

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Délégation aux droits des femmes et l'égalité des chances entre les hommes et les femmes

- Audition de M. Laurent Hénart, président de l'Agence nationale des services à la personne 2

Mercredi

26 octobre 2011

Séance de 14 heures 30

Compte rendu n° 5

SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

**Présidence
de Mme Marie-Jo
Zimmermann,
*Présidente***



La Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a procédé à l'audition de M. Laurent Hénart, député, président de l'Agence nationale des services à la personne.

La séance est ouverte à quatorze heures trente

Mme la présidente Marie-Jo Zimmermann. Notre Délégation a pris l'initiative de se saisir du problème de la dépendance car, tant du côté des aidants que des aidés, ce sont les femmes qui sont en priorité concernées.

Pour nous parler de ce sujet, je suis particulièrement heureuse de recevoir notre collègue Laurent Hénart, président de l'Agence nationale des services à la personne (ANS).

Dans ce secteur qui se trouve dans une situation extrêmement préoccupante, l'ANS joue un rôle important et porte des projets novateurs.

Laurent Hénart. En cette période de crise, la question de la dépendance constitue un sujet crucial – la solidarité, en s'appliquant aussi en ce domaine, devant apporter à tous la preuve tangible de l'existence de la communauté nationale.

Le vieillissement est le problème humain majeur du continent européen ; demain, il sera aussi celui de l'Inde, du Brésil et de la Chine. Les voies nouvelles qu'on imagine aujourd'hui serviront à d'autres.

C'est un sujet qui malmène en premier lieu les femmes ; parce que, vivant plus longtemps, elles se retrouvent souvent seules ; parce que leur dépendance peut être douloureuse, si elle n'a pas été préparée et anticipée ; et parce que, enfin, le secteur de l'aide à la personne emploie des femmes à près de 90 %, tant dans les services de soins à domicile que dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Quel est l'état de la question et quelles sont les pistes de réforme ?

Disposer de personnels qualifiés et assurer une liberté de choix ne se fera pas sans une réforme du financement. Qu'une partie de celui-ci provienne des départements et l'autre de la sécurité sociale n'a pas de sens ; il faut faire un choix. Après en avoir discuté en conseil d'administration, l'ANS, qui regroupe tous les acteurs du secteur – les réseaux de collectivités locales, les réseaux associatifs, les entreprises de service à domicile et les particuliers employeurs –, estime qu'il conviendrait de privilégier un système analogue à celui de la sécurité sociale : il s'agirait de concentrer les responsabilités sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), laquelle serait relayée, au niveau des territoires, par les agences régionales de santé (ARS).

À court terme, l'ANS propose de reformer le mode de versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Cette aide financière fait en effet l'objet de fraudes. Le premier type de détournement s'organise de la façon suivante : le bénéficiaire demande le versement de l'APA sur un compte auquel ont accès des ayants droit ; ceux-ci perçoivent la somme en numéraire,

l'utilisent partiellement pour payer un prestataire de soins à domicile et conservent le reste. L'ensemble des heures prescrites n'est ainsi pas effectué.

La seconde source de fraude est l'indu, qui traduit l'incapacité des départements à prendre en compte le décès du bénéficiaire de l'APA. De six mois à un an sont nécessaires aux services administratifs avant la suspension de l'aide ! La somme versée indûment étant alors entrée dans la succession, la procédure de récupération est complexe : elle passe par l'émission d'un titre de recette, conformément aux règles de la comptabilité publique. À l'échelle nationale, le phénomène est sensible.

Une dizaine de départements ont mis en place avec l'ANS, depuis 2004, un système de versement de l'APA par le biais des chèques emploi service. L'avantage est évident : le chèque n'est utilisé et les comptes du département ne sont débités qu'une fois effectuée l'heure de travail au domicile de l'ayant droit.

Le département des Pyrénées-Orientales, où ce système est expérimenté depuis 2005, a ainsi réalisé une économie de 15 %, ce qui a permis à ce département de revaloriser le taux horaire des intervenants et de mettre en place un programme de certification.

Une économie d'un sixième sur une dépense qui s'élève à six milliards d'euros dégagerait une marge d'un milliard d'euros en deux ou trois ans. Certes, il s'agit d'une économie par recyclage de crédits, mais elle permettrait de disposer d'un délai pour mettre en place une réforme globale.

À moyen terme, l'ANS est favorable à un financement collectif du socle de la dépendance. En tant que député, et à titre personnel, j'ai toujours été opposé au recours à l'assurance obligatoire. Il s'agit en effet d'une véritable hérésie sur les principes, car la dépendance est un risque social majeur qu'il ne revient pas à une assurance privée de couvrir – est-il besoin de rappeler que nombreuses sont les personnes qui ne payent même pas leur assurance-automobile ? C'est aussi une hérésie du point de vue de la justice sociale, car la même charge pèserait sur tous, quel que soit le niveau de revenu. L'assurance obligatoire est de fait un impôt déguisé : un impôt en outre injuste car non progressif.

Le système assurantiel ne sera pas à même, à lui seul, de financer la dépendance dans les quinze ans à venir. L'assurance privée intervient traditionnellement dans le cadre de la liberté contractuelle et ses clients sont des personnes solvables ; les assureurs ne s'engageront de manière globale que si une cotisation obligatoire est mise en place.

Un socle de financement collectif est donc indispensable. Les réflexions menées par l'ANS suggèrent la mise en place d'un financement assis de manière équilibrée sur les revenus du travail et du capital. Il me semble, pour ma part, que deux milliards d'euros pourraient être trouvés en augmentant la contribution sociale généralisée (CSG) ou la contribution sociale sur les revenus et les placements financiers ; et deux autres milliards d'euros en supprimant une journée de réduction du temps de travail (RTT). Mes propositions me rendent destinataire de nombreuses lettres d'injures... Mais le taux de taxation sur les revenus du travail atteint, en France, un niveau déraisonnable et il est plus élevé que partout ailleurs en Europe ; on ne peut donc qu'élargir l'assiette, ce qui revient à demander de travailler plus.

L'ANS propose également de développer le système de prévoyance en resserrant notamment la fiscalité de l'assurance-vie. Des volumes d'épargne considérables

- 1 300 milliards d'euros – bénéficient aujourd'hui d'une fiscalité dérogatoire. En restreignant les conditions d'utilisation de ce type de contrat, on pourrait en faire de vrais contrats de prévoyance vieillesse qui couvriraient l'accompagnement de la retraite et la dépendance.

Que les compagnies d'assurance plaçant de l'assurance-vie soient aujourd'hui en décollecte montre que ce produit est utilisé comme un second *Livret A* – pour la retraite, pour aider les enfants, pour défiscaliser les successions ou pour compléter des revenus devenus insuffisants en période de baisse de pouvoir d'achat –, autrement dit comme une variable d'ajustement. L'objectif d'intérêt général, qui justifiait pourtant un régime fiscal dérogatoire, est perdu.

Mais, au-delà de ces questions de financement, le problème de fond me paraît être que le système médical ne favorise pas l'autonomie des personnes : il n'y a pas d'anticipation de la dépendance. Lutter contre le handicap et la dépendance relève aujourd'hui du curatif, de *l'a posteriori*. Il serait pourtant plus avantageux, financièrement, de prévenir et d'anticiper.

Ce serait aussi plus efficace, comme le montrent des pays tels que le Québec ou les pays scandinaves ; dans ces pays, l'espérance de vie est comparable à la nôtre, mais l'espérance de vie en bonne santé est de cinq à six ans supérieure. Un système de médecine générale différent du nôtre y est en place, basé sur des équipes de soin ; en France, l'exercice solitaire de la médecine est une tradition.

Si les maisons de santé sont créées en milieu rural faute, dit-on, d'autres solutions, l'intérêt de ces structures, qui aujourd'hui connaissent un ratio d'un médecin pour trois paramédicaux, est d'assurer un bien meilleur suivi des patients et de faire de la prévention.

Il conviendrait donc de disposer d'équipes de santé intervenant suffisamment tôt dans le processus de vieillissement. Par exemple, lorsque des ergothérapeutes donnent aux personnes âgées des conseils d'aménagement de leur domicile, ils préviennent des accidents à répétition dont les conséquences sont toujours graves – on sait qu'après deux fractures du bassin, la personne, le plus souvent, restera handicapée et devra être placée en établissement. Conjurer l'irréversible, c'est ce qu'on peut attendre d'équipes de soins combinant les compétences de médecins et de personnels paramédicaux. De véritables centres de ressources sanitaires seraient, en outre, à même de mettre en réseau les différents intervenants à domicile ; même si ces derniers relèvent d'autres secteurs que celui de la santé – il peut s'agir du salarié qui fait le ménage ou s'occupe du jardin –, ils pourraient être formés pour détecter les problèmes de santé de la personne âgée et remplir une fonction d'alerte.

Enfin, l'ensemble de ces réformes conduira à une modification en profondeur des conditions de travail des femmes employées dans le secteur des soins à domicile. Les métiers du soin sont en effet largement féminisés, qu'il s'agisse des aides à domicile ou des médecins. La conséquence en est que de nombreuses femmes exercent, aujourd'hui, leur activité dans des univers professionnels cloisonnés qui rendent difficile la conciliation avec la vie familiale. Faire tomber les barrières entre le sanitaire et le social donnerait aux femmes la possibilité de suivre des parcours de formation.

On sait que le temps partiel, prédominant dans le secteur du soin à domicile, répond à la fois à une contrainte professionnelle et à un choix. Permettre à la femme de se professionnaliser progressivement passe par une augmentation des salaires et par des formations pour devenir aide-soignante, infirmière voire médecin car pourquoi ce secteur devrait-il être le seul où il n'y a pas de formation et de validation des acquis de l'expérience ?

On sait que la spécificité de ces métiers tient aux difficultés rencontrées sur le terrain et auxquelles aucun diplôme ne prépare. Savoir s'occuper d'une personne âgée constitue un véritable acquis pour une auxiliaire de vie ; cet acquis doit pouvoir être valorisé dans le cadre d'une formation pour devenir aide soignante ou infirmière.

Au demeurant, de nombreuses branches de la formation professionnelle sont excédentaires ; il leur serait facile d'aider les autres secteurs.

Je suis convaincu, comme je l'ai exposé dans un rapport que j'ai rendu sur les nouveaux métiers de santé, qu'un jour les infirmières deviendront des praticiens de soins qui recevront des délégations de tâches des médecins. Et pourquoi ne pourraient-elles pas devenir elles-mêmes des médecins ?

Je rappelle que les salariés travaillant dans le secteur du soin à domicile représentent, avec les professionnels de santé, 4,5 millions d'emplois pour une population active de 21,5 millions de personnes. Ces emplois se féminisent à très grande vitesse. Il y a donc là un enjeu majeur pour les femmes.

Mme la présidente Marie-Jo Zimmermann. Je suis très heureuse que vous ayez répondu à notre invitation car vous nous avez présenté des pistes qui n'ont jamais été ouvertes.

Mme Marianne Dubois. Ces propositions sont en effet très innovantes, mais je doute que la dame qui prépare le petit-déjeuner et qui fait la toilette d'une personne âgée puisse, par le biais de la validation des acquis de l'expérience, devenir un jour infirmière. Dans le milieu rural, les personnes effectuant ces tâches ont un niveau d'études très faible ; parfois, elles n'ont pas même le permis de conduire.

Laurent Hénart. C'est précisément la situation que je voudrais voir changée. Si, chaque année, 10 % des deux millions de salariés du secteur des soins à domicile suivaient une formation, 200 000 personnes pourraient bénéficier soit d'une remise à niveau – apprendre à écrire, lire et compter, ou encore passer le permis de conduire – soit d'une formation spécialisée – car il y a aussi des personnes diplômées dans ce secteur, par exemple des émigrés, qui n'ont pas pu faire reconnaître leur niveau d'étude.

On ne peut tout de même pas laisser les choses en l'état ! Il y va de la qualité de vie de très nombreuses personnes.

La spécificité de ce secteur est qu'il offre un éventail de tâches correspondant à des niveaux de formation très différents : d'une absence complète de qualification à un niveau supérieur au baccalauréat. Il est donc facile de commencer à travailler dans ce secteur ; c'est une bonne chose au regard du marché de l'emploi, mais on doit pouvoir se former. Qu'une telle formation soit possible, même dans le cas de personnes quasi illettrées, l'expérience le prouve ; il y faut de la détermination et du temps.

Malheureusement les moyens manquent, parce qu'ils sont mal répartis. Le système éducatif délivre des licences et des masters dans des filières dont on n'a pas besoin. Voyez ce que deviennent les diplômés de sociologie ou de psychologie ! De nombreux étudiants ignorent même que, dans la filière qu'ils ont choisie, le seul moyen de trouver un emploi est de passer les concours de la fonction publique.

Il n'est pas normal que la formation aux activités de soins à domicile passe par des filières honteuses, proposées dans quelques lycées professionnels seulement. Il s'agit tout de même d'un secteur qui fait travailler plus de professionnels que le BTP ou la banque. La situation est telle qu'il faut l'intervention de députés pour que la maquette d'un baccalauréat professionnel d'aide à domicile soit validée par le recteur ! Dans mon département, ce type de formation relève de l'enseignement agricole !

M. Jean-Luc Pérat. Les personnes travaillant dans le secteur des soins à domicile ne sont pas assez incitées à se former. Ne faudrait-il pas encourager les parrainages qui permettent de procéder à des évaluations sur le terrain ? Car l'obtention des unités de valeurs pour faire reconnaître des acquis professionnels passe par une procédure très lourde, qu'il convient certainement d'assouplir.

Je soulèverai aussi les cas où une personne âgée ne peut plus bénéficier de l'aide du professionnel auquel elle est pourtant habituée, parce que celui-ci n'a pas les diplômes nécessaires pour effectuer certaines tâches. C'est là une source de perturbation pour la personne dépendante.

Enfin, on sait que l'APA est parfois détournée de sa finalité ; elle est utilisée comme une retraite complémentaire au lieu de permettre le financement d'un service à la personne. J'ai pu, moi aussi, constater l'efficacité du recours au chèque emploi service universel.

M. Patrick Lebreton. Dans le département de La Réunion, le secteur des soins à domicile compte 20 000 employés pour une population de 830 000 personnes ; en 2020, ces employés seront 24 000.

Nous avons été sélectionnés pour expérimenter la mise en place d'un centre de ressources destiné à assurer, dans ce domaine d'activité, une meilleure information, une meilleure structuration et une meilleure formation.

La ville de Saint-Joseph, dont je suis le maire, compte plus de personnes âgées que dans le reste de l'île – 13 % contre une moyenne de 9 %. Dans notre centre communal d'action sociale, nous faisons travailler ensemble des jeunes qui sortent des écoles et des femmes expérimentées, d'un certain âge déjà, qui aimeraient disposer d'une formation adaptée et bénéficier d'une meilleure reconnaissance.

Pensez-vous qu'il faille créer un statut spécifique pour ce type de métier ? Quelles évolutions voyez-vous pour l'avenir ?

Laurent Hénart. Créer un statut, c'est-à-dire un cadre d'emploi unique, me semble difficile en raison de la diversité des intervenants : les associations, les entreprises et les particuliers employeurs.

Les progrès réalisables, dans un délai de cinq ans, pourraient porter sur trois sujets qui, au-delà des conventions collectives, feraient l'objet d'accords interprofessionnels : la mobilité des employés, la validation des acquis et la santé.

Sur les deux premiers points, il y a accord de la profession. Sur le dernier, les réticences sont nombreuses car les intervenants rechignent à devenir des auxiliaires des métiers de santé. La santé doit pourtant être abordée en termes de réseaux d'intervenants ; cela se fera au bénéfice tant des aidés que des aidants.

On constate, par ailleurs, que les personnes débutent une formation en ignorant tout de la réalité du terrain. L'immersion professionnelle permettrait d'éviter de nombreux échecs, ainsi que des financements inutiles. Il faut donc développer l'alternance ; certes, l'organiser aura un prix, car la personne en alternance ne peut pas voir ses tâches redistribuées comme cela peut être le cas sur un site de production. Mais cet effort est nécessaire. Le Fonds national de modernisation et de développement de l'apprentissage pourrait y contribuer, car il ne consomme pas la totalité des 450 millions d'euros annuels collectés à son profit sous forme de taxe ; des ressources pourraient aussi être trouvées dans les budgets des régions qui n'utilisent pas entièrement les sommes que leur verse ce fonds.

Enfin, concernant les particuliers employeurs, il conviendrait de favoriser un cadre d'emploi qui ait les qualités de l'emploi salarié. La démarche naturelle est de faire passer les personnes vers des emplois salariés au sein d'une association ou d'une entreprise. Mais proposer, comme l'a fait un réseau associatif d'aide à domicile qui connaît actuellement de grosses difficultés financières, des modalités d'emploi consistant à forfaitiser les salariés, tout en leur garantissant un périmètre d'action, conduit à des situations qui ne sont pas viables. Il faut donc partir du modèle le plus précaire, qui est celui du particulier employeur, et le consolider. La création des centres de ressource s'inscrit dans cet objectif.

Le problème est le recours aux contrats de mandat par lequel l'employeur particulier confie des tâches à un organisme tiers. Cette procédure peut constituer une aubaine pour les associations qui, pour économiser des charges, font passer leurs salariés en mode mandataire. La personne âgée se retrouve ainsi employeur sans le savoir ; les enfants ne comprennent pas comment leurs parents se sont mis dans une telle situation ; enfin, cette procédure est source de nombreux contentieux.

La Fédération des particuliers employeurs propose la mise en place d'un système de mandataire d'ordre public. Les centres de ressource départementaux, analogues à des coopératives, régleraient les problèmes de droit du travail, de droit à la formation et de validation des acquis de l'expérience ; ils aideraient l'employeur mais aussi le contrôleraient.

Cette intervention publique aura un coût. L'ANS a lancé une expérimentation sur la base d'un budget de 20 millions d'euros dans cinq départements cette année, dont celui de La Réunion, et dans dix l'an prochain.

Pour financer la généralisation de ce dispositif, on peut imaginer une diminution légère du plafond des dépenses ouvrant droit à l'avantage fiscal sur l'aide à domicile ; l'abaisser à 10 000 ou à 12 000 euros, selon le nombre d'enfants, dégagerait un rendement fiscal qu'on peut estimer à 400 millions d'euros.

Je rappelle aussi que l'État, par le biais des exonérations de charges, de l'avantage fiscal et des crédits d'intervention, consacre 4 milliards d'euros à ce secteur ; une telle somme peut être ventilée autrement.

L'ensemble de ces réformes est réalisable à législation constante.

Mme la présidente Marie-Jo Zimmermann. Je vous remercie de ces explications qui nous auront beaucoup appris.

La séance est levée à quinze heures quinze.