



**Age, maladie et handicap :
pour une égalité d'accompagnement
des personnes en perte d'autonomie ou devenues dépendantes.**

Les causes des attentes, diverses et multiples, exprimées aujourd'hui sur ce sujet sont largement connues : allongement de la durée de la vie, perte d'autonomie en raison de la situation de handicap ou de maladies liées à l'âge, augmentation des situations d'isolement individuel ou social, défaut de ressources pour acquérir les solutions d'aide à l'autonomie ou de prise en charge de la dépendance.

Parce qu'il est l'expression de nombreux courants (familles, patients, personnes handicapées, personnes âgées, consommateurs) réunis en son sein, le Collectif interassociatif a élaboré une position transversale.

D'ailleurs, le CISS a déjà publié, il y a deux ans, un document intitulé « Solidarité pour l'aide à l'autonomie ». Dans ce document, le CISS indique que la perte d'autonomie, quelle qu'en soit la cause (âge, handicap, maladie) est un risque qui peut se concrétiser pour chacun et que sa survenue nécessite de mobiliser des moyens financiers importants qui excèdent le plus souvent les capacités de la personne concernée et/ou de ses proches et requiert donc le support de la solidarité nationale.

Pour nous, ce principe s'impose à plus forte raison dans un contexte où nos concitoyens, en raison de la crise économique, ne disposent pas ou plus, des moyens d'anticiper ou d'affronter les conséquences financières de la perte d'autonomie.

5 millions de nos concitoyens ne disposent pas d'une complémentaire santé, notamment parce que son coût est dissuasif. Beaucoup plus ne sont pas en mesure d'acquérir une couverture privée du risque de perte d'autonomie.

C'est pourquoi nous défendons la création d'un droit universel à la compensation de la perte d'autonomie, quelle qu'en soit la cause, financée par la solidarité nationale.

Nous ne le disons pas seuls. Ainsi les organisations de personnes âgées et handicapées regroupées dans le cadre du collectif des 31 (GR31), l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) ont réaffirmé la nécessité d'un financement « avant tout basé sur la solidarité nationale ». Le comité d'entente des associations représentant le monde du handicap demande aussi aux pouvoirs publics qu'une meilleure réponse à la perte d'autonomie soit apportée et qu'elle soit à la fois globale et variable selon le type de handicap, notamment mental, cognitif, sensoriel et physique. Pour ce comité, la compensation du handicap doit avoir un mode de financement comparable aux autres risques couverts dans le cadre de la sécurité sociale.

C'est encore dans ces mêmes termes que s'est prononcée la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans son rapport annuel pour 2007¹

A l'occasion du rendez-vous proposé par Madame la Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, ce 7 février 2011, le CISS présente ses réflexions au moment où le sujet vient en débat public.

¹ « Construire un nouveau champ de protection sociale », www.cnsa.fr



I. LA SITUATION DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE OU DEVENUES DEPENDANTES EST LARGEMENT INSATISFAISANTE ET JUSTIFIE L'ENGAGEMENT D'UN DEBAT PUBLIC A LA RECHERCHE DE SOLUTIONS PLUS PERFORMANTES.

11. Deux types de besoins sont à prendre en compte.

111. Les besoins de soins.

Ils sont effectués par des professionnels de santé : soins ambulatoires ou en établissements d'hébergement, dont une notable part de soins infirmiers et de kinésithérapie.

Au domicile, ces soins ambulatoires peuvent aller jusqu'à faire appel à l'hospitalisation à domicile ou à une équipe ambulatoire de soins palliatifs.

112. Les besoins d'accompagnement et d'assistance.

Ils concernent les personnes elles-mêmes et ceux qui en ont la charge, les « aidants naturels ».

Pour la personne devenue dépendante, ces besoins d'accompagnements sont, en principe, assurés au sein des établissements, nonobstant l'insuffisance de personnel relevée dans certains d'entre eux. Au domicile, il s'agit de coordonner avec des soins des aides à la vie quotidienne fournies par les assistantes de vie et les travaux du personnel de ménage.

Pour certaines pathologies, des solutions d'accompagnement ambulatoires sont développées par exemples dans les MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades de l'Alzheimer), offres d'ailleurs étendues au-delà de cette seule pathologie.

L'accompagnement et le soutien des proches est encore très aléatoire au point que le retentissement sur l'état de santé d'un aidant naturel d'une personne devenue dépendante est important. *A fortiori*, la fin de vie à domicile réclame la présence d'aidants naturels bénévoles, très solides, organisés et fortement motivés mais hélas si peu soutenus.

113. La prise en charge des premiers signaux de la perte d'autonomie.

Le dispositif d'aide à l'autonomie doit s'appliquer précocement afin que tout besoin, même s'il est classé mineur selon une certaine grille d'évaluation, soit pris en charge dès sa survenue. Il est en effet crucial d'apporter des réponses aux premiers signaux qui, s'ils sont exclus des solutions d'aide à l'autonomie, peuvent vite s'amplifier et favoriser les situations de dépendance irréversible.

Il serait contre-performant de laisser à charge des personnes en GIR 4 ou 5 des tickets modérateurs importants pour mieux répondre aux besoins des personnes les plus dépendantes. La logique proposée consiste à mobiliser des moyens importants pour retarder l'altération de l'autonomie des personnes. Aussi, l'accompagnement, la stimulation et l'écoute, peu coûteux pour les GIR 4 ou 5, doivent être compris dans un plan d'actions transversales.

12. L'offre ainsi structurée est largement financée par les ménages.

En ville, les soins prodigués par des professionnels de Santé, médecins et autres soignants, sont couverts par l'Assurance maladie et le cas échéant les assurances complémentaires. Les personnes très dépendantes et souffrant de poly-pathologies peuvent être hospitalisées dans des Unités Soins Longue Durée (USLD) avec un forfait d'hébergement pouvant aller dans certaines situations jusqu'à 100€/jour². Dans ce second cas, les soins sont également pris en charge par l'Assurance maladie.

Les USLD sont progressivement transformées en institutions médicosociales disposant d'un encadrement médical et infirmier, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), succédant aux anciennes maisons de retraite médicalisées. Dans ces

² Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

structures, les charges de fonctionnement sont réparties entre les trois sections tarifaires : hébergement, dépendance et soins. Les charges de personnel sont réparties dans chaque section.

Le Tarif hébergement est entièrement à la charge du résident (ou de sa famille). Celui-ci peut éventuellement, sous conditions de ressources, bénéficier de certaines aides au logement. Ce tarif couvre toutes les dépenses relatives à l'hôtellerie, la pension complète, les frais de blanchissage du linge du résident et l'animation. Dans les établissements habilités à l'Aide Sociale, le Conseil Général, sous condition de ressource, peut prendre à sa charge le tarif hébergement. Dans ce cas, le Conseil Général récupère 90% des revenus de la personne âgée et peut faire un recours sur succession.

Le Tarif dépendance couvre toutes les dépenses relatives à la dépendance, les aides à l'habillement et à la toilette, les aides aux repas, les produits pour l'incontinence ainsi que les suppléments de blanchisserie causés par l'état de dépendance de la personne. Il est variable en fonction du degré de dépendance de la personne hébergée. Il est financé par le Conseil Général, sous la forme d'une dotation globale versé à l'établissement, à l'exception d'une partie, le « **talon modérateur** », qui reste toujours à la charge de la personne âgée quel que soit son niveau de revenu.

Le Tarif soins est entièrement pris en charge par l'Assurance maladie et versé à l'établissement sous la forme d'une dotation globale.

Dans Paris et la Petite Couronne ainsi que dans les grandes villes de province, des tarifs mensuels de 3 000€ sont courants. Ces tarifs peuvent être beaucoup plus élevés dans des établissements de « bon standing » qui facturent au delà de 200€ par jour. Les coûts sont moindres dans les EHPAD situés en grande banlieue ou dans des villes moyennes, mais sont rarement en dessous de 70 € par jour.

Une aide publique a été instaurée, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Elle a pour objet le financement du maintien à domicile de la personne âgée aussi bien que celui des séjours en maison de retraite. Son montant, fonction du plan d'aide évalué par les services sociaux du département et des ressources de la personne, est plafonné à 1 230€ par mois pour une dépendance très lourde en cas de revenus faibles. Il se situe entre 500 et 1 000€ dans la majorité des cas. Le montant de l'APA est plus faible en hébergement qu'au domicile et un « talon modérateur » s'applique sur cette indemnité, de zéro pour le minimum vieillesse à 90% pour un revenu de 2750€ et au-delà. Une réduction d'impôt sur le revenu de 2500€/an maximum est accordée sur les frais d'hébergement.

Seulement 20% de la population des personnes âgées dépendantes peuvent totalement faire face aux frais d'hébergement. Le reste à payer après APA constitue une lourde charge qui est prise sur la retraite et sur le capital de la personne dépendante (économies et logement si le dépendant est propriétaire), puis sur les ressources des descendants, tenus au devoir d'assistance. Ainsi, une dépendance longue peut ruiner une famille aux ressources moyennes qui dépense des dizaines de milliers d'euros par an pour assister un aîné.

En cas d'insolvabilité de la personne dépendante et de ses descendants, un dossier d'aide sociale est établi auprès du département. L'établissement doit être conventionné, avec des tarifs encadrés pour les prestations fournies. L'aide sociale constitue un prêt gagé, avec privilège du Trésor Public, sur l'héritage de la personne bénéficiaire.

13. Le débat doit porter sur l'équation financière mais aussi s'étendre à la stratégie publique pour accompagner le vieillissement de la population, souvent associé à une perte d'autonomie.

131. Les conséquences financières pour les ménages sont trop souvent désastreuses.

Les discours actuels sur le sujet masquent la réalité concrète et douloureuse des problèmes de plus de deux millions de familles, solidaires autour de leur aîné dépendant. Au delà des contributions publiques, des frais importants sont supportés par les familles, frais d'hébergement et de service à la personne, mais aussi frais indirects entraînés par la situation (frais de déplacements, pertes de salaires et même abandon d'activité des « aidants naturels »).

Le poids croissant de la solidarité familiale devient écrasant dans le cas des maladies neurodégénératives, Alzheimer ou Parkinson. Trop peu de moyens concrets existent pour soulager le dévouement des aidants naturels, surtout ceux aux revenus modestes. Or, la prévalence de la maladie

d'Alzheimer est plus élevée dans les milieux les plus pauvres, comme l'est celle du cancer ou du diabète. Il est aussi probable que le taux de dépendance des personnes âgées soit plus élevé (à âge égal) dans les milieux défavorisés, hypothèse qu'il conviendrait de vérifier. Compléter l'aide familiale par des professionnels engage de gros moyens financiers, de l'ordre de 6000€ par mois pour une présence continue de personnel salarié.

132. Le manque de solvabilisation de l'offre de services ne lui permet pas de se développer en quantité et en qualité.

Paradoxalement, les organismes d'aide à la dépendance vont mal. En premier lieu, parce que ce marché n'est solvable que sur une faible partie de la population. Le système subit les conséquences de la crise économique qui entraîne le rationnement des moyens. Compte tenu des rémunérations possibles, contraintes par des tarifs encadrés, il est difficile de recruter du personnel de qualité, formés aux spécificités des différentes pathologies. Le management de ces systèmes est parfois médiocre. Il en résulte des dysfonctionnements graves qui affectent la qualité du service.

133. Les conditions de vie des personnes en établissement ne vont pas sans poser de redoutables difficultés.

Ces difficultés touchent à de nombreux domaines : déplacement des personnes sans leur consentement dans les différentes structures (EHPAD, Hôpital) quand ces structures font partie d'une communauté hospitalière de territoire, non-respect des droits individuels d'aller et venir, non-respect du droit de visite, absence d'accréditation des établissements à l'instar de ce qui a été fait pour le domaine hospitalier, non prise en charge de la maladie et des actes que supposent certains états ...

Il est signalé aussi que des EHPAD refusent des personnes âgées très dépendantes au motif que le coût de leurs traitements ne peut pas être pris en charge dans le cadre de leur budget.

La maltraitance ordinaire est fréquemment signalée par les familles placées en situation de faiblesse pour la dénoncer par craintes de « représailles ».

Les associations membres du Collectif interassociatif sur la santé s'étonnent de voir que les agréments des EHPAD ne font jamais l'objet d'aucun retrait alors qu'elles ont connaissance de situations qui le justifient. Elles déplorent que les situations doivent attendre la violation des droits fondamentaux de la personne et l'enclenchement de procédures pénales pour que des mises en demeure ou des fermetures soient signifiées.

134. L'absence de stratégie publique aggrave le sentiment d'abandon des personnes concernées et de l'opinion.

Si la question de la dépendance est entrée dans l'agenda 2011, il n'en reste pas moins vrai qu'elle est essentiellement abordée sous l'angle du financement alors qu'une réflexion plus qualitative doit être fournie sur la stratégie publique face au vieillissement de la population. Cette stratégie ne saurait se limiter aux personnes affectées par la maladie d'Alzheimer qui ont, en principe, été prises en compte dans le plan éponyme. Elle doit être étendue à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie ou devenue dépendantes quelle qu'en soit la cause.

Ainsi, l'opinion publique n'est pas du tout satisfaite des réponses institutionnelles fournies, tant par l'État et les collectivités que par les opérateurs du secteur privé, non lucratif ou commercial, hospitalier ou médicosocial. L'absence de coordination des acteurs ainsi que les problèmes liés au défaut de qualification du personnel intervenant au sein des structures de prises en charge sont autant de circonstances aggravantes qui doivent être considérés en même temps que les solutions de financement.

II. LES SOLUTIONS DOIVENT REPOSER SUR UN CORPS DE PRINCIPES ET LA SOLIDARITE NATIONALE EN PRIORITE.

Les débats publics en cours portent essentiellement sur des modalités de financement (assurance et épargne individuelle versus solidarité collective) et ne tiennent pas compte des différentes modalités de



prises en charge selon qu'il s'agisse de soins, d'hébergement ou de dépendance. Les finalités sont occultées et les objectifs trop sommairement explicités. Pourtant la réforme à venir se doit d'être globale, en répondant à la question de savoir comment assurer à tout citoyen devenant dépendant une vie dans un cadre matériel confortable, situé au mieux pour maintenir les liens familiaux et sociaux, avec des solutions librement choisies par la personne âgée, tant qu'elle dispose de son discernement.

21. Les principes.

211. La réduction des inégalités.

Dans un contexte d'inégalités sociales de santé mis en lumière notamment par le rapport du Haut conseil de la santé publique, il faut conserver une exigence d'égalité dans l'accès aux solutions qui peuvent être proposées. Ainsi, en 2003, la canicule a décimé principalement les personnes âgées isolées des populations pauvres. Face à la dépendance, les conséquences des écarts de richesse s'accroissent.

Les solutions pour trouver les ressources nécessaires au financement de la dépendance autant que les modalités de sa prise en charge devront donc répondre à une exigence de lutte contre les inégalités.

212. La préservation du droit au choix des modalités de gestion de sa dépendance.

D'innombrables sondages confortent que le souhait très majoritaire des personnes vieillissantes est de rester à domicile le plus longtemps possible. Cette solution a été choisie par les pays scandinaves, avec la création d'habitats adaptés aux personnes dépendantes, associé avec les services à domicile intégrant des objectifs de socialisation, même en cas de troubles liés à la maladie d'Alzheimer.

Cependant, l'extension du maintien à domicile n'est possible qu'avec une adaptation du logement ou un déménagement anticipant un état de dépendance futur (locaux structurellement inadaptés ou mal localisés) et l'intervention de personnels qualifiés pour répondre aux besoins de santé et d'accompagnement. Ce point est important à prendre en compte pour respecter la liberté de choix de la personne car nombreux sont ceux âgés, et moins âgés, qui craignent de devoir aller dans un EHPAD devenu, en France, le lieu d'accueil de personnes de plus en plus lourdement dépendantes, comme une sorte de dernier recours.

L'investissement dans le maintien à domicile est d'autant plus justifié et urgent que le nombre de lits en EHPAD est actuellement très loin de couvrir les besoins et le sera davantage encore demain compte tenu de la pyramide des âges.

213. La préservation de la dignité des personnes jusqu'au bout de leur vie.

Il ne faudrait pas que l'augmentation de l'espérance de vie entraîne un retour vers les formes anciennes de l'hospice, dénué de tout lien avec la société civile, renonçant aux principes fondamentaux du respect de l'individu.

Il faut que les droits de la personne malade s'appliquent aux lieux de séjours des personnes devenues dépendantes qui doivent conserver les mêmes droits. En effet, pour ne prendre qu'un seul exemple, le marché de la dépendance qui se développe, joue habilement sur la compassion des familles solvables, prêtes à payer pour le confort de leur ancêtre, qui devient pour le prestataire de services une source de revenus.

De façon plus générale, les associations proposent que des commissions territoriales des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge médicale et sociale des personnes en perte d'autonomie ou devenues dépendantes résidant dans des établissements dédiés (CRUQPCMS) soient mises en place. Ces commissions devront comporter des personnes hébergées ou leurs délégués et des associations les représentant.

Par ailleurs, il est proposé que soit établi un Contrôle général des lieux de séjour des personnes en perte d'autonomie ou en de situation de dépendance. Sa mission doit consister à mieux organiser la surveillance de ces lieux, garantir le respect des libertés individuelles et collectives des personnes résidentes et veiller à la qualité de la prise en charge sanitaire et sociale.

En outre, résidents, familles et associations agréées doivent disposer d'un droit d'alerte de cette structure.

214. La participation des personnes âgées à la définition des politiques les concernant.

Les valeurs, finalités et objectifs d'une politique d'accompagnement du vieillissement doivent résulter d'un consensus national. La très grande diversité des situations et la complexité des interactions entre les facteurs déterminants doivent être surmontées pour définir des modalités d'actions acceptées de tous.

Ce contexte, dans lequel la proximité doit présider au déploiement des moyens, doit impérativement être intégré dans le choix d'une politique nationale d'accompagnement du vieillissement comprenant un volet « prévention » et un volet « prise en charge ».

La définition de cette politique nationale doit être faite avec les personnes concernées : non pas pour elles seulement, mais avec elles ... de toute façon.

L'objectif est d'établir les conditions pour que les personnes vieillissantes s'approprient les contraintes qu'entraîne leur vieillissement et construisent pour elles-mêmes le mode de vie qui maintiendra le plus longtemps l'autonomie. C'est à cette condition que seront identifiées, développées et gérées efficacement les réponses où le lien social, l'estime de soi, les capacités physiques et intellectuelles ne se dégradent pas.

215. La compensation intégrale de la dépendance.

Le principe qui doit être affirmé vigoureusement face à la perte d'autonomie, qu'elle qu'en soit la cause, est celui de compensation intégrale. Même si les associations observent que, dans le domaine de la compensation intégrale du handicap, des progrès restent encore à réaliser, c'est bien cet horizon qui doit être recherché.

22. Le financement de la dépendance doit être adossé à la solidarité nationale.

Même si nous devons être très prudents dans l'interprétation des coûts moyens ou globaux de la perte d'autonomie, qui ignorent la très grande diversité des situations et les frais directs et indirects induits pour les familles. Ainsi, faire face à une situation de dépendance de quelques semaines ou de quelques mois n'a pas du tout les mêmes conséquences pour une famille qu'une prise en charge du même niveau de dépendance pendant des années. L'hypothèse retenue pour chiffrer le coût d'une dépendance forte (GIR 1 et 2) est 3 000€ par mois.

Compte tenu du faible nombre de personnes qui peuvent couvrir avec leurs retraites les frais qu'entraîne la dépendance, l'objectif prioritaire est de rendre solvable les 80% de Français dont les revenus ne couvrent pas les frais de dépendance.

Il y a au fond trois modalités possibles de financement de la dépendance : l'épargne, la solidarité, l'assurance.

221. Le recours au financement par l'épargne accentuera profondément les inégalités.

Seules les catégories très favorisées peuvent faire face avec leur épargne au coût de la dépendance. Ce mode de financement condamne à un sort difficile un pourcentage très important des familles ayant une personne âgée dépendante, sans doute plus de la moitié de ces dernières. Cette situation est socialement inacceptable car elle entraînerait une prise en charge à deux vitesses de la dépendance : une assistance à la carte pour les riches, l'hospice pour les autres.

222. Le recours à l'assurance soulève de redoutables difficultés, générant au surplus des inégalités.

Il ne faut pas ici comprendre le terme assurance comme une assurance-vie transformée en rente, ce qui serait au fond une des formes d'épargne évoquée plus haut (221). Il faut plutôt envisager des contrats qui prévoient en cas de dépendance le versement d'une rente, en contre partie du paiement régulier de primes à fonds perdus. Des produits sont déjà proposés par des compagnies commerciales

d'assurance, des mutuelles d'assurances et des institutions paritaires de prévoyance. Ils ont un succès limité.

- Compte-tenu du fonctionnement du secteur de l'assurance, il faut craindre des inégalités considérables car de très grandes différences se créeront entre contrats collectifs et individuels comme on le voit déjà dans la couverture complémentaire maladie. Les questionnaires de santé seront au surplus exigés à la souscription augmentant encore l'inégalité de prise en charge du risque dépendance.
- En outre, chacun payant en fonction de ses besoins et non de ses moyens, le complément qu'apporte une rente à vie est d'autant plus nécessaire que la retraite est faible. Mais alors moins l'on gagne, plus il est nécessaire d'avoir une couverture importante, donc une prime importante. Ce versement à fonds perdus restera inaccessible à beaucoup de salariés modestes, surtout qu'ils devront continuer à payer lorsque leurs ressources seront réduits à leur faible retraite.
- Pour une assurance individuelle souscrite à un âge de 50 ans, couvrant une rente de 3 000 € par mois (100% de la dépendance en cas de dépendance totale), la prime mensuelle serait comprise entre 125€ et 150€ soit 1 800€ par an. Sur ce cas limite, elle amputerait 10% du revenu du retraité moyen.
- De telles polices d'assurance pourraient également être refusées par les hauts revenus. Dépenser 1 800€ par an pour couvrir un risque dont l'effet sera couvert par la retraite, n'est pas un bon choix économique pour un citoyen aisé. Verser à partir de 50 ans une prime de 150€/mois, correspond à l'âge de 80 ans à la couverture totale de 9 années de dépendance et de 23 années à 90 ans, alors que le risque moyen de dépendance est de moins de deux années !

L'assurance ne peut donc pas être au principal un mécanisme de solvabilisation de la dépendance.

223. Seul le recours à la solidarité (contribution sociale généralisée et taxation des successions) permet d'atténuer les inégalités.

Dans cette hypothèse, le risque de la dépendance est couvert par une indemnité qui compense tous les coûts, qu'ils soient générés par des prestations d'aide à domicile ou d'hébergement en EHPAD. Cette indemnité pourrait, soit se substituer à l'APA, soit en être complémentaire, que la personne vive à domicile ou en institution et serait non récupérable sur successions, à l'identique de l'APA.

- Les versements effectués seraient fait par la sécurité sociale financée par une part de la contribution sociale généralisée qui lui serait affectée, sur la base de l'élargissement de l'assiette de cette contribution ou son augmentation.
- En plus du recours à la contribution sociale généralisée, l'augmentation de la taxation sur les successions, peut également permettre, plutôt que les recours sur succession³ qui ont le défaut de faire renoncer au recours à l'établissement, peut apporter aussi des recettes substantielles pour couvrir le risque.

L'ajustement entre le taux de prélèvement et la couverture des coûts se faisant sur une période où les principes d'évaluation de l'enveloppe d'indemnisation n'évoluent pas, la prévision est plus commode et les dérives peuvent se corriger rapidement : en effet l'état des personnes âgées et handicapées est connu ; la nature et le montant des prestations est lui aussi stable.

La solidarité devrait porter sur un socle de prestations d'ordre public, modulables selon le niveau de dépendance. Celle-ci serait mesurée à partir de critères objectifs, analytiques et globaux, sous la responsabilité de personnels de santé indépendants des organisations d'assistance, qui auraient pour mission l'établissement et le chiffrage des plans d'aide. Ce schéma implique la résolution de multiples

³ Ici il y aura une note sur taxation et recours sur succession.

problèmes, compte tenu de la complexité des facteurs déterminant les coûts, auxquels il faut associer des objectifs de qualité, délicats à définir.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) doit jouer un rôle central dans la gouvernance de ce « risque » pour garantir l'égal accès de tous à des prestations de compensation adaptées et de qualité.

Toutefois, dans une société de liberté, il n'est pas possible d'empêcher des choix de personnes pour leur confort individuel. Au delà du socle « solidaire » accessible à tous, pour lequel tout le monde contribue au prorata de ses capacités financières, rien ne doit empêcher que des services complètent librement le financement solidaire.

*

* *

Si l'on accepte les valeurs, les finalités et les objectifs qui ont été énoncées (211 à 215) après le constat sur l'existant, seul le système solidaire répond à ces critères. Il devra constituer le socle commun universel.

Les inégalités de revenus vont inéluctablement entraîner des demandes de service qui iront au delà du socle commun financé pour tous. Ce financement complémentaire viendra d'abord de la retraite et du patrimoine, l'assurance ne constituant qu'un complément.

*

6 POINTS CLES.

- ✓ La question de la dépendance s'insère dans **une approche plus globale** qui est celle de la perte d'autonomie quelle qu'en soit la cause.
- ✓ Elle doit reposer notamment sur **le principe de la compensation intégrale**.
- ✓ **Elle ne peut se résumer à une approche financière**.
- ✓ Elle suppose une approche globale traitant aussi **les autres aspects** (droits fondamentaux des personnes, maintien a domicile, accompagnement des personnes, soutien des aidants...) dans le cadre d'un véritable **Plan Dépendance structuré autour d'orientations stratégiques**, faisant apparaître les **objectifs opérationnels, les montants financiers, les indicateurs de suivi et les responsabilités des Pouvoirs publics et des différents délégataires**.
- ✓ **La prise en charge précoce de la perte d'autonomie doit permettre de retarder la survenue des situations de dépendance évolutives et irréversibles**.
- ✓ La politique publique face aux enjeux de la dépendance doit être définie et animée avec les personnes concernées, leurs délégataires et leurs associations représentatives.