

Sommaire

INVESTIR MASSIVEMENT DANS L'HÔPITAL PUBLIC	4
Proposition 1. Faciliter les investissements hospitaliers en empruntant directement sur le marché obligataire et en transférant 10 milliards de dette des établissements hospitaliers à la CADES.....	6
Proposition 2. Augmenter de 1,5 milliard d'euros par an pendant trois ans l'investissement dans les hôpitaux.....	7
AUGMENTER LE BUDGET DE L'HÔPITAL : POUR DES SOINS DE QUALITÉ	8
Proposition 3. Fixer un ONDAM hospitalier à 3,1% cette année pour donner aux hôpitaux les moyens de fonctionner	10
Proposition 4. Donner au Parlement le pouvoir de débattre du financement du système de santé	11
Proposition 5. Financer les urgences sur la base d'indicateurs de précarité des territoires et du manque de médecins de ville	12
AGIR POUR LE BIEN-ÊTRE À L'HÔPITAL.....	14
Proposition 6. Evaluer annuellement les conditions de travail dans les établissements hospitaliers.....	15
Proposition 7. Augmenter la rémunération des personnels soignants et non-soignants.	16
Proposition 8. Mettre fin à la réduction du personnel dans les hôpitaux	16
AGIR SANS ATTENDRE POUR LA DÉPENDANCE.....	18
Proposition 9. Soutenir l'aide à domicile.....	18
Proposition 10. Augmenter le nombre de personnels dans les EHPAD.....	19
Proposition 11. Rénover les EHPAD.....	19
Proposition 12. Assurer une meilleure coordination entre les soins à domicile et les EHPAD	19
UN FINANCEMENT ASSURÉ.....	21
Proposition 13. Reporter de deux ans le remboursement de la dette sociale	21
Proposition 14. L'État doit compenser les exonérations de cotisations sociales qu'il a décidées.....	21

INVESTIR MASSIVEMENT DANS L'HÔPITAL PUBLIC

A cause de la dette des hôpitaux : un retard d'investissement considérable qui perturbe leur fonctionnement

La dette cumulée des hôpitaux, qui a triplé depuis le début des années 2000, est devenue insoutenable, ainsi que l'indique le rapport de la Cour des comptes dans son rapport annuel de février 2018, plaçant notre pays dans un curieux paradoxe.

Nous avons massivement investi pour renouveler nos équipements hospitaliers au moment où les taux d'intérêt étaient élevés (les plans « Hôpital 2007 », puis « Hôpital 2012 » ont été financés essentiellement par l'emprunt) et nous sommes en train de massivement désinvestir alors que les taux d'intérêt de la puissance publique sont aujourd'hui négatifs. Le retard d'investissement est aujourd'hui considérable, alors même que les hôpitaux n'ont jamais eu autant besoin d'évoluer pour s'adapter à un progrès technique rapide. Ce retard obère le bon fonctionnement de l'hôpital public et fait peser l'essentiel de l'effort sur les soignants et soignantes au risque d'une dégradation de la qualité des soins comme de la qualité de vie au travail des personnels.

Les exemples du dysfonctionnement de l'hôpital : une situation indigne !

Les exemples ne manquent pas pour illustrer une situation qui est devenue indigne. Nombreux sont encore les services hospitaliers en France dans laquelle la salle d'attente est partagée entre des détenus et des patients ordinaires, faute de moyens, comme à l'hôpital **Jean Verdier à Bondy**. A l'**hôpital Bichat**, il est devenu courant pour les professionnels de prendre l'escalier dans une tour de 12 étages, tant les ascenseurs sont dysfonctionnels. L'alternative reste à trouver dans cet hôpital, dont l'AP-HP ne dément pas qu'il est amianté.

Au CHU de Caen, le chantier du nouvel hôpital a été lancé sans prendre en compte les coûts (120M€ HT) de démolition du bâtiment actuel. Il en sera sans doute de même de

l'hôpital Bichat ou à l'hôpital Beaujon tout proche... La réhabilitation de la tour de l'hôpital Mondor reste dans l'impasse, de même que l'humanisation de l'ensemble des lits de gériatrie de l'AP-HP (Saint Perrine, Broca, Clémenceau, Bretonneau...), la rénovation des blocs opératoires du **Kremlin Bicêtre** ou de l'hôpital **Paul Brousse**, celles des urgences de l'hôpital **Saint Louis** ou de **Louis Mourier**.

À **Mont-de-Marsan**, les investissements nécessaires engagent désormais la sécurité des patients puisqu'il s'agit notamment de refaire les blocs opératoires vétustes. Sur les 130 millions d'euros de travaux nécessaires, seuls la moitié sont pour l'heure programmés.

De nécessaires grands projets qui retardent une modernisation d'ensemble

Les besoins en investissement sont estimés à 5 milliards d'euros. C'est l'évaluation sur laquelle tout le monde s'accorde et que le candidat Macron avait fait figurer dans son programme. Pourtant, les investissements dans l'hôpital n'ont jamais été aussi faibles. Les nécessaires grands projets des CHU (Ile de Nantes, CHU de Caen, Campus Nord, CHU de Nancy...) consomment l'essentiel de l'enveloppe nationale de soutien aux investissements dégagée au sein du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESP).

Les sommes promises en 2018 dans le Grand Plan d'Investissement (3 Mds€ sur 5 ans), se sont évaporées comme un écran de fumée et le gouvernement ne rend aucun compte sur la tenue de ses objectifs. Les centres hospitaliers, quant à eux, pris en étau entre le remboursement de leurs dettes et le creusement de leurs déficits, reportent leurs travaux ou ne renouvellent que l'existant. **La dette des établissements est devenue colossale (30 Mds€).** Elle reste composée à 70% de dette bancaire et prisonnière d'emprunts anciens, ne bénéficie quasiment pas de la bouffée d'air que la baisse des taux obligataire devrait apporter.

La seule porte de sortie que propose le gouvernement à cette situation repose sur des « **gains de productivité** » qui ne sont pourtant jamais facilités, à défaut même d'être explicités, et **mettent les établissements devant une « double contrainte » permanente : faire plus avec moins et se transformer sans moyens.** La psychologie a montré que la double contrainte (*double bind*) est la racine même

de la perte de sens et du désengagement. Elle peut même atteindre des professionnels qui exercent des métiers particulièrement riches en sens.

C'est pourquoi nous proposons un plan de sursaut pour l'hôpital public, qui doit permettre de lever en urgence cette impasse, en relançant massivement l'investissement hospitalier.

Proposition 1. Faciliter les investissements hospitaliers en empruntant directement sur le marché obligataire et en transférant 10 milliards de dette des établissements hospitaliers à la CADES.

L'Etat empruntera directement sur le marché obligataire (à taux négatifs donc) pour financer l'ensemble des projets d'investissements hospitaliers soutenus par le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins à l'instar de ce qui prévaut actuellement à l'APHP, cette solution permettra aux établissements d'emprunter à taux négatifs.

Nous proposons également **que 10 milliards de dette des établissements publics hospitaliers soient transférés à la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) et intégrés au plan d'apurement de celle-ci à horizon 2027.** Ce plan permettra d'assainir durablement la situation des établissements les plus en difficulté, à une période où la baisse des taux obligataires doit conduire à relancer massivement l'investissement public.

Ce plan de rachat pourra être piloté par la Caisse des Dépôts et Consignations, en lien avec les agences régionales de santé, en étant attentif à prioriser l'apurement de la dette des établissements les plus en difficultés, mais aussi à sortir des emprunts structurés.

Proposition 2. Augmenter de 1,5 milliard d'euros par an pendant trois ans l'investissement dans les hôpitaux

Cela se fera avec l'objectif de **dégager une enveloppe annuelle d'investissement de 6 milliards d'euros, correspondant à la dépense enregistrée lors du lancement du plan hôpital 2007.**

Nous demandons que sa répartition se fonde sur une programmation pluriannuelle des investissements transparente et concertée et que le Parlement en soit directement informé, sur la base d'un jaune budgétaire.

AUGMENTER LE BUDGET DE L'HÔPITAL : POUR DES SOINS DE QUALITÉ

Un redressement du déficit au prix d'une pression sur la "productivité": l'hôpital est en surchauffe

Depuis 2008, à la faveur de la crise économique, **l'hôpital public, les personnels hospitaliers et les assurés sociaux ont consenti des efforts considérables contribuant au redressement des comptes sociaux.** Le déficit a été considérablement réduit (entre 2012 et 2017, le déficit annuel de la sécurité sociale est passé de 20 milliards € à moins de 2 milliards €) et la dette de la sécurité sociale est en passe d'être remboursée (en 2024). Depuis 2010, l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté chaque année au prix d'efforts de productivité considérables.

En effet, **les hôpitaux publics soignent toujours plus, la population augmente, elle vieillit et les progrès de la médecine permettent la prise en charge de nouvelles pathologies. La demande ne diminue pas, elle progresse,** les soins délivrés sont donc en augmentation constante **en dépit d'un ONDAM qui est désormais totalement déconnecté des besoins.** Cet effet ciseau contraint les établissements à creuser leur déficit ou à fonctionner de façon structurelle en surchauffe. L'explosion de l'intérim hospitalier est la meilleure illustration de ce déséquilibre permanent.

Un objectif d'ONDAM 2019 (niveau de dépenses de l'Assurance maladie) irresponsable

L'explosion du déficit hospitalier concerne essentiellement les acteurs du service public, alors que la situation des cliniques privées reste excédentaire sur la période. L'effort qui est demandé aux établissements de santé du service public est insoutenable. **Fixer une progression de l'ONDAM à 2,1%** alors que le taux d'évolution spontanée des dépenses est en moyenne de 3,5% ces trois dernières années et que les hôpitaux vont devoir financer l'arrivée sur le marché de médicaments innovants (les CAR T et anti-PD1 notamment), **marque une forme**

d'aveuglement. Demander plus de 800 millions d'euros d'économies à l'hôpital ressemble à une provocation. Et cela alors même que le gouvernement prétend dégager des moyens spécifiques pour financer le pacte de refondation des urgences annoncé en septembre 2019.

L'argument selon lequel l'activité hospitalière, qui progressait d'environ 2 à 2,5% par an au début des années 2010, a ralenti en 2017 et 2018 (0,9 et 0,8 %), justifiant une baisse de l'ONDAM, ne saurait tenir. Rien ne garantit, en effet, que ce ralentissement soit durable, et quand bien même, cela ne retire rien à son caractère fortement restrictif. Avec une progression de l'activité de 1%, un ONDAM à 2,1% ne permet d'augmenter les tarifs unitaires qu'à hauteur de l'inflation ce qui suppose de peser sur les salaires ou sur les effectifs. **Un ONDAM à 2,1%, c'est poursuivre l'augmentation de la productivité du travail à l'hôpital, c'est-à-dire la charge par soignant, et la paupérisation relative des personnels par rapport aux autres salariés de ce pays,** ce dont témoigne déjà leur fuite vers le secteur libéral ou même, vers d'autres métiers (une infirmière diplômée d'Etat est formée en trois ans et n'exerce à l'hôpital en moyenne que cinq ans).

Ces deux phénomènes (pression à l'augmentation de la productivité à marche forcée et paupérisation) menacent à terme la qualité des soins. De même, en dépit des déclarations de la ministre prétendant s'attaquer aux problèmes des rémunérations à l'hôpital public, **l'ONDAM proposé par le gouvernement ne laisse aucune marge de manœuvre sérieuse. Le gouvernement a fait le choix dans le PLFSS 2020 de ne pas faire bénéficier la santé des acquis de croissance (en valeur).**

Concrètement, le taux de progression de 2,1% de l'ONDAM proposé par le gouvernement est inférieur au taux de croissance en valeur du PIB qui est de 2,3% (1,3% de croissance réelle et 1% d'inflation). Cela revient donc à réduire la part des dépenses hospitalières dans la richesse produite ! La situation macro-économique actuelle est à cet égard différente de ce qu'elle avait pu être les précédentes années avec une croissance atone et une inflation nulle.

Un ralentissement de l'activité hospitalière signe de la crise de l'hôpital public

Le relatif ralentissement de la croissance de l'activité hospitalière ne saurait à ce stade être attribué au virage ambulatoire (par essence limité du fait de la baisse de la disponibilité des médecins en ville, notamment généralistes). **Ce ralentissement est plutôt le signe de la crise de l'hôpital public dont tous les personnels, partout en France, se font les témoins.** Conditions d'accueil dégradées notamment aux urgences et insuffisance des personnels provoquent un ralentissement du recours à l'hospitalisation publique qui correspond à un **début de rationnement des soins**. Les personnels eux-mêmes étant parfois conduits, devant l'incapacité de l'hôpital public à assurer certaines prises en charge à renvoyer vers le secteur privé les pathologies dites « clinicables » (sic). **Signe de cette crise, l'activité en volume progresse beaucoup plus vite en 2017/ 2018 dans les cliniques privés (2,4% et 1,7%) que dans le secteur public (0,4 % et 0,5%)** alors qu'auparavant l'activité à l'hôpital public progressait plus rapidement que dans les cliniques.

La modération salariale, l'augmentation forte de la productivité du travail des personnels soignants, le retard d'investissement dans les établissements de santé et leur dégradation financière, ne permettent plus de poursuivre selon les tendances proposées par le gouvernement. Les efforts consentis ont porté leurs fruits, on ne peut plus aller plus loin.

Proposition 3. Fixer un ONDAM hospitalier à 3,1% cette année pour donner aux hôpitaux les moyens de fonctionner

Cela revient à faire une pause dans la demande faite aux établissements d'accroître sans cesse la productivité des équipes. Cet apport de **830 millions d'Euros** devra permettre d'engager une **concertation avec les partenaires sociaux, et en lien avec les collectifs constitués, sur la politique de rémunération à l'hôpital et de décider sans délai de mesures catégorielles, au premier chef, pour les infirmières et les aides soignants.**

Cet **effort sur la rémunération** devra notamment être dirigé vers les **infirmières** diplômées d'État qui sont parmi les moins bien rémunérées des pays de l'OCDE.

Le relèvement de l'ONDAM, comme la restauration de capacités d'investissement doit permettre que la charge des efforts ne pèsent pas une fois encore sur les personnels, ce qu'envisage le gouvernement dans les **annexes du PLFSS 2020**, en indiquant que la maîtrise des déficits des établissements publics de santé sera « *conditionnée à leur capacité à contenir le taux d'augmentation annuel moyen de la masse salariale à hauteur de +1,59 %, niveau légèrement supérieur à la hausse constatée au cours des quatre dernières années (+1,50 %, dont +1 % en 2018).* ».

Proposition 4. Donner au Parlement le pouvoir de débattre du financement du système de santé

Nous exigeons une réforme des procédures d'examen des lois de financement de la sécurité sociale pour permettre aux parlementaires une vraie discussion sur le fonctionnement de notre système de santé par un enrichissement significatif des informations transmises au Parlement.

L'ONDAM, en lui-même, et à la lumière de la crise, apparaît insuffisant et inadapté pour permettre à la représentation nationale de voter de façon parfaitement éclairée. **Il est essentiellement un outil de pilotage budgétaire quand il devrait être également un outil de politique publique en santé.** Il n'est pas admissible qu'aucune donnée ne permette aux parlementaires de répondre à des questions essentielles : avec l'ONDAM proposé, les Français bénéficieront-ils de plus ou de moins de soins ? La charge de travail des professionnels de santé sera-t-elle accrue ou au contraire réduite ? Le niveau de rémunération des professionnels soignants sera-t-il amélioré et dans quelles proportions ? Le niveau de l'investissement dans l'équipement hospitalier sera-t-il suffisant pour répondre aux objectifs assignés aux soignants ?

Le Projet de loi de financement de la sécurité sociale doit permettre aux parlementaires de se prononcer sur des objectifs sociaux, ce n'est que marginalement le cas, et l'ONDAM n'est pas l'occasion de débattre, de façon suffisamment éclairée, de l'état de notre système de soins.

C'est sur la base de cet objectif réformé que nous proposons d'envisager les évolutions de l'ONDAM pour les années à venir.

Proposition 5. Financer les urgences sur la base d'indicateurs de précarité des territoires et du manque de médecins de ville

Pour une nouvelle tarification des urgences fondée sur une dotation populationnelle pondérée par un critère social, nous proposons d'allouer 600 millions d'Euros. Cette dotation prendrait également en compte le manque de médecins de ville assurant des gardes dans le bassin de l'hôpital qui a pour conséquence, dans certains départements, une véritable surcharge des urgences.

Les services d'urgences doivent être dotés sur la base de considérations démographiques et sociales. En effet, il est depuis longtemps établi que la précarité était à l'origine de surcoûts. À ce jour, le financement de la prise en charge de la précarité a trouvé sa traduction dans deux dispositifs, une MIG (Mission d'intérêt général) précarité et les PASS (Permanences d'accès aux soins de santé). Ainsi, le taux de patients bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C, ACS et de l'AME par établissement est utilisé pour l'attribution des MIGAC (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) mais cette méthode comporte des limites, en particulier car ces prestations sociales peuvent être difficiles à obtenir et sont parfois méconnues des usagers, entraînant une sous-déclaration. Il convient donc de développer un nouvel indice permettant d'évaluer les besoins hospitaliers liés à la précarité. **Nous suggérons que soit harmonisé et pris en compte « l'indicateur générique de précarité » qui existe au sein des urgences.**

Ainsi, chaque établissement se verrait appliquer en fonction de son profil "social" un coefficient "précarité" sur tout ou partie de l'activité. Cela permettra de faire face aux surcoûts engendrés par la précarité. **Cela est particulièrement nécessaire dans des départements comme la Seine-Saint-Denis ou la Guyane,** plus exposés aux difficultés sociales et, par ailleurs, tragiques déserts médicaux s'agissant de la médecine de ville.

AGIR POUR LE BIEN-ÊTRE À L'HÔPITAL

Un personnel sous pression

Dans le cadre de la réorganisation de l'offre de soins, les dépenses de personnels représentent 85% du budget des établissements publics de santé. **Les effectifs, en l'espèce, ont augmenté bien moins rapidement que la production de soins, contribuant à un accroissement de la charge par agent.** En dix ans, les effectifs ont augmenté d'à peine plus de 2% quand, dans le même temps, les soins dispensés ont augmenté de près de 15%. Pour être clair, **les personnels de santé ont supporté l'essentiel des efforts sans qu'aucun accompagnement ne soit mis en place** ni pour reconnaître leurs gains de productivité, ni pour transformer les processus de soins.

S'il est fondé de toujours se préoccuper de l'efficacité et de l'efficience de la dépense publique, d'interroger les organisations, les coûts, les pratiques professionnelles et de faire évoluer l'offre de soins, **il est impératif d'apprécier les efforts budgétaires demandés au regard de la qualité du service public rendu, et des conditions de prise en charge des malades et de travail des soignants.** Les mouvements sociaux à l'œuvre à l'hôpital depuis plusieurs mois, aux urgences comme dans beaucoup d'autres services, indiquent avec netteté que **cet équilibre est en passe d'être rompu, quand bien même il ne l'est pas déjà dans de nombreux services.**

Un Projet de loi de financement de la sécurité sociale déconnecté de la réalité

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale marque, de ce point de vue, une forme d'entêtement et une cruelle déconnexion avec la réalité vécue de ceux qui font la santé au quotidien de la population. Les efforts consentis depuis 10 ans par l'hôpital public, par les personnels de santé et *in fine* par les assurés sociaux, ont permis le redressement des comptes comme des gains de productivité considérables. **Nous arrivons au bout de ce qui peut être consenti en terme d'effort et de productivité.** Le tournant ambulatoire comme la réforme de la tarification (expérimentale à ce stade), la mise en œuvre des groupements

hospitaliers de territoire (GHT), le pilotage par la qualité (qui se heurte à la faiblesse des indicateurs disponibles), ou la réduction des actes non pertinents (on ne dispose d'aucune données fiables sur cette question), pour nécessaires qu'elles soient tardent à produire leurs effets. **En l'état, on ne peut plus faire mieux avec moins.** De nouveaux gains de productivité efficients (résultant d'une meilleure organisation du travail ou d'une rationalisation des services ou des structures) paraissent désormais compromis.

Proposition 6. Evaluer annuellement les conditions de travail dans les établissements hospitaliers

Nous proposons une évaluation nationale de la qualité de vie au travail à l'hôpital, qui sera rendue publique et affichée dans tous les services.

La grève des urgences et le témoignage unanime et concordant de l'ensemble des personnels soignants ont mis à jour des conditions de travail gravement dégradées, de la souffrance des personnels soignants, des situations préoccupantes de surmenage avec le développement de risques psycho-sociaux importants. La santé des soignants et la qualité des soins dispensés aux patients sont intrinsèquement liés.

Il existe aux États-Unis comme au Royaume Uni (depuis 2003) des enquêtes régulières sur la qualité de vie au travail à l'hôpital qui n'ont pas d'équivalent en France, alors même qu'existent des standards reconnus dans le monde entier, tel le *Masslach Index*. Ceux des pays qui conduisent ces enquêtes ont très largement objectivé les symptômes des risques psycho-sociaux dévoilant que la sur-prévalence du *burn out* parmi les professionnels de santé est un phénomène mondial. En France, rien ne se passe, pas même une étude pour mesurer la réalité du phénomène et ses déterminants.

Nous proposons que, sur la base de cette enquête, le gouvernement éclaire les débats parlementaires sur l'ONDAM **en fournissant chaque année un rapport annexé au PLFSS sur les conditions de travail au sein des hôpitaux publics.** Ce rapport devra comporter notamment des éléments permettant

d'apprécier l'évolution de la productivité du travail et les résultats d'un recueil par sondage de l'expérience vécue au travail par les soignants. Ce recueil serait organisé dans des formes définies par arrêté de la ministre de la santé et concernerait tous les établissements dont l'effectif est supérieur à un seuil fixé par décret.

Proposition 7. Augmenter la rémunération des personnels soignants et non-soignants

Avec un ONDAM à 3,1%, **la croissance de la masse salariale des hôpitaux publics pourrait être doublée pendant les trois prochaines années pour être portée à plus de 3% (contre 1,59% dans la circulaire budgétaire de 2019). Cela représenterait un rattrapage des deux années passées** (la croissance tendancielle de la masse salariale était de 2,1% depuis 2013) et **un soutien supplémentaire de 720 M€ dès 2020.**

Les personnels soignants demandent actuellement une augmentation mensuelle de 300 €. C'est une demande légitime au regard de la modération salariale imposée depuis plusieurs années et des conditions de travail. C'est un objectif atteignable dans le cadre d'un plan de rattrapage pluriannuel. C'est un objectif impératif pour rétablir l'attractivité de ces métiers dont nous avons toutes et tous éminemment besoin.

Proposition 8. Mettre fin à la réduction du personnel dans les hôpitaux

Nous demandons au gouvernement de mettre fin en urgence à sa politique uniforme et aveugle de déclinaison d'un ratios d'encadrement des services de 1 aide soignant et un infirmier diplômé d'État pour 15 lits. Ce ratio est aberrant et destructeur.

La réduction des durées de séjour a été depuis vingt ans la conséquence des progrès des techniques chirurgicales et de diagnostic, en imagerie et en biologie. L'extrapoler est une grave erreur si l'on ne tient pas compte de l'évolution des

patients. Les équipes sont amenées à gérer des patients de plus en plus complexes, dont la charge en soins croît rapidement et la situation sociale est souvent inextricable. Faire des professionnels de santé des « *gestionnaires de l'impasse* », dont l'activité est strictement encadrée par la doctrine ministérielle des taux d'encadrement par lit (1 soignant pour 15 lits), heurte profondément leurs valeurs et le sens même de leur métier.

Le dogme du ratio, ne correspond pas à la réalité pratique de nombreux établissements et cache (mal), à la faveur des restructurations les économies considérables de personnels demandées à certains établissements.

Ainsi, la construction de l'Hôpital Grand Paris Nord a comme contrepartie la suppression de 800 ETP (équivalent temps plein), celui de Nantes, 1200 ETP. Nous demandons à ce que soit laissé, dans le cadre des dialogues de gestion avec les Agences régionales de santé, à l'appréciation des Directeurs et des comités médicaux d'établissement l'appréciation des taux d'encadrement. Dans l'immédiat, nous proposons d'appliquer une règle simple : « **zéro suppression de poste au lit du malade** ».

Dans le cadre du dialogue de gestion avec les établissements hospitaliers, les agences régionales de santé doivent pouvoir poser la question, site par site, de la bonne adéquation du nombre de lits dans certains services, en particulier en aval des urgences et déterminer la politique de recrutement nécessaire à la bonne marche des différents services. Nous ne souhaitons pas que cela soit déterminé de façon globale et sans prise en compte de l'environnement sanitaire, social et architectural des établissements. L'uniformité risque de conduire à des réponses inadaptées.

AGIR SANS ATTENDRE POUR LA DÉPENDANCE

Un retard de la France sur les politiques du "grand âge" à combler

Le rapport Libault présenté en février 2019 soulignait que la France avait pris du retard par rapport au pays voisins dans la programmation d'une politique de la longévité. Il affirme que nous ne pouvons plus attendre pour développer des politiques publiques ambitieuses relatives au "grand âge". Aussi, Dominique Libault plaide pour **la reconnaissance de la perte d'autonomie comme un risque à part entière qui doit être couvert par la sécurité sociale.**

À ce titre, les parlementaires socialistes souhaitent mettre des propositions sur la table, précisément parce qu'il n'est plus possible d'attendre nous avons retenu quatre mesures phares du rapport Libault. Celles-ci n'ont pas vocation à être exhaustives mais elles apportent un début de réponse à cette urgence qu'est la dépendance.

Plutôt que d'attendre la fin 2024 et l'extinction de la CADES pour trouver des marges de manœuvre financières afin de financer la dépendance (grâce à la CRDS, la CSG et le FRR) **nous proposons de commencer dès maintenant à financer la dépendance grâce à un amortissement de la CADES moins rapide que prévu** et donc des remboursements de dette moins importants que prévu.

Proposition 9. Soutenir l'aide à domicile

Nous proposons un **soutien financier de 550 millions d'euros annuels pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile**, afin d'améliorer le service rendu à la personne âgée et de revaloriser les salaires des professionnels.

Proposition 10. Augmenter le nombre de personnels dans les EHPAD

Nous proposons une **hausse de 25 % du taux d'encadrement en EHPAD d'ici 2024 par rapport à 2015, soit 80 000 postes supplémentaires** auprès des personnes âgées, pour une dépense supplémentaire annuelle de 1,2 milliard d'euros.

Proposition 11. Rénover les EHPAD

Nous proposons **un plan de rénovation de 3 milliards d'euros sur 10 ans** pour les Ehpads et les résidences autonomie. **Soit 300 millions d'euros annuels.**

Proposition 12. Assurer une meilleure coordination entre les soins à domicile et les EHPAD

Nous proposons enfin, **d'améliorer la qualité de l'accompagnement et amorcer une restructuration de l'offre, en y consacrant 300 millions d'euros par an, vers une plus forte intégration entre domicile et établissement, pour des Ehpads plus ouverts sur leur territoire.**

Au total, le montant annuel du plan autonomie des parlementaires socialistes serait de 2,35 milliards d'euros.

Les parlementaires socialistes proposent également de **transformer la réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes dépendantes accueillies en établissement spécialisé en un crédit d'impôt.** En effet, pour les personnes âgées dépendantes concernées, le reste à charge représente 1 850 euros par mois. C'est intenable !

Pour financer cette mesure, qui représente un coût de 677 millions d'euros, les Socialistes ont proposé dans le cadre du Projet de loi de Finances pour 2020 de **restreindre le bénéfice du crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile, pour les dépenses de dépendance uniquement, aux ménages les plus**

favorisés (revenu fiscal de référence supérieur à 42 000 euros), le reste à charge étant, pour ces personnes, d'un montant limité (environ 60 euros). Ce gage permet de dégager 710 millions d'euros.

UN FINANCEMENT ASSURÉ

Face à l'efficacité du mécanisme de la CADES, la possibilité de dégager de nouvelles marges de manoeuvre

Le mécanisme de la CADES (caisse d'amortissement de la dette sociale) a prouvé son efficacité. Des rentrées régulières alimentées par la CRDS, une part de CSG et un décaissement du FRR va permettre, toutes choses égales par ailleurs, de rembourser la dette sociale en 2024. Au-delà, les recettes libérées annuellement seront de l'ordre de 24 milliards d'euros par an. Compte tenu de l'urgence d'apporter à l'hôpital des réponses à la crise qu'elle traverse, et de la nécessité de répondre dès à présent aux enjeux de la dépendance.

Proposition 13. Reporter de deux ans le remboursement de la dette sociale

Nous proposons d'allonger de deux ans la durée d'apurement de cette dette, en repoussant l'extinction de la CADES de fin 2024 à 2027.

Proposition 14. L'État doit compenser les exonérations de cotisations sociales qu'il a décidées

Conformément à la loi Veil, nous soutenons le principe de la compensation par l'État des pertes occasionnées au budget de la Sécurité sociale par les politiques d'exonération de cotisations sociales.

Par ailleurs, comme les députés de la Commission des Affaires sociales l'ont voté le 15 octobre contre l'avis du gouvernement, il ne s'agit notamment pas de faire porter le chapeau des mesures prises à la suite des "gilets jaunes" par la sécurité sociale, comme souhaite le faire le gouvernement.

Il n'y a là aucun nouveau déficit, aucun nouveau "trou de la sécu". Les Françaises et les Français savent bien que s'ils doivent faire face à des dépenses nouvelles tout en ayant un emprunt ils peuvent le rééchelonner. C'est ce que nous proposons de faire.

- **LE FINANCEMENT DE CE PLAN APPORTE 5,6 MILLIARDS D'EUROS DE DISPONIBILITÉS DÈS 2020.**
- **LE FINANCEMENT DE CE PLAN, AVEC LE REPORT DE DEUX ANS DE L'APUREMENT DE LA CADES, OUVRE DES PERSPECTIVES D'AVENIR EN LIBÉRANT PRÈS DE 48 MILLIARDS D'EUROS DE 2020 À 2027.**
- **LE FINANCEMENT DE CE PLAN COUVRE L'INTÉGRALITÉ DES MESURES PRÉSENTÉES À HAUTEUR DE 3,13 MILLIARDS D'EUROS POUR L'HÔPITAL ET 2,35 MILLIARDS D'EUROS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE POUR 2020.**
- **LE FINANCEMENT DE CE PLAN ASSURE L'ÉQUILIBRE DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DÈS 2020.**

"Focus" CADES et Dette Sociale

L'extinction de la dette sociale, au vu des scénarios fournis par la CADES, effective au 1er janvier 2025, serait simplement repoussée au 1er janvier 2027. Cela se traduirait par un apurement sur sept ans et non sur cinq. Financièrement, le dispositif consiste à diminuer le prélèvement, qui devait être en moyenne de 17,862 milliards d'euros par an, compte tenu de l'évolution prévisionnelle des montants destinés à apurer la dette inscrite dans les comptes de la CADES, à un montant de 12,8 milliards d'euros, soit une diminution de 5,1 milliards d'euros par an. Les ressources de la CADES sont notamment assises sur une fraction de CSG à hauteur de 0,6 point pour ce qui est de la CSG « activité », CSG « remplacement » et CSG « capital », et, comme le prévoit le PLFSS 2020, de 0,22 point sur la CSG « jeux ». La proposition que nous faisons se traduit par une diminution de ces ressources de 0,53 point de CSG sur la CSG « activité », dont 0,07 point serait désormais affecté à la CADES.

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pourraient donc bénéficier respectivement d'une augmentation de 0,26 et de 0,27 point de CSG « activité », affectés à des moyens supplémentaires pour le secteur hospitalier et le financement des dépenses nouvelles liées à la dépendance. Ces deux caisses bénéficieraient ainsi chacune, dès le 1er janvier 2020, de 2,6 milliards d'euros supplémentaires.

Nous récupérons donc 5,2 milliards d'euros supplémentaires, en 2020, pour financer l'hôpital et la dépendance. En outre, comme les recettes de la CADES sont dynamiques, notre plan de financement l'est aussi. Ainsi, entre 2020 et 2027 le plan "hôpital & autonomie" que nous proposons passera de 5,2 milliards d'euros la première année à 8,96 Md€ la dernière année.

