

# Réforme de la dépendance : le PS au milieu du gué

Frédéric Rauch

**Opposé déclaré au projet de réforme de la dépendance de l'UMP, le Parti socialiste a introduit dans le programme de sa « Convention du Parti socialiste pour l'égalité réelle » un volet sur la dépendance qui définit le cadre d'une reconfiguration de la prise en charge de la dépendance et constitue aujourd'hui sa position nationale (cf. discours de Martine Aubry du 22 février 2011).**

**Ce texte revendique de répondre à l'ensemble des besoins liés à une perte d'autonomie par un service public approprié et une démarche volontariste visant à accompagner les individus en situation de perte d'autonomie. Cependant cette proposition socialiste de service public de l'autonomie reste faible et porteuse de dangers.**

## Un programme pour la prise en charge de la dépendance en opposition affichée au projet de réforme de la droite

Avec la parution du rapport Rosso-Debord, la droite a posé ses marques d'une réforme de la dépendance.

Postulant que la compétitivité des entreprises doit être le primat de l'action publique, et qu'en conséquence, cette dernière doit réduire la voilure de sa dépense sociale, elle propose en substance de limiter le périmètre de couverture socialisée de la prise en charge de la dépendance et de remplacer progressivement cette prise en charge collective par une prise en charge individuelle appuyée sur une couverture assurantielle obligatoire dès 50 ans.

Cette substitution du marché à la solidarité, qui remplace le droit par le contrat, entérine le principe que chacun ne soit plus couvert selon ses besoins mais selon ses moyens.

Opposé déclaré à cette vision, le Parti socialiste a introduit dans le programme de sa « Convention du Parti socialiste pour l'égalité réelle » (1), un volet sur la dépendance (2) qui se veut à la fois une proposition de contrepois à la position de l'UMP et un appel à une reconfiguration de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Ainsi, face au contrat d'assurance prévoyance individualisé de la droite, le PS propose un principe de droit universel à compensation de la perte d'autonomie. Anticipant sur le vieillissement de la population, ce droit universel viserait à assurer la prise en charge solidaire, de la perte d'autonomie tout au long de la vie.

Deux préalables structurants à ce droit universel sont alors formulés : homogénéiser les systèmes de compensation de perte d'autonomie (invalidité, PCH et APA) et lever la barrière des 60 ans pour l'assurer tout au long de la vie. L'intention étant de partir de la réalité des situations de perte d'autonomie, et non des catégories administratives *a priori* qui les qualifient et qui aboutissent à l'exclusion de certaines situations de perte d'autonomie.

Partant du constat que chaque situation est particulière et que la perte d'autonomie concerne des aspects multiples de la vie quotidienne, le PS prône la construction de réponses personnalisées aux situations des personnes concernées, adaptables aux réalités de leur parcours de vie. Cette adaptabilité serait assurée par des Maisons départementales de l'autonomie qui construiraient la coordination des acteurs et des bénéficiaires, comme le font aujourd'hui les MDPH pour le handicap. Ce nouveau service public garantirait à tout âge de la vie, pour chaque personne dépendante, un panier de soins et de services appropriés aux situations et aux désirs de chacun et qui reconnaîtrait le rôle des aidants familiaux.

Revendiquant le rôle de l'État comme garant de la solidarité nationale, le PS s'oppose à un financement strictement assurantiel de ce nouveau droit universel. Il formule un financement à deux étages : un socle de base universel assuré par la solidarité nationale et une couverture complémentaire ou optionnelle issue du champ assurantiel-mutualiste.

Et pour anticiper les financements supplémentaires à venir face à l'évolution des besoins, le texte propose le rétablissement d'un droit de succession sur les patrimoines les plus élevés, la fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG, ainsi qu'un alignement des taux d'imposition de tous les retraités.

## Une proposition pour « un grand service public de l'autonomie », qui reste politiquement et structurellement limitée

Ce texte prétend répondre à l'ensemble des besoins liés à une perte d'autonomie par un service public approprié et une démarche volontariste visant à accompagner les individus en situation de perte d'autonomie. Et au premier regard le néophyte de gauche s'y reconnaît : « droit universel à compensation », « solidarité nationale » et « service public de l'autonomie ».

Mais en réalité, une lecture attentive du projet socialiste révèle de nombreux dangers.

Certes, la proposition de création d'un guichet et d'un interlocuteur uniques ainsi que l'exigence d'un haut niveau de compensation de la perte d'autonomie sont incontournables pour la réponse aux besoins des personnes en situation de perte d'autonomie. Mais à aucun moment ce texte ne va plus loin. Il ne porte pas traces d'un véritable renversement des valeurs permettant d'ouvrir la brèche d'un changement de civilisation. Or c'est bien là tout l'enjeu de l'autonomie des personnes.

En se posant de manière institutionnelle au travers de la création des MDA, la proposition se réduit à une réponse de compensation de la dépendance et de coordination des dispositifs publics et privés existants, articulée à l'invention d'un nouveau risque social : la perte d'autonomie. Elle enferme la perspective et le niveau de cette réponse dans les contraintes budgétaires de la politique publique et la structure autour d'une prise en charge effective à deux vitesses.

Ainsi, le « grand service public » annoncé se résume à l'élargissement des compétences et du rôle des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) aux pertes d'autonomie relevant de l'invalidité et du grand âge ; et le service rendu, à un accompagnement des personnes dépendantes dans leur parcours de vie et/ou en une compensation de leur perte d'autonomie. Une proposition qui ne tient pas compte du constat d'insatisfaction générale à l'égard des MDPH. Plus chères pour le contribuable local, elles n'ont pas fait à ce jour la démonstration de leur efficacité sociale (3) en matière de handicap.

Quant au « nouveau droit universel », s'il se prétend « nouveau pilier de la sécurité sociale », il prend en réalité la forme d'une compensation des incapacités quotidiennes des individus (4) répondant à un risque social inventé pour l'occasion (5), dont les caractéristiques sont aujourd'hui déjà assumées par la sécurité sociale et les collectivités départementales, mais qui sera alors assurée par la « Société » (6).

Dès lors, ce qui allait de soi dans ce texte du PS ne va plus et **plusieurs questions se posent**.

Comment interpréter cette volonté d'« homogénéisation des systèmes de prise en charge actuels (invalidité, PCH, APA) » et la « levée de la barrière des 60 ans » ? L'invalidité, la PCH et l'APA répondent à des acteurs et des logiques différents, des modes de calcul différents et des populations spécifiques. La première renvoie à une indemnisation financière résultant d'une réduction de la capacité de travail de la personne suite à un accident ou une maladie d'origine non professionnelle. Elle est assurée par les régimes d'assurance sociale (Sécurité sociale, État et autres) selon l'origine professionnelle de la personne, son calcul se fait sur la base du salaire ou traitement perçu, et elle est prise en compte dans le calcul du montant de la pension de retraite. Les deux autres renvoient à une allocation devant servir à assumer un certain nombre de besoins vitaux de la vie courante des personnes handicapées ou âgées et dépendantes. Leur montant est calculé, pour la PCH, sur la base du coût de certaines dépenses vitales de la personne dépendante évalué par l'équipe de la MDPH, et pour l'APA, sur la base d'une classification administrative et sanitaire, la grille AGGIR, dans laquelle est inscrite la personne âgée dépendante à partir de 60 ans. Dans ces deux cas, le financeur principal est le département.

Pourquoi alors vouloir imposer une logique de compensation du handicap à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie qui délégitimera l'intervention de la Sécurité sociale dans la prise en charge initiale et coordinatrice de la perte d'autonomie, en renforçant le flou des critères de prise en charge ?

De même, la volonté d'abandonner toute référence à un ensemble de droits existants assis sur des situations de perte d'autonomie objectives ouvrant droit à indemnisation ou compensation jette l'ambiguïté sur la proposition visant à mettre en œuvre « des réponses personnalisées et l'élaboration de parcours de vies adaptés et adaptables ». Car la démarche introduit un grand risque de flexibilité dans la faculté et le niveau de la prise en charge par la solidarité nationale. Comment en effet, dans un contexte de restriction de la dépense publique sociale et face à des besoins qui iront croissants, ne pas voir dans cette « adaptabilité » de la réponse publique, un outil permettant aussi d'ajuster le niveau de la dépense publique pour la dépendance à la capacité financière et budgétaire de l'État, qu'il soit centralisé, déconcentré ou décentralisé ?

De la même manière, pourquoi vouloir associer « la garantie tout au long de la vie d'un panier de soins et de services » à ce nouveau service public de l'autonomie ? Les pathologies de la dépendance sont prises en charge par l'assurance maladie. Faut-il y voir l'intention d'organiser un parcours de soins spécifique pour la perte d'autonomie ? Et donc, paradoxalement, la volonté de faire de la dépendance une « pathologie » à part entière, identifiable par tous les acteurs potentiels de la prise en charge (assurance maladie et complémentaires), relevant d'un protocole médical particulier ouvrant sur une classification PMSI particulière des soins associés visant, d'une part, à inscrire sa prise en charge dans la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, d'autre part, à créer de futurs « groupes homogènes de dépendance » pour assurer une facturation des établissements sur la base d'une T2A autonomie, et, dans tous les cas, à structurer le secteur d'activité pour y laisser entrer les investisseurs privés ? Ce qui inscrirait la prise en charge de la dépendance dans une politique de rationnement de la dépense avant même de répondre aux besoins des personnes.

Sur le fond, tout dans ce texte semble proposer une modification en profondeur de l'architecture de la prise en charge de la perte d'autonomie contradictoire avec les valeurs d'égalité et d'universalité portées par les concepteurs de notre sécurité sociale, et finalement aussi avec l'esprit de solidarité qui se dégage au premier abord de la proposition socialiste.

### **Contradictions présentes d'ailleurs toutes entières dans les impasses du texte.**

Figurent l'approche de la lutte contre la perte d'autonomie sous l'angle de la réponse compensatrice d'allocation d'une « perte d'autonomie constatée », la proposition socialiste la définit comme un fait contre lequel on ne peut rien, mais que « la société » doit réparer dans la mesure de ses moyens par une réponse ciblée et individualisée.

Or dans ce schéma, il n'y a pas de place pour une réelle politique publique de l'autonomisation des personnes. L'intervention publique préventive contre le risque de perte d'autonomie est implicitement « hors champ ».



L'organisation économique et sociale du pays n'intervient pas comme un paramètre des problématiques de la perte d'autonomie.

Il ne faut pas s'étonner alors de ne rien trouver dans ce projet sur les problématiques de santé publique liées à la perte d'autonomie. Il n'y a rien sur les conditions de travail, environnementales ou alimentaires. Rien non plus sur la lutte contre certaines formes de dégénérescence génétique liées à l'âge (aucune connexion avec la recherche par exemple). Et enfin rien sur la prise en compte sociale de la perte d'autonomie : pas de proposition particulière sur les conditions de vie générales des personnes en situation de perte d'autonomie (logements adaptés, aménagement urbain adapté, transports adaptés...).

Plus surprenante est l'absence d'évocation du monde associatif. Les associations sont devenues sur le terrain le supplétif de l'action publique à force de désengagements répétés de l'État. Elles sont, à la fois, porteuses d'une dynamique d'innovation dans la prise en charge et à l'origine de difficultés majeures dans son amélioration (en particulier sur la qualité de la prise en charge). Tout inciterait au contraire à interroger leur rôle dans le cadre d'une politique publique active de la prise en charge de la dépendance. Confrontées à une réduction de leurs financements publics, elles sont asphyxiées. Ne peut-on pas imaginer de les transformer elles-mêmes en service public ou de les inscrire dans une démarche de coopération au service public afin d'améliorer le niveau de leurs interventions auprès des publics concernés (formation, etc.)? Une politique publique d'envergure de la dépendance devrait associer la capacité à vivre dignement sa vie à toutes les problématiques d'accessibilité des personnes en perte d'autonomie et à celles des prises en charge sanitaire, médicale et médico-sociale.

### **Mais c'est dans les propositions de financement que cette contradiction est la plus éclatante.**

Alors que le texte s'oppose clairement à un financement assurantiel privé du dispositif, il ouvre sur la possibilité d'un financement à deux étages : un étage public et un étage optionnel privé (7). Or les travers de ce type de financement laissant entrer le loup dans la bergerie sont aujourd'hui parfaitement identifiés. C'est l'assurance d'une inégalité dans la prise en charge de la perte d'autonomie qui renvoie à l'inégalité des conditions économique, sociale et territoriale des personnes en situation de perte d'autonomie ou de leurs familles. Et c'est l'assurance d'une subordination du niveau de prise en charge solidaire aux arbitrages politiques des majorités en place en matière de dépense publique. Ce mode de financement dual n'échappe pas plus que le financement strictement privé à la constitution d'une prise en charge de la perte d'autonomie à 2 vitesses.

La proposition socialiste avance aussi la constitution de ressources supplémentaires principalement par la fusion CSG/impôt sur le revenu (8) et par l'alignement des taux d'imposition des retraités. Deux mesures singulièrement injustes. Pour la première, elle conforte le désengagement des entreprises du financement de la perte d'autonomie alors qu'elles en sont en partie responsables (conditions de travail et d'emploi). Elle entérine un financement de la perte d'autonomie essentiellement fondé sur les revenus des ménages y compris des plus pauvres. Et elle renforce les déséquilibres financiers de la Sécurité sociale en faisant disparaître près de 90 milliards d'euros du financement de la Sécurité sociale qui seront remplacés par des dotations d'État de compensation dont on connaît la flexibilité et la faculté de rationnement. Pour la seconde, elle réside dans l'augmentation globale du taux d'imposition des retraités, à savoir que les retraités se paieront au moins



en partie eux-mêmes le financement de leur perte d'autonomie (9)! Tout comme le propose l'UMP.

Enfin, et c'est peut-être là l'essentiel de cette philosophie financière, en renonçant une fois encore à un financement assis sur les richesses produites par le pays (la sécurité sociale) au profit d'un financement assis principalement sur les revenus des ménages (la fiscalité), la proposition socialiste participe au transfert de charge sur les ménages des instruments de la politique sociale. À l'instar de la droite et conformément aux exigences du patronat, elle exonère la sphère économique de ses responsabilités à l'égard de la société en participant à son autonomisation de l'ordre public social. Elle fait de la politique sociale le résultat d'une relation exclusive entre l'État et les ménages et non une affaire de la Nation toute entière.

En fait, même s'il faut en attendre la version finale, ce projet nous place une fois de plus face à un Parti socialiste englué dans ses contradictions.

Alors que l'enjeu de l'autonomisation constitue un levier majeur du changement social, le PS reste de nouveau au milieu du gué, entre une intention assise sur des valeurs effectives de solidarité et la soumission à un cadre marchand considéré implicitement comme indépassable. Et de nouveau, cet abandon de perspective novatrice le conduit à prôner un changement de paradigme dans sa conception de la politique publique sociale par le glissement de l'État-providence vers « l'État-accompagnant » visant à transformer la politique sociale en simple outil correcteur des exclusions du jeu économique et social. Cette approche qualifiée de cohésion sociale, sans remettre en cause l'ordre économique, soucieuse uniquement de la paix sociale, tourne le dos à une ambition forte d'autonomisation de la personne humaine et, plus généralement, à l'ambition d'un véritable projet de civilisation. ■

pour la gauche est de reconnaître que ce droit à l'autonomie ne peut se traduire de la même manière pour tout le monde. Ensuite, cette reconnaissance des inégalités qui existent entre individus oblige les politiques à réinventer les formes de solidarité [dont le « care » qui renvoie concrètement à des liens de proximité familiaux ou de quartier, ndlr]. Ces solidarités, qu'elles se jouent au niveau local ou qu'elles soient assurées par la solidarité nationale, sont la condition *sine qua non* pour que chacun puisse à des moments donnés de sa vie, revendiquer son droit à l'autonomie. En l'absence de ces formes de solidarité, cette revendication à l'autonomie ne se traduira que par une succession d'individus ne faisant pas société ». On peut mesurer l'ampleur du glissement conceptuel et éthique proposé par le PS. Nous ne serions plus dans un cadre social ni assis sur une volonté politique pour lesquels la reconnaissance de l'autre comme personne autonome se construit sur le fondement universel et indépassable de son égalité à chacun comme moteur de sa liberté, mais dans un schéma social qui entérine l'inégalité d'essence de l'autre (et non sa différence) pour laquelle seul un droit compensateur de cette inégalité de nature assuré par l'État, ou la famille au sens large, pourrait faire office de correcteur. Au-delà même du danger connu d'une confusion entre différence de nature et inégalité de nature, ce glissement dans l'escarcelle des théoriciens libéraux de la justice sociale (John Rawls) n'est évidemment pas sans conséquences sur la façon dont se conçoit un service public de l'autonomie ou même une politique publique qui ne pourra alors être autre que celle de la prise en charge de l'autonomie. Dans ce schéma, il ne s'agit plus d'autonomiser les personnes pour les rendre libres, mais plutôt de compenser leur infériorité. À charge pour la collectivité (au sens large) de définir et d'accepter le niveau de cette compensation. Sous contrainte économique bien sûr.

(6) *Idem*, plus document de la Convention.

(7) Une sorte de consensus est en train de se dessiner sur cette question entre la droite et le PS. V. Rosso-Debord (UMP), auteur du rapport éponyme, ayant annoncé par voie de presse le 15 décembre dernier suite à une interview à l'Assemblée nationale, l'opportunité qu'il y avait à réfléchir sur un système combinant « un socle de base de la solidarité nationale et éventuellement, je dis bien éventuellement, en plus une contribution supplémentaire ».

(8) Il ne faut pas oublier que cette fusion CSG-impôt sur le revenu est aussi prônée par la droite. J-F Copé en est un défenseur acharné. Et pour cause.

(9) Là encore, il est remarquable que le parti libéral soit un des plus fervents défenseurs de cette procédure fiscale.

(1) Porté par l'aile gauche du PS et adopté le 11 décembre dernier, il faut rappeler que ce texte a fait l'objet d'un vif débat interne et qu'il a essuyé un certain nombre d'abstentions notables lors de ce vote : Moscovici, Hollande... jusqu'à Royal qui le vote tout en s'y opposant, au motif qu'il ne serait pas tenable financièrement. Il fait l'objet d'une refonte programmatique pour la présidentielle de 2012.

(2) Partie IV-B ; page 42 du document.

(3) C'est parfois même le contraire, il n'est pas rare de trouver des Commissions départementales des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui déclarent des invalidités à 79% au lieu de 80% pour réduire le niveau de la prise en charge facturée par le département (pas éligible à la PCH).

(4) Cf. l'article de C. Brun dans *Le Monde* du 8 janvier 2011.

(5) Il s'agit en effet d'un point très important du glissement des positions du PS sur les conditions du traitement de la perte d'autonomie. On le retrouve en filigrane dans le texte de la Convention, mais plus clairement dans différentes interviews données par Charlotte Brun, actuelle secrétaire nationale aux personnes âgées, handicap et dépendance. Par exemple dans un entretien croisé avec Serge Guérin (un des porteurs de la théorie du « care » ou soin mutuel) sur le site du PS, où après que ce dernier a énoncé que « l'injonction à l'autonomie qui nous dit « sois libre et autonome », est problématique », car « certaines personnes ne souhaitent tout simplement pas être autonomes » et que du fait que « notre capacité d'autonomie n'est pas identique. On doit alors avoir le droit d'avoir des niveaux d'autonomie très différents », on peut lire de la secrétaire nationale socialiste après avoir acquiescé aux propos de son interlocuteur : « Nous ne sommes pas à égalité. Dans ce sens, la première condition

