

Février 2024

**Prendre en charge
l'aide à l'autonomie
au-delà de la
5^e branche .
vers une Sécurité
sociale intégrale**

À l'image de nombreux pays occidentaux, la France a depuis longtemps fini sa transition démographique. Les générations nées avec le baby-boom – entre 1945 et le milieu des années soixante-dix – sont en partie à la retraite, entraînant **un vieillissement de la population** et de fait une augmentation de la part des retraité·es dans la population française. Qui dit vieillissement de la population dit financement de nouveaux besoins, dont l'aide à l'autonomie est la principale composante.

En effet, en 2021, **15 % des plus de 60 ans étaient en perte d'autonomie** – ce qui représente **2,5 millions de personnes**. Parmi elles, **1,3 million bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**. À l'horizon 2050, elles et ils seront **plus de 4 millions de plus de 60 ans** en perte d'autonomie sur les 25 millions de personnes que comptera cette classe d'âge.

Mais l'autonomie n'est pas affaire que de vieillissement. **L'aide à l'autonomie est aussi pleinement liée aux situations de handicap**, à tout âge de la vie, encore aujourd'hui bien trop souvent mal prises en charge. Aussi, les besoins ne cessent de croître : en 2019, **427 000 enfants en situation de handicap** étaient scolarisé·es contre **126 000 en 2004**.

Face à ces constats, la réponse des gouvernements Macron a été de prendre acte de ce besoin d'aide à l'autonomie et donc de créer une nouvelle branche de la Sécurité sociale spécifiquement consacrée à la prise en charge de cette problématique.

Pour la CGT, c'est une erreur fondamentale, du point de vue :

- **de la prise en charge de l'aide à l'autonomie ;**
- **du financement ;**
- **du système de santé en général.**

Pourquoi la 5^e branche ne répond pas aux besoins ?

La loi du 6 août 2020 a acté la **création de la 5^e branche « autonomie » de la Sécurité sociale**, en dehors des branches maladie, vieillesse, famille et recouvrement. L'ambition : prendre en charge au sein d'un même risque les personnes âgées et les personnes en situation de handicap via la Caisse nationale solidarité autonomie (CNSA) créée en 2004.

Autonomie et santé sont donc séparées en deux entités distinctes, alors que **le droit à l'autonomie aurait eu toute sa place dans la branche maladie**. En effet, la perte d'autonomie n'est pas une question d'âge (comme pourrait le laisser entendre le public cible de la 5^e branche que sont les personnes âgées) mais concerne toute personne rencontrant des obstacles quotidiens du fait de limitations motrices, mentales, psychiques ou encore sensorielles. **La perte d'autonomie est donc en lien direct avec les problèmes de santé et de prévention.**

Finalement, **la création de la 5^e branche n'a pas permis la création ou la reconnaissance de nouveau droit.**

Le [rapport Libault](#), paru au premier semestre 2022, préfigure des évolutions importantes de la 5^e branche et donne la teinte du futur service territorial de l'autonomie que le gouvernement appelle de ses vœux : il s'agit d'**un service public sans service public, sans structure dédiée et sans aucune ambition budgétaire**, dans lequel les organisations syndicales n'auraient pas voix au chapitre. La prise en charge de l'autonomie serait uniformisée sur des principes budgétaires assurés par une convention d'objectif et de gestion.

Contre cette proposition de mise en place d'un service public de l'aide à l'autonomie vide car sans moyens financiers supplémentaires alloués, [la CGT propose un plan complet](#) prenant en compte les réels besoins des populations et garantissant des salaires corrects aux travailleur·ses.

Un financement à l'opposé du fondement de la Sécurité sociale

Créée initialement en 2004, la CNSA est un établissement public originellement séparé de la Sécurité sociale et où dominent les représentant·es de l'État et des collectivités territoriales – elle ne compte que **6 représentant·es syndicaux·les sur 56 membres au total**.

Le financement de la 5^e branche est assuré par la CNSA dont les moyens reposent à 90 % sur l'impôt.

À cette fin, **1,9 % de la contribution sociale généralisée (CSG)** est attribué à la branche. Le reste du financement est assuré par la **contribution solidarité autonomie (CSA)** et la **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)** acquittée par les retraité·es assujetti·es à la CSG, les invalides et les préretraité·es. **Un transfert de 0,15 point de CSG supplémentaire**, actuellement affecté à la Cades, complétera ce dispositif **à partir de 2024**.

Il va de soi que, dans le cadre d'un tel financement et au vu de l'importance grandissante de la perte d'autonomie, nous allons au-devant soit d'une **augmentation de la CSG et/ou de la CASA**, soit d'une **journée supplémentaire de travail gratuit** dans le cadre de la CSA (journée de solidarité).

La construction d'une « branche » financée non plus par les cotisations sociales mais par l'impôt pose **plusieurs problèmes financiers** :

- **les recettes de cette branche ne sont pas assises sur les salaires** – c'est-à-dire la part de ceux-ci qui n'est pas versée directement aux salarié·es mais socialisée sous la forme d'un salaire indirect ;
- **les recettes de cette branche sont prélevées en partie sur les revenus du travail** et n'opèrent pas, comme les cotisations sociales, un **partage de la valeur produite** en faveur du travail et non du capital ;
- **le financement par la CSG valide l'existence même de revenus du capital et du patrimoine** et légitime ceux-ci en opérant un prélèvement sur ces derniers. Ce financement par l'impôt remet en cause la prétention légitime des salarié·es à gouverner la Sécurité sociale suivant le principe du décideur-payeur.

Aujourd'hui, faire dépendre de l'impôt la quasi-intégralité du financement de la prise en charge de l'autonomie relève d'une **remise en cause pure et simple de ce qui fonde la Sécurité sociale**, la solidarité des travailleur·ses et leur reconnaissance en tant que producteur·ices de la valeur garantissant leur préemption sur cette valeur produite. Pour rappel, **financer par la cotisation sociale permet de modifier la répartition de la valeur produite entre le travail et le capital** (le rapport capital/travail) **en faveur du travail** sous la forme d'une socialisation d'une plus grande part de la valeur produite. Le financement par l'impôt, quant à lui, **ne modifie pas la répartition des richesses produites** (le rapport capital/travail) puisqu'il intervient une fois la répartition effectuée (une fois ce rapport déterminé) et ne peut que corriger à la marge cette répartition dans la mesure où les impôts portent exclusivement sur les travailleur·ses. **Le financement par l'impôt ne permet de réaliser qu'une redistribution.**

La fable de l'État providence contre la Sécurité sociale

La 5^e branche est une avant-garde de ce que l'État envisage pour la Sécurité sociale. En actant sa création et la division de la branche maladie, **l'État légitime un fonctionnement des organismes sociaux sous son contrôle**. Le financement par l'impôt plutôt que par les cotisations sociales remet en cause la légitimité des travailleur·ses à revendiquer la direction de la Sécurité sociale. **La soumission aux impératifs économiques et budgétaires des gouvernements successifs parachève la remise en cause des fondements de la Sécurité sociale** : de chacun·e selon ses moyens, à chacun·e selon ses besoins.

Contre la fable de l'État providence que l'histoire sociale de la France et l'histoire même de la CGT permet de critiquer, **la Sécurité sociale a été un élan de protection porté par les travailleur·ses** face aux incapacités et aux oppositions de l'État de prendre en charge la protection sociale.

Enfin, **la CGT a toujours défendu le caractère global de la santé des travailleur·ses et des populations**. Un cloisonnement par branche ne peut permettre une prise en compte pertinente de ce caractère global, chaque partie prenante se renvoyant la balle. Aujourd'hui, l'État reprend toujours plus le contrôle mais dans un but précis : **celui de désengager la puissance publique de la protection sociale**. Selon cette doctrine, l'État ne devrait être là que comme ordonnateur à distance des initiatives du secteur privé, considéré comme plus performant. Aujourd'hui, cette fausse distinction entre autonomie, santé et handicap permise et confirmée par la 5^e branche provoque **des absurdités et des inégalités quant à la réponse aux besoins**.

Pour exemple, le Service public territorial de l'autonomie – issu du dernier rapport Libault, précédemment évoqué – propose la création d'un organisme supérieur de contrôle dans les territoires pour redécouper et reconfigurer les acteurs en place, sans leur donner plus de moyens et en liant leurs activités à des objectifs financiers via des contrats avec la CNSA (rappelant les conventions d'objectifs et de gestion minant la Sécu depuis plusieurs décennies). Dans ce rapport, qui sert de base à la politique actuelle du gouvernement, il ne

s'agit pas pour la puissance publique de s'engager concrètement dans la prise en charge de la perte d'autonomie, mais bien plutôt de coordonner des acteurs déjà présents ou de faciliter l'introduction dans ce secteur de nouveaux acteurs privés plus à même de répondre aux besoins des personnes.

Même constat du côté des prestations. Il existe **deux prestations** pour compenser la perte d'autonomie :

- la prestation compensatoire du handicap (PCH);
- l'allocation de la perte d'autonomie (APA).

Le critère de l'âge du ou de la bénéficiaire vient déterminer la prestation : **la PCH pour les moins de 60 ans, l'APA pour les plus de 60 ans**. Alors même que les deux prestations répondent au même besoin, le critère d'âge, arbitraire, et la séparation en branches viennent **complexifier un droit** et rajouter des difficultés administratives pour rien. C'est dans ce sens que la revendication CGT d'intégrer les questions d'autonomie à la branche maladie répond à ce besoin d'unicité, seul moyen d'aboutir à une cohérence des droits et prestations.

Pour la CGT, **la division de la Sécurité sociale en branche est une erreur**. *A fortiori*, une nouvelle division de la branche maladie entre santé et perte d'autonomie est une erreur supplémentaire ne faisant qu'accentuer les travers d'une telle organisation. **Elle entraîne de la complexité** pour les assuré·es sociaux·les, **de la concurrence** entre les territoires pour la prise en charge de l'aide à l'autonomie, elle accentue **la mauvaise répartition de l'offre de soins** et ne permet pas de coordonner efficacement la couverture de la santé des populations tout au long de la vie (critères d'âge pour l'APA et la PCH qui exposent les assuré·es à une insécurité financière à leur 60 ans par exemple).

Prendre en charge la perte d'autonomie, un enjeu de la Sécurité sociale intégrale

Les problèmes de santé, le défaut de prévention des risques, la pénibilité du travail, le vieillissement et la paupérisation des aîné·es sont autant de causes de la perte d'autonomie. Quel que soit l'âge d'une personne, son handicap, sa situation sociale ou géographique, elle doit avoir **des droits identiques à compensation d'un déficit fonctionnel**, c'est [le droit à la santé revendiqué par la CGT](#).

Ainsi, la question de la perte d'autonomie s'intègre complètement dans le principe fondateur de la Sécurité sociale permettant à chaque personne de faire face aux aléas tout au long de sa vie. Lorsque nous défendons la réponse aux besoins, c'est de cela qu'il s'agit.

La CGT revendique donc un grand service public de l'autonomie intégré à la Sécurité sociale intégrale, chargé d'offrir à toutes les personnes en perte d'autonomie un service de proximité, dans les mêmes conditions sur l'ensemble du territoire et à la hauteur des besoins ; **financé par la cotisation**, permettant d'assurer **une prise en charge globale des personnes**, de l'hébergement aux soins et services spécifiques nécessaires.

La Sécurité sociale prendrait alors en charge le financement des aménagements, proposerait l'intervention des professionnels de santé nécessaires, des dispositifs de maintien du lien social, et des aides forfaitaires pour couvrir les frais fixes inévitablement augmentés et aujourd'hui non pris en compte (nourriture, logement, etc.).

LES CONCEPT CLEFS

Un régime de sécurité sociale se caractérise par :

- **un ensemble de dispositions juridiques**, s'appliquant à un groupe donné de personnes, définissant, d'une part, les prestations auxquelles ces affiliés et leurs ayants droit ont un droit objectif et, d'autre part, les cotisations dont elles et ils sont tenus de s'acquitter ;
- **une organisation administrative** destinée à gérer cette protection sociale, au sein de caisses de sécurité sociale, et associant les représentants des personnes affiliées aux régimes.

Concernant **les branches** :

- une branche est **une subdivision d'un régime de sécurité sociale** qui identifie au sein de ce régime un ensemble de risques de même nature qui peuvent priver un individu de tout ou partie de ses moyens d'existence ou de lui occasionner des charges particulières (risque social) ;
- à chaque branche correspond généralement une caisse nationale et son réseau de caisses locales.