des acteurs aux intérêts divergents et pas forcément au service des personnes dépendantes (à l'instar des médecins évaluateurs des assurances privées mais peut-être aussi de ceux des conseils

généraux, financeurs principaux de l'APA). Elle apparaît moins comme un problème que comme un enjeu pour les futurs financeurs de la dépendance pressentis par la mission.

b. La gestion des aides par les départements mise en cause : inégalités territoriales de la charge financière et diversité de politique de récupération des fonds, les difficultés des départements sont évoquées surtout pour signaler que les politiques des conseils généraux varient d'un département à l'autre et amènent une déclinaison territoriale inhomogène d'une politique déterminée, elle, au niveau national.

La principale conséquence néfaste du système est le reste à charge jugé à juste titre inacceptable et insupportable. Le constat est terrible mais perd de sa pertinence en omettant de mentionner la responsabilité directe de la politique sociale du gouvernement.

□ Pour les soins, Il est de plus de 1 000 euros par an en moyenne pour les personnes de plus de quatre-vingts ans, dont plus d'une sur deux est pourtant prise en charge en ALD. Les causes de cette explosion du reste à charge sont omises dans le rapport : déremboursement des prestations médicales, des médicaments et des dispositifs médicaux, forfaits hospitaliers.

□ Le coût des hébergements en structure, prohibitif, il varie en moyenne de 2 500 à 5 000 euros ! La récupération de l'amortissement de la construction auprès des pensionnaires est inadmissible et notée comme telle par les auteurs de rapport.

Le rapport vante les plans Alzheimer et Grand âge. Ses auteurs oublient 2 éléments : les moyens sont insuffisants (1,4 milliard d'euros sur 5 ans, moins de 280 millions par an) ; le financement en est assuré par les franchises médicales aggravant le reste à charge des patients et particulièrement celui des personnes dépendantes puisque lié au niveau de consommation de soins qui est élevé pour elles.

## Les propositions de la mission

Au nombre de 17, elles sont :

- mesure gadget (la consultation dépendance) ;
- vœu pieux qui n'engage à rien : lancer des études sur l'hospitalisation des personnes âgées ; encourager la télémédecine ; assoier le rôle du CNSA ;
- honorable : mettre fin à l'imputation des frais d'amortissement des structures d'accueil dans le reste à charge des résidents. Mais alors qui paierait ? Les départements et le CNSA, qui deviendraient ainsi les premiers soutiens des investisseurs privés qui gèrent les établissements ! ;
- des mesures d'allègement fiscal fort mal venues pour un rapport qui dénonce les déficits publics.

Les propositions ne sont jamais assorties d'une évaluation des moyens nécessaires pour les mettre en œuvre. Elles n'ont d'autres fonctions que d'amener et justifier la proposition phare des auteurs du rapport dont on a compris qu'elle est la traduction concrète des projets gouvernementaux, la **proposition n° 12** : La création d'une assurance dépendance, individuelle, privée et obligatoire.

Qualifiée d'universelle, elle a pour fonction de remplacer le CAPA (ce qui ne déchargerait pas forcément les départements et le CNSA encouragés, on l'a vu, à financer la construction d'EHPAD...)

C'est alors qu'apparaissent pleinement les objectifs de la mission Rosso-Debord :

Démontrer les insuffisances de la prise en charge en 2010 de la dépendance et de ses financements publics et socialisés, pour mieux préparer le passage à une logique assurantielle individuelle qui est la même que celle proposée pour les retraites (capitalisation) et pour l'Assurance-maladie (complémentaires à la charge du contractant). On pourrait qualifier le projet du gouvernement, la création du 5<sup>e</sup> risque et celle d'une assurance obligatoire, de vente à la découpe de la protection sociale livrée en pâture au marché. La rentabilité est d'ailleurs garantie aux futurs opérateurs par au moins deux des dispositions proposées : le caractère obligatoire de l'assurance à partir de 50 ans offrant un marché prospère à moyen terme puisque qu'en 2040 c'est plus de 20 millions de Français qui en seraient souscripteurs ; par ailleurs, le retrait des personnes classées GIR 4 des dispositifs APA en feront autant d'exclus à terme des indemnités assurantielles.

## Conclusion

La politique en matière de protection sociale menée depuis 2007 par Nicolas Sarkozy vise à démanteler l'héritage du CNR et à mettre en place un système assurantiel privé à l'anglo-saxonne régulé par le marché. Il doit remplacer le système français basé sur la solidarité et sur un financement socialisé qui a pour objet de garantir à tous l'accès à des droits fondamentaux : la santé, l'autonomie, la dignité. Le discours officiel met en avant la volonté de réduction des déficits publics mais la réalité paraît surtout guidée par les intérêts des grands groupes assurantiers piaffant d'impatience et qui ne cachent pas être prêts à se substituer à la Sécurité sociale, tout au moins là où les bénéfices paraissent assurés.

Le rapport Rosso-Debord met en lumière les limites d'un système qui n'en est pas moins resté relativement efficace jusqu'à aujourd'hui. Ses imperfections, les nécessités de son adaptation aux besoins ne remettent pas en cause les principes sur lesquels il est fondé comme les auteurs veulent le faire croire. Elles marquent les limites d'aujourd'hui et plus encore celles de demain au vu des enjeux, qui sont essentiellement le manque de moyens, c'est-à-dire de financements qui pour être distribués avec justice à tous selon ses besoins ne peuvent que reposer sur un ou des services à vocation publique et solidaire.

Car quelles seront les garanties offertes par les assurances dans un contrat dépendance aux clauses d'exclusion dont on ne doute pas qu'elles seront subtiles mais bien réelles, comme le prévoit le rapport Rosso-Debord quand les accidents de la vie, les maladies ou les événements familiaux ou sociaux précipiteront brutalement les personnes dans un état dépendance ou aggraveront un état préexistant et justifieront la mise en œuvre de moyens coûteux ? L'enjeu est bien aujourd'hui de préserver et développer les valeurs fondatrices de la Sécurité sociale face aux besoins sociaux nouveaux du XXI<sup>e</sup> siècle dont nous écarte le concept du 5<sup>e</sup> risque et son financement privatisé, externalisé du financement de la protection sociale. ■

(1) Médecin directeur du CMS de Malakoff, 92.