

Perte d'autonomie : Propositions et positionnements du PCF

Jean-Luc Gibelin *

Le gouvernement Sarkozy avait ouvert ce dossier, en se limitant aux personnes âgées, dans le prolongement de la réforme régressive des retraites de 2010, afin de poursuivre sa politique néolibérale en matière de protection sociale.

Le gouvernement Hollande maintient la même orientation, en annonçant pour la fin de l'année 2014, puis le début de l'année 2015, une loi de programmation et d'orientation sur l'adaptation de la société au vieillissement. Si quelques avancées sont à noter, nous sommes toujours face à des choix, notamment de financement, qui demeurent bloqués dans la logique de soumission à la finance. La prise en charge actuelle n'est pas acceptable, le projet gouvernemental reste limité.

Le projet du PCF sur la perte d'autonomie s'inscrit dans une autre logique. Partant des insuffisances de la prise en charge actuelle et ouvrant sur les défis des besoins à venir, il revendique une protection sociale solidaire avec une Sécurité sociale renforcée et élargie dans ses prérogatives, fidèle en cela à ses principes fondateurs qui restent des idées neuves.

Autonomisation de la personne : enjeux de civilisation

Des besoins à anticiper

Nous considérons qu'il s'agit d'une question importante à prendre de manière dynamique. Les besoins ne se limitent pas à une simple projection de la situation actuelle qui est gravement insatisfaisante. Il s'agit de bâtir les fondements de la place et de la prise en compte des besoins de nos aînés, comme des autres personnes concernées, pour les décennies à venir. C'est faire vivre ce qui guide notre action : « *l'humain d'abord.* »

Vieillesse et perte d'autonomie plutôt que dépendance

Le vieillissement est une période naturelle de la vie qui n'induit pas nécessairement une perte d'autonomie. Quand on arrive à cette étape, on reste un citoyen à part entière avec des droits et des besoins spécifiques qui doivent être pris en compte dans les fondements de notre société.

La perte d'autonomie, qui peut avoir d'autres causes que le vieillissement, peut survenir à toute période de la vie et exige une définition claire. C'est la résultante multifactorielle de situations qui jalonnent la vie de tout individu. Parfois prévisibles, parfois non, elles sont physiques, psychologiques, cognitives mais aussi

matérielles, sociales et familiales, et menacent au maximum la poursuite de l'existence d'une personne, et au minimum la dignité de celle-ci.

Elle rend un individu au cours de sa vie dépendant d'autres individus, qui peuvent être des membres de sa famille, des amis ou des voisins (les aidants naturels) mais qui sont de plus en plus des professionnels missionnés pour assurer son bien-être dans toutes ses dimensions. Elle n'est en rien un risque en soi, ce qui explique notre rejet de l'assurantiel, mais un état qui justifie la mise en œuvre de moyens et d'expertises divers pour assurer à un individu la poursuite de son existence dans la dignité, à partir d'un développement des solidarités ainsi que des financements et des accompagnements collectifs nécessaires.

Malgré les assurances données par le gouvernement, des dérives restent à craindre

Alors que se multiplient les dérives libérales et les choix austéritaires, nous ne sommes pas à l'abri de revirements conduisant aux orientations préconisées par le gouvernement Sarkozy :

* Animateur de la Commission santé et protection sociale du PCF.

– Le recours aux assurances privées pour qui la perte d'autonomie reste un magot : en 2009, plus de 2 millions d'assurés versaient 403,1 millions d'euros de cotisations pour 127,7 millions d'euros de rente versée par les assurances (différence : 275,4 millions d'euros). Et cela continue : plus 6 % de contrats souscrits en 2011, plus 15 % pour les contrats collectifs !

– La création d'un 5^e risque et d'une 5^e branche de la Sécurité sociale : ils ont été écartés par le gouvernement, mais la droite et le patronat restent à l'offensive, considérant la perte d'autonomie comme un « *risque assurable* ».

– Les prélèvements sur succession, moyen de contourner la solidarité nationale

Les axes proposés par le gouvernement se limitent au vieillissement

Les axes qui ont été soumis à concertation, portent sur 3 volets qui se retrouvent dans une loi d'orientation et de programmation, après une pseudo concertation menée au pas de charge :

– L'anticipation : en mettant l'accent sur la prévention et le dépistage ;

– L'adaptation de la société au vieillissement : changer le regard sur le vieillissement et adapter les politiques publiques (logement, urbanisme, transports...);

– L'accompagnement de la perte d'autonomie : la priorité est le maintien à domicile, avec une amélioration de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie), une aide et un soutien aux aidant-es. L'objectif affiché est de diminuer les coûts pour les familles mais la question cruciale du reste à charge en cas d'hébergement en EHPAD, qui est insoutenable, est renvoyée au-delà de 2015.

Beaucoup de bonnes intentions affichées et des propositions qui pour certaines vont dans le même sens que les nôtres. Mais des aspects restent flous ou sans réponses et les choix du financement ne sont pas acceptables :

– Comment répond-on aux importants besoins de financement pour la prise en charge des personnes dans la logique libérale du gouvernement ? Il ne prévoit que 650 millions d'euros, quand le reste à charge des personnes et de leurs familles avoisine les 10 milliards d'euros !

– Quelle organisation et quel financement d'un service public du vieillissement, mais aussi pour les autres situations (handicap, invalidité) ?

– Comment prend-on en compte les mutuelles ou assurances privées individuelles ou collectives qui occupent largement le terrain ?

Les communistes inscrivent l'autonomie des personnes dans un nouveau projet de civilisation

Nous voulons replacer le problème dans le cadre plus général d'un processus d'autonomisation de la personne, qui vise à la libérer d'un état de sujétion, à lui permettre d'acquérir la capacité d'user de la plénitude de ses droits, de s'affranchir d'une dépendance d'ordre social, moral ou intellectuel.

Il ne s'agit pas seulement d'indemniser les personnes ou d'accompagner leur trajectoire de vie, mais aussi et surtout de créer les conditions économiques et sociales de leur autonomie tout au long de leur vie. Cela implique de se donner les moyens d'intervenir sur les conditions d'emploi et de travail, sur les conditions de la recherche médicale et de la prise en charge médicale et médico-sociale, de la recherche en général, sur les politiques nationales et locales d'urbanisme et de transport, sur les inégalités sociales, etc.

L'autonomisation de la personne humaine est un objectif social central de nos sociétés développées, qui s'inscrit pour nous dans le cadre de la solidarité de tous les âges et cycles de vie ainsi que de tous les acteurs humains. Il renvoie aux principes républicains fondateurs de la société française et aux grands idéaux des Lumières, en ce sens qu'il reformule les valeurs de liberté, d'égalité et de fraternité. Il vise l'objectif d'Hommes libres et égaux en société quelle que soit leur nature, capables de se choisir individuellement et collectivement un avenir respectueux de la dignité de chacun. Il s'inscrit dans le développement des principes de la Sécurité sociale de 1945 tout en les renouvelant et les réformant en profondeur avec notamment la prise en charge de la perte d'autonomie ainsi que des nouveaux besoins qu'elle entraîne.

Plusieurs pistes de propositions

Le Parti communiste met en débat les propositions qui suivent en proposant de travailler à les approfondir avec les intéressés, leurs familles, les associations et les professionnels.

État des lieux

La perte d'autonomie totale ou partielle renvoie à 3 situations distinctes :

– Grand âge (1,3 million).

– Handicap (700 000).

– Invalidité (600 000).

Donc 3 populations distinctes et 3 origines distinctes, même si une personne peut passer d'une situation à une autre.

Elle est traitée principalement de 3 manières :

– Prise en charge médicale et médico-sociale.

– Prestation/indemnisation de compensation (entre autres : APA, PCH et rente ou capital).

– Politique d'ordre « *sociétal* » (accessibilités, conditions d'emploi et de travail...).

Il y a 3 acteurs principaux :

– Les organismes sociaux.

– Les collectivités locales et leurs services publics.

– Les acteurs privés (assurantiels et médico-sociaux).

Pour financer tout cela, il y a 2 modalités de financement :

– Le financement socialisé qui recouvre la Sécurité sociale, la fiscalité (nationale et locale), le travail gratuit, et le « *reste à charge* » c'est-à-dire le financement direct par les familles.

– Le financement dit contractualisé : mutuelles ou assurances privées, individuelles ou collectives.

La perte d'autonomie doit être traitée de manière globale et non ségrégative pour le vieillissement. Elle nécessite une vraie politique publique articulant prévention, dépistage et prise en charge solidaire avec un droit universel de compensation de la perte d'autonomie.

Cela passe par :

– **Le développement** de l'activité physique et intellectuelle, des liens sociaux, une alimentation équilibrée, qui ont des vertus protectrices ; cela renvoie aussi au rôle social des personnes profondément nié dans notre société dominée par la rentabilité et les inégalités.

– **Le remboursement à 100 % des dépenses de santé** notamment des prothèses dentaires, auditives et des lunettes. Nous considérons que l'assurance maladie doit prendre en charge à 100 % la partie soins dans une conception élargie. Il s'agit bien de la santé plus que d'une conception étriquée de la « *maladie* ».

– **Un développement important des services publics nationaux répondant à la perte d'autonomie.**

– **La mise en place au niveau départemental d'un pôle public de « l'autonomie »**, s'appuyant sur le développement des services publics existants : nous pensons notamment à tous les aspects d'aides (repas, toilettes, mobilisations, etc.), mais aussi aux équipements et aménagements des logements, aux transports, etc. Il doit ainsi permettre une synergie entre les services publics ainsi développés et les nouveaux services publics à créer pour favoriser la promotion des activités sociales des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Cette coordination départementale doit permettre une simplification des démarches pour les personnes et les aidants et une meilleure efficacité du service rendu. Cela nous conduit à affirmer que le service public doit être élargi au service à la personne, au-delà des seules personnes âgées.

Notons que rien n'est avancé par le gouvernement contre le développement des services privés, très lucratifs dans ce secteur.

Au-delà, une véritable coordination des politiques publiques de l'autonomisation des personnes devra être mise en place avec un contrôle démocratique : État, collectivités territoriales, organisations syndicales, associations d'usagers professionnel-le-s doivent recenser les besoins diversifiés des personnes en situation de perte d'autonomie, définir les réponses à ces besoins et surtout contrôler la mise en œuvre de ces réponses. L'enjeu de cette coordination démocratique consistera à travailler, à partir de l'existant, à l'amélioration du niveau de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, amélioration tant pécuniaire de leur indemnisation que de la qualité de la prise en charge. Cela passe par le développement global des services publics avec prise en compte, pour chacun d'eux, des aspects de compensation de la perte d'autonomie.

Nous proposons une structuration nationale des pôles publics départementaux dans une forme à définir (agence, établissement public, service ministériel) afin de garantir une maîtrise et une cohérence nationales et une égalité sur le territoire national. Cela permettra d'assurer, à l'échelle nationale, une indépendance totale et des critères indiscutables aux procédures de détermination du niveau de perte d'autonomie et d'engager une vaste politique de formation, de professionnalisation et de création en nombre d'emplois qualifiés des services d'aide à la personne, en partenariat avec le monde associatif ; et, pourquoi pas, intégrer dans le cadre de la fonction publique territoriale ces associations dans un cadre juridique nouveau à inventer, sans exonérer l'État de ses responsabilités financières et de maintien d'une solidarité interdépartementale. Pourquoi pas un ministère de l'Autonomie pour ces nouveaux défis ? Un accompagnement des aidants (qui sont souvent des aidantes) est légitime.

Notre volonté de privilégier le maintien à domicile accompagné et assisté, comme alternative volontaire, est complémentaire avec la nécessité d'assurer une bonne couverture territoriale en établissements publics pour personnes en perte d'autonomie.

Le point sur le financement actuel

En 2010, la dépense publique consacrée à la dépendance a été de 24 milliards d'euros, près de 1,3 % du PIB, dont :

– 14 milliards d'euros pour la Sécurité sociale, dont 11 milliards pour l'Assurance-maladie.

– 6,1 milliards d'euros pour les collectivités territoriales, surtout les départements qui financent l'APA et certaines aides à domicile,

– 3 milliards d'euros pour les financements gérés par le CNSA, issus de la CSG et de la Contribution Solidarité Autonomie.

À partir de 2015 s'y ajouteront 645 millions d'euros par an au titre de la CASA (Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie) financés par les 0,3 % prélevés depuis le 1^{er} avril 2013 sur les pensions des retraités imposables.

Le reste à charge pour les personnes et leurs familles est estimé à 10 milliards d'euros, dont la plus grande part, soit 8 milliards d'euros, est supportée par celles qui sont en établissement.

1,2 million de bénéficiaires de l'APA en 2011 :

– 60% à domicile.

– 40% en établissement (âge moyen d'entrée : 83 ans).

mie quelle qu'en soit la raison. Il s'agit de développer considérablement l'éventail des formules d'accueil et les équipements, tant au domicile que dans les institutions, les EHPAD notamment, de veiller à l'accès aux services spécialisés médicaux ou autres, et surtout de mettre en œuvre un plan de formation ambitieux et dans la durée des personnels médicaux et paramédicaux. **Le maillage du territoire par le service public hospitalier est aussi un gage d'égalité en termes de réponse aux besoins pour les personnes en perte d'autonomie. Il faut augmenter le taux d'encadrement en personnels qualifiés des structures publiques pour arriver à un ratio d'au moins un professionnel par personne accueillie.**

Personnes en situation de handicap : « un recul supplémentaire »

La loi de 2005 avait fixé un délai de dix ans pour rendre les lieux publics accessibles. Le gouvernement vient de rendre publique une nouvelle reculade. Après avoir refusé de traiter de la perte d'autonomie en dehors du vieillissement, voilà qu'il invente de nouveaux aménagements, avec un agenda repoussant de trois à neuf ans supplémentaires les échéances.

C'est inacceptable pour les associations. Le PCF est aux côtés des personnes en situation de handicap, de leurs familles et leurs proches pour dénoncer ce recul supplémentaire. Il faut créer les conditions pour compenser la perte d'autonomie et la situation de handicap.

Le point central du financement

De toute évidence, ces choix de qualité induisent de poser la question du financement de cette politique de l'autonomisation à partir d'un prélèvement sur les richesses créées par le pays. Ce financement n'a de sens que s'il est réellement assuré de manière pérenne et n'est pas tributaire du budget de l'État ou des ressources des familles.

Nous posons le principe d'un financement solidaire à 100 % par la Sécurité sociale et d'un financement public pour le service public.

Pour le financement de la Sécurité sociale, nos propositions partent tout d'abord du développement de l'emploi, de l'augmentation des salaires et d'une nouvelle politique économique et industrielle.

Concernant l'Assurance maladie, nous portons le principe du financement par les cotisations. D'une part, une cotisation sociale sur une assiette « salaires » avec une modulation visant l'accroissement du taux et de la masse des cotisations branchée sur le développement de l'emploi et des salaires. Une cotisation sociale calculée à la fois en fonction de la masse salariale versée par l'entreprise, du niveau de qualification et de la qualité de ses emplois. Il faut s'en prendre au type de gestion et de politique économique pour relever la masse salariale, la part des salaires dans la valeur ajoutée produite.

Concernant les personnes en situation de handicap, nous proposons une taxe prélevée à la source pour les employeurs qui ne respectent pas la loi, prenant la forme pour ces entreprises d'une majoration de cotisations sociales. La loi sur l'emploi des personnes handicapées est mal appliquée et insuffisante.

Il faut aussi, d'autre part, affecter à la perte d'autonomie une partie, à déterminer, de la contribution supplémentaire que nous voulons créer sur les revenus financiers des entreprises, des banques et assurances ainsi que sur les ménages les plus riches. Rappelons que cette contribution permettrait de dégager sur la base des revenus financiers des entreprises et des banques 2012, 39,9 milliards pour l'assurance maladie, 25,3 pour la retraite et 16,4 pour la famille. Ceci permettrait de compenser dans l'immédiat les besoins nouveaux et cela contribuerait à réorienter l'activité économique vers la production de richesses réelles non spéculatives.

Les nouvelles technologies au service des personnes en perte d'autonomie ?

Le développement de la domotique pourrait être un outil considérable pour aider la personne âgée dans ses activités quotidiennes en lui évitant l'hospitalisation : elle doit être prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale sur prescription médicale.

La place de la télémédecine dans l'organisation de soins a fait l'objet d'un rapport en 2009 par une mission qui « s'est attachée à décrire les enjeux d'un déploiement opérationnel de la télémédecine en France... » et a considéré qu'elle « peut être un bras de levier puissant pour conduire la restructuration de l'organisation des soins voulue par le législateur dans la loi HPST, dite Loi Bachelot. »

Depuis plusieurs années des appels à projets dits « innovants » ont bénéficié de soutiens financiers pour développer et soutenir la Télémédecine dans les régions. Marisol Touraine poursuit dans cette voie en avançant que « l'impact des outils utilisés doit être mesuré dans le cadre des expérimentations... de parcours coordonné pour personnes âgées. »

C'est donc selon l'usage qu'elle pourra être considérée positive ou régressive. Cette volonté de la développer intervient dans un contexte d'austérité et ce progrès ne peut constituer à lui seul des réponses aux déserts médicaux, à l'insuffisance du **numerus clausus**, à l'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie.

Des questions subsistent aussi sur la garantie du secret médical lors de l'usage des transmissions médicales par internet, par la possibilité de réaliser des actes médicaux par des non-médecins, sur la possibilité de pouvoir répondre à ces téléconsultations dans les hôpitaux de référence dans un contexte de manque de médecins spécialistes surchargés de travail...

Mais utilisée dans un autre contexte, la télémédecine pourrait participer d'« une intelligence globale » par les échanges et les mises en commun des connaissances issues autant des observations que des apprentissages théoriques au service de l'Humain.

De plus, le développement d'une filière industrielle travaillant au développement des nouvelles technologies pour les services à la personne n'aurait-elle pas sa pertinence ?

Nous proposons, par ailleurs, **d'assurer un financement public de la prise en charge de la perte d'autonomie par l'État**, au moyen d'une dotation de compensation de l'État pour les départements, indexée sur leur dépense annuelle réelle en la matière. Cela induit explicitement une modification du cadre constitutionnel et l'obligation de remboursement de la dette de l'État auprès des départements en matière d'APA et de PCH. Néanmoins, un véritable financement public pérenne de la prise en charge de la perte d'autonomie exigera aussi une véritable réforme de la fiscalité nationale et locale, juste et progressive, afin de ne pas faire peser indistinctement sur tous les ménages l'essentiel de l'effort contributif, réforme qui porte la suppression de la CSG. Cela passe par une progression dans l'immédiat d'impôts et taxes **sur les revenus financiers des entreprises et des banques, ainsi que sur les plus hauts revenus**. Cela renvoie aussi à une autre conception de l'Europe, de sa monnaie, de la Banque centrale européenne pour développer les services publics.

Ce dont nous ne voulons pas

Nous sommes clairement opposés aux mesures dont certaines sont déjà en application et d'autres avancées, comme l'assurance complémentaire privée obligatoire,

le second comme le premier jour de travail gratuit, l'augmentation de la CSG des retraités, le prélèvement de la Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie sur les pensions des retraités.

Nous sommes opposés à l'étranglement des finances des conseils généraux, provoqué par l'État qui ne compense que moins du tiers de la dépense des départements pour l'APA, moins de la moitié de celle pour la PCH.

Nous sommes clairement opposés aussi au recours sur succession pour financer la réponse à la perte d'autonomie car, comme l'assurance individuelle, c'est un moyen supplémentaire de contourner la solidarité nationale et ce serait la double peine : la perte d'autonomie et le prélèvement sur la succession.

Si le gouvernement actuel dit renoncer à certaines de ces mesures, nous restons vigilants.

La « *silver économie* », ou économie du vieillissement, peut offrir une opportunité de croissance et un gisement d'emplois (estimés à 350 000). Son développement serait-il mis au service des personnes âgées leur permettant de mieux vieillir... ou de la finance qui compte en tirer un maximum de profits? Et se pose la question de l'accessibilité financière à ces technologies pour les personnes concernées. ■

Un service public du service à la personne

Cette notion de service public du service à la personne s'inscrit dans le cadre de nos propositions alternatives pour compenser la perte d'autonomie depuis 2011. Service public national et décentralisé (au niveau départemental), il cherche à répondre aux enjeux du vieillissement dans les territoires par une prise en charge qualifiée, universelle sur l'ensemble du territoire national.

Le service public du service à la personne se décline en plusieurs facettes : développement de la dimension de compensation de la perte d'autonomie des services publics existants, création d'un nouveau service public, mise en place d'un pôle public décentralisé de l'autonomie au niveau départemental.

– Développement de la dimension « *compensation de la perte d'autonomie des services publics existants* ». Le service public des transports, celui des logements sociaux, les administrations doivent développer des réponses aux besoins spécifiques de la perte d'autonomie. Par exemple, les douches dans les logements sociaux plutôt que les baignoires présentées comme un élément de confort dans les années 1960/1970. C'est aussi le cas de l'accessibilité des services publics des transports au niveau hauteur mais aussi des horaires adaptés... Il est donc indispensable que chaque service public actuel développe en permanence des dispositions spécifiques pour la compensation de la perte d'autonomie.

– Création d'un service public du service à la personne. Nous partons du constat de l'engagement fort des aidants et surtout des aidantes des personnes en perte d'autonomie. Il y a aussi la forte réponse associative sur tout le territoire national. Nous considérons aussi que le développement anarchique des services privés très lucratifs de services à la personne n'est pas la solution. Un rapport d'une parlementaire de droite a quantifié le travail des aidantes et aidants à l'équivalent de 500 000 emplois.

Nous proposons donc de créer ce service public de service à la personne à partir du cadre de la Fonction publique territoriale ou hospitalière. Il s'agit de mettre en place un service public de personnels qualifié-e-s, ayant des conditions d'emploi stables et le plus possible à temps plein, des conditions de travail intégrant les contraintes du travail à domicile avec les déplacements pris en charge et sur le temps de travail, avec un accès à la formation professionnelle continue. Il faut en finir avec la précarité dramatique du personnel des structures privées actuelles. Ce service public serait en lien étroit avec les services sociaux municipaux ou départementaux, avec les services de santé ambulatoire ou hospitaliers. Ce service public assurerait une égalité de réponse sur le territoire national et non en fonction de l'existence de structure associative ou lucrative comme actuellement.

Notons que rien n'est avancé par le gouvernement contre le développement des services privés, très lucratifs dans ce secteur.

– La mise en place au niveau départemental d'un pôle public de « l'autonomie » doit ainsi permettre une synergie entre les services publics ainsi développés et le nouveau service public à créer pour favoriser la promotion des activités sociales des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Cette coordination départementale doit permettre une simplification des démarches pour les personnes et les aidant-e-s et une meilleure efficacité du service rendu.

Au-delà, une véritable coordination des politiques publiques de l'autonomisation des personnes devra être mise en place avec un contrôle démocratique : État, collectivités territoriales, organisations syndicales, associations d'usagers. L'enjeu de cette coordination démocratique consistera à travailler, à partir de l'existant, à l'amélioration du niveau de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, amélioration tant pécuniaire de leur indemnisation que de la qualité de la prise en charge. Cela passe par le développement global des services publics avec prise en compte, pour chacun d'eux, des aspects de compensation de la perte d'autonomie.

Cette coordination départementale doit faire s'exprimer les besoins de manière précise. Ils ne sont pas les mêmes dans la ruralité, les cités périurbaines, les centres villes...

Elle doit ensuite déterminer les réponses apportées à ces besoins de manière adaptée.

Enfin, et c'est le plus important, ce pôle public est le lieu du contrôle démocratique de la manière dont les réponses sont apportées aux besoins de la perte d'autonomie.

Nous proposons une structuration nationale des pôles publics départementaux dans une forme à définir (établissement public, service ministériel) afin de garantir une maîtrise et une cohérence nationales et une égalité sur le territoire national. Cela permettra d'assurer, à l'échelle nationale, une indépendance totale et des critères indiscutables aux procédures de détermination du niveau de perte d'autonomie et d'engager une vaste politique de formation, de professionnalisation et de création en nombre d'emplois qualifiés des services d'aide à la personne, en partenariat avec le monde associatif, et – pourquoi pas – intégrer dans le cadre de la Fonction publique territoriale ces associations dans un cadre juridique nouveau à inventer, sans exonérer l'État de ses responsabilités financières et de maintien d'une solidarité interdépartementale. Pourquoi pas un ministère de l'Autonomie pour ces nouveaux défis ?

Un accompagnement des aidants (qui sont souvent des aidantes) est légitime.

Notre volonté de privilégier le maintien à domicile accompagné et assisté, comme alternative volontaire, est complémentaire avec la nécessité d'assurer une bonne couverture territoriale en établissements publics pour personnes en perte d'autonomie quelle qu'en soit la raison. Il s'agit de développer considérablement l'éventail des formules d'accueil et les équipements, tant au domicile que dans les institutions, les EHPAD notamment, de veiller à l'accès aux services spécialisés médicaux ou autres, et surtout de mettre en œuvre un plan de formation ambitieux et dans la durée des personnels médicaux et paramédicaux. Le maillage du territoire par le service public hospitalier est aussi un gage d'égalité en termes de réponse aux besoins

pour les personnes en perte d'autonomie. Il faut augmenter le taux d'encadrement en personnels qualifiés des structures publiques pour arriver à un ratio d'au moins un professionnel par personne accueillie.

Pour le financement :

Concernant les personnes en situation de handicap, nous proposons une taxe prélevée à la source pour les employeurs qui ne respectent pas la loi, prenant la forme pour ces entreprises d'une majoration de cotisations sociales. La loi sur l'emploi des personnes handicapées est mal appliquée et insuffisante. Il faut aussi, d'autre part, affecter à la perte d'autonomie une partie, à déterminer, de la contribution supplémentaire que nous voulons créer sur les revenus financiers des entreprises, des banques et assurances ainsi que sur les ménages les plus riches. Rappelons que cette contribution permettrait de dégager sur la base des revenus financiers de 2012 : 39,9 milliards pour l'assurance maladie, 25,3 pour la retraite et 16,4 pour la famille. Ceci permettrait de compenser dans l'immédiat les besoins nouveaux et cela contribuerait à réorienter l'activité économique vers la production de richesses réelles non spéculatives.

Nous proposons, par ailleurs, d'assurer un financement public de la prise en charge de la perte d'autonomie par l'État, au moyen d'une dotation de compensation de l'État pour les départements, indexée sur leur dépense annuelle réelle en la matière. Cela induit explicitement une modification du cadre constitutionnel et l'obligation de remboursement de la dette de l'État auprès des départements en matière d'APA et de PCH. Néanmoins, un véritable financement public pérenne de la prise en charge de la perte d'autonomie exigera une véritable réforme de la fiscalité nationale et locale, juste et progressive, afin de ne pas faire peser indistinctement sur tous les ménages l'essentiel de l'effort contributif, réforme qui porte la suppression progressive de la CSG. Cela passe par une progression dans l'immédiat d'impôts, taxes et nouvelle cotisation sur les revenus financiers et les banques, ainsi que sur les hauts revenus. Cela renvoie aussi à une autre conception de l'Europe, de sa monnaie, de la Banque centrale européenne. ■

