



Mars 2025

Autonomie.

Une dénomination polysémique qui recouvre des réalités multiples et contrastées.

L'appellation s'est imposée dans les questions de protection sociale avec la loi « adaptation au vieillissement de la population » de 2015. La volonté affichée de faire converger les politiques et dispositions en direction des personnes en situation de handicap et les personnes âgées s'est traduite par la pratique de la « transversalité ». C'est dans ce cadre que les CDCA¹ ont été mis en place dans les départements en remplacement du CODERPA² et du CDCPH³.

Toutefois si des initiatives et des schémas se sont mis en place, les financements sont restés largement affectés entre personnes âgées et personnes handicapées, ces dernières relevant des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

Le nombre de personnes handicapées est élevé dans notre région, la prévalence du handicap étant plus importante que la moyenne nationale, compte tenu d'un accès difficile aux professionnels de santé et d'une prévention insuffisante. Près de 150 000 personnes sont bénéficiaires d'une allocation dans le Pas-de-Calais, le nombre a presque doublé en 20 ans.

Quant aux personnes âgées, leurs effectifs vont croître sensiblement. En 2030 les nombreux premiers « baby-boomers » seront octogénaires. Toutefois l'âge n'est pas le seul marqueur de la perte d'autonomie, les situations étant très variables d'un individu à un autre.

La perte d'autonomie.

La perte d'autonomie est un aléa de la vie et est lié à des problèmes de santé et à ce titre relève d'une prise en charge par la Sécurité Sociale et plus particulièrement par l'assurance maladie.

Elle affecte la mobilité, l'équilibre neurologique et elle nécessite un bilan préventif.

D'ici 2050, plus de 4 millions de personnes de plus de 60 ans devraient être en situation de perte d'autonomie contre 2,5 millions aujourd'hui.

Des acteurs nombreux et disparates pour répondre à la perte d'autonomie

Des établissements, des services, des formes d'habitat variés et le domicile sont les lieux de

vie, tant des personnes âgées que des personnes handicapées.

On observe deux lignes directrices sur ce thème : l'inclusion pour les personnes handicapées et le « virage domiciliaire » – concrètement le maintien à domicile – pour l'hébergement en cas de perte d'autonomie. Ainsi se développent les résidences autonomie pour les seniors et les résidences inclusives pour les personnes handicapées.

Le statut des établissements et services, y compris l'aide à domicile peut être public (département, collectivité territoriale...), privé à but lucratif ou pas. Mêmes profils pour l'aide à la personne (CCAS⁴, privé /public, associatif) avec des structures en situation périlleuse à cause de financements insuffisants et de difficultés de recrutement des personnels.

1 : CDCA : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie.

2 : CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées

3 : CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

4 : CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

Des initiatives et politiques multiples qui entraînent des disparités territoriales.

Avec un tel nombre d'acteurs et de structures, le secteur souffre d'un manque d'unité et de cohérence. Les départements, acteurs anciens en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, ont chacun leur politique (MDPH, Schémas...) à des niveaux de financement variable et initiatives diverses.

L'État est plutôt en retrait, affichant des campagnes, des orientations générales en laissant aux ARS⁵ le rôle de régulateur à travers les CPOM⁶ conclus avec les « offreurs de service ». Le médico-social est « l'assisté » du système par rapport à la santé proprement dite.

L'exemple de la mise en place généralisée (sans bilan à la suite des « essais » dans certains départements) des SPDA⁷ est révélatrice des pratiques courantes. Ce service est destiné à assurer « l'accompagnement continu des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap dans un parcours de vie qu'elles ont choisi ». Il permettra de coordonner les professionnels des secteurs sanitaires, social et médico-social en apportant des réponses concrètes et rapides aux besoins des personnes concernées. Comment ? À moyens constants ? Sans propositions réelles pour remédier aux inégalités criantes de prise en charge des usagers selon les départements ? Sans traiter la question prioritaire du reste à charge ?

Le principe même d'un service public est absent de ce SPDA : accès égal pour toutes et tous indépendamment de leurs conditions sociales et lieux de vie.

On est très loin des préconisations de nombreux rapports, très complets, accompagnés du prévisionnel des moyens nécessaires (rapport Libault⁸ par exemple).

Enfin, la loi « du bien vieillir et de l'autonomie ⁹ » (avril 2024) prévoyait dans son article 10 :

5 : ARS : Agence Régionale de Santé

6 : CPOM : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

7 : SPDA : Service Public Départemental de l'Autonomie

8 : Rapport Libault : <https://solidarites.gouv.fr/remise-du-rapport-libault-sur-la-concertation-grand-age-et-autonomie>

9 : Loi bien vieillir : <https://www.vie-publique.fr/loi/291928-loi-du-8-avril-2024-bien-vieillir-grand-age-et-autonomie-ehpad>

10 : ASH : Aide Sociale à l'Hébergement.

« Avant le 31 décembre 2024, puis tous les 5 ans, une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge détermine la trajectoire des finances publiques en matière d'autonomie des personnes âgées, pour une période minimale de 5 ans ». Comme Godot...

Quel financement pour ce service public.

La prise en charge de la perte d'autonomie, que ce soit au domicile ou en établissement, doit être du ressort de la solidarité nationale et assurée par la Sécurité Sociale dans la branche maladie.

Une augmentation des dotations publiques aux départements et des tarifs encadrés, en particulier sur l'hébergement à la charge des résidents et de leurs familles est nécessaire.

Le décret scandaleux du 31 décembre 2024 qui prévoit une augmentation potentielle de 35 % pour les résident·es non habilité·es à l'ASH¹⁰ va alourdir encore le Reste à Charge.

De même la « barrière d'âge » qui distingue la population en situation de handicap de celle des personnes âgées de plus de 60 ans avec des prestations différentes, doit disparaître.

Enfin, le rapport de mise en place de SPDA insiste sur la nécessité d'avoir des personnels bien formés et d'améliorer l'attractivité des métiers, il affirme que « les financements supplémentaires nécessaires au fonctionnement des SPDA seront modestes ». Aucune garantie donc de ressources suffisantes en personnels (en établissement comme à domicile) n'est donnée.

Cerise sur le gâteau : aucune représentation syndicale n'est prévue !!

Notre revendication d'un service public national de l'autonomie reste donc plus que jamais d'actualité.

Pour des précisions sur les « missions » des SPDA, revoir la lettre flash de mars 2024 :

<https://www.lille.snes.edu/Info-Flash-Retraite-es-mars2024.html>