



ELECTIONS PRESIDENTIELLES ET LEGISLATIVES 2012  
PROPOSITIONS DE LA FNAAFP/CSF

« Pour un Grenelle de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile »



**ELECTIONS PRESIDENTIELLES ET LEGISLATIVES 2012  
PROPOSITIONS DE LA FNAAFP/CSF**

**« Pour un Grenelle de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile »**

**✚ Préambule**

Au-delà d'une réforme dite de la « Dépendance » qui n'aborderait qu'une partie du champ des interventions à domicile, la FNAAFP/CSF demande l'organisation d'un véritable Grenelle couvrant tout autant l'aide et l'accompagnement que les soins et les services à domicile à la fois pour des personnes âgées ou des personnes handicapées, mais aussi pour toute personne frappée d'une perte d'autonomie temporaire ou encore pour des familles fragilisées relevant d'une intervention sociale.

Notre Fédération, aux côtés des autres membres du Collectif de « l'Aide à Domicile »<sup>1</sup> ou du Collectif des SSIAD<sup>2</sup>, est régulièrement auditionnée par les cabinets ministériels, les parlementaires, les organismes de Sécurité Sociale, etc... et participe à différents travaux en lien avec les Administrations Centrales (Direction Générale de la Cohésion Sociale) ou les Départements (Assemblée des Départements de France). Ces travaux, pour intéressants qu'ils soient, n'abordent souvent que la question technique d'une réforme de la tarification d'un dispositif puis d'un autre, sans d'ailleurs de liens suffisants entre ces services.

Pourtant, la Loi du 02 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, nous avait enfin donné l'espoir d'une prise de conscience du législateur de l'évidente nécessité de concevoir les divers dispositifs à partir d'une évaluation globale de l'usager. Celui-ci devant être replacé au cœur des dispositifs.

Malheureusement, alors que nous venons de fêter l'anniversaire des 10 ans de cette Loi, force est de constater que sa mise en œuvre n'a pas encore atteint le stade de la maturité. Nos associations adhérentes, comme sa tête de réseau nationale, ne peuvent que constater l'impossibilité, localement, de mettre en œuvre une prise en charge globale et cohérente à domicile. Alors que, dans l'esprit de la Loi du 02 janvier 2002, nous voudrions développer notamment les coordinations locales nécessaires à cette prise en charge globale, nous nous heurtons sans cesse à des modalités de tarification ou de financement différentes relevant

<sup>1</sup> Anciennement « Collectif des 16 ».

<sup>2</sup> SSIAD : Service de Soin Infirmier A Domicile



de multiples Administrations Centrales (DGCS, DGS...), Collectivités Territoriales (Régions, Départements, Intercommunalités, Communes...), organismes de Sécurité Sociale (CNAF, CNAV, CARSAT...) ou Etablissement publics d'Etat (CNSA, ARS...). Chacun œuvrant pour son champ de compétence distinct, aux frontières parfois bien floues, mais ne laissant guère de place à la nécessaire coordination des acteurs sur le terrain, à la transversalité des moyens à mettre en œuvre et leur optimisation, à l'expérimentation devant, par essence, échapper aux cadres trop étroits.

C'est ainsi qu'une personne en perte d'autonomie, désirant se maintenir à domicile, voit parfois se succéder une dizaine d'intervenants par semaine à son domicile, sans qu'il soit possible de coordonner d'une manière globale et optimale une prise en charge qui peut s'avérer coûteuse tout en étant incohérente. C'est ainsi que les SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile), permettant de coordonner aide, accompagnement et soins à domiciles (et dont on imagine combien leur existence permettrait de construire une réponse adaptée aux besoins de nombre de personnes en perte d'autonomie), ne peuvent exister parce qu'ils se heurtent à des tutelles différentes, à des financeurs multiples incapables de se coordonner entre eux alors qu'ils demandent aux opérateurs de le faire !

Il en est de même pour les interventions des services Famille (TISF/AVS) lorsque les problématiques des familles se trouvent à la confluence des critères d'intervention de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la Protection Maternelle Infantile relevant du Conseil général ou de ceux fixés par la CNAF. Notre Fédération s'inquiète aussi de la diminution des actions d'accompagnement à la parentalité, véritables actions de prévention, qui n'est pas sans conséquence sur l'équilibre des familles et leur environnement.

C'est pour ces raisons qu'au-delà de réflexions techniques partielles, il nous paraît désormais urgent de mener une réflexion politique nationale globale visant à apporter une réponse adaptée et coordonnée aux besoins des usagers.

Nous souhaitons donc interpeller les candidats aux élections présidentielles et législatives de 2012 sur l'organisation prochaine d'un **Grenelle de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile**.



Nous proposons que celui-ci aborde les thématiques suivantes :

**1. Une approche globale, transversale et coordonnée de l'intervention à domicile, centrée sur l'utilisateur et ses besoins**

Celle-ci suppose de réinterroger les dispositifs existants, les compétences des administrations, collectivités, organismes de sécurité sociale, établissements publics d'Etat de manière à imaginer une politique publique de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile qui soit transversale et qui permette aux opérateurs de terrain de coordonner leurs interventions dans le cadre d'une approche globale des besoins de l'utilisateur.

**2. Une nouvelle gouvernance s'appuyant sur la suppression du droit d'option**

Comme le souligne notamment le « rapport Poletti », la superposition du régime de l'Autorisation placé sous la compétence des Conseils généraux et de celui de l'Agrément placé sous la compétence des Préfets pose un problème de gouvernance et de cohérence de l'intervention à domicile.

Par la suppression du droit d'option, notre Fédération revendique une clarification de la nature des interventions à domicile.

Nous tenons à rappeler la différence entre l'aide à domicile, permettant d'aider et d'accompagner des personnes qui ne **peuvent** plus faire seules, et les services de confort à domicile pour ceux qui ne **veulent** plus faire. Ces deux activités ne sont pas réductibles l'une à l'autre car l'une s'inscrit pleinement dans l'action sociale tandis que l'autre relève d'une forme de domesticité.

En ce qui concerne l'action sociale et médico-sociale, la loi sur les libertés et responsabilités locales du 13 août 2004 a confié aux Départements un rôle central. Dans le domaine de l'aide à domicile, il leur revient, depuis la Loi du 2 janvier 2002, de piloter la structuration de notre secteur, notamment grâce aux mécanismes d'autorisation et de planification. Ces prérogatives importantes attribuent aux Départements un rôle primordial dans la garantie d'une qualité de prise en charge des publics fragiles.

**Le droit d'option est ainsi contraire à la Loi du 2 janvier 2002** en ce qu'il remet en cause, à nos yeux, le rôle central du Conseil Général dans notre secteur de l'aide à domicile. Par le biais du mécanisme d'autorisation, les Conseils Généraux vérifient les conditions de prise en charge des usagers et notamment des publics les plus fragiles. Le dispositif d'agrément n'apporte pas les mêmes garanties.



Le secteur de l'aide à domicile s'est battu pour intégrer le champ d'application de la loi du 2 janvier 2002 et se situer dans l'économie sociale ; il nous semble incohérent de continuer à rendre optionnelle plus longtemps l'application de la Loi du 2 janvier 2002 aux services intervenants dans notre secteur.

Avec ce droit d'option, les prestataires qui ont fait le choix de l'Autorisation ont déposé une demande qui a été soumise au contrôle de son adéquation avec le schéma départemental ; ceux qui ont fait le choix de la procédure d'Agrément sont seulement soumis aux contraintes liées aux lois du marché.

Exonérer des services prestataires de l'Autorisation et de la planification est dangereux. Une telle disposition met à mal la garantie des droits des usagers et altère, dans les départements, l'adéquation entre les besoins et les réponses. **Elle bafoue donc deux des orientations principales de la Loi du 2 janvier 2002.**

Au vu de ces différents arguments, il nous paraît indispensable qu'au moins tout service prestataire d'aide et d'accompagnement à domicile auprès des publics fragiles intègre sans restriction la loi du 2 janvier 2002 et soit donc impérativement soumis au régime d'Autorisation tel que prévu à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'intervention sociale et médico-sociale doit être régie dans le cadre unique du mandatement par les Conseils généraux. A l'inverse les finances publiques ont-elles vocation à soutenir le recours aux prestations de confort (réductions d'impôt) ?

### 3. Un financement durable et pérenne de la perte d'autonomie

Parce qu'il n'est plus possible de décaler dans le temps la refondation du financement de la perte d'autonomie à cause des évolutions structurelles de notre démographie, notre Fédération milite pour la création d'un 5<sup>ème</sup> risque de sécurité sociale permettant de compenser la perte d'autonomie de toute personne quel que soit son âge. Ce 5<sup>ème</sup> risque doit permettre :

- l'ouverture d'un droit universel :

- à l'accompagnement à domicile ou en établissement établi en fonction du degré de perte d'autonomie ;
- à toute autre forme de dispositifs permettant la compensation de la perte d'autonomie.

- une réduction globale du « reste à charge » des personnes aidées ;



- l'affirmation du principe d'un taux d'effort progressant en fonction des revenus des personnes ;
- la solvabilisation de l'offre de service en privilégiant les structures prestataires sans but lucratif.

Afin de permettre à chacun d'accéder à des services de qualité et répondant à ses besoins, le financement doit être entièrement collectif et solidaire. Dans le domaine de la santé, on observe chaque jour les inégalités créées par le fait que l'assurance maladie ne couvre pas l'ensemble des dépenses et qu'il faille recourir à une couverture santé complémentaire.

Pour ce faire, il est impératif de privilégier un financement type CSG reposant sur l'ensemble des revenus, y compris les revenus des capitaux.

La question de la prise en compte du patrimoine dans le financement de la dépendance doit être posée afin de tenir compte des questions d'équité intergénérationnelle et du poids des prélèvements auxquels les actifs de demain devront faire face. En effet, alors que ce gouvernement a quasiment supprimé les droits sur les successions et les donations, il serait paradoxal que soit proposé un recours sur succession pour ceux qui bénéficieraient d'une allocation à taux plein. Cela reviendrait à faire financer la prise en charge de la dépendance uniquement par le patrimoine de ceux qui sont touchés par la perte d'autonomie alors que les autres bénéficieraient de ces réductions d'impôts. Mais outre le fait que cette proposition rompt le principe de solidarité horizontale (les non dépendants financent les prestations pour les dépendants), la limitation du recours à 20 000 euros le rend dégressif en fonction du patrimoine et donc anti-redistributif : les moins fortunés paieraient proportionnellement plus que les plus riches.

Nous réaffirmons que tout financement de la dépendance doit s'appuyer sur des principes de solidarité et de justice. Tout le monde doit contribuer au financement des prestations, quelle que soit sa situation en termes de dépendance, et en fonction de ses ressources et de son patrimoine. Il n'est pas admissible que seules les personnes en situation de dépendance et leur famille doivent payer et qu'un nouveau prélèvement touche relativement plus les familles à revenu modeste que les foyers plus fortunés.

La FNAAFP/CSF est favorable à un retour à la fiscalité antérieure concernant les successions et donations et propose que ce surcroît de recettes soit affecté à la prise en charge de la dépendance.

Concernant les prestations, la FNAAFP/CSF est favorable au maintien des déterminants de l'APA basés sur les seuls revenus et non sur le degré de dépendance.



La prévention de la perte d'autonomie doit également être une priorité. Des personnes peu dépendantes en GIR 6 ou 5 doivent pouvoir bénéficier de prestations visant à repousser leur entrée dans la dépendance. La branche vieillesse de la sécurité sociale ne joue pas suffisamment ce rôle aujourd'hui.

En effet, l'enveloppe financière gérée par la CNAV, rapportée à l'augmentation du nombre de personnes retraitées est revue chaque année à la baisse. Le système du taux de remboursement unique de l'heure d'intervention condamne à terme les associations d'aide à domicile qui ont fait le choix de la professionnalisation et de la qualité de service.

De plus, l'Etat doit garantir une égalité de traitement de chacun quel que soit son lieu d'habitation. Il n'est pas acceptable de continuer à avoir des différences entre les départements pour un même niveau de dépendance.

Notre Fédération milite donc pour qu'un nouveau système de financement intègre tous les financeurs de l'aide à domicile (y compris les Caisses de Sécurité Sociale) en développant le volet de la prévention et en reconnaissant le coût de la professionnalisation.

#### **4. Une convergence des prises en charge quels que soient les publics**

Notre Fédération milite pour une convergence des modes de solvabilisation de la demande d'intervention sociale et médico-sociale à domicile quelle que soit la situation de fragilité de la personne (famille, personne âgée, personne handicapée), indépendamment du critère d'âge ou du niveau de ressource.

Toute personne fragilisée doit pouvoir bénéficier d'une compensation de sa situation par la solidarité nationale (y compris la gratuité dans certains cas) et ne pas être dissuadée d'avoir recours à une intervention qui, si elle n'avait pas lieu, aurait des répercussions sur la personne elle-même, son entourage, la société tout entière.

#### **5. La création d'une prestation nationale « périnatalité »**

Dans le champ de la périnatalité, depuis plusieurs années, des associations du réseau et la FNAAFP/CSF ont engagé un travail autour de l'accompagnement à domicile des familles confrontées à des troubles de la relation mère/enfant. Cet accompagnement a pour objectif de prévenir en particulier la dépression du post-partum, la plus fréquente des complications de grossesse.

Ces troubles peuvent nuire au développement de l'enfant, voire conduire à des situations dramatiques. Ils touchent toutes les classes sociales de la société, que ce soit des femmes en difficultés sociales comme l'ont illustré certains faits divers à Chambéry en juin 2009 ou des



femmes bien insérées socialement, comme pour la femme d'un médecin à Toulouse en août 2010.

L'évaluation des expérimentations de nos associations a démontré toute leur efficacité.

C'est pourquoi la FNAAFP/CSF propose un dispositif s'articulant autour des points suivants :

➤ Un dispositif bâti autour de deux périodes clés :

L'entretien du 4ème mois de grossesse et la naissance. En particulier, l'entretien du 4ème mois, prévu par la loi de mars 2007 sur la protection de l'enfance, s'il devient bien systématique, permettrait de repérer des difficultés rencontrées par certaines femmes et de proposer un suivi ;

➤ Un accompagnement dans un cadre préventif :

Par la spécificité de son intervention, la Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) permet de favoriser les conditions d'attachement entre la mère et l'enfant, même dans des conditions psychopathologiques importantes et d'éviter une aggravation de la situation.

➤ Un accompagnement qui doit être gratuit :

Bien souvent les familles qui s'inscrivent dans ce type de dispositif ne le font pas de manière spontanée, elles ont même plutôt un a priori négatif, elles sont réticentes... Toute contrainte supplémentaire sera un frein à l'aide et à l'accompagnement. Les participations familiales ont un effet dissuasif.

➤ une formation complémentaire obligatoire des TISF et de l'encadrement :

La formation initiale de la TISF telle qu'elle est proposée aujourd'hui nécessite un complément pour appréhender au mieux ce travail autour de la périnatalité. Les TISF qui ont reçu une formation complémentaire en périnatalité, témoignent de l'importance de cette formation. De même, une formation complémentaire est nécessaire pour l'encadrement car il réalise le premier contact avec la famille et est en contact permanent avec l'équipe de TISF.

➤ un accompagnement rapide et intensif :

La plupart des situations rencontrées dans le cadre de la périnatalité demande à l'association et à ses personnels une réactivité importante.

D'après les statistiques des associations, le nombre d'heures moyen par intervention en périnatalité est de 100 heures.





L'intervention d'aide à domicile doit devenir un droit pour chaque famille confrontée à des difficultés similaires. **Nous proposons donc la création d'une prestation familiale légale « périnatalité ».** Cette nouvelle prestation permettrait d'éviter les financements trop aléatoires et de créer un droit ouvert à chaque famille.

## 6. Une reconnaissance de la représentativité de l'Economie Sociale

Notre Fédération est l'un des quatre syndicats employeurs de la Branche de l'aide de l'accompagnement des soins et des services à domicile qui représente plus de 5000 structures employant 220 000 salariés.

En tant qu'acteur de l'économie sociale, notre Fédération adhère aussi à l'USGERES qui est l'Union de syndicats et groupements d'employeurs représentatifs dans l'Economie Sociale. Elle fédère 25 syndicats employeurs associatifs, coopératifs et mutualistes correspondant à plus de 60 000 employeurs et 750 000 salariés.

Le but de l'USGERES est de parvenir à la reconnaissance par les pouvoirs publics, d'un mouvement d'employeurs propre à l'économie sociale, qui soit consulté dans le cadre des négociations interprofessionnelles, à l'instar des autres organisations patronales tels le MEDEF<sup>3</sup>, la CGPME<sup>4</sup> et l'UPA<sup>5</sup>.

En effet, les acteurs de l'économie sociale sont plus souvent identifiés et reconnus comme des « acteurs naturels » du Dialogue civil que du Dialogue social.

Pourtant, l'économie sociale a démontré, à plusieurs reprises, qu'en contribuant à la consolidation d'activités structurées dans de véritables branches professionnelles, elle n'était pas qu'« *une forme de transition pour le développement de nouveaux marchés* ». La branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile en est un parfait exemple.

Si l'économie sociale ne se résume pas au rôle qu'y exercent les employeurs associatifs, coopératifs ou mutualistes, le poids socio-économique, la diversité des activités, la part d'emplois et le modèle social singulier que représentent les acteurs de l'économie sociale légitiment aujourd'hui la reconnaissance de ses représentants employeurs comme acteurs sociaux à part entière.

---

<sup>3</sup> Mouvement des entreprises de France

<sup>4</sup> Confédération Générale du Patronat des Petites et Moyennes Entreprises

<sup>5</sup> Union Professionnelle Artisanale



Comme le précise l'USGERES si « *Le syndicalisme employeur dans l'économie sociale est une réalité. Un syndicalisme employeur représentatif de l'économie sociale doit le devenir* ». C'est pour cela que notre Fédération soutient tout particulièrement deux revendications phares de l'USGERES :

- « Assurer leur représentativité dans les instances du dialogue social national et territorial et notamment au sein de la Commission nationale de la négociation collective, du Conseil supérieur de la prud'homie, du conseil d'administration de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) au sein du Conseil économique, social et environnemental ainsi que dans les conseils économiques et sociaux régionaux.
- Organiser tous les 6 ans une élection nationale sur sigle auprès des employeurs afin de mesurer l'évolution de la représentativité patronale. Cette élection pourrait être organisée soit conjointement avec les élections prudhommales, soit faire l'objet d'une élection ad hoc. » *(extrait de la proposition 16 de l'USGERES)*

### Contact

Jean-Louis Lemierre, Président de la FNAAFP/CSF  
06 77 05 36 87  
jllemierre@fnaafp.org

**La FNAAFP/CSF est une fédération regroupant 45 associations, qui gèrent plus de 150 services d'aide à domicile prestataires et mandataires auprès des familles, des personnes âgées et des personnes handicapées.**

Parmi les fédérations et unions nationales d'Aide à Domicile, la FNAAFP/CSF est **la seule affiliée à un mouvement familial plus global : la Confédération Syndicale des Familles (CSF)**, qui représente et défend les intérêts des familles populaires auprès des pouvoirs publics et des professionnels.

Elle est membre de l'USGERES de l'UNIOPSS, de l'UNAF, et du conseil de gestion d'Uniformation.

Elle est adhérente à l'USB-Domicile, membre du Collectif de l'Aide à Domicile et du Collectif SSIAD, participe aux négociations de la branche de l'Aide à Domicile et prend une part active aux réflexions sur la formation professionnelle au sein de la CPNEFP de la branche.