



LE FINANCEMENT DES POLITIQUES DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE
(Art. 33 LFSS 2021)
« Une utopie atteignable »

« La vie politique démocratique deviendrait lettre morte sans l'utopie, c'est-à-dire à la fois si n'existait plus une capacité de se projeter dans l'avenir ou de l'imaginer, comme figure d'un désir. »

Paul Ricoeur
in Recueil de plusieurs textes *Philosophie, éthique et politique*, Paris, Seuil, 2017

Mars 2021



LE FINANCEMENT DES POLITIQUES DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE
(Art. 33 LFSS 2021)
« Une utopie atteignable »

AVIS ET RECOMMANDATIONS : LES ORIENTATIONS DU CONSEIL

Nota : ce document d'orientations porte l'avis et les recommandations du conseil de la CNSA. Ce cadre de référence structure la poursuite des travaux du conseil engagés pour l'élaboration du rapport Financement. Le premier rapport qui a permis l'élaboration de ce document est annexé au présent avis.

L'article 33 de la LFSS 2021 dispose qu'à l'issue d'une concertation associant l'ensemble des parties prenantes qui le composent ainsi que des représentants des usagers de la politique de l'autonomie et des professionnels de l'autonomie, le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie formule un avis et des recommandations sur les pistes de financement de la politique de soutien à l'autonomie.

L'enjeu du financement de la politique de l'autonomie est majeur. Ne pas y répondre, c'est exposer tout notre système de protection sociale et nos politiques publiques aux conséquences du vieillissement, alors que nous devons accompagner la société de la longévité.

Que nous décidions ou non de faire évoluer les ressources de la protection sociale, **la longévité et les besoins non satisfaits de la politique du handicap emporteront de lourdes conséquences financières** : accroissement des charges pour de nombreuses politiques publiques comme pour la sécurité sociale - branche autonomie mais aussi à l'hôpital et en ville,

et ce, dans des conditions très difficiles¹, pour nos concitoyens, personnes accompagnées, familles et professionnels concernés.

Financer la politique publique de l'autonomie comme un investissement d'avenir se révèle indispensable pour donner un sens à la promesse de la protection sociale contemporaine portée par la cinquième branche.

====*====

Le rapport du conseil de la CNSA définit un système et une trajectoire de financement 2022-2030 pour l'amplification, l'adaptation et la transformation de nos réponses pour la vie autonome. C'est une condition de la pleine citoyenneté de chacun quels que soient son âge, sa situation de handicap ou de santé.

C'est le sens de l'approche domiciliaire.

L'évolution domiciliaire ne saurait constituer une alternative *low cost*. Elle appelle des financements accrus, pérennes, prévisibles en même temps que soutenables et acceptables par nos concitoyens.

Ces financements doivent être affectés :

- A la production des biens et des services nécessaires à la vie autonome de nos concitoyens : cela suppose notamment un rythme pluriannuel soutenu de création d'emplois ;
- Au rattrapage et à la valorisation des salaires et des rémunérations des professionnels, en priorité dans le champ du domicile, en incluant le rattrapage pour tous ceux qui n'ont pas bénéficié des mesures Ségur ;
- À la revalorisation des métiers et à la formation des professionnels ;
- Au fonctionnement des modèles d'accompagnement : conception, data, accessibilité (design de l'usage), coordination, évaluation ;
- Aux infrastructures de production de services et d'hébergement adapté ou spécialisé ;
- Au maintien des niveaux de ressources des personnes bénéficiaires ;
- À l'information, à la communication et à la simplicité d'accès et d'usage du modèle par ses bénéficiaires ;
- Au pilotage et au fonctionnement de la branche.

4 orientations principales structurent le système de financement élaboré par les parties prenantes :

- **La prise en compte de « l'effet de la longévité »** c'est-à-dire de l'augmentation du nombre de personnes âgées d'ici à 2030.

Selon la DREES, le nombre de personnes âgées, au sein des bénéficiaires de l'APA, **connaîtrait une progression de l'ordre de 20 000 personnes supplémentaires par an jusqu'en 2030, mais accélérerait fortement à près de 30**

¹ Répercussions sur leur état de santé (physique et psychique) et leur situation économique.

000 personnes par an entre 2030 et 2040, du fait de l'arrivée en âge avancé des premières générations du baby-boom, soit de 1 287 000 personnes en 2015 à 1 594 000 en 2030 et 2 043 000 en 2050.

- **L'amélioration du système existant** c'est-à-dire **l'extension des dispositifs** (places, financement des parcours), le **financement des besoins non pris en compte ou non satisfaits** (extension de la PCH aux publics qui aujourd'hui n'en bénéficient pas), la **suppression des barrières d'âge** entre personnes de moins ou de plus de 60 ans, notamment.
- **La transformation du modèle :**

Dans le sens de *l'approche domiciliaire*², pour faire en sorte que les personnes, quels que soient leur âge ou leur situation de handicap, vivent « chez elles » partout, grâce à des « services domiciliaires » repensés et soutenus, à domicile, dans des formes innovantes d'habitat, en établissements « domiciliaires ».

Les parties prenantes insistent par ailleurs sur la nécessité de prendre en compte l'ensemble du champ médico-social, dans le soutien à l'investissement initié par le Segur de la santé. Ces moyens doivent être un levier permettant de soutenir l'offre de demain, que ce soit en établissement, en habitat intermédiaire ou au domicile d'origine.

- **La mobilisation et la coordination des différentes politiques publiques de protection sociale et territoriales, selon des modalités de pilotage profondément redéfinies.**

Le présent rapport traite du besoin de financement de la politique de l'autonomie, projeté à 2030, pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Les parties prenantes du conseil de la CNSA le définissent à partir des rapports Libault, HCFEA, El Khomri, Vachey et Collectif Handicaps. Elles l'enrichissent des données dont elles disposent concernant les attentes des personnes, des familles, des aidants, des professionnels et l'expression citoyenne des personnes aidées. Ce besoin de financement correspond, selon les rapports précités, à un ordre de grandeur projeté à 2030 d'environ 20Mds € (PA et PH).

A- Le système de financement pour l'autonomie : structure et pilotage

Il se fonde sur **les principes qui sous-tendent nos institutions de sécurité sociale** et sur l'esprit des lois et textes qui régissent notre modèle :

Il répond à 3 enjeux :

- ➔ **Mobiliser toutes les politiques publiques pour l'autonomie ;**
- ➔ **Mobiliser les branches de protection sociale ;**

² Chapitre prospectif « Chez soi, l'approche domiciliaire » – Conseil de la CNSA 2019

→ Assurer le financement de la branche Autonomie à horizon 2030.

<p>TOUTES LES POLITIQUES PUBLIQUES</p> <p>Toutes les politiques publiques concourent au soutien de la vie autonome par la mise en cohérence de leurs modes de pilotage, d'intervention et d'évaluation.</p> <p>Rapport Chapitre IV. I II III</p>	<ul style="list-style-type: none"> → AGENDA AUTONOMIE 2030 → LOI DE PROGRAMMATION PLURIANNUELLE → BUDGET AUTONOMIE DE LA NATION → EVALUATION 360° de l'impact des politiques publiques sur l'Autonomie (modèle I4CE) → PILOTAGE TERRITORIAL PARTAGÉ DE L'AGENDA AUTONOMIE 2030 : agendas / outils de planification, méthode, modes de régulation et de contrôle partagés ; → LES CONFÉRENCES TERRITORIALES DE L'ACTION PUBLIQUE (CTAP) deviennent le lieu de conception et de suivi des volets territoriaux de l'agenda Autonomie 2030
<p>TOUTES LES BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</p> <p>Toutes les politiques de protection sociale s'engagent pour l'autonomie</p> <p>La sécurité sociale pilote en cohérence selon une approche d'efficience, les périmètres et entités de l'interbranche. Elle prévient les risques systémiques au sein de la branche.</p> <p>Rapport Chapitre IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> → RENFORCER LA DÉMOCRATIE PAR LE DÉBAT PARLEMENTAIRE : la place de l'autonomie dans la LFSS → APPRÉHENDER LE PÉRIMÈTRE DE L'AUTONOMIE : annexe 10 → IDENTIFIER POUR CHAQUE BRANCHE SA CONTRIBUTION À L'AUTONOMIE → ÉVALUER ET PILOTER L'EFFORT DE CHAQUE BRANCHE pour l'AUTONOMIE : orientation en ce sens des travaux des différents Hauts conseils, du HCFIPS³, suivi spécifique dans le cadre de la COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
<p>LE FINANCEMENT DE LA BRANCHE AUTONOMIE -HORIZON 2030 -</p> <p>La branche autonomie est pleinement efficiente en 2030. Elle est en mesure de faire face au pic démographique des décennies 2040 et 2050.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → PAR LA SOLIDARITÉ NATIONALE POUR L'AUTONOMIE • CRÉATION d'un compartiment de CSG, « CSGA » : fraction additionnelle de 0,28 pts de CSG AFFECTÉE à la politique de l'autonomie – Ressource additionnelle de la branche

³ Créé en 2012, le Haut conseil du financement de la protection sociale -HCFIPS- est chargé d'établir un état des lieux du système de financement de la protection sociale et de formuler des propositions d'évolution. Il peut, en outre, être saisi de toute question par le Premier ministre, le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministre chargé de l'économie.

<p>Elle est financée par la solidarité nationale pour l'autonomie.</p> <p>Chaque personne contribue aux dépenses de sa vie quotidienne.</p> <p>Elle pilote la transition domiciliaire de tous les établissements et services.</p> <p>Elle garantit la juste affectation de ses ressources.</p> <p>Elle contribue avec les autres branches de sécurité sociale au pilotage de l'effort national (annexe 10) et au pilotage de la solidarité territoriale pour l'autonomie des départements, notamment pour ce qui concerne l'APA et la PCH.</p> <p>Elle pilote et garantit la juste affectation des investissements pour la vie autonomie et la transition domiciliaire.</p> <p>Elle soutient le libre choix des personnes en matière d'accompagnement selon leurs aspirations, leurs préférences et leurs besoins</p> <p>Elle évalue par la preuve la politique de l'autonomie</p> <p>Rapport Chapitre IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> • INSTAURATION D'UNE GESTION PRUDENTIELLE DES RÉSERVES – ACOSS (répartition provisionnée) • PILOTAGE DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE POUR L'AUTONOMIE PAR LA BRANCHE • PILOTAGE ET MOBILISATION DE LA SOLIDARITÉ TERRITORIALE : <ul style="list-style-type: none"> ○ CONTRACTUALISATION « CPOM territoriaux » entre la BRANCHE AUTONOMIE et les DÉPARTEMENTS ○ PILOTAGE TERRITORIAL PARTAGÉ (PLFSS, annexe 10, solidarité territoriale) : agendas / outils de planification, méthode, modes de régulation et de contrôle partagés (comité exécutif territorial) ○ CONTRÔLE ET ÉVALUATION PAR LA BRANCHE DES CPOM TERRITORIAUX ○ PILOTAGE DE LA SOLIDARITÉ TERRITORIALE POUR L'AUTONOMIE (Les financements affectés - concours de la branche et financements du Conseil départemental- sont pilotés par la Conférence départementale pour l'Autonomie (missions, composition et fonctionnement selon le modèle du conseil de la CNSA). <p>Rapport Chapitre IV.III</p> <p>➔ PAR LA CONTRIBUTION INDIVIDUELLE À LA VIE QUOTIDIENNE</p> <ul style="list-style-type: none"> • SUPPRESSION DE LA NOTION DE RESTE À CHARGE • PLAFONNEMENT proportionné aux revenus HORS MINIMA SOCIAUX.
<p>LES FINANCEURS SUPPLÉMENTAIRES</p> <p>Hors du champ de la branche, Hors solidarité nationale, ils s'inscrivent dans les enjeux de la société de la longévité et de l'autonomie des personnes. C'est le cas en particulier des groupes mutualistes et paritaires au sein des conférences de l'autonomie.</p> <p>Rapport Chapitre IV</p>	<p>➔ La branche assurera le pilotage de l'effort des financeurs supplémentaires pour la vie autonome des personnes âgées ou en situation de handicap dans le respect des principes de l'Autonomie au sein des conférences territoriales de l'autonomie.</p>

B- La trajectoire de financement

Ces projections de la montée en charge des financements à l'horizon 2030, sont **indicatives**. Elles sont construites selon deux hypothèses qui tiennent compte **des mesures nouvelles à financer, des besoins préalablement identifiés par les parties prenantes**, des mesures et effets d'efficience liés au **renforcement des capacités de pilotage du système de financement** à chacun des niveaux.

- La première avec **les recettes CSGA**, recettes additionnelles (*hors gains sur le patrimoine*) ;
- La seconde avec des recettes de CSGA à assiette élargie (**patrimoine**) et de ce fait une progression un peu plus rapide que celle du PIB en valeur.

Les parties prenantes n'ont pas privilégié l'une ou l'autre de ces hypothèses⁴.

Les parties prenantes considèrent qu'une décision d'éloignement de l'horizon de l'apurement de la dette sociale (2033) - hors nouvelle décision de transferts de la dette à la CADES - aurait pour effet de mobiliser plus longtemps des ressources sociales même si elles devaient être d'un moindre niveau.

Le conseil retient une hypothèse de **CSG Autonomie supplémentaire d'un niveau modéré** afin de limiter l'incidence de cette mesure sur les prélèvements obligatoires (52 € par an soit 4,35 €/par mois/ salaire au niveau du SMIC).

La proposition du rapport Vachey d'un « *alignement du taux normal de CSG des retraités sur celui des actifs* » **n'est pas partagée par l'ensemble des parties prenantes ; elle n'est donc pas retenue dans la construction du système de financement et dans les différentes projections.**⁵

⁴ Cette question fera l'objet des travaux de suite du Conseil de la CNSA

Alternative 1 :

	en 2022	en 2023	en 2024	en 2025	en 2026	en 2027	en 2028	en 2029	en 2030
équilibre prévisionnel Branche autonomie recettes acquises	- 0,4	- 0,5	2,3	2,8	3,4	3,9	4,5	5,1	5,8
Loi 7 août 2020 0,15 pt CSG CADES			2,3	2,4	2,4	2,5	2,6	2,7	2,8
CSGA 0,28pts (hors produit)		4	4,1	4,3	4,4	4,5	4,7	4,8	5,0
Agenda autonomie		0,2	0,5	1	1,5	2	2,5	2,75	3
Total	- 0,4	3,7	9,3	10,5	11,7	13,0	14,3	15,4	16,5

Branche Autonomie	en 2022	en 2023	en 2024	en 2025	en 2026	en 2027	en 2028	en 2029	en 2030
La branche hors longévité et handicap	32,2	33,2	36,6	37,8	39,0	40,2	41,5	42,8	44,2
La branche avec longévité et handicap	31,6	37,2	40,7	43,0	44,9	46,8	48,7	50,4	52,2
LFSS annexe B	0,9 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %

Alternative 2 :

	en 2022	en 2023	en 2024	en 2025	en 2026	en 2027	en 2028	en 2029	en 2030
équilibre prévisionnel Branche autonomie recettes acquises	- 0,4	- 0,5	2,3	2,8	3,4	3,9	4,5	5,1	5,8
Loi 7 août 2020 0,15 pt CSG CADES			2,3	2,4	2,4	2,5	2,6	2,7	2,8
CSGA 0,28Pts (avec produit patrimoine)		4,3	4,5	4,7	4,8	5,0	5,2	5,4	5,7
Agenda autonomie		0,2	0,5	1	1,5	2	2,5	2,75	3
Total	- 0,4	4,0	9,6	10,9	12,2	13,5	14,9	16,0	17,2

Branche Autonomie	en 2022	en 2023	en 2024	en 2025	en 2026	en 2027	en 2028	en 2029	en 2030
La branche hors longévité et handicap	32,2	33,2	36,6	37,8	39,0	40,2	41,5	42,8	44,2
La branche avec longévité et handicap	31,6	37,5	41,1	43,4	45,3	47,2	49,2	51,0	52,9
LFSS annexe B	0,9 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %

Ces éléments ont vocation à permettre la projection d'une trajectoire réaliste selon l'approche du **système de financement portée dans le présent rapport**. Ils feront l'objet d'un examen approfondi à partir de scénarii et de projections argumentées dans le cadre des travaux qui seront menés par les commissions spéciales du conseil de la CNSA⁶.

C-Poursuite des travaux du Conseil de la CNSA

Les parties prenantes ont défini la structure, les ressources et les modalités de pilotage du système de financement de la politique de soutien à l'autonomie à horizon 2030.

Il s'agit d'un cadre de référence, portant avis et orientation pour un financement des politiques pour l'autonomie accru, pérenne, prévisible en même temps que soutenable et acceptable par nos concitoyens.

Ce cadre de référence et d'orientation structure, pour l'année à venir, la feuille de travail que le conseil doit accomplir pour parachever l'édification de la Branche, nouvelle institution de la Sécurité sociale. Il oriente la poursuite de ses travaux engagés sur le financement des politiques de soutien à l'autonomie.

À cet effet, des commissions spéciales seront constituées et soumises à l'approbation du conseil lors de sa prochaine séance du jeudi 22 avril 2021.

⁶ Voir ci-dessous : C- Poursuite des travaux du conseil de la CNSA

Financer la politique de soutien à l'autonomie

« une utopie atteignable »

Sommaire

INTRODUCTION	11
Préambule	15
L'article 33 de la LFSS pour 2021	15
A - La commande	15
B - Le rapport de Laurent Vachey : « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement, Septembre 2020 »	15
I. La promesse de l'autonomie	19
A. L'autonomie	19
B. La promesse de la 5^{ème} branche Autonomie	21
C. La spécificité de la branche autonomie	25
II. La politique de l'autonomie au cœur de la sécurité sociale	28
A. L'ambition de l'autonomie au sein de notre système de protection sociale	28
A. Universel, obligatoire et solidaire	31
B. L'autonomie : face aux risques contemporains.....	33
C. Le pacte républicain	33
D. Si l'autonomie est désormais pleinement au cœur de la sécurité sociale, toutes les politiques publiques doivent lui apporter leur contribution.	34
E. Dette sociale et dette publique.....	35
F. Les relations financières de l'État et de la sécurité sociale	36
III. Le contexte macro-économique pour aborder la question du financement d'une politique de protection sociale	37
IV. Le financement de la politique de l'autonomie	50
I. Financer	51
A. <i>Que s'agit-il de financer ?</i>	51
B. <i>Combien s'agit-il de financer ?</i>	52
II. Financer comment : pour un système de financement	64
A. <i>Définition : qu'est-ce qu'un système de financement ?</i>	64
B. <i>Les principes régissant le système de financement</i>	67
C. <i>Structurer le système</i>	68
III. Piloter un système de financement	87
A. <i>Quels principes pour le pilotage de toutes les entités et les niveaux des politiques de soutien à l'autonomie ?</i>	89
B. <i>Piloter, selon une approche globale, cohérente mais différenciée, toutes les composantes du système de financement des politiques de soutien à l'autonomie</i>	90
C. <i>Piloter chacune des entités, chaque périmètre du système de financement</i>	94
D. <i>Pilotage partagé dans les territoires</i>	99
Annexes	107
Contributions complémentaires des membres du conseil de la CNSA	114

Financer la politique de soutien à l'autonomie

« Une utopie atteignable »

INTRODUCTION

La création de la 5^{ème} branche Autonomie porte une promesse nouvelle au cœur de la sécurité sociale : celle d'une vie autonome et pleinement citoyenne pour les personnes qui avancent en âge ou sont en situation de handicap.

L'ambition de l'autonomie poursuit le grand dessein du Programme du Conseil National de la Résistance, dans la droite ligne des réformes contemporaines des politiques publiques et de protection sociale⁷ : « un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État »⁸.

On mesure bien, en se référant au texte même du Programme des fondateurs, le chemin parcouru pour l'universalité des droits à la sécurité sociale, qui ne sont plus exclusivement conditionnés par le travail, mais sont désormais fondés sur la qualité de citoyen ou de résident sur le territoire national.

====

*

Le conseil de la CNSA se définit comme la réunion des parties prenantes qui concourent à la politique de l'autonomie⁹. Il réunit ainsi des associations œuvrant au niveau national en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, des représentants des conseils départementaux, des représentants des organisations syndicales nationales représentatives de salariés¹⁰, des représentants désignés par les organisations professionnelles nationales représentatives d'employeurs et des représentants d'institutions choisis en raison de leur qualification dans le champ de l'autonomie.

⁷ 2002, 2004, 2005, 2015, 2020

⁸ Programme d'action du Conseil National de la Résistance, également baptisé « Les jours heureux », adopté le 15 mars 1944

⁹ Article L14-10-3, modifié par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 70, modifié par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 71

¹⁰ Au sens de l'article L133-2 du Code du travail

Dans ses différents travaux prospectifs¹¹, le conseil a proposé une contribution à la définition des enjeux contemporains de la politique de l'autonomie. Le présent rapport s'en trouve sous-tendu :

- **Égalité des droits et des chances** tout au long de la vie
- **Convergence¹² des politiques** à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, visant en particulier à faire disparaître les barrières d'âge
- **Modèle domiciliaire** d'accompagnement des personnes¹³
- **Nécessité d'un élargissement du périmètre traditionnel de la protection sociale à l'ensemble des politiques publiques concernées** : cohésion des territoires, logement, économie pour apporter un soutien au secteur médico-social et mobiliser une large capacité d'investissement, sans omettre le sous-jacent qu'est le numérique, afin d'accompagner la transformation de nos réponses, offre de services et métiers ;
- **Représentation des personnes, les « intéressés¹⁴ », dans la gouvernance de la branche par l'association de l'ensemble des parties prenantes** au niveau national et territorial ;
- Investissement dans **des modalités de pilotage moderne**, - animation, accompagnement, évaluation et contrôle **au niveau national** et **pilotage partagé** au **niveau territorial** associant Président du conseil départemental, Préfet, Directeur général de l'Agence Régionale de Santé et CNSA¹⁵ et mise en place de *conférences pour l'autonomie*¹⁶.

Le rapport du conseil de la CNSA voulu par les Assemblées parlementaires se fonde par ailleurs sur les différents rapports et contributions de Bertrand Fragonard¹⁷, de Dominique Libault¹⁸, de Myriam El Khomri¹⁹, d'Audrey Dufeu-Schubert²⁰, de Denis Piveteau et Jacques Wolfrom²¹, de Laurent Vachey²² et du Collectif Handicaps²³.

====
*

¹¹ Chapitres prospectifs 2018-2020 : « Pour une société inclusive, ouverte à tous » (2018), « Chez-soi : l'approche domiciliaire » (2019), « Le financement des politiques de l'autonomie » (2020)

¹² Chapitre prospectif « Chez-soi : l'approche domiciliaire » (2019)

¹³ Chapitre prospectif « Chez-soi : l'approche domiciliaire » (2019)

¹⁴ Programme d'action du Conseil National de la Résistance, également baptisé « Les jours heureux », adopté le 15 mars 1944

¹⁵ Les parties prenantes préconisent que ce comité exécutif territorial soit élargi à d'autres représentants de l'État (rectorat, DIRRECTE) et des collectivités territoriales.

¹⁶ Conférence pour l'Autonomie : une instance de gouvernance par l'association des parties prenantes - sur le modèle des conférences pour l'autonomie dans les territoires (une déclinaison territoriale de l'organisation et du fonctionnement du conseil de la CNSA)

¹⁷ « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées – rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance », remis le 21 juin 2011

¹⁸ « Rapport de la concertation Grand âge et autonomie », remis le 28 mars 2019

¹⁹ « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge, 2020-2024 », remis le 29 octobre 2019

²⁰ « Réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme », remis le 16 décembre 2019

²¹ « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous ! », remis le 26 juin 2020

²² « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement », remis le 14 septembre 2020 pour faire suite à la loi n°2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie

²³ « Le financement public des besoins des personnes en situation de handicap », 2 décembre 2020 LISA

L'ambition de l'autonomie pour tous ne saurait rester au rang des utopies ! Portée de longue date au conseil de la CNSA, elle est apparue comme une impérieuse nécessité lors de la longue crise pandémique que traverse notre pays.

Les grands rendez-vous de l'autonomie pour la société française s'annoncent déjà, par de nombreuses tensions qui pèsent dès à présent sur nos équilibres sociétaux, sociaux et économiques.

On les mesure dans les comptes de la sécurité sociale, dont les ressources et les dépenses subissent un double effet de stress : la restriction structurelle de la population en emploi²⁴ diminue les recettes, quand les conséquences conjoncturelles de la pandémie COVID-19²⁵ et structurelles de la longévité et la politique du handicap nécessitent l'accroissement de ses dépenses.

On les mesure aussi dans la situation même des personnes : celles qui n'accèdent pas ou pas pleinement au droit à compensation, celles qui sont sans solution ou qui subissent un haut niveau de *reste à charge* en établissement et de surcroît inégal selon les territoires, ainsi que dans les attentes des professionnels, qui aspirent légitimement à la reconnaissance de leur contribution dans un cadre professionnel approprié et valorisant.

Dans le même temps, les collectivités territoriales, cheffes de file de l'action sociale²⁶ et garantes de la proximité dans la mise en œuvre des politiques de solidarité, connaissent elles-mêmes des tensions liées au niveau de leurs ressources²⁷ et au dynamisme de leurs dépenses²⁸, selon leurs déterminants économiques et sociaux et selon la sévérité de la crise pandémique qu'elles ont à affronter. Ces tensions ne sauraient se traduire par des pertes de chances pour nos concitoyens et pour les professionnels de l'autonomie.

Que nous décidions ou non, collectivement, de faire évoluer les ressources de la protection sociale, la longévité et les besoins non satisfaits de la politique du handicap emporteront de lourdes conséquences : un accroissement des charges pour de nombreuses politiques publiques comme pour la sécurité sociale – pour la branche autonomie mais aussi à l'hôpital et en ville, et ce, dans des conditions très difficiles²⁹, pour nos concitoyens, personnes accompagnées, familles et professionnels concernés.

Financer la politique publique de l'autonomie comme un investissement d'avenir se révèle indispensable pour donner un sens à la promesse de la protection sociale contemporaine portée par la cinquième branche.

===

²⁴ Conseil d'orientation des retraites, « Retraites et Covid-19 : point de situation », 11 juin 2020

²⁵ LISA, « Traitement de la dette sociale Covid-19 : l'urgence des choix politiques », 23 mai 2020

²⁶ Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, également connue en tant que Loi NOTRe.

²⁷ Réforme de la fiscalité locale et du niveau des dotations de l'État aux collectivités locales

²⁸ RSA, APA, ASH, PCH, fonctionnement des MDPH...

²⁹ Répercussions sur leur état de santé (physique et psychique) et leur situation économique.

*

Trois grandes préoccupations doivent, selon nous, dès à présent mobiliser les pouvoirs publics afin de tenir la promesse de la politique de l'autonomie et celle de la branche et d'être au double rendez-vous du *quotidien* et de 2030 : financement, gouvernance et pilotage.

Le rapport du conseil de la CNSA, « *une utopie atteignable* », prend en compte l'ambition de l'autonomie. Il s'inscrit dans les principes fondateurs de la sécurité sociale pour en suggérer une interprétation contemporaine, il affronte le cadre de contraintes que la crise fait peser sur les équilibres de la protection sociale, il identifie enfin des modalités de dépassement pour assurer un financement pérenne de cette politique confrontée à l'impératif de transformation du modèle d'accompagnement des personnes qui avancent en âge ou sont en situation de handicap.

La sécurité sociale se construit dans le temps long de l'Institution ; elle évolue du fait de crises qui font surgir ou qui révèlent de nouvelles priorités aux yeux de nos concitoyens. On peut dire à cet égard que la crise sociale qui a frappé notre pays à partir de 2018 a mis en lumière de fortes attentes dans les établissements et dans le secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile. Ces tensions sociales ont eu pour conséquences la mise en question de notre système d'accompagnement pour l'autonomie. Quant à la pandémie COVID-19, elle a révélé que notre modèle ne correspondait plus aux aspirations de nos concitoyens. Les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ont en effet payé et continuent de payer un lourd tribut à la crise : celui d'un isolement et d'une perte de chance inacceptables.

===

*

Les parties prenantes, par la **méthode qu'elles privilégient dans le cadre des travaux prospectifs du conseil**, se sont attachées à réaliser une large concertation et à mettre en évidence un « commun » qui n'exclut évidemment ni leurs points de divergence ni leur sensibilité propre. L'avis du conseil présenté dans ce rapport porte donc sur ce « commun ».

Le conseil de la CNSA mesure la difficulté de sa tâche.

Ses parties prenantes ont inscrit le présent rapport au Parlement dans **une perspective politique et opérationnelle** : elles s'y attachent à identifier des modalités de financement pérennes, acceptables, réalistes et soutenables, en même temps qu'ambitieuses, volontaristes et fondées sur des principes partagés.

Elles sont pleinement conscientes du fait que la crise pandémique a bousculé l'agenda des politiques publiques. Elles se sont donc accordées sur le choix d'adopter, pour cet avis et recommandations, une ligne résolument optimiste, résiliente et réaliste.

Les parties prenantes du conseil de la CNSA, en définissant, dans le rapport mentionné à l'article 33 de la LFSS 2021, les moyens de financement de la politique de l'autonomie, soutiennent le paradoxe d'une *utopie atteignable* : financer de façon pérenne l'autonomie quels que soient l'âge, la situation de handicap ou de santé dans le contexte des risques

contemporains. Ce nouveau paradigme s'ancre dans la volonté partagée d'une société plus inclusive par la construction d'un nouveau modèle de solidarité universel.

Préambule

L'article 33 de la LFSS pour 2021

A - La commande

« Sur la base du rapport réalisé en application du III de l'article 5 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, et à l'issue d'une concertation associant l'ensemble des parties prenantes qui le composent ainsi que des représentants des usagers de la politique de l'autonomie et des professionnels de l'autonomie, le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie formule un avis et des recommandations sur les pistes de financement de la politique de soutien à l'autonomie. (...) »

B - Le rapport de Laurent Vachey : « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement, Septembre 2020 »

Dans son rapport de septembre 2020, Laurent Vachey fixe l'objectif de financement à atteindre à **1 Md€ dès 2021 et 3 à 5 Md€ à 2024**, horizon qui lui a été fixé pour sa contribution, à travers 5 sources principales :

- ❖ Des transferts
- ❖ Des mesures d'économies
- ❖ La réduction de certaines niches sociales et fiscales
- ❖ Les financements privés
- ❖ Les prélèvements obligatoires.³⁰

a. Les transferts

Laurent Vachey identifie une liste de transferts programmés ou envisageables :

- Transfert **des versements prévus du FRR à la CADES** pour financer la rénovation des EHPAD : **420 M€ par an de 2021 à 2025**
- Réaffectation à la Cinquième branche de **la part de taxe sur les contrats d'assurance alloués à Action Logement (300M €)** et abaissement de 0,10% du taux de

³⁰ Rapport Vachey

participation des employeurs de plus de 50 salariés à l'effort de construction, grâce à la création d'un **prélèvement pour l'autonomie équivalent (400 M€)**

- Transfert de **150M €** de la **branche famille** vers la branche autonomie en 2024.

b. Les mesures d'économie

De même pour ce qui concerne les mesures d'économie, il avance deux postes principaux d'efficience.

- Si **l'AAH** est incluse dans le périmètre de la CNSA, on peut viser un objectif d'économie tendancielle de **400 M€ d'ici à 2024** (mieux maîtriser le processus d'attribution de l'AAH2, en limitant le risque de transfert depuis le RSA).
- Concernant **l'APA**, une économie globale de **440 M€** au bénéfice des départements est possible (changement des règles de calcul, recours systématisé à la télégestion pour les services d'aide à domicile).

c. La réduction de certaines niches fiscales et sociales

Un autre axe de ressources est abordé par le rapport Vachey : la suppression ou la réduction de niches fiscales

- Suppression de **l'exonération totale de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile** du seul fait de l'âge : **180 M€**
- Abaissement de 12 000 à 6 000 € du plafonnement de droit commun du **crédit d'impôt au titre de l'emploi d'une personne à domicile** (en conservant les majorations existantes pour les personnes âgées et en situation de handicap) : **400 M€**
- Abaissement de 10 000 à 5000 € du plafond de la **réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement** (objectif : meilleur équilibre des taux d'aides en fonction des revenus) : **110 M€**.

Les parties prenantes soulignent la nécessité d'aborder la question des niches fiscales avec le plus grand souci de cohérence, par la mesure de leurs impacts éventuellement négatifs sur les équilibres du modèle, tout particulièrement dans le champ du domicile.

d. Les financements privés potentiels

Avec prudence, le rapport Vachey aborde également le renforcement des capacités de financement de la « perte d'autonomie » par les bénéficiaires eux-mêmes ainsi que la piste assurantielle.

Il propose une piste innovante : celle d'un *prêt immobilier dépendance*, qui n'interviendrait qu'à partir de l'admission à l'APA et évoluerait en fonction de la situation de la personne.

e. Les prélèvements obligatoires

Enfin, Laurent Vachey énumère les différents types de prélèvements obligatoires qui pourraient, par une évolution de leurs taux ou de leurs modalités d'application, accroître les ressources de la branche pour le financement de la politique de soutien à l'autonomie :

- Une **deuxième journée de solidarité** génèrerait environ 3 Md€ mais avec des effets incertains sur l'économie et sur l'emploi et un effet intergénérationnel ;
- Abaissement de 3,5 à 2,5 SMIC de la **réduction de la cotisation famille : 1,1 Md€ net d'IS** avec une montée en charge sur 2022 et 2023 ;
- L'abaissement du plafonnement de 4 à 1 PASS de **l'abattement de 1,75% sur l'assiette de la CSG-CRDS³¹ au titre des frais professionnels : 150 M€** ;
- **Alignement du taux normal de CSG des retraités (6,6%) sur celui des actifs (8,3%)**, en contrepartie de la suppression de la cotisation maladie de 1% applicable sur la retraite complémentaire et la neutralisation des gains liés à la suppression de cette cotisation pour les pensions assujetties au taux de 6,6% : **780 M€** ;
- Réduction de moitié (de 3 850 à 1 925 € par foyer) du plafond de **l'abattement sur les pensions et retraites pour le calcul de l'impôt sur le revenu : 1,5 Md€** ;
- Application d'une déductibilité de la CSG de l'impôt au taux de 3,8% sur tous les revenus de remplacement : **800 M€** ;
- **Extension de la CSA** aux revenus d'activité des travailleurs indépendants qui bénéficient des prestations comme l'APA à un taux identique à celui des salariés (**250 M€**), aux compléments de salaires aujourd'hui exonérés comme l'épargne salariale (**240 M€**) et aux revenus de remplacement aujourd'hui exonérés comme les indemnités journalières et les allocations chômage (**110 M€**) ;
- Prélèvement accru sur les **transmissions patrimoniales (400-500 M€)** voire création d'une **nouvelle tranche** de 25% pour des transmissions dont la part taxable se situe à mi-chemin des actuelles tranches à 20 et 30% (**200 M€**).

Les parties prenantes soulignent qu'elles ne retiennent pas toutes les pistes de financement identifiées par le rapport Vachey, notamment concernant la suppression de la MTP et son remplacement par la PCH.

Tout l'intérêt du rapport Vachey réside dans l'identification des possibles. En ce sens il constitue une base importante pour la réflexion sur les différentes solutions de financement de la branche et par extension de la politique de l'autonomie. La mission qui lui a été confiée par le gouvernement comportait cependant une commande précise sur « *l'identification des sources de financement à mobiliser prioritairement pour couvrir la réforme du Grand âge à compter de 2021* ». L'horizon et l'objectif de financement assignés à ses travaux sont limités à un cadre de court-moyen terme et n'intègrent que partiellement le phénomène démographique du vieillissement et de l'actualisation des besoins de financement dans le champ du handicap.

³¹ Contribution pour le remboursement de la dette sociale

Par ailleurs, vous serez chargé de piloter les travaux conduisant à l'identification des sources de financement à mobiliser prioritairement pour couvrir la réforme du Grand âge à compter de 2021. S'il appartiendra au Gouvernement de soumettre au Parlement dans la prochaine LFSS une trajectoire pluriannuelle de dépenses pour la nouvelle branche accompagnant les mesures de réforme envisagées, il vous est demandé d'examiner quels pourraient être les leviers à mobiliser pour assurer le financement équilibré d'une enveloppe définie a priori et de façon conventionnelle à 1 Md€ en 2021 et 3 ou 5 Md€ à horizon 2024, étant entendu qu'à compter de cette date et comme indiqué ci-dessus, une partie du besoin sera couvert par la réaffectation à la nouvelle branche de 0,15 point de contribution sociale généralisée (CSG) aujourd'hui perçu par la CADES.

A ce stade, le champ de vos investigations doit pouvoir permettre d'explorer toutes les pistes qui sont dans le débat sans parti pris a priori sur les catégories d'acteurs ou de situations qu'elles pourraient concerner plus particulièrement. Vos propositions ne devront pas procéder à des transferts entre sous-secteurs qui ne seraient pas rendus soutenables pour eux par des économies identifiées. Les solutions mobilisant la plus grande efficacité globale mériteront bien entendu d'être privilégiées.

Conformément aux termes de l'article 33 de la LFSS, le conseil de la CNSA s'attache à explorer les sources de financement identifiées par Laurent Vachey, tout en prenant en compte la commande du Parlement en loi de financement pour 2021, plus vaste, et s'attache, comme elle le dispose, à apporter **un avis et de recommandations**.

I. La promesse de l'autonomie

A. L'autonomie

a. *L'autonomie, une ambition individuelle et collective.*

L'ambition de l'autonomie nous concerne tous. Chacun aspire en effet à la réalisation de soi par l'expression de sa singularité. Le grand dessein d'inscrire l'autonomie au cœur de la sécurité sociale est la promesse faite à chacun, par la protection sociale, qu'il disposera des moyens d'une vie autonome. C'est une condition de la citoyenneté.

Les moyens de la vie autonome relèvent de l'accessibilité à tout pour tous. L'autonomie procède des ressources dont on dispose, de la qualité du logement dans lequel on vit, des soins pour sa santé, de l'accompagnement dans la vie de tous les jours et de la préservation d'un lien social quel que soit l'âge ou la situation de handicap.

L'ambition de l'autonomie concerne notre vivre ensemble. C'est en ce sens qu'il s'agit d'une ambition collective qui sous-tend notre pacte républicain. L'ambition pour l'autonomie arrime chaque citoyen, quel que soit son âge, sa situation sociale, de santé ou de handicap, à la communauté républicaine et prévient les exclusions de la participation sociale et de la citoyenneté.

Il ne saurait y avoir de condition au droit à une vie autonome. Celui-ci se doit d'être universel. Ne pas bénéficier des moyens d'une vie autonome constitue une perte de chance, au sens où elle affecte la citoyenneté même de la personne et contrevient aux textes fondateurs.

b. *L'autonomie, une promesse de reconnaissance de la personne, citoyen à part entière.*

L'autonomie procède de la reconnaissance de la singularité, de la compétence fondamentale, inaliénable et irremplaçable³² de la personne à être un citoyen à part entière, quels que soient

³² Cynthia Fleury, *Les irremplaçables*, 2015

ses modes d'expression, ses préférences et sa situation propre qui ne doit en rien être appréhendée par confrontation à une norme sociale définie.

c. Des droits pour, et non plus seulement des droits à.

Une politique pour l'autonomie donne à chacun, quels que soient son âge, sa situation de handicap ou de santé, les moyens d'exercer pleinement sa citoyenneté. Ce sont ses aspirations et son projet de conduite de sa vie qui guident l'expression des ses attentes et de ses besoins.

En protection sociale, l'autonomie est un droit social à part entière. Il s'agit d'un droit universel à compensation pour l'autonomie, fondé sur la solidarité nationale, qui appelle une réponse personnalisée, ancrée dans le territoire où vit la personne.

Le droit que dispose une politique contemporaine de l'autonomie est d'une essence nouvelle : il s'agit d'un *droit pour* et non plus seulement d'un *droit à*.

Il procède d'une ambition collective et appelle la mobilisation de la société tout entière pour donner à chacun les moyens d'exercer pleinement sa citoyenneté.

Cela conduit à reconsidérer la nature de l'État-providence. Il ne s'agit plus de faire *pour et à la place* des personnes, mais de faire avec. À chacun de choisir son chemin, de construire son projet, d'être auteur et acteur de sa vie, mais en étant soutenu et accompagné.

La publication *La France des valeurs*³³ met en évidence une évolution des aspirations de nos concitoyens : « Le sentiment de bonheur est fortement lié au sentiment de contrôler sa vie. Plus on a le sentiment de maîtriser le déroulement de sa vie et de pouvoir choisir comment on l'oriente, plus on se sent heureux. »

Toutes les politiques publiques sont concernées et concourent à la politique pour l'autonomie.

d. L'autonomie doit être portée par une institution de protection sociale juste.

« Toutes les structures du vivre-ensemble d'une communauté historique, irréductibles aux relations interpersonnelles et pourtant reliées à elles »³⁴. Telle est la définition que Paul Ricoeur donne d'une institution éthique.

L'autonomie procède de l'effort de solidarité de la Nation.

La personne prend toute sa part à la mise en œuvre de l'autonomie : elle mobilise les moyens qui lui sont apportés par le système de protection sociale pour vivre en autonomie et en finance elle-même une large part.

La nation, par la mise en œuvre de politiques publiques cohérentes entre elles, par la mobilisation de financements en intervention et en investissement, finance et produit des

³³ Pierre Bréchon, Frédéric Gonther, Sandrine Astor (dir.), *La France des valeurs. Quarante ans d'évolutions*, de 2019

³⁴ Paul Ricoeur, in « Éthique et morale », *Lectures 1. Autour du politique, 1991*

moyens pour la vie autonome sous forme de biens et de services. Elle les produit dans le cadre d'institutions publiques justes, en ce qu'elles dépassant les relations interpersonnelles pour investir dans ce qui nous lie les uns aux autres au sein de la communauté nationale.

B. La promesse de la 5^{ème} branche Autonomie

Le Conseil de la CNSA s'est attaché à expliciter la promesse de la 5^{ème} branche : « au sein de notre système de protection sociale, fondé sur la solidarité nationale, l'autonomie est un droit universel à compensation pour la vie autonome de chaque citoyen selon ses aspirations, sous forme d'une réponse personnalisée et en prévention quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé et quel que soit le territoire où il vit. »

a. La promesse de la 5^{ème} branche en LFSS pour 2021

Dans la présentation qu'en fait la LFSS pour 2021, la branche porte une promesse sous-tendue par quatre déterminants : l'universalité, la qualité, la transversalité et le débat démocratique, qui garantit l'acceptation de l'effort de son financement par la Nation.

L'expression de ces déterminants renvoie à des améliorations tangibles de notre système de protection sociale pour notamment :

- une meilleure équité territoriale dans l'accès aux droits des personnes ;
- la transformation et l'amélioration de la réponse aux personnes, à leurs proches et le soutien à ceux – professionnels et proches aidants- qui les accompagnent ;
- la convergence de la politique de l'âge et du handicap et la mobilisation de l'ensemble des politiques publique ;
- l'examen annuel de la politique de l'autonomie lors du débat parlementaire sur la Loi de financement de la sécurité sociale et tout particulièrement de son annexe 10.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 décrit, en son article 32, les missions que devra remplir la CNSA chargée de la gestion du risque :

- veiller à l'équilibre financier de la branche,
- piloter et assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées,
- assurer la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations,
- mettre son expertise technique à la disposition des personnes publiques et des professionnels de l'aide à l'autonomie et soutenir le développement de la formation dans ce domaine,
- assurer, notamment en vue de garantir la qualité de service et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie, un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie et aux maisons départementales des personnes handicapées ainsi qu'un rôle

d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées,

- contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage d'une politique de prévention de la « perte d'autonomie » et de lutte contre l'isolement, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants,
- contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie,
- contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, notamment en créant des services numériques et en favorisant la mise en place de guichets uniques au niveau départemental permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leurs parcours ;
- contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie, leurs possibles adaptations territoriales et proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque, en prenant notamment en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives ;
- contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels.

b. Au-delà des dispositions légales, la promesse de la branche se fonde sur l'acceptation de l'autonomie dans le champ de la protection sociale.

Les parties prenantes du conseil de la CNSA se sont attachées à définir cette ambition dans ses différents travaux prospectifs et lui ont consacré un séminaire de travail. Nous en rappelons ici les principales caractéristiques à partir de la contribution directe des parties prenantes.

Promesse de citoyenneté

« La promesse de la 5^{ème} branche est d'abord une promesse de citoyenneté, citoyenneté de tous : donner les moyens à toute personne, quels que soient son lieu de vie, son choix de vie, son handicap, temporaire ou permanent, de pouvoir accéder à la citoyenneté. »³⁵

« La citoyenneté, c'est donner la possibilité aux personnes de participer aux décisions qui les concernent »³⁶

Promesse d'équité et d'égalité des chances

³⁵ Marie-Reine TILLON Présidente de l'UNA, séminaire du conseil – 4 février 2020

³⁶ Céline POULET séminaire du conseil – 4 février 2020

La mise en œuvre de la politique de l'autonomie est contingente du territoire où vivent nos concitoyens. La 5^{ème} branche doit garantir **l'équité** en même temps que **l'égalité des chances**. Elle doit s'attacher à apporter aux personnes des réponses à leurs aspirations, quel que soit le territoire où elles vivent.

« En termes de valeurs, j'ajouterais à l'universalité et la solidarité, l'équité. L'équité territoriale, mais aussi l'équité dans l'accès à l'information et aux droits. »³⁷

« L'égalité des chances est au cœur de notre pacte républicain. [...] La personne est l'évaluateur en dernier ressort de la pertinence de la réponse qui lui est apportée. »

Une promesse d'effectivité

La branche doit incarner rapidement les principes qui sous-tendent sa promesse.

« Si nous voulons être ambitieux à un horizon de 10 ans, si nous voulons embarquer nos concitoyens, si demain la solution était de disposer d'une assurance sociale qui élargirait la base de financement, il est effectivement essentiel que les ayants droits et leur famille en voient la traduction dans leur vie quotidienne »³⁸

« La promesse de la 5^{ème} branche doit être explicitée et partagée avec les personnes concernées par le risque de la perte d'autonomie. »³⁹

« Des concepts très forts ressortent de nos échanges. J'ai noté la cohérence des méthodes, de l'organisation des services publics, mais aussi la transparence afin que les dispositifs soient compréhensibles et accessibles aux personnes. »⁴⁰

La branche s'inscrit dans le temps long de nos institutions de protection sociale. Il lui appartient de garantir l'effectivité, dans la durée, de la promesse de l'autonomie en assurant à la branche des moyens suffisants et prévisibles à court, moyen et long terme, selon une approche résiliente, objective et prudentielle.

« A court terme, un symbole fort alimenterait la confiance des personnes et la cohérence du dispositif »⁴¹.

« Il s'agit de la promesse de mobiliser des moyens, de créer des outils, ou de renforcer ceux existants, afin de répondre au vieillissement de la population et de permettre l'autonomie des personnes handicapées. La promesse de la 5^{ème} branche est donc la promesse d'une politique de grande envergure pour aller vers une démarche d'autonomie. »⁴²

³⁷ Sylvain DENIS séminaire du conseil – 4 février 2020

³⁸ Alain ROCHON séminaire du conseil – 4 février 2020

³⁹ Guénaëlle HAUMESSER séminaire du conseil – 4 février 2020

⁴⁰ Xavier Becker séminaire du conseil – 4 février 2020

⁴¹ Sylvain DENIS séminaire du conseil – 4 février 2020

⁴² Vincent Michel séminaire du conseil – 4 février 2020

« La réflexion du Conseil devra rendre lisible et visible la création de la 5^{ème} branche. Il faut donner à voir pour le citoyen. Personne ne réfléchira à votre place. Il s'agit là de votre responsabilité et vous devez donner à voir au niveau du terrain qu'un changement est en cours. Il prendra un certain temps, mais donner une direction revêt à mon sens une importance plus grande que décrocher une grande loi. »⁴³

Les conditions de la promesse de la branche ⁴⁴

- La confiance

La confiance doit se structurer autour de principes majeurs qui sont depuis toujours au fondement de la Sécurité sociale : l'égalité des chances, de l'accès et l'universalité – le droit est pour tous. En affirmant comme essentielles l'universalité et l'égalité, la branche Autonomie ouvre la voie de la confiance dans le cœur de son public. Elle confirme ainsi qu'elle considère les bénéficiaires comme des citoyens à part entière. De toutes les composantes de la promesse, la confiance est sans doute celle dont il est le plus essentiel de s'acquitter.

- La transparence

Elle est indispensable en matière de financement, et pour ce qui concerne l'attribution des moyens et leur ciblage au plus proche de ceux qui en ont besoin. Les modes de rencontre, d'action ou d'intervention, la capacité à mettre en place les remontées d'information par des dispositifs d'attention permanente sont des éléments clés. Cet objectif nécessite des moyens et des dispositifs à la hauteur des enjeux et des ambitions, ainsi que la capacité de communiquer avec une granularité suffisante et avec régularité. La question de la transparence dépasse le périmètre – qui a vocation à s'élargir – de la CNSA. **Cette exigence s'adresse à l'ensemble des politiques publiques de l'autonomie.**

- L'efficacité

Permettre un effort justement proportionné, mesurer l'atteinte des objectifs et la réalisation de l'exigence sont des éléments déterminants de réussite. Cela implique la construction d'une capacité d'évaluation, d'anticipation, de recherche ainsi que d'indicateurs partagés, indispensables à la mesure de l'efficacité. Plus l'évaluation de l'efficacité est fine, plus l'adaptation des dispositifs doit être permanente. La Sécurité sociale, dans ses trajectoires et son évolution, montre qu'elle n'a jamais cessé d'affiner et de perfectionner ses modes d'action et d'intervention.

- La cohérence

« La construction actuelle de la politique de l'autonomie est à la fois solide, importante et empirique. Elle résulte d'une série d'initiatives entrecroisées, entremêlées et sédimentées dans

⁴³ Contribution d'Antoine Durrlemann - séminaire du conseil – 4 février 2020

⁴⁴ Contribution d'Antoine Durrleman - séminaire du conseil – 4 février 2020

des approches à l'articulation parfois manquantes, mais qui comportent des ruptures manquant parfois d'évidence comme par exemple la barrière d'âge à 60 ans.

La cohérence débouche sur la confiance. La branche Autonomie aura besoin de s'incarner rapidement pour nos concitoyens autour de quelques axes stratégiques forts : le parcours de vie et sa continuité, l'égalité, notamment territoriale. Cette question est majeure pour faire de la nouvelle branche un référent aussi familier que l'Assurance maladie, l'Assurance vieillesse ou la branche Famille. »⁴⁵

- La constance

« L'opiniâtreté, la ténacité, l'engagement, voire l'acharnement, seront indispensables pour que la promesse de la cinquième branche puisse trouver à s'épanouir. Le temps, la patience et la résolution s'avèreront indispensables. Cette constance représente aussi pour toutes les personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie en raison du grand âge un élément déterminant de leur confiance. Elle doit s'incarner dans des politiques publiques porteuses de la garantie d'une vision claire et d'objectifs fixes. Pour être constantes, ces politiques doivent s'appuyer sur une éthique, indispensable à la confiance, et pouvoir proclamer « Nous avançons pour vous », au-delà des nouveaux droits et services, ou de nouveaux financements, car c'est pour « vous », effectivement, que nous avançons avec ténacité. La constance exige de s'investir dans un temps long sans varier de perspective. »⁴⁶

C. La spécificité de la branche autonomie

Les dépenses de protection sociale pour l'autonomie s'élèvent à 70 Md€ (soit de l'ordre de 60% pour les personnes en situation de handicap et 40% pour les personnes âgées).

AVANT

L'autonomie est *un risque* géré à la fois :

- par plusieurs branches du régime général
- hors de la Sécurité Sociale (APA et PCH)

Les dépenses nationales pour l'autonomie sont incluses dans les totaux de l'ONDAM

La gestion du risque par la CNSA est une conséquence de ses missions :

- financement de l'aide à l'autonomie
- apport d'expertise
- information du public
- équité de traitement entre les territoires

⁴⁵ Contribution d'Antoine Durrleman, séminaire du Conseil – 4 février 2020.

⁴⁶ Contribution d'Antoine Durrleman, séminaire du Conseil – 4 février 2020

L'autonomie est *un risque* géré par une branche à part entière de la Sécurité Sociale
 Les dépenses nationales pour l'autonomie sont débattues au Parlement :

- pour la branche via l'adoption de la Loi de financement de la sécurité sociale
- pour l'effort national pour l'autonomie, via une annexe dédiée.

La gestion du risque est une responsabilité légale de la CNSA, qui doit mesurer et évaluer les risques.

La branche doit garantir la juste affectation et répartition des financements de l'État affectés à la Branche Autonomie (PLFSS). Pour le conseil, elle pilote également la mise en cohérence des financements de l'effort national pour l'autonomie (annexe 10) et de l'effort des départements pour l'autonomie, notamment pour ce qui concerne l'APA et la PCH. Il s'agit de garantir les promesses portées par la 5^{ème} branche, notamment le principe d'égalité des chances pour tous et partout.

BRANCHES MALADIE, VIEILLESSE, FAMILLE

Responsabilité principale : répondre à l'insécurité économique causée par les risques de la vie

Risques clairement définis, couverts universellement par la branche

Branches principalement pilotées par le Ministère de la Santé

Gouvernance paritaire par les partenaires sociaux, avec représentants de l'Etat (30-35 membres)

Réseau structuré en caisses pilotées par une caisse primaire/nationale

Des prestations essentiellement monétaires et forfaitisées

BRANCHE AUTONOMIE

Responsabilité allant jusqu'à participer à l'exercice de la citoyenneté des personnes

Risques plus difficiles à délimiter, dont une partie seulement est couverte par la solidarité nationale (le reste étant à la charge des familles)

Branche à vocation interministérielle

Gouvernance « originale » et élargie (52 membres du Conseil), avec des représentants des parties prenantes

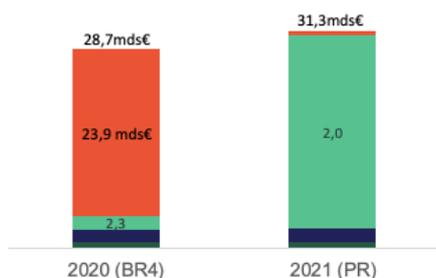
Réseau fonctionnel hétérogène (MDPH, départements, ARS...)

Des prestations essentiellement en nature et visant à la solvabilisation des plans d'aide

- Valeurs (Solidarité, universalité)
- Pilotage financier (PLFSS)
- Gestion du risque

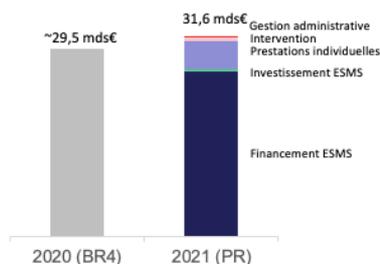
RECETTES

■ CASA ■ CSA ■ CSG ■ Dotations Assurances Maladie



- Evolution de la nature de la composition des recettes
- Baisse des recettes prévisionnelles liées au COVID (baisse de la CSG)
- Affectation de 1,93% de CSG à partir de 2021 (conséquence 5^{ème} branche)

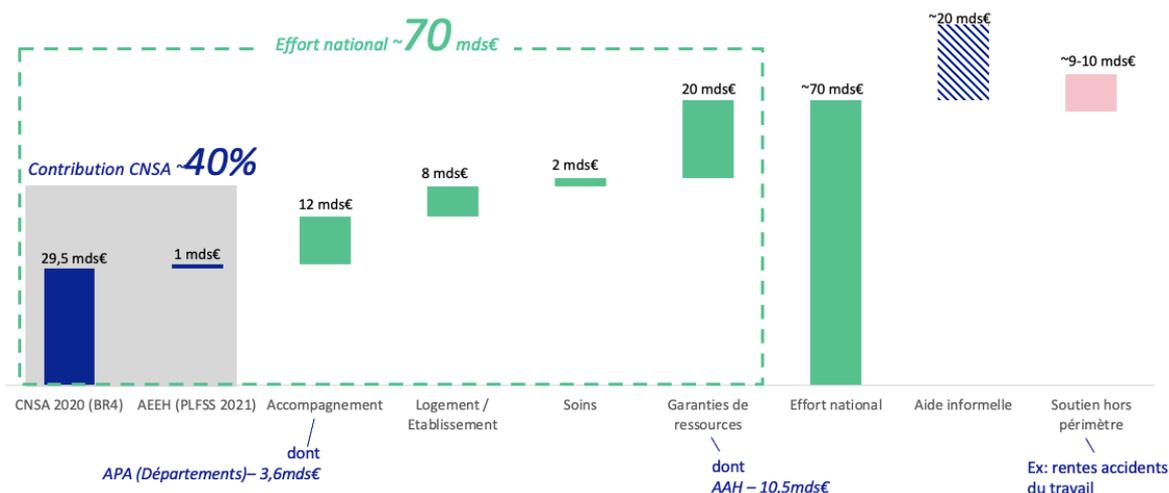
DÉPENSES



- Simplification de l'architecture financière de 7 sections à 5 fonds
- +4-5 mds€ de dépenses dont
 - +2 mds€: revalorisations salariales (Séguir de la Santé)
 - +0,4 mds€: investissement ESMS (Séguir de la Santé)
 - +1,2 mds€: intégration de la prestation AEEH
 - +0,15 mds€: revalorisation salariale SAAD
 - Autres augmentations/aides: soutien aux MDPH, fonds d'appui territorial pour les démarches du bien vieillir, Aide à la vie partagée...

Le budget de la CNSA représente aujourd'hui environ 40% de l'effort national pour l'autonomie et pourrait progressivement s'étendre au fur et à mesure de la construction de l'ambition de la 5^{ème} branche.

Estimation du soutien public à l'autonomie



1) 66 mds€ dans les chiffres clés de l'autonomie (CNSA), 73 mds€ dans le PLFSS 2021
Sources: Rapport Vachey (2020), Conseil de la CNSA (2020)

II. La politique de l'autonomie au cœur de la sécurité sociale

Le législateur a voulu par la loi 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie que la politique de l'autonomie soit portée par une branche de la sécurité sociale. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 donne à la branche un cadre de moyens et un nouveau périmètre et en attribue la gestion à la CNSA.

A. L'ambition de l'autonomie au sein de notre système de protection sociale

Si l'autonomie comme objet de la protection sociale est présente dans l'esprit des textes fondateurs, elle est explicite dans la loi, depuis le début du XXI^e siècle.

Article L232-1 Modifié par Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 - art. 1 () JORF 21 juillet 2001 en vigueur le 1er janvier 2002

« Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.

Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. »

Ainsi, la loi 2002-2 en son article 1^{er} dispose :

« Art. L. 116-1. - L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »

La CNSA, Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie, depuis sa création par la loi 2004-626 du 30 juin 2004, a contribué à matérialiser ce nouvel enjeu de la protection sociale, par l'originalité de sa gouvernance et de ses missions.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées complète l'acceptation de l'autonomie en lui conférant un sens large par l'affirmation de la citoyenneté de la personne en situation de handicap.

Enfin, la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement inscrit la question de l'avancée en âge de la société française comme un objectif partagé de toutes les politiques publiques.

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie confie à la CNSA la gestion de la cinquième branche autonomie. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dispose de ressources de CSG affectées et devient gestionnaire du risque, ce qui conduit de fait à une profonde évolution de ses missions, tout en préservant son originalité en matière de gouvernance et de pilotage des politiques de l'autonomie.

La finalité universelle de la politique de soutien à l'autonomie rend logique de doter la branche d'une ressource principale de CSG par redéploiement de son produit pour la sécurité sociale⁴⁷, au-delà de ses deux ressources historiques - la CSA et la CASA⁴⁸.

Comme pour l'ensemble de la protection sociale, il est indispensable de s'assurer de la soutenabilité à terme des dépenses au regard des charges.

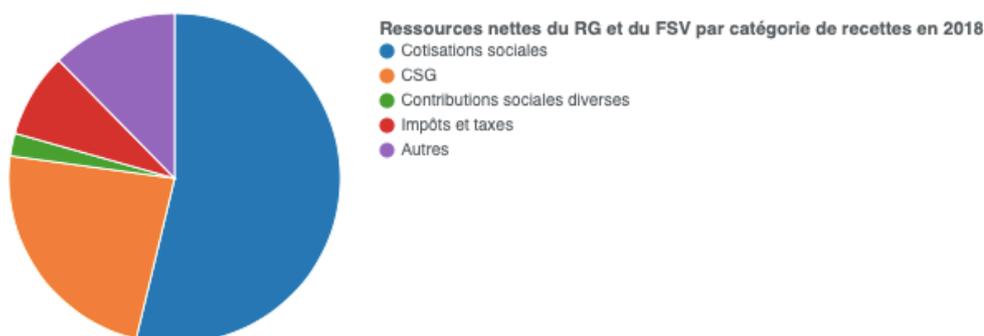
Leur dynamisme à modèle constant et hors de l'impact de l'avancée en âge et des besoins - ressources, compensation, accessibilité, - non satisfaits, dans le cadre du périmètre de la branche défini par la LFSS 2021, est soutenable en ce qu'il est inférieur à celui de la CSG. Comme le précise le rapport Vachey, ce ne serait plus le cas si le périmètre était élargi à l'AAH dont l'évolution annuelle de quelque 6% par an est supérieure à celle de la CSG⁴⁹.

Toutefois, pour aborder pleinement la soutenabilité de la politique de l'autonomie, il est indispensable de prendre également en compte la part du financement assurée par les

⁴⁷ 102 Md€ en LFSS 2020, dont 73 Md€ pour la branche maladie

⁴⁸ Créées respectivement par la loi 2004-626 du 30 juin 2004 et par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015

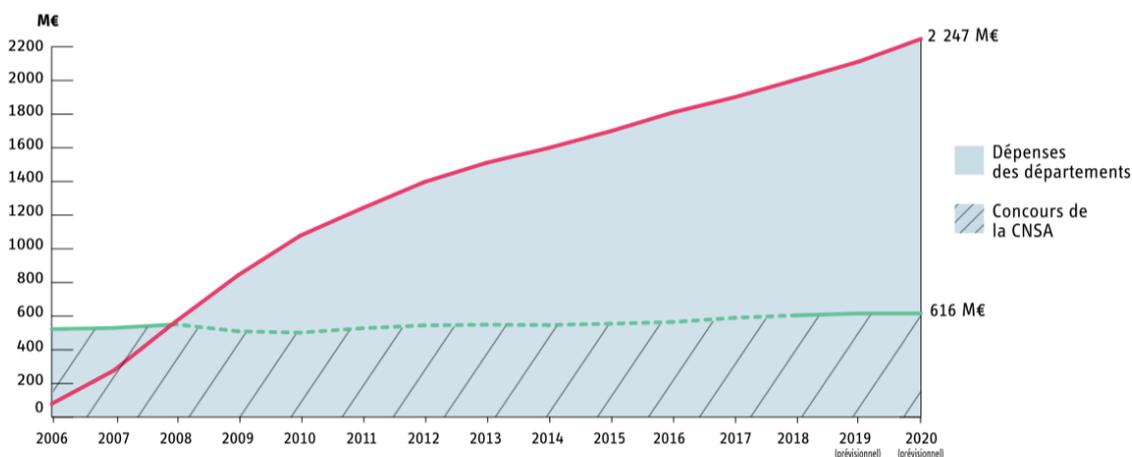
⁴⁹ En 2018, les produits nets du régime général de la sécurité sociale et du FSV ont représenté 498 milliards d'euros, qui avaient pour origines principales les cotisations sociales pour 266 milliards d'euros, et la CSG pour 116 milliards d'euros



départements en matière d'APA et de PCH et son évolution, comme le montrent les deux graphiques ci-dessous⁵⁰.

L'ensemble de ces éléments a guidé les parties prenantes dans la construction du « Système de financement Autonomie » présenté au chapitre IV du présent rapport.⁵¹

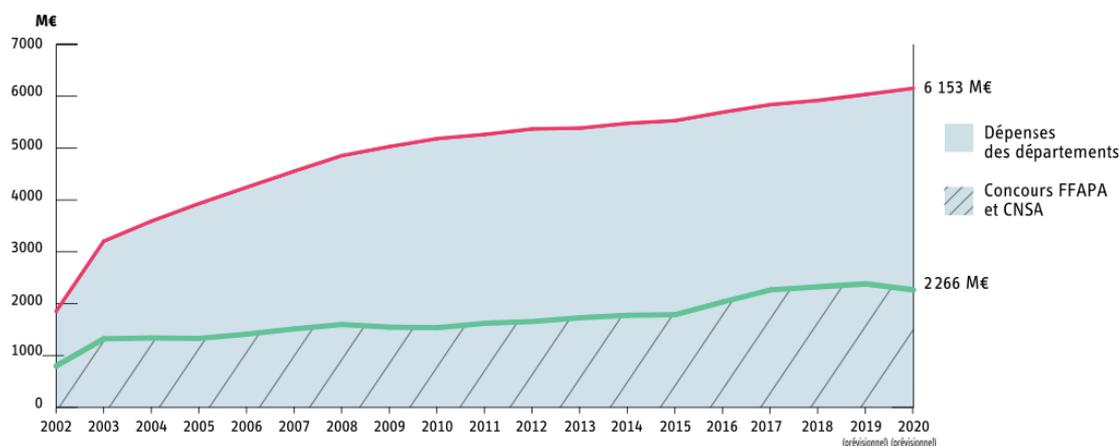
Évolution des dépenses de PCH et du concours CNSA versé aux départements depuis 2006



Source : CNSA 2020.

* Cf. glossaire page 2.

Évolution des dépenses d'APA⁽¹⁾ et des concours FFAPA⁽²⁾ puis CNSA versés aux départements depuis 2002



Source : CNSA 2020.

(1) APA : y compris APA 2 - (2) Fonds de financement de l'APA.

⁵⁰ CNSA, « Les chiffres clés de l'autonomie », 2020

⁵¹ Chapitre IV page 69

La création de la branche impose par ailleurs une évolution des missions de la CNSA⁵² : gestionnaire du risque, elle devra notamment avoir des moyens d'action renforcés pour agir sur la gestion du risque et l'équité territoriale des politiques qu'elle finance ou cofinance et assurer de nouvelles fonctions qui concourront au pilotage financier de la branche et plus largement de la politique de soutien à l'autonomie.

Le conseil de la CNSA est composé de 52 membres et l'État dispose de 45 % des voix. Il diffère du modèle paritaire des conseils des autres branches, au sein desquels l'État est représenté par des commissaires du gouvernement.

La future COG qui sera conclue entre l'État et la CNSA devra formaliser pour quatre ans, les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre pour transformer et améliorer l'efficacité du système de protection sociale pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Elle aura à préciser les moyens, nécessairement plus conséquents qu'aujourd'hui, dont l'institution aura besoin pour mieux *piloter le risque*. Au-delà, elle devra tenir compte du modèle du système de financement de la branche pour assurer de nouvelles fonctions de pilotage du risque et s'inscrire dans un pilotage systémique de la politique de l'autonomie – politiques publiques et protection sociale⁵³.

A. Universel, obligatoire et solidaire

Article L111-1 du code de la sécurité sociale **Modifié par LOI n°2020-992 du 7 août 2020 - art. 5 (V)**

« La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille et **d'autonomie**.

Elle garantit les travailleurs contre les risques de toute nature, susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires.

Elle assure la prise en charge des frais de santé, du soutien à l'autonomie, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre du présent code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens. »

Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie

Article 4

I.- L'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« A compter de 2025, le fonds verse chaque année à la Caisse d'amortissement de la dette

sociale, dans la limite des réserves du fonds et de la durée nécessaire à l'apurement de la dette afférente aux déficits des organismes mentionnés au deuxième alinéa du présent I, 1,45 milliard d'euros au titre du financement de l'amortissement de cette dette résultant des exercices postérieurs à 2018. Ce versement est réalisé dans les conditions prévues au troisième alinéa du présent I. » ;

2° Au II, les mots : « au dernier alinéa » sont remplacés par les mots : « aux deux derniers alinéas » ;

3° Le III est abrogé.

II.-Un montant égal à la partie de la contribution mentionnée au III de l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi est versé, au plus tard le 31 juillet 2020, à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Le montant versé est communiqué sans délai aux commissions permanentes de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales et des finances.

Le montant versé en application du présent II constitue, pour son montant total, un produit de l'exercice 2020 de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

III.-Au 4° de l'article 6 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, les mots : « au dernier alinéa » sont remplacés par les mots : « aux deux derniers alinéas ».

Article 5

I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 111-1 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est complété par les mots : « et d'autonomie » ;

b) Au dernier alinéa, après le mot : « santé, », sont insérés les mots : « du soutien à l'autonomie, » ;

2° L'article L. 111-2-1 est complété par un III ainsi rédigé :

« III.- La Nation affirme son attachement au caractère universel et solidaire de la prise en charge du soutien à l'autonomie, assurée par la sécurité sociale.

« La prise en charge contre le risque de perte d'autonomie et la nécessité d'un soutien à l'autonomie sont assurées à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé.

» ;

3° Après le 4° de l'article L. 200-1, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Au titre du soutien à l'autonomie, les personnes mentionnées au 4° du présent article. »

;

4° L'article L. 200-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « cinq » ;

b) Il est ajouté un 5° ainsi rédigé :

« 5° Autonomie. »

II.-Au premier alinéa du I de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, après le mot : « autonomie », sont insérés les mots : « gère la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et ».

III.- Au plus tard le 15 septembre 2020, le Gouvernement remet au Parlement, après consultation des différents financeurs, des collectivités territoriales ainsi que des associations de retraités et de personnes en situation de handicap et de représentants d'usagers et d'aidants, un rapport sur les modalités de mise en œuvre d'un nouveau risque et d'une nouvelle branche de la sécurité sociale relatifs au soutien à l'autonomie des

personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ce rapport présente les conséquences de la création de cette branche en termes d'architecture juridique et financière et en termes de pilotage, gouvernance et gestion de ce nouveau risque. La présente loi sera exécutée comme loi de l'État.

B. L'autonomie : face aux risques contemporains

Les risques contemporains - maladie chronique, invalidité, handicap lié à la grande prématurité, aux maladies psychiques, accidents vasculaires et de la vie- nous appellent à lutter contre les inégalités de destin.

La crise épidémique COVID-19 a toutefois montré une dimension nouvelle du risque : systémique, il peut naître à tout moment de pandémies, des conséquences du réchauffement climatique et des mutations environnementales dans un contexte mondialisé.

Manquer d'autonomie est un risque à part entière, interdépendant des autres risques - maladie, famille, vieillesse, maladies professionnelles et accidents du travail -. Il alourdit leur impact sur la situation de nos concitoyens. Ainsi comme la pauvreté est un facteur d'inégalité en santé, une moindre autonomie liée à l'âge ou au handicap l'est tout autant. C'est ce que montre clairement le rapport de notre collègue Philippe Denormandie⁵⁴ sur l'accès au soin des personnes en situation de handicap.

« Le monde de la santé est mal préparé dans son ensemble et sauf exception, à prendre en charge, accueillir et soigner, les personnes présentant un handicap, surtout si celui-ci est lourd. (...) La majorité d'entre eux, beaucoup l'admettent volontiers (les soignants), a été mal préparée, ou pas préparée du tout, à soigner les personnes présentant des dépendances sérieuses, plus nombreuses aujourd'hui qu'hier. Il en résulte pour ces personnes une difficulté supplémentaire, spécifique, pour l'accès aux soins, s'ajoutant à toutes celles qui sont apparues ces dernières années. »

C. Le pacte républicain

Proposer à nos concitoyens un modèle « désirable » pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, dans la société de la longévité, c'est rendre possible le débat démocratique pour le consentement à l'effort de la Nation.

⁵⁴ « Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un ESMS » – décembre 2019. Philippe Denormandie est Chirurgien à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches. Il a été nommé personne qualifiée au conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2017.

La sécurité sociale est née d'une ambition commune de se doter d'un modèle ambitieux de protection sociale. Ce modèle arrime, depuis lors, la personne à la communauté républicaine par la force du pacte social. Aujourd'hui, c'est par l'ambition de l'autonomie que nous poursuivons l'œuvre en affirmation de la pleine et entière citoyenneté de chacun d'entre nous, quels que puissent être les coups du sort au cours d'une vie.

La promesse de l'autonomie est sans contrepartie. Elle procède d'un droit universel qui aujourd'hui, force est de le constater, est très inégalement effectif, notamment pour ce qui concerne l'aide à domicile, les aides techniques, l'aménagement des lieux de vie etc..

D. Si l'autonomie est désormais pleinement au cœur de la sécurité sociale, toutes les politiques publiques doivent lui apporter leur contribution.

Aménagement du territoire, logement, transport, culture, éducation nationale, économie, sécurité, justice, travail : toutes les politiques publiques ont, par leur conception, une incidence positive ou négative sur l'autonomie de nos concitoyens.

a. *Le budget de l'État et les enjeux de la longévité et de la situation des personnes handicapées*

Ainsi, le vote du budget de l'État devrait devenir un moment clé pour l'autonomie, comme il l'est pour le climat ! Il serait pour cela utile de produire une « *évaluation autonomie* » du budget de la nation, à l'instar de celle que produit l'Institut de l'économie pour le climat (I4CE)⁵⁵ pour la cause du climat. Une telle étude constituerait le moyen d'identifier les mesures qui ont une influence, à la hausse ou à la baisse, sur l'autonomie.

Le chantier est d'ampleur car il s'agit de connaître et de reconnaître l'ensemble des mesures budgétaires qui ont une influence directe ou indirecte sur l'autonomie de nos concitoyens. I4CE propose pour son évaluation « climat » une approche à « 360° » (hors sécurité sociale). Plus de 250 mesures budgétaires⁵⁶ ont ainsi été identifiées ; dépenses, niches fiscales, impôts, qui toutes ont une influence significative, à la hausse ou à la baisse, sur les émissions nationales de gaz à effet de serre. Certaines d'entre elles sont directement issues des efforts de l'État pour réduire les émissions, et ont été créées dans ce but ; cependant, pour la plus grande part, il s'agit de mesures visant initialement un autre objectif principal, ce qui rend d'autant plus nécessaire l'identification de leur effet sur le climat. »

Toutes les mesures recensées mériteraient de figurer sur tableau de bord des responsables politiques et des administrations. Cette étude apporterait également des éléments de réponse aux questions que pourront légitimement se poser nos concitoyens à l'heure où l'on débattrait de l'accroissement de l'effort de la nation face au défi de l'autonomie et aux aspirations de la société tout entière à obtenir des réponses plus acceptables et désirables : *combien l'État dépense-t-il pour aider les ménages et soutenir leur autonomie ? Combien l'État prélève-t-il au nom de l'autonomie ? Qui est exonéré de cet effort ?*

⁵⁵ référence

⁵⁶ Toutes sont disponibles sur un [fichier Excel](#).

Cette méthode d'imprégnation, par la stratégie budgétaire, de la cause de l'*autonomie*, doit être conçue et déployée pour que la protection sociale ne porte que ce qui relève de sa responsabilité en matière d'autonomie et ne s'épuise pas en de vaines actions correctrices de choix paradoxaux et des freins à la vie autonome des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

b. *Le budget de l'Etat : un acte clé pour l'autonomie*

L'État français lève chaque année plusieurs centaines de milliards d'impôts divers - environ un quart du PIB national - et en dépense mécaniquement autant et plus.

Mettre le budget en cohérence avec un objectif national « autonomie », permettrait de faire un énorme pas en avant dans la mise en œuvre des moyens de soutien à l'autonomie de nos concitoyens, dans une société qui sera de plus en plus affectée dans ses équilibres par la longévité et ses conséquences : accroissement de la durée de vie et des dépenses de protection sociale. Les comptes de la sécurité sociale - les ressources et les dépenses- en portent d'ores et déjà les signes : restriction structurelle de la population en emploi⁵⁷, et augmentation structurelle des dépenses liées à la longévité (auxquelles il convient d'ajouter les besoins non financés de la politique du handicap).

E. Dette sociale et dette publique

Les parties prenantes du conseil de la CNSA se sont prononcées sur la question de la dette sociale transférée à la CADES par la loi organique du 7 août 2020. Elles ont ainsi souligné leur adhésion au principe organique qu'une dette de trésorerie ne puisse être conservée dans les livres de l'ACOSS dès lors que son montant dépasse le niveau habituel des besoins de trésorerie de la sécurité sociale, ou dès lors qu'elle implique un horizon d'apurement excédant un exercice budgétaire annuel. Toutefois dans ce même avis, elles se sont interrogées sur le choix de la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale comme structure de défaisance de cette dette qui, selon elles, n'est pas une *pure dette sociale*.

En effet, la dette de trésorerie constatée et donnant lieu à un transfert à la CADES n'était pas une production exclusivement endogène au système de sécurité sociale. « Elle s'est constituée du fait d'une pandémie, qui a conduit l'État à prendre des dispositions exceptionnelles définies par « l'État d'urgence sanitaire » au sens de la LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020. »

Un véhicule ad hoc tel un « Fonds covid-19 » dédié aurait pu être retenu, dont les modalités n'auraient pas pesé sur les ressources de financement de la sécurité sociale et auraient permis de conserver une plus grande marge de manœuvre pour le renforcement du financement des politiques de l'autonomie. ⁵⁸»

Cet avis rendu sur le projet de loi organique exprime une préoccupation constante des parties prenantes sur le traitement de la dette sociale. Les parties prenantes recommandent que

⁵⁷ Conseil d'orientation des retraites, « Retraites et Covid-19 : point de situation », 11 juin 2020

⁵⁸ Références de l'avis du conseil

seule la dette résultant d'un déficit généré par le système de sécurité sociale, et non par les conséquences de décisions politiques sur la trésorerie de la sécurité sociale et donc sur le niveau de sa dette, fasse l'objet de décisions de transfert à la CADES. En effet, de tels arbitrages conduisent à refinancer la dette transférée au moyen de ressources de sécurité sociale - l'effort d'amortissement étant porté par la CRDS mais aussi par une part importante de CSG -, qu'il conviendrait de mobiliser prioritairement pour le financement de la politique de l'autonomie.

Toutefois, l'affectation de 0,15 points de CSG en 2024 à la Branche Autonomie est un signal fort de maintien du principe d'affectation d'une ressource sociale à la sécurité sociale.

F. Les relations financières de l'État et de la sécurité sociale

Les parties prenantes du conseil rappellent leur objection constante à l'idée d'une fusion des lois financières, loi de finances et loi de financement de la sécurité sociale, afin que soit maintenue la distinction des deux sphères, publique et sociale, de financement et de gouvernance.

Cette position n'emporte pas le souhait de voir rigidifiées à l'extrême les relations entre l'État et la sécurité sociale. Comme le rappelait Olivier Dussopt, ministre des comptes publics, à l'Assemblée nationale le 23 novembre 2020, « *les assurés et les entreprises assujetties aux cotisations et aux contributions sociales d'une part, et les contribuables fiscaux d'autre part, sont bien souvent les mêmes.* »

La soutenabilité des comptes publics et de ceux de la sécurité sociale garantissent la qualité de la signature de la France.

Toutefois, la distinction et par conséquent la lisibilité de l'effort de la Nation pour sa protection sociale participe de son consentement à l'effort de financement aujourd'hui et demain (soutenir, transformer, développer, s'adapter aux risques contemporains).

Ainsi, on doit saluer le choix fait par l'État de prendre entièrement à sa charge les dispositifs d'exonérations spécifiques à la crise sanitaire, par un effort budgétaire d'une ampleur inédite, 8,2 milliards d'euros pour 2020 en PLFR4.

III. Le contexte macro-économique pour aborder la question du financement d'une politique de protection sociale

La croissance du PIB en 2020 et les perspectives de croissance jusqu'à 2024 (INSEE)

Nos recommandations sur les pistes de financement de la politique de soutien à l'autonomie s'appuient bien entendu sur une prise en compte du contexte macroéconomique actuel. Dans sa dernière note de conjoncture⁵⁹, l'INSEE constate que le PIB français a diminué de **8,3% sur l'ensemble de l'année 2020**. Si cette baisse est moins importante que celle qui était attendue par l'INSEE, la Banque de France et le gouvernement (de l'ordre de 9%), cette baisse de l'activité a néanmoins des **conséquences négatives sur les comptes des administrations publiques**.

A court terme, l'évolution du PIB au 1^{er} semestre 2021 dépendra des mesures décidées par le gouvernement (reconfinement ou non, et si oui de quel type).

A moyen terme, et toujours selon l'INSEE, les perspectives peuvent être considérées comme positives : l'avancement de la campagne de vaccination pourrait signifier une relaxation des mesures sanitaires et un rebond de la consommation des ménages, qui puiseraient dans leur surplus d'épargne (130 Md€ en 2020 comparé à un scénario sans pandémie), même si l'épargne de précaution demeurerait importante.

Hypothèses de croissance du PIB prévues par la LFSS pour 2021⁶⁰

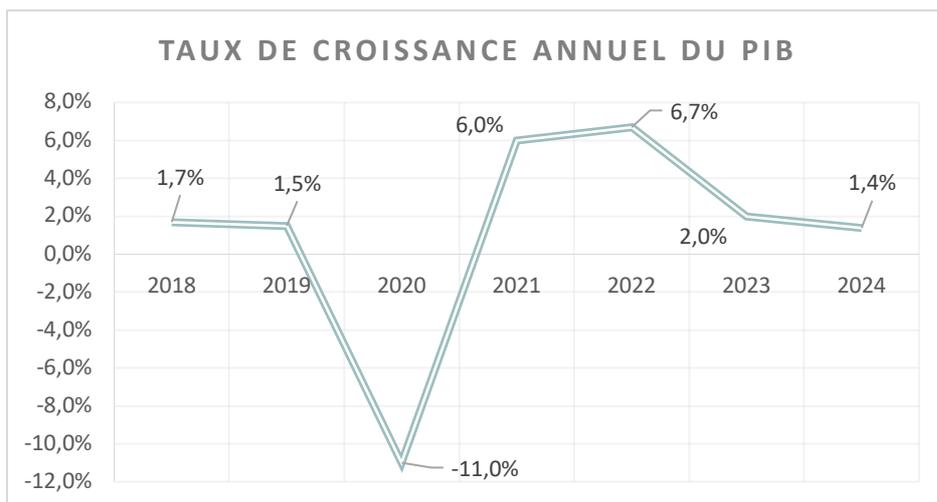
Les hypothèses macroéconomiques de croissance sous-jacentes à la LFSS pour 2021 prévoient une baisse du PIB de 11% en volume pour 2020.

Pour 2021 et 2022, l'effet du plan de relance domestique et de la politique européenne de soutien à l'économie face à la crise covid-19, permet de projeter un très fort rattrapage du niveau de croissance (6% et 6,7%).

Au-delà, le niveau de croissance de l'économie française retrouverait son niveau escompté antérieurement à la crise (2% et 1,4%) dans un environnement de croissance modérée du PIB.

⁵⁹ « Le PIB se replie au quatrième trimestre (-1,3 %), marqué par le deuxième confinement ; sur l'année 2020, il recule de 8,3 % », 29 janvier 2021, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5018361>

⁶⁰ L'annexe B issue de la LOLFSS décrit les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour les 4 années à venir.



L'endettement public

Nos recommandations pour le financement de la branche devront en outre prendre en compte **l'ampleur de l'endettement public**, et en particulier les mesures qui ont été prévues pour le remboursement de la dette sociale.

Selon l'INSEE, à la fin du troisième trimestre 2020, la dette publique française au sens de Maastricht⁶¹ s'établit à **2 674,3 Md€, soit 116,4 % du PIB**. L'INSEE estime en outre que cette part devrait atteindre 120% au quatrième trimestre 2020.

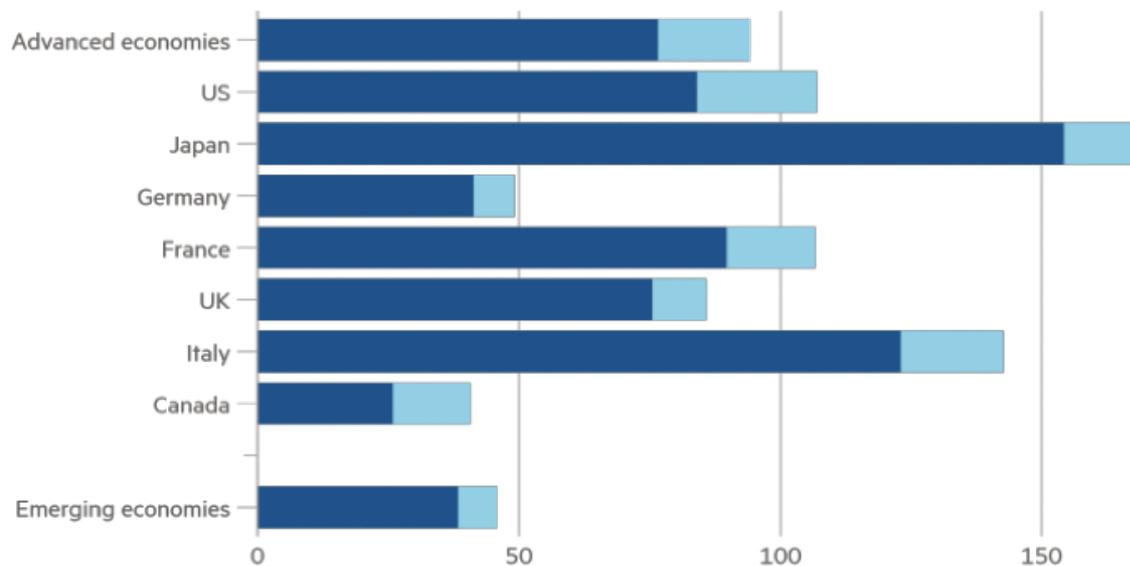
A titre de comparaison, la dette publique totale de la France est supérieure à la moyenne de celle des pays de l'OCDE, mais l'augmentation de sa dette en 2020 est comparable : la pandémie de Covid-19 n'a pas davantage pesé sur son endettement que sur celui des autres pays, comme les États-Unis par exemple, qui ont vu leur dette exploser.

⁶¹ La dette publique au sens de Maastricht est constituée par l'ensemble des engagements financiers de l'État et des administrations publiques pris sous forme d'emprunts. Elle regroupe la dette de l'administration publique centrale, celle des administrations publiques locales et celle des administrations de sécurité sociale.

Rising public sector net debt

% of GDP

■ 2019 ■ 2020

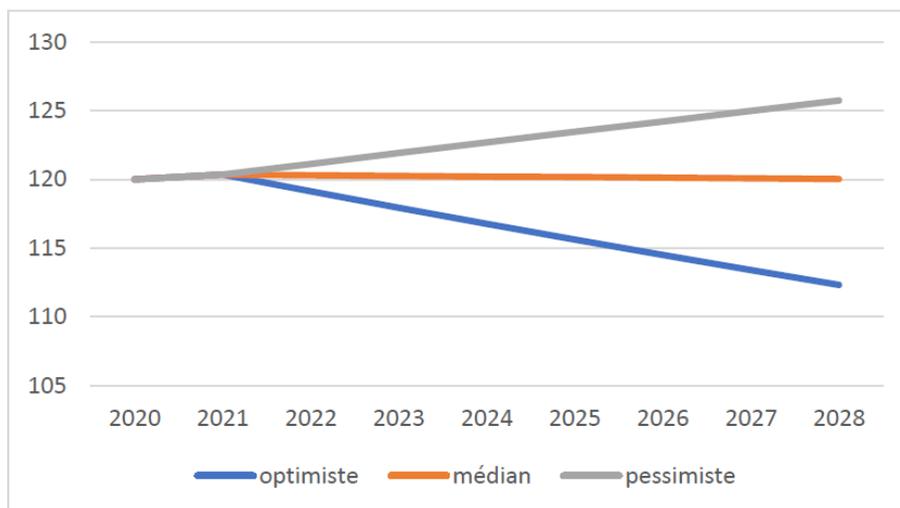


Source: IMF

© FT

Ce contexte est compliqué par le fait que la présidente de la BCE, **Christine Lagarde**, a **catégoriquement refusé d'annuler les dettes publiques des États détenues par la BCE**, comme cela avait été proposé par une centaine d'économistes pour faciliter la reconstruction sociale et écologique après la pandémie de Covid-19. Elle a argué que cela représenterait « une violation du traité européen qui interdit strictement le financement monétaire des États ».

Malgré un contexte actuel des taux d'intérêt faibles et d'inflation faible, le FMI a estimé que la dette publique ne reviendrait à son niveau de 2019 (soit 89,5% du PIB) que dans au mieux 6 ans.



Les récentes **tendances à la hausse des taux d'intérêt de long terme des banques centrales**, et notamment de la Federal Reserve américaine, dues à la crainte d'une poussée inflationniste liée à la reprise post-pandémie, **font cependant craindre une augmentation graduelle du coût de la dette**, au fur et à mesure de son refinancement.

Auditionné par le Congrès américain, le président de la *Fed* Jerome Powell s'est montré rassurant, en affirmant que l'institution n'avait aucune intention de resserrer sa politique monétaire avant longtemps, l'économie américaine étant encore loin d'avoir surmonté la crise. Il s'est montré peu inquiet concernant l'inflation, laissant entendre que les prix pourraient connaître temporairement un passage au-dessus de l'objectif de 2% de la Fed sans déclencher de remontée des taux directeurs.

Christine Lagarde a elle aussi affirmé que la BCE empêcherait un dérapage haussier de ses taux directeurs.

Les dépenses et les recettes des régimes de la Sécurité sociale

Rapportées aux prévisions du PLFSS pour 2020, l'annexe B du PLFSS pour 2021 montre la **dégradation « soudaine » du solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)** : cette dégradation est l'une des conséquences majeures et sans précédent⁶² de l'épidémie de Covid-19 dans le champ économique, au point que **le retour à l'équilibre à l'horizon 2024 prévu selon la trajectoire pluriannuelle hors crise n'est plus envisageable**.

La branche Maladie connaît un accroissement important de ses dépenses, coût sanitaire direct de la pandémie et impact structurel des mesures de soutien et d'adaptation structurelles du système de soins (impact du Ségur de la Santé), **et surtout une baisse très importante de ses recettes**, du fait de la diminution de l'activité, sur les revenus de laquelle sont assises les cotisations.

La branche Vieillesse est dans une situation de déficit élevé, quoique globalement stable à 4 ans⁶³, du fait là encore de raisons conjoncturelles (dégradation des ressources liées à la crise de Covid-19) et structurelles (vieillesse de la population et allongement de la durée de la vie).

La branche Famille et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles dégageront des excédents dès 2021 à la faveur de la reprise économique anticipée.

La Cinquième branche Autonomie, créée par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie, du 7 août 2020, quasiment à l'équilibre en 2021⁶⁴, **verra, quant à elle, son déficit se creuser** en raison, là encore, de la tension conjoncturelle de ses ressources, mais aussi des dispositions spécifiques adoptées au cours du débat parlementaire.

La Sécurité sociale porte massivement les conséquences de la crise et supporte les évolutions structurelles et conjoncturelles de la dégradation des risques.

Dans les situations de crise, la sécurité sociale joue un rôle majeur d'amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements que de dépenses.

⁶² - 49,0 milliards d'€ en 2020 comparés à la situation de 2010 de - 28 milliards d'euros.

⁶³ Voir les travaux du COR in *Panorama des systèmes de retraite en France et à l'étranger* – quinzième rapport – 17 décembre 2020

⁶⁴ Voir le Budget Initial de la CNSA 2021

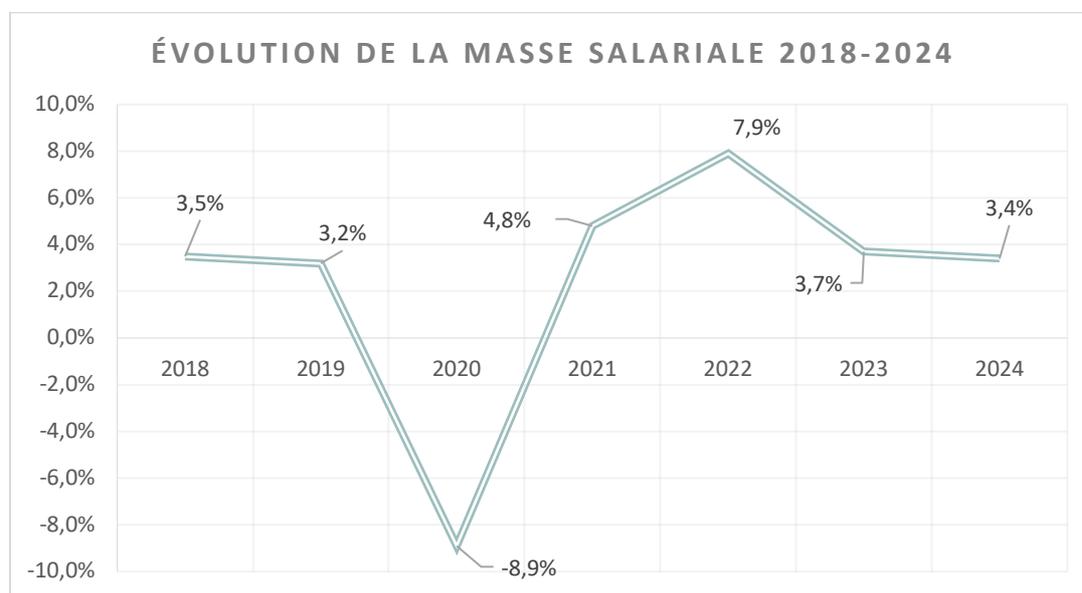
On assiste à un effet de ciseau : majoritairement proportionnelles au niveau d'activité, **les recettes se sont fortement contractées, alors que les dépenses se sont maintenues** s'agissant des prestations retraites et famille **et ont fortement progressé** pour la branche Maladie, pour permettre des prises en charge à 100 % d'actes médicaux et le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, même pour des personnes non malades (arrêts de travail pour garde d'enfants ou personnes vulnérables).

Baisses de recettes

La diminution de l'activité économique s'est tout d'abord traduite par une **baisse massive des prélèvements sociaux et des recettes fiscales perçus par la sécurité sociale en 2020**. En effet, les ressources de la sécurité sociale proviennent pour une large part des revenus d'activité, qui ont beaucoup souffert de la crise.

En outre, la crise sanitaire, les mesures prises pour l'endiguer et le ralentissement marqué de l'activité économique ont conduit de nombreuses entreprises à placer leurs salariés en **activité partielle**, dont l'indemnité est exonérée de cotisations sociales et soumise, comme les allocations chômage et en tant que revenu de remplacement, à un taux de CSG réduit.

Ainsi, le recours à l'activité partielle, massif au cours du deuxième trimestre et encore élevé au cours des mois suivants, associé aux **pertes d'emploi** consécutives à la crise, a entraîné une **forte baisse de la masse salariale privée (estimé à -8,9 % sur l'année) et, par conséquent, des recettes de cotisations et de la CSG**.



Un rattrapage aurait néanmoins lieu à partir de 2021 selon les prévisions de l'annexe. La masse salariale augmenterait de 4,8 % en 2021 puis de 7,9 % en 2022.

Ainsi, **au total, les recettes du régime général et du FSV diminueraient de 5,4 % en 2020, soit 21,8 milliards d'euros**, les fortes baisses sur les revenus d'activité étant quelque peu compensées par l'augmentation des recettes sur les revenus de remplacement (augmentation des indemnités journalières) et par le versement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse

(CNAV) de la soule des industries électriques et gazières gérée par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) décidée par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie pour un montant de 5 milliards d'euros.

En 2021, les recettes connaîtront un rebond sous l'effet de la reprise économique, soutenue par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme de la masse salariale privée (+ 4,8 %). Au total, les recettes du régime général et du FSV augmenteraient de 7,1 %. Elles retrouveraient un niveau supérieur de 1,3 % à celui de 2019 mais resteraient durablement et substantiellement plus faibles que le niveau prévu avant la crise.

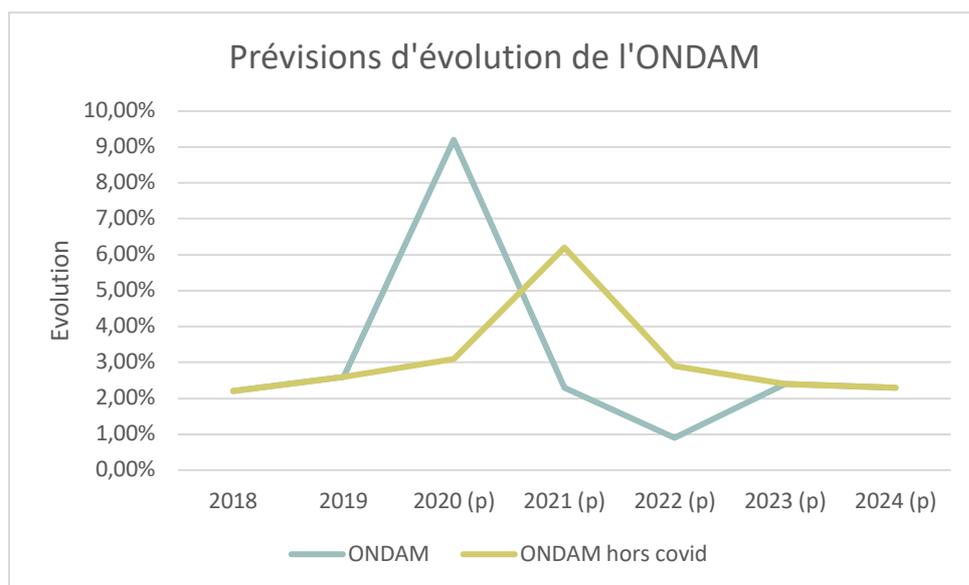
Augmentation de dépenses

S'agissant des dépenses, leur évolution entre 2019 et 2020 est conforme à ce qui était prévu en LFSS 2020 pour les branches Famille, Accidents du travail et maladies professionnelles et Vieillesse.

En revanche, **les dépenses de la branche Maladie ont été très fortement affectées par la crise sanitaire** et leur dynamisme va se poursuivre au-delà de la période de crise, compte tenu des décisions plus structurelles décidées dans le cadre du Ségur de la santé pour répondre aux enjeux de bon fonctionnement et de modernisation du système de santé, ainsi qu'aux enjeux de reconnaissance et de soutien aux personnels soignants. Compte tenu des amendements adoptés à l'Assemblée nationale puis au Sénat, **la LFSS 2021 prévoit de majorer l'ONDAM 2020 de 13,4 milliards d'euros, soit une progression de +9,2 % par rapport à 2019.** Le niveau de l'ONDAM en 2020 s'élève ainsi à 218,9 milliards d'euros (au lieu de 205,6 milliards d'euros prévus en LFSS 2020).

En 2021, en prenant en compte les seuls effets structurels de déploiement des mesures du Ségur de la santé, l'ONDAM progressera de 6,2 %. En intégrant une nouvelle provision au titre de la gestion de crise liée à l'épidémie de covid, les dépenses de l'ONDAM 2021 sont estimées à 225,4 milliards d'euros. Cet objectif de dépenses englobe 4 milliards d'euros de mesures de régulation par rapport à la progression tendancielle. Une contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire permettra de prendre en charge une partie des dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie. Cette contribution, temporaire, est assise sur le chiffre d'affaires en santé des organismes complémentaires. Fixée à un milliard d'euros en 2020 et 500 millions d'euros en 2021, elle pourra être revue en 2021 en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et de l'actualisation du niveau des économies constatées par les organismes complémentaires.

La progression de ces dépenses sera maîtrisée dans les projections pluriannuelles, avec des progressions proches ou moindres que celles de l'activité à compter de 2022, hormis pour les prestations vieillesse, tirées par la reprise modérée de l'inflation.



D'après l'annexe B – LFSS 2021

Évolution des branches prévue d'ici à 2024

D'ici 2024, les branches du régime général connaîtraient des **évolutions très différenciées**, marquées par les effets de la crise.

La branche maladie

Réduction du périmètre des dépenses de la branche maladie

La branche Maladie connaîtra une évolution structurante en 2021 du fait de la **création de la branche Autonomie**, qui sera notamment en charge de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à présent le financement. De ce fait, **le périmètre des dépenses de la branche se réduira de 25,9 milliards d'euros à ce titre, soit d'environ 10 %**. Dans une moindre mesure, les dépenses s'accroîtront de 0,3 milliard d'euros sous l'effet du transfert du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), compensée par l'affectation d'une fraction de TVA.

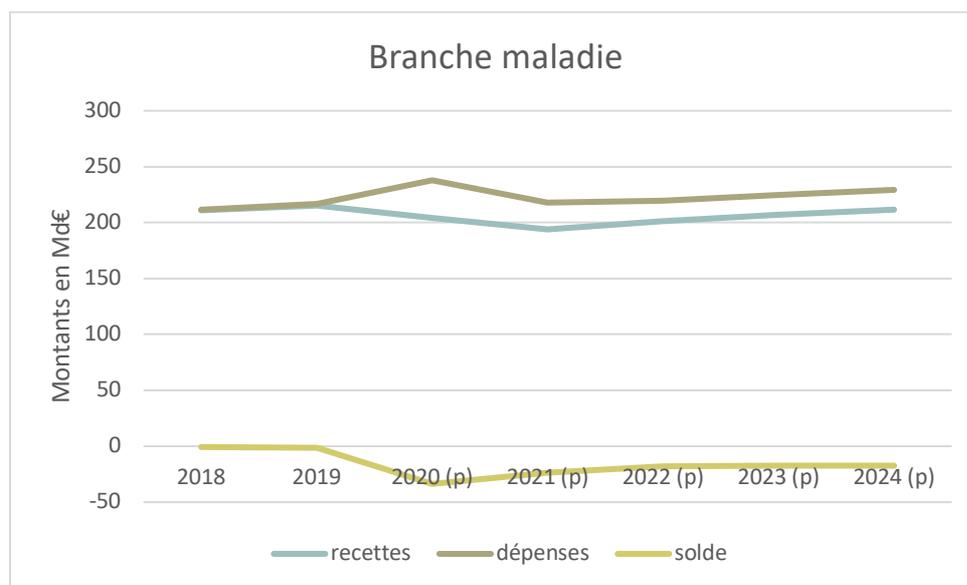
Évolution de la structure du financement de la branche maladie : la CSG passera de 45 à 25% des recettes totales (soit une part inférieure à celle des cotisations employeurs et à celle de la TVA)

Après la forte évolution de la structure du financement de l'assurance maladie en 2019 du fait de la suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations salariées inférieures à 2,5 SMIC, qui avait conduit à porter la part de la TVA à 28 % des ressources de la branche Maladie, la création de la branche Autonomie en modifie à nouveau la structure. En effet, la branche Autonomie sera affectataire de ressources de CSG assise sur l'ensemble des assiettes soumises à cette contribution, principalement en provenance de la CNAM. **La CSG affectée à la branche Maladie se réduira donc de 25,8 milliards d'euros.** De

ce fait, la CSG, qui représentait 45 % des ressources de la branche Maladie en 2018, avant qu'une fraction soit affectée à l'assurance chômage, ne pèsera plus que 25 % des recettes totales, soit une part inférieure à celle des cotisations des employeurs et à celle de la TVA.

Des recettes non revues à la hausse : la branche maladie en déficit

En termes de recettes, aucune hausse d'impôts ou de cotisations n'étant prévue, **la branche Maladie resterait déficitaire de plus de 17 milliards d'euros en 2024**, ce qui pose la question de la soutenabilité des dépenses et de la stratégie de restauration d'une trajectoire de retour à l'équilibre.



D'après l'annexe B – LFSS 2021

La branche autonomie

Des recettes accrues pour la branche Autonomie

La nouvelle branche Autonomie sera affectataire à compter de 2021, outre ses recettes traditionnelles issues de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle (CASA) pour 2,8 milliards d'euros, **de CSG à hauteur de 1,93 point portant sur l'ensemble des assiettes de la CSG (28,1 milliards d'euros)**.

A compter de 2024 cette fraction de CSG sera augmentée de 0,15 point supplémentaire (actuellement affecté à la CADES), conformément aux dispositions de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 précitée.

Au total, les recettes de la branche Autonomie s'élèveront à 31,2 milliards d'euros en 2024.

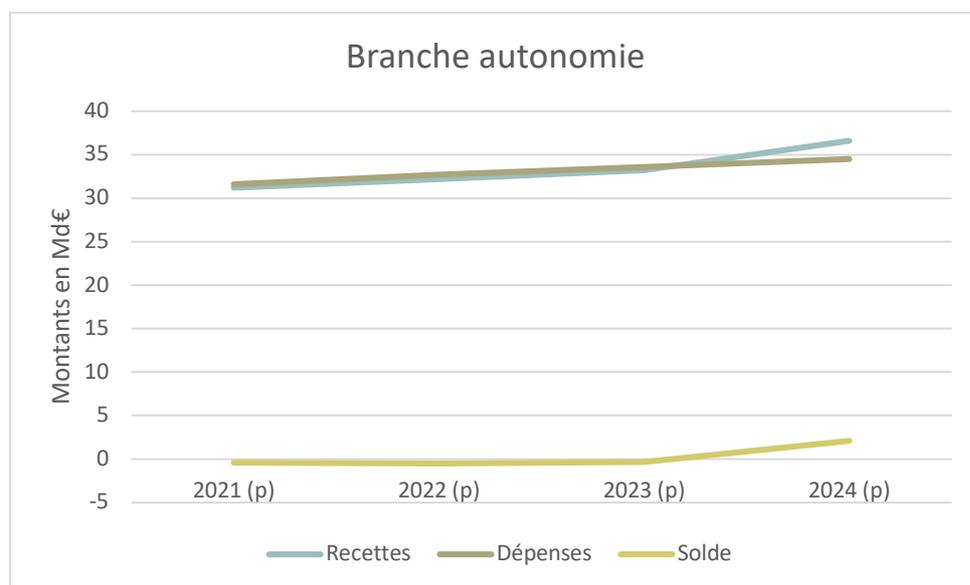
En matière de dépenses, les besoins sont évalués à 31,6 milliards d'euros, compte tenu des mesures nouvelles liées à la mise en place du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (impact de 2,1 milliards d'euros en 2020-2021 au titre des revalorisations salariales et de

l'investissement) et à la contribution de la CNSA à la revalorisation des métiers du domicile. La fraction de CSG affectée à la branche Autonomie a été révisée à la hausse en nouvelle lecture à l'Assemblée Nationale pour maintenir le même niveau de compensation des dépenses au titre de l'objectif global de dépenses et de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et corriger ainsi l'effet baissier de la dégradation du scénario macroéconomique sur 2021.

Les dépenses de la branche Autonomie pour 2022-2024

La trajectoire en dépenses de la branche Autonomie pour 2022-2024 est conventionnelle et conforme, s'agissant des dépenses pour les établissements et services médico-sociaux, au taux d'ONDAM hors Ségur (2,4 % par an). Elle ne prend pas en compte l'effet démographique ni l'effet des mesures nouvelles qui pourraient être décidées dans la prochaine loi grand âge et autonomie. Elle prévoit toutefois, à compter de 2022, le **financement, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (0,2 milliard d'euros), aux départements de la PCH parentalité qui entrera en vigueur en 2021**. Compte tenu du lien avec la politique familiale et de la situation financière de la branche Famille, **la CNSA bénéficie d'un transfert supplémentaire de recettes de la branche Famille à compter de 2022**.

Compte tenu du dynamisme des recettes affectées, celles-ci devraient progresser jusqu'à 2023 à un rythme proche de celui des dépenses, permettant un **équilibre de la branche Autonomie avant mesures nouvelles**. En 2024, elle afficherait un excédent de 2,1 milliards d'euros correspondant à la recette de CSG supplémentaire en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) hors prise en compte de l'effet démographique et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures nouvelles.

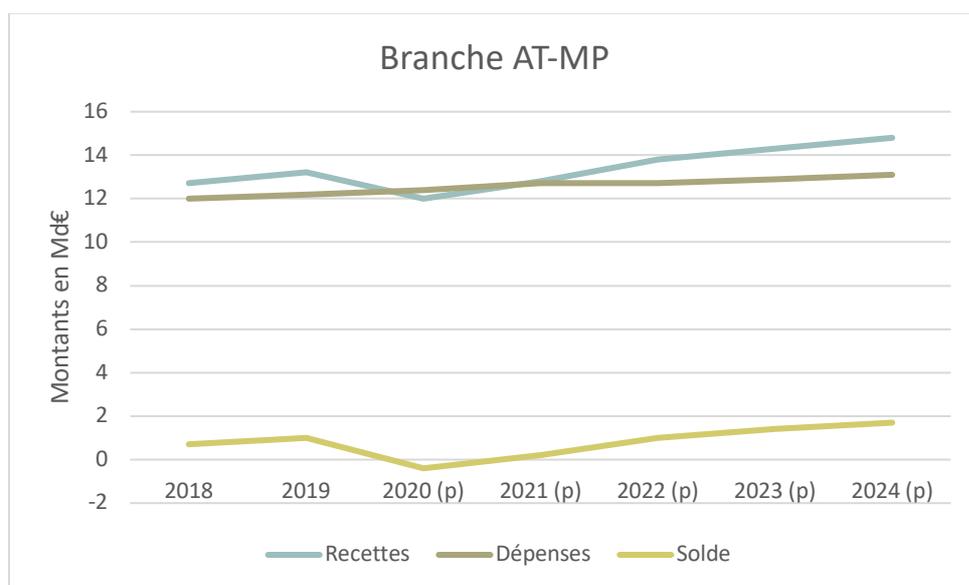


D'après l'annexe B – LFSS 2021

Branche ATMP : en excédent à compter de 2021

S'agissant de la **branche Accidents du travail et maladies professionnelles**, aucune mesure n'est prévue pour modifier les **ressources** de la branche en 2021, qui **devraient progresser de 0,8 milliard d'euros**. Outre la progression de la masse salariale, la branche bénéficiera, de l'effet favorable du Ségur de la santé sur ses recettes de cotisations et contributions sociales, ce qui contribuera à améliorer son solde.

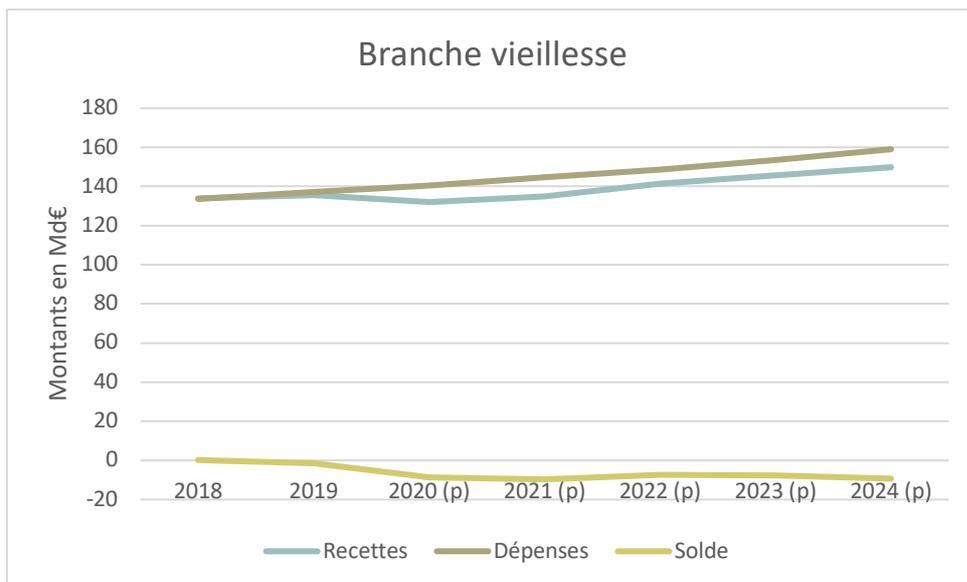
De ce fait, **la branche devrait dégager un excédent de 0,2 milliard d'euros en 2021**, effaçant son déficit de 0,4 milliard d'euros prévu pour 2020. Cet excédent serait croissant jusqu'en 2024.



D'après l'annexe B – LFSS 2021

La branche vieillesse : en déficit jusqu'en 2024

La **branche Vieillesse** du régime général sera à nouveau **déficitaire de 9,7 milliards d'euros en 2021**, après un déficit de 8,6 milliards d'euros en 2020. Les recettes progresseraient de 2,3 % pour s'établir à 135 milliards d'euros sous l'effet du rebond de l'économie. Malgré la progression modérée des dépenses permise par une inflation moindre que prévue sur ces deux exercices, la forte baisse des recettes en 2020 place toutefois leur niveau nettement en dessous de celui des dépenses. En 2021, la branche bénéficiera seulement de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé en termes de revalorisation salariale qui tendront à accroître le niveau des cotisations. **Jusqu'en 2024, les dépenses continueraient de croître à un rythme supérieur à celui des recettes**, notamment du fait de la plus forte inflation à compter de 2022, conduisant à un déficit de 9,2 milliards d'euros à cet horizon pour le régime général et 11,6 milliards d'euros sur le périmètre tous régimes et FSV. **Si des mesures étaient décidées dans le cadre des concertations sur la réforme des retraites, elles devront permettre de réduire ces déficits.**



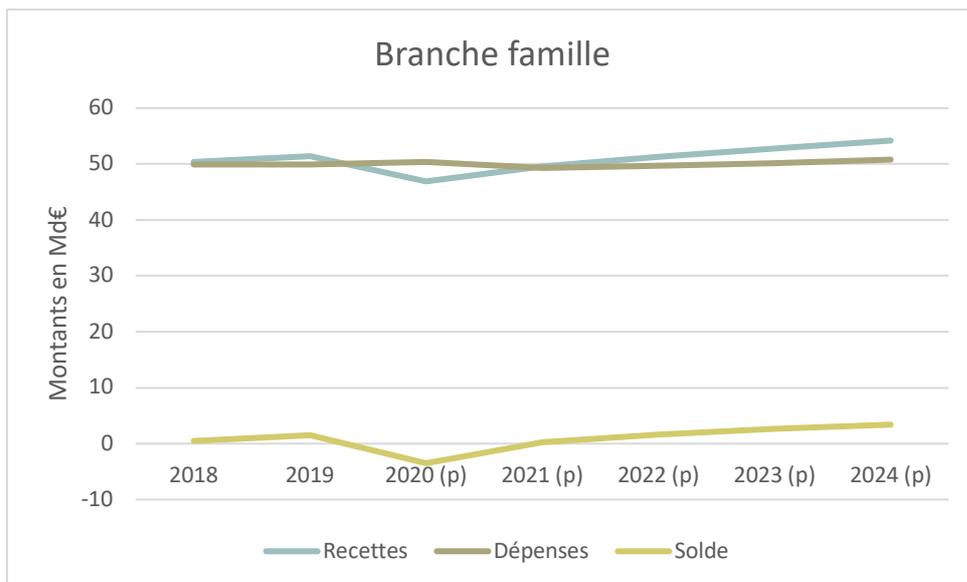
D'après l'annexe B – LFSS 2021

La branche famille : en excédent dès 2021

La branche Famille transférera en 2021 le financement de l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH) à la nouvelle branche Autonomie, ce qui réduira de 1,2 milliard d'euros le périmètre de ses dépenses et de ses recettes (réduction de la taxe sur les salaires qui lui est affectée au profit de la CNAM, laquelle affecte une part équivalente de CSG à la CNSA).

Les recettes de la branche Famille progresseraient de 5,7 % en 2021 du fait de la reprise économique. La branche bénéficierait aussi pour 0,2 milliard d'euros de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé sur l'assiette des cotisations et contributions qui lui sont affectées.

Les dépenses modérées par la faible inflation seraient néanmoins tirées à la hausse par la réforme du congé paternité (0,2 milliard d'euros en 2021 et 0,4 milliard d'euros à compter de 2022 en ce qui concerne la branche Famille). Sous l'effet de cette faible progression globale, **la branche renouerait avec un excédent dès 2021 (0,3 milliard d'euros), qui tendrait à s'accroître jusqu'en 2024.**



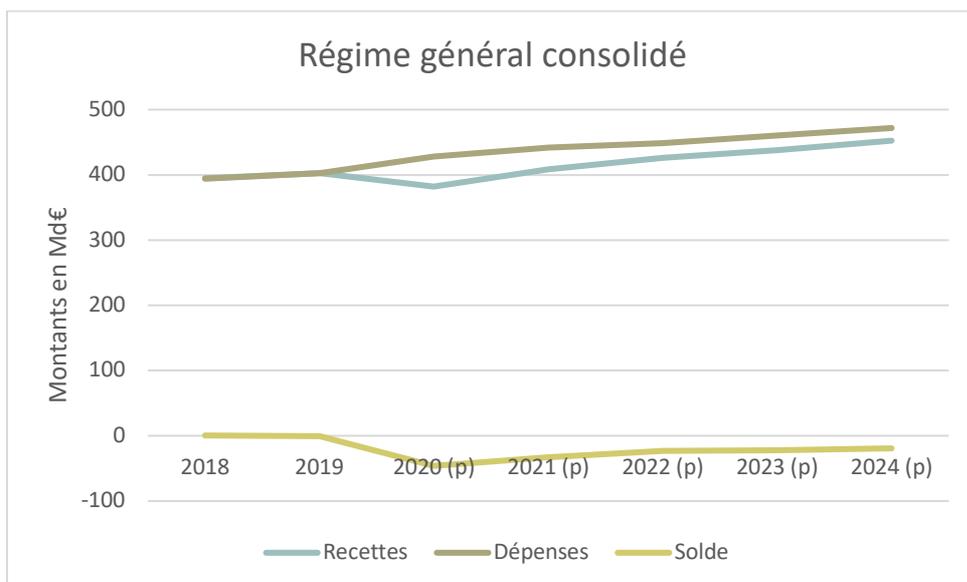
D'après l'annexe B – LFSS 2021

Le déficit consolidé en 2024

En 2024, le rebond anticipé ne permettra pas de combler la dégradation observée en 2020 (-19,4 milliards d'euros). Avec le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) (0,8 milliard d'euros) le déficit consolidé atteindrait 20,2 milliards d'euros.

En 2024, le déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires atteindrait 21,6 milliards d'euros.

La trajectoire de l'ONDAM prolonge celle de la dernière loi de programmation des finances publiques à partir de 2022, soit 2,4 % « hors covid ».



D'après l'annexe B – LFSS 2021

La dette des administrations de Sécu

Selon l'INSEE, la dette des administrations de Sécurité sociale est quasiment stable (+0,4 Md€) au troisième trimestre 2020, après une augmentation de 84,9 Md€ au deuxième trimestre 2020.

D'une part, certains organismes augmentent leur dette, comme la CNAF, qui accroît ses emprunts à court terme de +0,6 Md€ et la Cades qui s'endette de 2,2 Md€, après +7,6 Md€ au trimestre précédent. L'endettement de la Cades vise notamment à financer au deuxième semestre 2020 la CNAM et le Fonds de solidarité vieillesse.

A l'inverse, certains organismes se désendettent : c'est le cas de l'Acoss (-1,6 Md€) ainsi que des hôpitaux et de l'Unédic (respectivement de -0,4 Md€ et -0,3 Md€). La trésorerie de l'ensemble des administrations de sécurité sociale augmente de 3,8 Md€ sous l'effet de la hausse de la trésorerie de l'Acoss (+4,6 Md€), alors que celle du FRR diminue (-1,7 Md€).

La dette de Maastricht des APU en fin de trimestre et sa répartition par sous-secteur et par instrument

(en milliards d'euros)

	2019T3	2019T4	2020T1	2020T2	2020T3
Ensemble des adm. publiques	2414,7	2380,0	2438,4	2638,3	2674,3
en point de PIB (*)	100,0%	98,1%	101,4%	114,0%	116,4%
dont, par sous-secteur, consolidée (*) :					
État	1946,9	1911,8	1958,2	2071,6	2107,3
Organismes divers d'adm. centrale	65,8	64,9	64,8	63,7	63,5
Administrations publiques locales	205,9	210,3	213,6	216,3	216,5
Administrations de sécurité sociale	196,1	193,1	201,8	286,7	287,1
dont, par instrument :					
Dépôts	47,9	45,7	42,1	45,1	45,3
Titres négociables	2089,8	2054,0	2115,2	2311,2	2348,1
court terme	150,7	146,4	150,5	294,8	287,0
long terme	1939,1	1907,6	1964,7	2016,4	2061,2
Crédits	276,9	280,3	281,1	282,0	280,9
court terme	9,2	9,9	12,9	11,2	10,0
long terme	267,7	270,4	268,2	270,8	270,9

(*) voir précisions dans l'encadré « Pour en savoir plus »

Source : Comptes nationaux base 2014 - Insee, DGFIP, Banque de France

La question du transfert de la dette sociale

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a décidé du transfert de la dette de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (Acoss) à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), à hauteur de **136 milliards d'euros**.

Ce transfert couvre :

- près de 31 milliards d'euros de **déficits passés** ;

- 13 milliards d'euros pour la reprise d'un tiers de la dette des hôpitaux, annoncée fin 2019 dans le cadre du **plan d'urgence pour l'hôpital**
- 92 milliards d'euros au titre des **déficits sociaux prévisionnels 2020-2023** liés à la crise actuelle et des **futurs investissements dans les établissements publics de santé** qui ont été décidées dans le cadre du **Ségur de la santé**.

Le remboursement du déficit social est étalé dans le temps. La durée de la CADES est prolongée. La date de **fin de remboursement de la dette** portée par la CADES est ainsi **repoussée de 2024 à 2033**.

La loi dispose enfin que tout nouveau transfert de dette à la CADES sera accompagné d'une augmentation de ses recettes, afin de ne pas accroître la durée d'amortissement de sa dette au-delà du 31 décembre 2033.

IV. Le financement de la politique de l'autonomie

La question du financement de la politique de l'autonomie ne saurait relever d'une option ; ne pas décider de renforcer les moyens de la politique de soutien à l'autonomie expose à des dépenses et à des coûts non maîtrisés et à une perte de chance collective autant qu'individuelle pour nos concitoyens : un accroissement des charges pour de nombreuses politiques publiques comme pour la sécurité sociale – pour la branche autonomie mais aussi à l'hôpital et en ville, et ce, dans des conditions très difficiles pour les personnes accompagnées, les familles et les professionnels concernés.

La sécurité sociale se construit dans le temps long, entrecoupé de crises qui conduisent, comme son histoire le montre, à des évolutions majeures.

Les ruptures dans le continuum de l'effort de financement constituent également un risque : nous nous en sommes prémunis par la mise en œuvre notamment de nouvelles ressources : CRDS, pour faire face à la dette, CSG, pour alléger l'effort pesant sur le travail, CSA – journée de solidarité – puis CASA pour répondre aux besoins de la longévité et pour l'égalité des chances des personnes en situation de handicap... La qualité de la ressource affectée à ses enjeux est déterminante.

L'évolution des risques et les contraintes structurelles contemporaines peuvent menacer ses équilibres.

C'est dans cet esprit et fidèles aux principes qui fondent la sécurité sociale, que nous avons pensé *le système de financement* décrit dans le présent chapitre.

Il appelle un engagement sur le long terme 2022-2030 et le consentement à l'effort de la nation pour nous puissions nous doter collectivement du nouveau modèle.

I. Financer

A. Que s'agit-il de financer ?

Sont décrites ici toutes les dépenses qui visent à garantir une vie autonome aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, quels que soient les acteurs publics dont elles proviennent qui les mettent en œuvre. On prend donc en compte l'ensemble des politiques publiques qui concourent au soutien à l'autonomie, et non celles qui relèvent exclusivement de la protection sociale – les quatre branches historiques et la toute nouvelle cinquième branche.

Ces dépenses visent à financer les moyens de la vie autonome en matière de prévention, mais aussi en accompagnement et en compensation et enfin à garantir aux personnes des revenus d'existence.

On peut distinguer différents postes de dépenses consacrés :

- A la production des biens et des services nécessaires à la vie autonome de nos concitoyens : cela suppose notamment un rythme pluriannuel soutenu de création d'emplois ;
- Au rattrapage et à la valorisation des salaires et des rémunérations des professionnels, en priorité dans le champ du domicile, en incluant le rattrapage pour tous ceux qui n'ont pas bénéficié des mesures Ségur ;
- À la revalorisation des métiers et à la formation des professionnels ;
- Au fonctionnement des modèles d'accompagnement : conception, data, accessibilité (design de l'usage), coordination, évaluation ;
- Aux infrastructures de production de services et d'hébergement adapté ou spécialisé ;
- Au maintien des niveaux de ressources des personnes bénéficiaires ;
- À l'information, à la communication et à la simplicité d'accès et d'usage du modèle par ses bénéficiaires ;
- Au pilotage et au fonctionnement de la branche.

Au fond, il nous faut envisager quatre orientations principales pour penser le financement :

- **La prise en compte de « l'effet de la longévité »** c'est-à-dire de l'augmentation du nombre de personnes âgées d'ici à 2030.

Selon la DREES, le nombre de personnes âgées, au sein des bénéficiaires de l'APA, **connaîtrait une progression de l'ordre de 20 000 personnes supplémentaires par an jusqu'en 2030, mais accélérerait fortement à près de 30 000 personnes par an entre 2030 et 2040, du fait de l'arrivée en âge avancé des premières générations du baby-boom, soit de 1 287 000 personnes en 2015 à 1 594 000 en 2030 et 2 043 000 en 2050.**

- **L'amélioration du système existant** c'est-à-dire l'extension des dispositifs (place, financement des parcours) financement des besoins non pris en compte ou non

satisfaits, révision des critères d'éligibilité (extension de la PCH aux publics qui aujourd'hui n'en bénéficient pas ou insuffisamment), suppression des barrières d'âge entre personnes de moins ou de plus de 60 ans, la création d'une PCH qui tienne compte des besoins et projets spécifiques des enfants, ou encore la revalorisation des tarifs et plafonds des prestations qui occasionnent de lourds restes à charges etc.

- **La transformation du modèle :**

- dans le sens de ***l'approche domiciliaire***⁶⁵, pour faire en sorte que les personnes, quels que soient leur âge ou leur situation de handicap, vivent « chez elles » partout, grâce à des « services domiciliaires » repensés et soutenus (à domicile, dans des formes innovantes d'habitat, en établissements « domiciliaires »).

Les parties prenantes insistent par ailleurs sur la nécessité de prendre en compte l'ensemble du champ médico-social, dans le soutien à l'investissement initié par le Segur de la santé. Ces moyens doivent être un levier permettant de soutenir l'offre de demain, que ce soit en établissement, en habitat intermédiaire ou au domicile d'origine.

- par la mobilisation et la coordination des différentes politiques publiques, de protection sociale et territoriales, selon des modalités de pilotage profondément redéfinies.

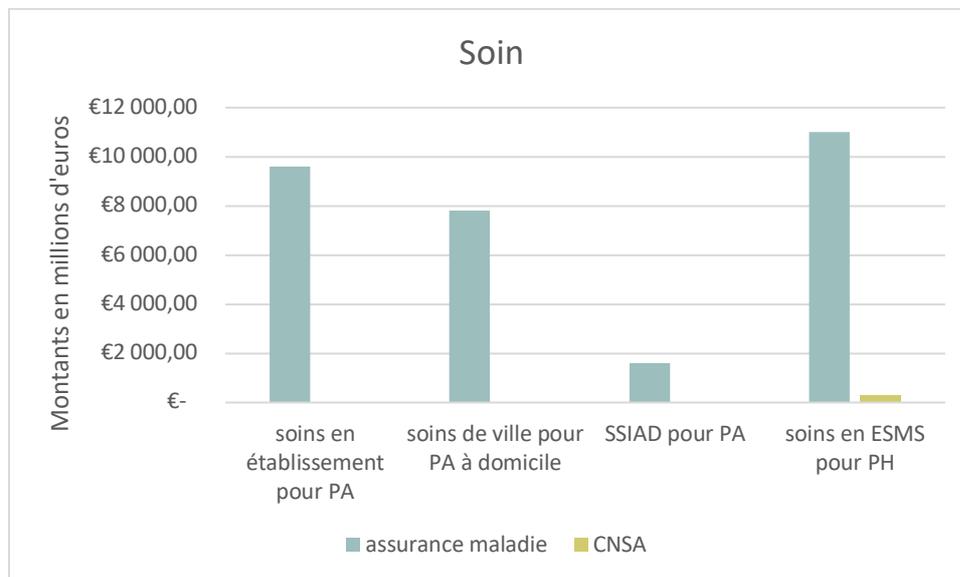
B. Combien s'agit-il de financer ?

Pour analyser et évaluer le besoin de financement de la politique de l'autonomie, sur la période 2022-2030, le conseil de la CNSA prend appui sur la typologie qu'il a définie en quatre fonctionnalités : le soin, l'accompagnement, le logement et la fonction présenteielle.

- Le **soin** constitue la réponse *sanitaire* et en *prévention-santé* pour le maintien de l'autonomie, et regroupe les soins dispensés en établissement et en ville aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.
- **Les soins en établissement pour personnes âgées** (EHPA/EHPAD et USLD dans les hôpitaux) sont pris en charge par l'Assurance maladie et représentent **9,6 Md € par an** ;
- **Les dépenses de soins de ville pour les personnes âgées vivant à domicile s'élèvent à 7,8 Md€ par an.** Les **services de soins infirmiers à domicile** pour les personnes âgées (SSIAD) représentent **1,6 Md € par an**

⁶⁵ Chapitre prospectif « Chez soi, l'approche domiciliaire » – Conseil de la CNSA 2019

- **Les dépenses de soins aux personnes handicapées en établissements et en services médico-sociaux représentent 11,3 Md € par an**, dont 11 Md € sont actuellement prévus dans l'ONDAM personnes handicapées et 0,3 Md € sont pris en charge par la CNSA.



- **L'accompagnement** consiste, aux côtés de la personne, à lui apporter une aide et des moyens et services dans sa vie quotidienne afin de garantir sa pleine citoyenneté et la préservation de sa vie autonome : elle regroupe notamment les moyens de compensation *autonomie*, la compensation de sa situation en matière de revenus, l'aide à l'emploi et à la scolarisation pour les personnes en situation de handicap.
- **APA** : 6 Md €, versés par le département grâce à des transferts de la CNSA
- **Aide ménagère à domicile pour les personnes âgées** : 58 M € par an versée par le département
- **Remplacement de revenu définitif pour accident du travail ou maladie professionnelle** : 3,4 Md € versés par la branche AT-MP
- **Remplacement de revenu pour invalidité** (non liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle) : 9,5 Md € par an
- **AAH** : 9,4 Md € par an versés par la branche famille de la Sécurité sociale
- **AJPP, AES, AEEH** : 1 Md € par an versé par la branche famille de la Sécurité sociale
- **ESAT, CRP, CPO** : 1,8 Md € par an
- **Aide ménagère à domicile pour les PSH** : 68 M par an versés par le département

- **Aide sociale au titre des services d'aide et d'accompagnement pour les PSH** (services d'accompagnement à la vie sociale SAVS, ou d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés SAMSAH⁶⁶), 366 M € par an versés par le département
- **Aide à l'accueil d'enfants en situation de handicap** : 172 M € par an, versés par le département
- **Autres aides départementales** : 400 M € par an
- **PCH et ACTP** (que la première remplace) : 2,4 Md € par an versés par le département
- **ACFP** : 11 M € par an maximum

Les associations de personnes en situation de handicap plaident depuis longtemps pour des **extensions de la PCH**⁶⁷ :

Leur revendication de **l'intégration d'une aide à la parentalité dans la PCH a porté ses fruits** : Depuis le 1^{er} janvier 2021, les parents en situation de handicap bénéficiant de la prestation de compensation du handicap (PCH) ont droit à une aide pour la prise en charge des besoins relatifs aux actes quotidiens liés à la parentalité. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a prévu une enveloppe de **200 millions d'euros** de compensation des dépenses mise en œuvre en 2021 par une avance des départements, acteurs pleinement engagés aux côtés du Gouvernement dans l'amélioration de l'accompagnement et des droits des personnes en situation de handicap.

Cette enveloppe a été attribuée sur la base chiffrée par la mission Igas de 2016 à partir d'une estimation de la DREES des parents en situation de handicap titulaires de la PCH aide humaine. *Cependant, le chiffre de 430 millions d'euros aurait pu être avancé si l'on ajoutait les personnes en situation de handicap psychique non bénéficiaires de la PCH par exemple ainsi que d'autres parents en situation de handicap non éligibles à la PCH aide humaine.*

Le combat des associations pour la suppression des barrières d'âge dans l'octroi de la PCH a partiellement abouti. La barrière à 75 ans a été supprimée en mars 2020 : une personne de 75 ans et plus dont le handicap a été reconnu avant 60 ans peut désormais demander la PCH. Cette disposition concerne 7 600 personnes et une **dépense supplémentaire de 69 M€** selon la DREES. Les associations défendent en outre la **suppression de la barrière à 60 ans** qui fait qu'actuellement, lorsque le handicap apparaît après cet âge, la compensation est traitée au titre du vieillissement et la personne n'est pas éligible à la PCH mais à l'APA. La suppression de cette barrière représenterait une dépense supplémentaire **de 13 à 500 M€** selon les estimations.

Les associations défendent également et ont obtenu **l'intégration d'une aide à l'alimentation à l'actuelle composante aide humaine de la PCH**. Il s'agit aide à la préparation et la prise des repas et à la vaisselle. **Cela représenterait 9 M € par an par heure attribuée par mois**. Ainsi **par exemple, une aide de 5h par mois, représenterait une dépense de 45 M€ par an**. Mais

⁶⁶ Service d'accompagnement Médico-social pour Adultes handicapés

⁶⁷ Rapport de LISA pour le Collectif Handicaps

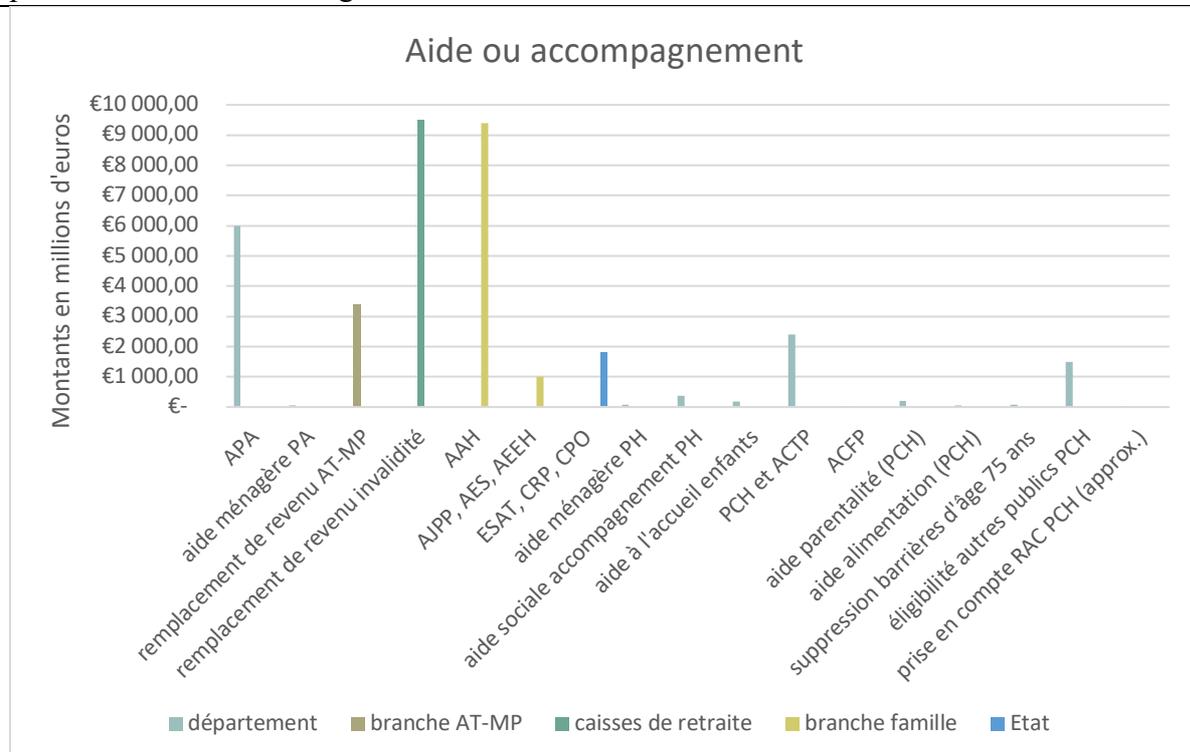
il reste la question plus globale d'une aide aux activités ménagères qui n'est toujours pas comprise dans le périmètre de la PCH aide humaine aujourd'hui.

Les associations souhaitent également **que d'autres publics qui sont aujourd'hui non éligibles ou mal éligibles à la PCH aide humaine soient éligibles à la PCH**, notamment les personnes souffrant de handicap psychique, intellectuel ou de troubles neuro-développementaux, de troubles cognitifs suite à des AVC, des déficiences associées encore mal reconnues etc. Cette nouvelle éligibilité représenterait une **dépense supplémentaire de plus de 1,5 Md€ par an.**

Enfin, les associations demandent la revalorisation des tarifs et des plafonds des différentes modalités de la PCH qui occasionnent de très lourds restes à charge pour les personnes et leurs familles et sont souvent dissuasifs dans la mise en œuvre de leurs plans d'aide

Rapport du Collectif Handicap réalisé par LISA :

« Actuellement, les fonds départementaux de compensation du handicap prennent en charge les restes à charge de la PCH à hauteur de 15,6 millions d'euros par an. Si on devait ajouter les restes à charge non pris en compte, cela représenterait une dépense supplémentaire d'environ 7,8 millions d'euros par an. Mais ce chiffre est une approximation, qui ne concerne que les restes à charge des plus grands postes de dépense de la PCH et qui repose sur des données non complètes, car seuls 71 départements ont répondu à l'enquête de la DREES sur laquelle on s'appuie. Ce chiffre est donc probablement largement sous-évalué. Une enquête PHEDRE (Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge) pilotée par la DREES et l'IRDES et soutenue par la CNSA est en cours depuis 2016 pour estimer avec précision les restes à charge de la PCH ; elle devrait arriver à son terme en 2021 ».



- **Le logement** regroupe l'hébergement en établissement, le développement de l'habitat inclusif et l'adaptation du logement personnel.

Le conseil de la CNSA a défini et défend le principe *de l'approche domiciliaire* : la personne accompagnée, pour que soit garantie sa pleine et entière citoyenneté, doit vivre « chez elle », où qu'elle réside, en hébergement collectif, accueil familial, habitat partagé, inclusif ou bien dans son *logement ordinaire*. La thèse du conseil de la CNSA fait de la fonctionnalité **logement** l'une des conditions de la vie autonomie. La conséquence de cette dimension est en particulier que tout entrant, professionnel ou proche aidant, chez la personne âgée ou en situation de handicap, y est « invitée » et respecte les règles d'usage qui prévalent « chez elle ».

- **ALS pour les personnes âgées** : versée par la CAF
- **APL pour les personnes âgées** : versée par la CAF
- **ASH pour les personnes âgées** : 1,3 Md € par an
- **Aide à l'accueil des personnes âgées chez des particuliers** : 19 M € par an versés par le département
- **ASH pour les personnes en situation de handicap** (accueil familial ou en établissement) : 6 Md € par an versés par le département
- **Réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement** pour les personnes en situation de handicap dépendantes accueillies en établissement spécialisé : 315 M€ par an
- **Dépenses d'investissement de la CNSA** : 2,6 Md€ par an

Le rapport Libault préconise en outre de :

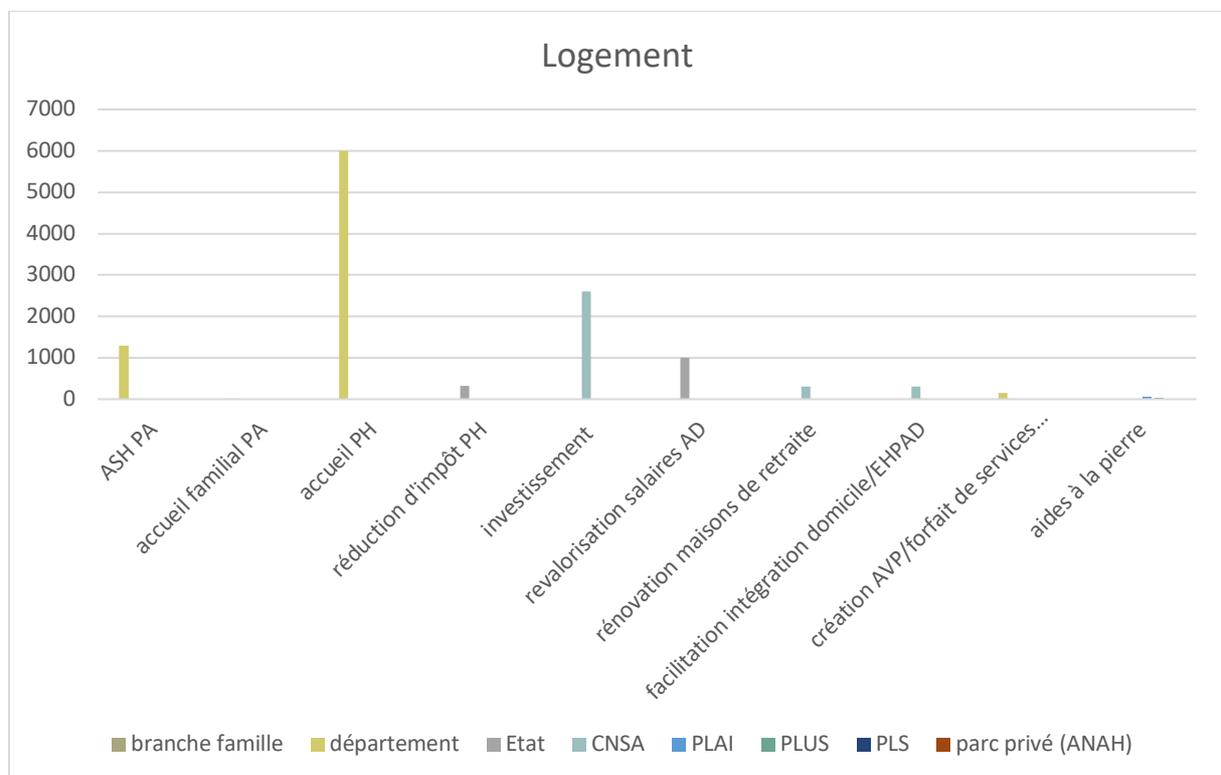
- réduire le reste à charge mensuel de 300 euros en EHPAD pour les personnes modestes gagnant entre 1000 et 1600 euros par mois (création d'une « prestation autonomie » dégressive) pour un coût de **2,7 milliards**⁶⁸ ;
- revaloriser les salaires de l'aide à domicile pour un coût de 550 millions d'euros.
L'UNA et d'autres organisations proposent quant à elles 1,5 Md.
Dans la trajectoire du système de financement autonomie projetée, le conseil retient par convention le chiffre de 1 Md € ;
- rénover les maisons de retraite publiques devenues vétustes (pour un coût total de **3 milliards d'euros en 2030**) ;

⁶⁸ Voir l'annexe pour la liste des mesures devant permettre de réduire le reste à charge en EHPAD

- faciliter l'intégration entre domicile et Ehpad (**300 millions** d'euros par an).

Le rapport Piveteau-Wolfrom sur l'habitat inclusif prévoit également plusieurs mesures :

- le recours à une personne morale porteuse du projet partagé (personne 3P) et la possibilité pour elle d'accéder à une certification ;
- la création d'une **aide au logement individuelle**, l'aide à la vie partagée (AVP) : pour un coût de **720M€ en 2030** ;
- la création d'un **forfait de services mutualisés** pour les non bénéficiaires de l'APA et de la PCH : **75M€ en 2030** ;
- **des aides à la pierre** : la création d'un fonds territorial d'investissement dans le logement API, et d'un prêt aidé spécifique ; pour le parc social, 50% de surfaces en PLAI, 30% en PLUS, 20% en PLS, pour un total de **1,2 Md€ en 2030**, et pour le parc privé conventionné (aides ANAH), pour un total de **80 M€ en 2030** ;
- la fusion de la convention APL et de la convention qui prévoit le service de la personne 3P ;
- la mise en place de la possibilité pour le bailleur de facturer les coûts des espaces partagé ;
- la majoration de l'APL, comme en logement-foyer ;
- l'optimisation de l'occupation du logement social par des transformations en logements API.



La fonction présentielle regroupe les dépenses liées à la présence auprès des personnes (proches aidants, aide informelle). La crise sanitaire a montré qu'il était primordial de valoriser cette fonction.

- Le rapport Libault prévoit une indemnisation du congé de proche aidant des personnes âgées, versée par la CAF, entre 44 et 52€ par jour
- Ce rapport prévoit également de renforcer la mobilisation du service civique et du service universel pour rompre l'isolement des personnes âgées et favoriser les liens intergénérationnels
- Le rapport de LISA pour le Collectif Handicaps propose une indemnisation des proches aidants des personnes en situation de handicap à hauteur de 4 Md € par an⁶⁹

Outre les quatre fonctionnalités, il faut prévoir des mesures pour financer le **pilotage des politiques de l'autonomie** :

- Dépenses de fonctionnement des MDPH : 300 M € par an. Ces dépenses de fonctionnement sont couvertes par les ressources des MDPH qui proviennent à 99,5% des apports monétaires de l'État, des départements, de la CNSA et d'autres acteurs institutionnels⁷⁰
- Dépenses de gestion et de personnel de la CNSA : 22 M € par an
- Dépenses de fonctionnement de l'Agefiph : 48 M € par an
- Dépenses de fonctionnement du Fiphfp : 14 M € par an

Le rapport Libault préconise de créer un guichet unique pour les personnes âgées et les aidants dans chaque département, avec la mise en place des "Maisons des aînés et des aidants" **copilotées entre le département et l'ARS**, qui se substitueraient aux CLIC, MAIA, Paerpa, PTA et autres plates-formes de répit. Il assurerait les fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et de gestion de cas complexes.

Le rapport Piveteau-Wolfrom sur l'habitat inclusif prévoit également des mesures de pilotage du système :

- La création d'un pôle de ressources national, d'un réseau de communautés territoriales et d'une boîte à outils de soutien aux petits projets
- La consolidation du rôle de la Conférence des financeurs et la planification stratégique inscrite dans le PLH et le plan départemental de l'habitat
- Le suivi des effets financiers et des transferts de coûts avec une consolidation nationale (par la CNSA)

Il faut également comptabiliser les **dépenses fiscales** de l'État en faveur des personnes âgées et en situation de handicap :

- 393 millions d'euros pour l'abattement de l'impôt sur le revenu en faveur des personnes âgées ou invalides de condition modeste ;

⁶⁹ D'après le rapport, le travail des proches aidants permet de faire 11 Md € d'économies à la société et lui « coûte » 7 Md €.

⁷⁰ La répartition exacte des financements se trouve à la page 66 du rapport LISA pour le Collectif Handicaps

- Le crédit d'impôt *service d'aide à la personne (près de 3 Md€ pour tous les services à la personne dont seulement une part bénéficie aux personnes fragiles)* ;
- 450 millions d'euros pour la demi-part supplémentaire pour les contribuables invalides ;
- 250 millions d'euros pour le taux de TVA de 10% pour les services d'aide à la personne fournis à titre exclusif, ou à titre non exclusif pour celles qui bénéficient d'une dérogation à la condition d'activité exclusive selon l'article L. 7232-1-2 du code du travail, par des associations, des entreprises ou des organismes déclarés en application de l'article L. 7232-1-1 du même code, et dont la liste est fixée par décret et taux de 5,5% pour les prestations de services exclusivement liées aux gestes essentiels de la vie quotidienne des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes qui sont dans l'incapacité de les accomplir ;
- 1,8 milliard d'euros d'exonération de taxe d'habitation pour les personnes âgées, en situation de handicap et aux ressources modestes ;
- 3 Md d'exonérations de cotisations patronales.

Il faut enfin prendre en compte un certain nombre de **dépenses transversales**, qui ne se cantonnent pas à une seule fonctionnalité, mais visent une **transformation générale du système**.

Certaines dépenses concernent tout d'abord les **professionnels de l'autonomie** :

- Le rapport Libault prévoit de **renforcer l'attractivité des métiers du grand âge**, qui peinent à recruter, ce que le rapport El Khomri évalue à **825 millions d'euros**.
- Le Ségur de la santé a prévu une **revalorisation** de 183€ net par mois pour les professionnels des EHPAD et des services sociaux et médico-sociaux « rattachés » à un hôpital public (ce qui inclut les soins à domicile et de compensation du handicap). Le coût du Ségur pour les 18 000 agents publics du secteur du handicap, les seuls à en bénéficier pour le moment, représente 80 M€.
- Dominique Libault préconise également d'augmenter de 25% le **taux d'encadrement en EHPAD** d'ici 2024, soit 80 000 postes supplémentaires, pour une dépense d'**1,2 milliard d'euros**⁷¹.

Enfin il est fondamental de renforcer la **prévention** pour soutenir l'autonomie de ceux qui avancent en âge ou sont en situation de handicap.

En 2019, les dépenses de prévention de la fragilité des personnes âgées ont représenté **1,3 Md € selon la DSS**. Ces dépenses sont assumées aux deux-tiers par la Sécurité sociale : il s'agit de l'action sociale des caisses de retraite (38 %) et du financement apporté par l'assurance maladie pour les résidents en EHPAD et les bénéficiaires de SSIAD classés en GIR 5 et 6. La

⁷¹ Certaines parties prenantes du conseil de la CNSA appellent de leurs vœux un ratio de 8 pour 10, comme annoncé par l'Etat pour 2012, et certaines demandent 10 pour 10. La création d'emplois nouveaux permettrait de diminuer les dépenses de l'assurance chômage et d'augmenter le niveau des cotisations maladie, famille et vieillesse réduisant d'autant les coûts de ces créations d'emploi pour la sécurité sociale et l'Etat.

CNSA couvre 17 % de cette dépense, principalement par le versement du forfait autonomie en résidence autonomie et le financement d'actions de prévention via la Conférence des financeurs. **Le rapport Libault a préconisé un apport supplémentaire de 150 M € par an.**

Selon la définition donnée en 1948 par l'OMS, la prévention désigne "l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps". L'OMS en distingue trois types : la **prévention primaire**, qui intervient avant l'apparition de la maladie pour empêcher sa survenue, la **prévention secondaire**, à laquelle on fait appel lorsque la survenue de la maladie n'a pu être empêchée, mais que celle-ci ne provoque pas encore de souffrance ou de déficience – ce type de prévention permet de gagner du temps sur l'évolution de la maladie et de rendre le soin plus efficace, car plus précoce –, et enfin la **prévention tertiaire**, qui survient après le déclenchement de la maladie et des soins, et vise à réduire les conséquences de la pathologie.

Cependant, cette catégorisation a parfois des frontières floues, et tendrait à suggérer un ordre de priorité qui n'a pas lieu d'être entre les trois types de prévention. C'est pourquoi on peut lui préférer celle de R.S. Gordon (1983). Ce dernier restreint le terme de « prévention » aux mesures destinées aux personnes qui ne souffrent d'aucun inconfort ou déficience liés à la maladie, même si celle-ci les a déjà touchés - il ne retient donc pas la prévention tertiaire. Il distingue ainsi la **prévention universelle**, destinée à l'ensemble de la population, qui doit permettre à chacun de conserver ou d'améliorer sa santé, par l'instauration d'un environnement favorable. Elle correspond à la notion de **promotion de la santé** définie par l'OMS et utilise les méthodes de l'éducation en matière de santé, dépasse la notion de prévention-protection et ne vise à répondre à aucun risque spécifique. La **prévention sélective** s'adresse à des sous-groupes de la population porteurs de risques spécifiques (par exemple la vaccination contre la grippe pour les personnes âgées ou le fait d'éviter l'alcool pour les femmes enceintes), pour éviter chez eux la survenue de pathologies. Enfin, la **prévention ciblée** concerne les personnes qui, individuellement, présentent des facteurs de risque spécifiques pour le développement de maladies (par exemple les personnes qui ont de l'hypertension ou de l'hypercholestérolémie).

La prévention des principales causes d'incapacité repose largement sur des interventions visant des déterminants de santé dans quelques domaines majeurs (consommation d'alcool, promotion de la santé mentale, prévention des accidents...). Or la plus grande partie de ces interventions n'est pas réalisée par des acteurs du système de soin, mais fait appel à des **politiques publiques plus globales**, incluant la dimension environnementale, économique, sociale ou encore éducative. Elles sont aussi **d'autant plus efficaces qu'elles combinent actions de niveau national et actions de proximité**.

Les dépenses en matière de prévention sont difficiles à évaluer d'un point de vue comptable : les données existantes sont éparpillées, et concernent principalement le coût de la non-prévention. Les études portant sur l'efficacité économique de la prévention sont partielles, et valables uniquement lorsque les pratiques relèvent de la prévention médicalisée, c'est-à-dire lorsqu'elles peuvent être mises en relation avec certains actes de soins. Ces lacunes illustrent le fait que la prévention demeure en France le **parent pauvre du système de santé**.

En ce qui concerne « la prévention de la perte d'autonomie » chez les personnes âgées, le rapport Libault, rendu en mars 2019, a ainsi pu souligner les insuffisances de l'existant.

Selon lui, la prévention occupe aujourd'hui une **place insuffisante** dans les politiques du grand âge.

Très associée aux campagnes de vaccination ou de dépistage, **la prévention est par ailleurs marquée par une approche purement sanitaire**. Or la prévention pour les personnes âgées doit reposer sur un repérage des facteurs de fragilité qui couvre un champ bien plus large. Celui-ci inclut notamment les conditions de vie et le lien social ainsi que des actions visant à rendre réversibles ces facteurs de fragilité.

Il constate également que les actions de prévention et la promotion de la santé sont **peu organisées, peu financées et reposent souvent sur des initiatives individuelles**.

Certes, des offres multiples se sont développées sous l'impulsion des pouvoirs publics (droit périodique à un examen de santé prévu par l'article L321-3 du code de la sécurité sociale) et à l'initiative d'organismes de protection sociale (examens de prévention en santé de l'Assurance Maladie). Les centres d'examen de santé de la CNAM proposent ainsi des actions ciblées sur les personnes éloignées du système de santé et en situation de précarité. Il existe aussi le plan d'aides personnalisées de la CNAVTS, les Instants santé de la MSA, les centres de prévention de l'AGIRC-ARRCO, les centres de santé mutualistes et encore les actions des collectivités territoriales ou de réseaux associatifs. Mais ces initiatives se sont développées **sans cohérence d'ensemble et sans nécessairement se focaliser sur les personnes âgées**. Le résultat de ce foisonnement est qu'une personne âgée peut se retrouver à la croisée de multiples sollicitations d'actions de prévention sans qu'elle puisse réellement en évaluer la pertinence au regard de sa situation. Mais elle peut tout aussi bien ne pas être du tout sollicitée malgré la pluralité d'offres.

La promotion de l'offre de prévention en matière d'autonomie est récente. **L'inter-régime retraite** lui a donné une forte impulsion, grâce à la signature, en 2014, d'une convention qui a permis de déployer sur les territoires une offre commune d'actions collectives à destination des seniors. Cette convention porte sur des sujets tels que la nutrition, la mémoire, le sommeil ou encore l'activité physique et le lien social. Environ 260.000 personnes bénéficient de ces programmes de prévention. Cette offre s'est également traduite par la création, avec Santé Publique France, d'un portail d'information, www.pourbienvieillir.fr. Ce partenariat trouve son prolongement au sein de la « conférence de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées » mise en place dans le cadre de la loi ASV.

La **loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement** (ASV, 2015) a mis en place la « **conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées** ». Dans ce cadre, la CNSA aide les départements à coordonner leurs financements de la prévention et leur verse un concours financier. Le volet de la loi ASV consacré à la prévention représentait **185 millions d'euros**. La prévention devait mobiliser l'ensemble des politiques publiques et être réalisée selon six axes :

- la **prévention primaire** : garantir la santé des seniors, préparer le passage à la retraite, favoriser le maintien à domicile, adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement, soutenir les dispositifs d'accompagnement et de coordination des parcours et de repérage des fragilités
- la **prévention secondaire** : retarder l'entrée dans la dépendance, notamment en adaptant le logement et en prévenant les chutes
- la **prévention tertiaire** : réduire la dénutrition, améliorer les parcours de santé, accompagner les allers-retours entre hôpital et domicile, former les professionnels intervenant en EHPAD à la prévention des risques
- **réduire les inégalités sociales de santé** : améliorer le repérage des personnes âgées fragiles et isolées grâce à une veille d'acteurs de proximité, favoriser l'accès aux soins dans les territoires...
- **former les professionnels à la prévention** en matière d'autonomie
- **Développer la recherche et l'évaluation des stratégies**

Dominique Libault propose d'intégrer la nouvelle approche portée par le programme ICOPE (Integrated Care for Older PEople) de l'OMS pour la période 2020-2022 qui consiste à développer des actions de préventions ciblées selon les tranches d'âge :

- entre 50 et 75 ans, pour maintenir le plus longtemps possible les cinq domaines de la capacité intrinsèque (cognition, mobilité, psychologie, vitalité/nutrition et fonctions sensorielles)
- dès 75 ans pour suivre ces fonctions et alerter en cas de risque de perte fonctionnelle en évaluant systématiquement et régulièrement l'état des capacités intrinsèques, en s'appuyant notamment sur les nouvelles technologies.

L'ambition du programme ICOPE est ainsi d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité. Cette politique préventive doit permettre de passer progressivement d'une prise en charge de la dépendance qui reste nécessaire, à la prévention d'un risque pour l'autonomie de la personne par une approche multidimensionnelle précoce.

Dominique Libault appelle également de ses vœux une politique de prévention s'appuyant sur un **diagnostic individuel des besoins**.

Il propose de créer un « fonds qualité » doté de **150 millions d'euros par an** pour financer les actions relatives à la qualité de vie au travail, à la prévention ou à la formation préalable à l'obtention de labels. Géré par la CNSA, il serait distribué par les ARS et concernerait aussi bien les EHPAD que les SSIAD ou les SPASAD. Si le scénario de reprise du pilotage des SAAD par les ARS venait à être retenu, les SAAD seraient éligibles à ce fonds. L'efficacité des actions serait mesurée à l'aide d'indicateurs de résultats établis dès le début du financement entre l'ARS et la structure.

Dans son rapport, D. Libault souligne que les mesures d'amélioration de la prévention pourraient générer des **économies substantielles**. La concertation a identifié trois sources d'économies possibles :

- une baisse des dépenses d'hospitalisation liée à une meilleure fluidité des parcours, les personnes âgées restant souvent à l'hôpital faute de solutions en aval (situation dont le coût a été évalué à 2 Md€ par un rapport de 2011 du HCAAM)
- une meilleure gestion de la prestation et des gains d'efficacité dans l'organisation des services;
- les effets des mesures de prévention sur les entrées en hospitalisation et donc sur son coût pour les finances publiques.

En janvier 2020, pour faire suite au rapport Libault et face à l'augmentation prévue du nombre de personnes âgées dépendantes, une **Stratégie nationale de prévention de la perte d'autonomie a été annoncée**, qui doit se développer suivant quatre axes :

Axe 1 : promouvoir la prévention tout au long de la vie

- Le lancement par Santé publique France d'une **application en santé « avancer en âge en bonne santé »**, offrant une auto-évaluation des besoins, des conseils opérationnels et des orientations personnalisées pour une prévention renforcée à 40-45 ans, fin 2020 ;
- La montée en puissance d'un **rendez-vous de prévention au moment du départ à la retraite**, avec la contribution des Caisses d'assurance maladie et de retraite (CNAM, CNAV, CCMSA, AGIRC-ARRCO), dès 2020 ;
- Une **campagne annuelle de communication** pour accompagner la Semaine Bleue (semaine nationale des retraités et des personnes âgées, en octobre)

Axe 2 : dès 70 ans, agir sur les facteurs accélérant la « perte d'autonomie »

- L'expérimentation dans plusieurs régions d'un **programme de dépistage de la fragilité** selon la **démarche ICOPE** ;
- Le déploiement d'un moment réflexe rappelant la possibilité et le besoin de procéder à l'**adaptation fonctionnelle des logements** le plus tôt possible, en soutenant l'accès à des diagnostics logement gratuit ou à prix réduits, à partir de 2020 ;
- La diffusion massive, dès à présent, des offres de **soutien à l'adaptation des logements** pour les ménages modestes ;
- Un investissement fort pour atteindre l'objectif « **zéro passage par les urgences** » pour les personnes âgées dépendantes d'ici 5 ans ;
- Un appui aux initiatives locales permettant de se mobiliser pour les aînés afin de **lutter contre l'isolement social**. Cet appui pourra être financier ou une contribution à l'ingénierie des projets, afin d'accompagner les territoires. La diffusion du label « Villes amies des aînés » et la mobilisation des jeunes du service national universel et du service civique viendront enrichir ces actions dès 2020.
- Une **campagne de communication en 2020 et 2021 pour mobiliser le 100% santé**, notamment pour l'accès aux lunettes et aux prothèses auditives.
- L'expérimentation d'un **autotest de dépistage du déficit auditif** pour le grand public et les professionnels de soins primaires, **sous forme d'une application**, dès 2020.
- La définition de repères pour le **dépistage des troubles de la vision** associés au vieillissement (presbytie, glaucome, cataracte, DMLA) et l'orientation vers un spécialiste, en 2021 ;
- L'adaptation aux personnes âgées de Vigilans, dispositif de **prévention du suicide**, dès 2020.

Axe 3 : mettre la préservation de l'autonomie de chaque personne au cœur des priorités des professionnels

- L'introduction de « **critères de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées** » dans la **certification des établissements de santé** en 2020 ;
- La prise en compte, dans les systèmes de tarification des **services d'urgence des établissements de santé**, des bonnes pratiques visant à favoriser la prévention en 2021 ;
- Le déploiement d'actions de prévention dans les **EHPAD**, financées à hauteur de 15M€ par an ;
- La diffusion d'outils d'information et de dialogue entre médecins et patients pour promouvoir la **déprescription des médicaments** à partir de 2020.

Axe 4 : mettre la France au niveau des pays européens les plus avancés en matière de prévention de la perte d'autonomie, par la recherche et l'innovation

- La constitution et le suivi d'un ensemble cohérent d'indicateurs nous permettant d'évaluer l'impact des actions de prévention en direction des personnes âgées, dès 2020. Santé Publique France élaborera, en particulier, un **indicateur de prévalence de la fragilité**.

- La mobilisation du **Programme d'investissement d'avenir (PIA)**, mis en place par l'État pour financer des investissements innovants et prometteurs sur le territoire, pour investir dans la recherche sur le vieillissement et la prévention de la « perte d'autonomie ».

Quatre leviers doivent permettre la mise en place de ces mesures :

- Renforcer le pilotage et la visibilité des conférences des financeurs par la définition d'orientations nationales en 2020 ;
- Créer un **centre de ressources** en 2020 constitué d'experts reconnus dans le champ de la « perte d'autonomie » ;
- Inscrire la priorité de la prévention liée à l'âge comme enjeu central de la Stratégie du Grand Âge à l'ordre du jour du prochain Comité Interministériel de Santé et renforcer le niveau d'information du Parlement à l'occasion de chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale ;
- Lancer un « tour de France de la Silver Economy » dans toutes les régions afin d'organiser la mobilisation des acteurs institutionnels et économiques.

En ce qui concerne les **personnes en situation de handicap**, la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit que « l'État, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale mettent en œuvre des politiques de prévention, de réduction et de compensation des handicaps et les moyens nécessaires à leur réalisation qui visent à créer les conditions collectives de limitation des causes du handicap, de la prévention des handicaps se surajoutant, du développement des capacités de la personne handicapée et de la recherche de la meilleure autonomie possible. »

Une part importante de la prévention est consacrée aux **enfants en situation de handicap**, pour lesquels l'enjeu principal est de **réduire les délais de diagnostic**, notamment en cas de troubles du neuro-développement : il faut agir tôt, quand les choses peuvent se modifier grâce à la plasticité cérébrale. Il s'agit également de **prévenir les sur-handicaps**.

Pour cela, plusieurs mesures ont été prises dans le cadre de la **Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement (TND)** :

- sensibiliser et former les professionnels de la petite enfance et de l'école ;
- mobiliser les médecins de première ligne (généralistes, pédiatres, de la protection maternelle et infantile) pour les inciter, en cas de signaux d'alerte, à saisir les plateformes d'intervention et de coordination qui vont se déployer avec l'appui des agences régionales de santé (ARS) ;
- créer une consultation longue et majorée pour favoriser le repérage par les médecins généralistes et les pédiatres ;
- pour les enfants de 0 à 6 ans, instituer un bilan visant à confirmer le diagnostic et un "forfait intervention précoce" sans attendre le diagnostic : un vrai parcours de soins avec l'accès à des professionnels du médico-social ou libéraux, ayant des pratiques conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Le reste à charge pour les familles sera ainsi fortement réduit et les séances d'ergothérapie, de psychomotricité ou avec un psychologue, des professionnels non conventionnés par l'Assurance maladie, seront rendues possibles sans attendre la reconnaissance de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Une autre mesure annoncée est "la **création d'un réseau de recherche d'excellence**" afin de comprendre les causes de l'autisme et l'augmentation inexpliquée de sa prévalence, avec la constitution d'une cohorte de personnes qui seront suivies dans le temps.

Il est en outre possible de **prévenir certains handicaps avant la naissance et pendant la grossesse**, notamment par la vaccination contre la rubéole et la rougeole, la supplémentation en vitamine B9 (ou acide folique) pour éviter les anomalies de fermeture du tube neural, à l'origine de malformations de la moelle épinière chez les fœtus (plan Priorité prévention 2018), et par le repérage des addictions. La campagne "Zéro alcool pendant la grossesse" menée par Santé publique France en est un exemple. Le **suivi pendant la grossesse** permet de diagnostiquer certaines malformations ou handicaps, parfois d'opérer *in utero* et d'orienter vers l'hôpital où le bébé pourra être pris en charge et bénéficier de soins adaptés.

Quant au **dépistage néonatal**, c'est-à-dire réalisé sur le nouveau-né, il porte sur cinq maladies (dont la mucoviscidose) et sur l'audition : "un important retard" et "une perte de chance" alors que d'autres pays dépistent

jusqu'à vingt-quatre maladies rares, dénoncent en février 2019 plusieurs associations (Alliance maladies rares, AFM-Téléthon...).

Promouvoir l'accompagnement précoce des enfants à risque de handicap de 0 à 6 ans est l'objectif de la campagne de sensibilisation 2018-2019 de l'**Association nationale des équipes contribuant à l'action médicosociale précoce** (ANECAMSP). La prise en charge est proposée en fonction des besoins de l'enfant ; elle peut consister en des séances de psychomotricité, de kinésithérapie, d'orthophonie, d'ergothérapie, en un suivi par un psychologue, un neuropsychologue, un recours à des méthodes comportementales par exemple pour un enfant autiste, et à des outils de communication (langue des signes ou Makaton notamment..., auxquels les parents participent pour assurer le suivi à la maison.

Les **jeunes**, étant sujets à des comportements à risque font également l'objet d'actions de prévention. Ainsi, dans le cadre du plan Priorité prévention, lancé en mars 2018 par le Comité interministériel pour la santé, ils sont l'objet de plusieurs mesures concernant les **conduites addictives** (tabac, alcool, drogues), **l'obésité, la souffrance psychique, les risques auditifs**..., qui peuvent entraîner des handicaps en l'absence d'intervention précoce.

Pour les **maladies rares** (dont le financement de la recherche est poursuivi), invalidantes (diabète, maladies cardiovasculaires...), neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaques...), les **troubles psychiatriques**, il faut également **raccourcir les délais de diagnostic** pour mettre en place des interventions adaptées, mobiliser le continuum de soins et favoriser, le cas échéant, l'accès et le maintien dans l'emploi grâce à des aménagements et à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Pour les **personnes en situation de handicap accompagnées dans les établissements et services médicosociaux** a été mis en place en 2017 un **bilan de santé périodique** incluant les dépistages recommandés (cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon), dont le financement ne relève plus du budget des établissements d'accueil mais du droit commun de l'Assurance maladie depuis 2019.

Ces mesures deviennent urgentes, car des études comme celle de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ont souligné des "inégalités dans l'accès aux soins et à la prévention", "un moindre recours des personnes handicapées pour les soins préventifs, par exemple pour les examens ophtalmologiques, les examens de dépistage des cancers..." et de nombreux "obstacles"⁷².

Chez certaines personnes, comme celles atteintes de trisomie 21, le vieillissement est prématuré, et il est essentiel de prévenir ses conséquences en matière d'autonomie. Des initiatives se développent, telles que : le réseau Handident (qui œuvre pour l'accès de tous à la santé buccodentaire) ; la mise en place de consultations en langue des signes ; l'accueil au département mère-enfant de l'Institut Mutualiste Montsouris pour les femmes handicapées ; le développement de réseaux de professionnels de santé de ville et hospitaliers dans le cadre de l'action "Accès aux soins pour tous" de l'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (LADAPT) ; les équipes rapides d'intervention de crise (ÉRIC) en psychiatrie.

II. Financer comment : pour un système de financement

A. Définition : qu'est-ce qu'un système de financement ?

Le rapport Vachey met en évidence l'importance de l'harmonisation, de la lisibilité, de l'efficacité et de la coordination du financement. Cela nous met sur la voie d'une définition de ce que doit être le système de financement que nous appelons de nos vœux pour l'autonomie.

Il s'agit d'un mode de financement qui **prenne en compte l'ensemble des acteurs dont l'action en financement converge pour le soutien à l'autonomie**.

Ce système articule donc ensemble les quatre grandes familles de contributeurs que sont :

- **l'ensemble des politiques publiques ;**

⁷² "L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France", *Les Rapports de l'IRDES*, n° 560 et 561, juin 2015 ; Pascal Jacob et Adrien Jousserandot, *Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement*, rapport, juin 2013

- **les quatre autres branches** de la Sécurité sociale en incluant la **Mutualité sociale agricole** ;
- **les ménages** ;
- **les autres financeurs.**

À titre d'illustration, la **Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie**, dispositif phare instauré par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 est un dispositif de concertation et de coordination des financements alloués dans chaque département, en complément des prestations légales ou réglementaires.

L'article L. 233-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) par sa définition de la composition de la conférence des financeurs identifie les acteurs qui contribuent aux financements de ses domaines de compétence.

La loi ASV dispose que « le programme » défini par chaque conférence porte sur :

- L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile ;
- L'attribution du forfait autonomie ;
- La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;
- La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;
- Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- Le développement d'autres actions collectives de prévention.

Pour les publics spécifiques que sont les personnes âgées de 60 ans et plus éligibles ou non à l'APA, à domicile ou en établissement ; les proches aidants de personnes âgées de 60 ans et plus ; les personnes en situation de handicap et les personnes âgées ayant fait le choix d'un habitat inclusif.

Outre le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé qui veille notamment à la cohérence des politiques régionales de santé et de prévention sur le territoire, dont de la prévention de la perte d'autonomie, la conférence compte :

- Le délégué de l'agence nationale de l'habitat dans le département ;
- Des représentants des collectivités territoriales volontaires autres que le département et des établissements publics de coopération intercommunale volontaires ;
- Un représentant de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail⁷³ ;
- Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie ;
- Un représentant de la mutualité sociale agricole ;
- Un représentant des institutions de retraite complémentaire ;

⁷³ Caisse nationale d'assurance vieillesse, pour l'Île-de-France.

- Un représentant désigné par la Fédération nationale de la Mutualité française.

Par ailleurs, la composition de la conférence peut être élargie, en fonction des partenariats locaux, à toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.

Plusieurs départements ont ainsi proposé à d'autres partenaires locaux (communes ou intercommunalités, direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale – DRJSCS...) de rejoindre la conférence, afin notamment d'assurer l'articulation des dispositifs et de repérer les complémentarités.

La rencontre et la mobilisation des élus départementaux et des maires au sein de la conférence sont ainsi perçues comme de bonnes pratiques pour améliorer la coordination des pratiques de prévention sur le territoire.

➔ **Le modèle de la conférence des financeurs inspire profondément la réflexion prospective des membres du conseil de la CNSA** pour la conception et la déclinaison territoriale du *système de financement de la politique de l'autonomie* objet du présent chapitre de ce rapport. **Renforcer la cohérence** des axes d'intervention visés par la loi ASV en même temps qu'en **élargir le spectre** semble déterminant pour **améliorer la qualité des réponses** à nos concitoyens et **garantir l'égalité des chances par le pilotage de la politique de l'autonomie sur tout le territoire de la République.**

La Sécurité sociale ne peut en effet produire seule l'intégralité de l'effort qu'appelle la politique de soutien à l'autonomie : comme on l'a montré, la sécurité sociale est confrontée à des difficultés structurelles (transition démographique, évolution de la structure des emplois) et conjoncturelles (crise sanitaire, économique, environnementale et sociale) qui grèvent ses recettes et on le sait, la 5^{ème} branche Autonomie sera elle-même en déficit en 2021.

« La Sécurité sociale doit financer tout ce qu'elle doit financer, mais rien que ce qu'elle doit financer ! »

Pour parvenir à ce objectif, les apports des différents acteurs / contributeurs à la politique de l'autonomie doivent faire l'objet d'un **pilotage approprié**⁷⁴ d'abord à un niveau interministériel, puis de la sécurité sociale et enfin de la branche qui doit, outre le pilotage national qui lui incombe en tant que gestionnaire du risque, concevoir et soutenir un système de pilotage territorial et y prendre toute sa part, afin que la politique de soutien à l'autonomie soit **harmonisée, différenciée, efficiente, en équité territoriale** et parfaitement **lisible** pour nos concitoyens.

La question des financeurs périphériques ou *supplémentaires* dans l'esprit de la loi ASV pour la conférence des financeurs, appelle elle aussi la mobilisation de la Branche à des fins de pilotage au-delà de ses missions d'animation. L'enjeu est de parvenir à une efficience accrue.

⁷⁴ Voir infra page

Il s'agit là de formes de **pilotage indirect des financements qui interviennent dans le soutien à l'autonomie des personnes, car ne relevant pas de la 5^{ème} branche stricto sensu**. En effet, le financement des quatre fonctionnalités du soutien à l'autonomie mobilise des écosystèmes économiques plus larges et soumis eux-mêmes à des enjeux qui peuvent être en contradiction avec ceux de la branche.

B. Les principes régissant le système de financement

« **De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins** » est un principe fondamental de la Sécurité sociale.

Lors de sa création, la Sécurité sociale ne devait couvrir que les risques des personnes qui étaient en emploi afin de les protéger et à travers eux leurs familles, selon une logique bismarckienne d'assurance. Elle s'est peu à peu étendue à la couverture des risques auxquels sont exposés tous les citoyens, dans une logique beveridgienne fondée sur **l'universalité des prestations**.⁷⁵

Aujourd'hui, la protection sociale, universelle, est fondée sur la citoyenneté et le fait de résider sur le territoire français. Pour la branche Autonomie, le principe est le suivant : **chacun est un citoyen à part entière, quelle que soit sa situation d'autonomie conséquence de son âge, de son état de santé ou de son handicap. Chacun doit pouvoir partout sur le territoire vivre selon ses aspirations et ses préférences au cœur de la société en égalité des chances.**

L'universalité des prestations de soutien à l'autonomie reste aujourd'hui malheureusement très théorique, et on constate de **nombreuses inégalités, notamment territoriales**.

Les aspirations de nos concitoyens doivent être prises en compte selon **l'approche domiciliaire** et ses quatre axes indissociables que sont le logement, le lien social, l'accompagnement et les soins.

La loi du 11 février 2005 avait fixé un objectif de suppression des barrières d'âge afin de garantir le droit à compensation à tous, quel que soit l'âge.

La cinquième branche Autonomie s'appuie sur la **convergence** entre les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et celles qui concernent les personnes en situation de handicap. Dans une logique du **mieux-disant**, la branche doit, dans son déploiement, **s'aligner sur la réponse la plus universelle, la plus complète et la plus proche des aspirations exprimées par ses bénéficiaires eux-mêmes.**

Les principes de la PCH devront guider l'évolution de l'APA par la prise en compte du projet de vie de la personne et de ses aspirations à la vie sociale, tant que la suppression des barrières d'âges pour l'octroi de la PCH ne sera pas effective.

⁷⁵ Entretiens du Conseil d'État : <https://www.conseil-etat.fr/actualites/colloques-seminaires-et-conferences/a-revoir-gouvernance-et-financement-de-la-protection-sociale>

La 5^{ème} branche porte dans ses fondamentaux le **lien indissociable entre les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et celles en faveur des personnes en situation de handicap.**

C. Structurer le système

a. Les politiques publiques

La société de la longévité appelle une mobilisation de même ampleur que la cause du climat⁷⁶ : l'ensemble des politiques publiques doit être ainsi convoqué pour soutenir l'autonomie de nos concitoyens qui avancent en âge ou qui sont en situation de handicap.

A partir des missions identifiées par la LOLF, on peut dresser une liste (non exhaustive) des politiques publiques qui peuvent être associées au soutien à l'autonomie et qui sont hors du champ de la protection sociale :

- Enseignement scolaire/recherche et enseignement supérieur
- Plan de relance : écologie, cohésion (cohésion territoriale, sauvegarde de l'emploi, formation professionnelle), compétitivité
- Écologie, développement et mobilités durables : transports
- Investissements d'avenir : maturation des technologies, R&D, valorisation de la recherche
- Cohésion des territoires : aide à l'accès au logement, politique de la ville, hébergement, parcours vers le logement et l'insertion des personnes vulnérables, urbanisme, territoires et amélioration
- Travail et emploi
- Culture
- Sport, jeunesse et vie associative : service civique, développement de la vie associative

Les parties prenantes du conseil de la CNSA soulignent qu'au-delà de l'évaluation de l'impact « Autonomie » de chaque politique publique évoqué au chapitre II du présent rapport, la montée en charge de mesures portées par toutes les politiques publiques devrait s'inscrire dans un **Agenda Autonomie 2030⁷⁷**.

La future loi 4 D s'applique à inscrire par un nouvel article L. 1111-3-1 du CGCT, la **différenciation territoriale** : « Dans le cadre de l'attribution des compétences aux collectivités territoriales, **le principe d'égalité ne fait pas obstacle à ce que la loi règle de façon différente des situations différentes**, ni à ce qu'il soit dérogé à l'égalité pour des raisons d'intérêt général

⁷⁶ Voir chapitre II page 37

⁷⁷ Voir page

pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit proportionnée et en rapport avec l'objet de la loi qui l'établit. »

Les conférences territoriales de l'action publique (CTAP) devraient être renforcées par l'article 3 du projet de loi complétant l'article L. 1111-9-1 du CGCT. Ainsi dans les douze mois de son élection, le président de région convoquera une CTAP au cours de laquelle sera mis au débat le principe de délégations de compétences d'une collectivité territoriale à une collectivité territoriale relevant d'une autre catégorie ». Ces délégations devront toutefois porter « **sur la réalisation de projets structurants pour les territoires** ».

Il apparaît particulièrement important de permettre aux CTAP de devenir le lieu de conception et de suivi des volets territoriaux de l'agenda Autonomie 2030.

L'article 5 du projet de loi introduit en effet une dimension d'orientation thématique : il réaffirme **le rôle transversal joué par les régions dans la transition écologique**, en ajoute la coordination et l'animation de l'économie circulaire. Il conforte également le département dans ses actions de transition écologique en lien avec ses compétences dans les champs de la santé, de l'habitat et de la lutte contre la précarité.

Enfin, **il renforce le rôle des communes et établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre dans l'animation et la coordination de la transition énergétique au plan local**, en lien avec les plans climat-air-énergie territoriaux.

Dans le même esprit, dans l'organisation décentralisée, **le département, la commune et les EPCI à fiscalité propre**, pourraient élargir leur rôle à l'animation et au suivi de l'agenda Autonomie 2030 pour leurs territoires.

b. Le périmètre de l'autonomie dans la protection sociale

b1. L'annexe 10⁷⁸

L'annexe 10 du PLFSS pour 2021 décrit **l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie** (ENSA). Celui-ci retrace **l'ensemble des dépenses de protection sociale en faveur du soutien à l'autonomie**, émanant de l'État, des collectivités territoriales et de la Sécurité sociale.

Selon cette définition, l'effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie s'élève à **73 Md€ en 2019, dont 22 Md€ sont consacrés aux personnes âgées et 51 Md€ aux personnes confrontées à un handicap ou à l'invalidité.**

- Les **prestations sociales** incluses dans le périmètre de l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie sont **l'AAEH, l'AAH, la PCH et l'ACTP, les pensions d'invalidité, l'allocation supplémentaire d'invalidité, les rentes d'incapacité permanente, l'APA et l'ASH.**

⁷⁸ Aux termes de la LFSS, la totalité des dépenses de la Nation en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées sera retracée dans la nouvelle annexe 10 à la loi de financement.

Elles sont financées par la sécurité sociale (intégralement : AEEH, prestations d'invalidité, rentes d'incapacité permanente ou partiellement : PCH et APA), par l'État (AAH) ou par les départements (partiellement : PCH, APA et ASH).

- Les dépenses de sécurité sociale allouées au **fonctionnement des établissements et services médicosociaux** et à la **couverture des dépenses de soins de santé des personnes concernées** sont également incluses. Certaines dépenses des soins de ville s'adressant quasi-exclusivement à des personnes « en perte d'autonomie » sont ainsi comptabilisées dans l'ENSA : il s'agit **d'actes infirmiers de soins (AIS)** qui comprennent l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. Le **financement de l'hébergement et de la prise en charge en USLD** par l'assurance maladie est également compté.
- Les **exonérations de prélèvements sociaux pour l'emploi d'aidants à domicile auprès d'un particulier fragile**, compensés à la sécurité sociale par des dotations de l'État sont prises en compte dans l'ENSA.
- Enfin, les **programmes et actions pour l'inclusion scolaire et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap**, financés par l'État ou par des structures spécifiques telles que l'AGEFIPH et la FIPHFP, sont intégrés dans le périmètre de l'ENSA.
- Les **avantages fiscaux** concernant spécifiquement des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes en situation de handicap, inscrits au budget de l'État sont également comptabilisés : demi-part supplémentaire pour les personnes invalides, réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement en EHPAD, exonérations de l'APA et de la PCH. La TVA réduite (5,5%) sur les équipements spécifiques des personnes en situation de handicap, qui n'est pas comptabilisée en moindre recette dans le budget de l'État, est également prise en compte.

La **sécurité sociale** finance 36 Md€ de dépenses en faveur du soutien à l'autonomie, soit 51 % des dépenses publiques consolidées dans l'ENSA.

- Plus de 80 % des dépenses de sécurité sociale proviennent de la branche maladie, soit 31 Md€ en 2019.
- La branche AT-MP contribue à l'ENSA à hauteur de 5 Md€ soit 14 % des dépenses de sécurité sociale.
- La branche famille contribue à l'ENSA pour 1 Md€, soit 3 % des dépenses de sécurité sociale affectées à l'ENSA.

L'État est le deuxième contributeur et finance un quart des dépenses de l'ENSA, soit 18 Md€. La majorité de ces financements sont des dépenses de prestations sociales (57 %), correspondant à l'allocation pour les adultes en situation de handicap (AAH) servie par les caisses d'allocations familiales (CAF) mais comptabilisée dans le budget de l'État au titre du programme 157 « Handicap et dépendance ». Ses autres contributions à l'ENSA sont les avantages fiscaux qui bénéficient aux personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, et des subventions de fonctionnement de structures contribuant à la prise en charge de

ce public, notamment pour l'inclusion scolaire et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap.

Les **départements**, chefs de file de l'action sociale, sont chargés de la définition et de la mise en œuvre des politiques d'action sociale sur leur territoire mais également de la coordination avec l'ensemble des acteurs amenés à intervenir en la matière, en particulier dans le champ de l'accompagnement à l'autonomie. Leurs dépenses s'élèvent à **12 Md€**, et couvrent ainsi **17 % du financement**. Près de la moitié (46 %) des dépenses des conseils départementaux est constituée de l'allocation des prestations individuelles de compensation sur leur territoire (allocation personnalisée d'autonomie – APA – et prestation de compensation du handicap – PCH). Leurs autres dépenses sont orientées vers le fonctionnement des ESMS, notamment sur le volet hébergement.

Les **financements de la CNSA sur ses ressources propres**, qui atteignent 5 Md€, représentent 6 % de l'ENSA en 2019. Ils sont constitués à 60 % de dépenses de prestations sociales, correspondant aux concours de la CNSA aux départements au titre de l'APA et de la PCH. 30 % des dépenses de la CNSA sont orientées vers le financement des ESMS.

b2. La Sécurité sociale doit elle-même intégrer pour chacune des branches un objectif de soutien à l'autonomie.

L'ambition de l'autonomie au sein de la protection sociale appelle tout à la fois la transversalité et, à l'instar de la mobilisation des politiques publiques hors protection sociale, l'objectif partagé de concourir à la vie autonome de nos concitoyens âgés et en situation de handicap. Dans l'esprit de *Ma santé 2022*, par la prévention, la personnalisation des approches en santé et les nouvelles organisations pour le soin - télémédecine, renforcement des coopérations territoriales..., la personne bénéficie d'une nouvelle orientation de notre système de soin qui prend en compte sa situation spécifique.

La politique familiale apporte également une contribution importante à la politique de l'autonomie : obligation faite aux structures d'accueil du jeune enfant d'être ouvertes et adaptées aux enfants en situation de handicap (condition de base pour ouvrir droit aux aides publiques à l'investissement depuis 2000) ; aides publiques au fonctionnement pérennisées jusqu'aux 5 ans de l'enfant handicapé (contre 3 ans pour le droit commun) et complété, depuis 2018, par un dispositif de bonus dédié à l'inclusion.

b3. Poursuivre le « périmétrage » de la branche⁷⁹ :

Le rapport Vachey souligne un argument décisif justifiant l'évolution du périmètre de la 5^{ème} branche. « La dispersion actuelle de dispositifs qui se sont développés de façon indépendante nécessite cet effort de recomposition. Il faut rendre l'ensemble plus lisible et plus simple pour

⁷⁹ Le rapport Vachey envisage les possibles. Le conseil présente les mesures et souligne que certaines propositions ne sont pas retenues par les parties prenantes.

les personnes ayant besoin d'un soutien à l'autonomie, assurer plus d'équité dans l'accès aux droits, et permettre un débat mieux éclairé sur l'efficiency de l'effort public.»

Au total, le périmètre de la branche préconisé par Laurent Vachey progresserait à 42 Md€.

b3.1- par des transferts depuis les autres branches de la sécurité sociale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a retenu un seul d'entre eux, celui de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), **depuis la branche famille.**

Depuis la branche maladie :

- **pour ce qui concerne l'invalidité, le rapport Vachey recommande :**
 - de **rattacher à la branche autonomie l'ASI (256 M€)** dont la logique est identique à celle de l'AAH, et partiellement articulée avec elle ;
 - de **supprimer la catégorie 3 des pensions d'invalidité et de transférer le budget correspondant (300 M€) à la branche autonomie**⁸⁰.
- **pour ce qui concerne les unités de soins de longue durée :**
 - **inclure l'enveloppe des USLD dans le périmètre de la branche autonomie**⁸¹.

Depuis la branche vieillesse :

- **pour ce qui concerne l'assurance vieillesse des proches aidants**
 - Il est logique que la CNSA finance pour les seules situations de personnes handicapées et âgées cette prise en charge de l'AVPF aidants ; elle pourrait reverser les cotisations correspondantes directement à la branche vieillesse par substitution à la branche famille (qui conserverait pour sa part le remboursement de l'AVPF pour toutes les autres situations).⁸²

⁸⁰ « Cette évolution devrait être actée à horizon 2022, pour permettre la reprise des situations correspondantes (13 300) par les MDPH dans le cadre de la PCH (qui permettra une meilleure appréciation globale des besoins des intéressés au-delà de la seule aide humaine). Le budget correspondant viendrait alimenter le concours PCH aux départements. »

⁸¹ « Cette intégration ne modifie pas le statut, la structure ni le circuit de financement des USLD par les ARS ; elle n'oblige pas non plus à supprimer la possibilité – en réalité marginale, environ 5 % – d'accueil de patients de moins de 60 ans. Toutefois, elle permettra d'intégrer les USLD dans la logique de regroupement des EHPAD publics préconisée par le rapport Libault, et à terme de fusionner les statuts, ce que le regroupement envisagé des sections soins et dépendance et le renforcement des moyens des EHPAD facilitera. »

⁸² « La CNAF prend en charge les cotisations d'assurance retraite de ces aidants de personnes handicapées, malades ou en perte d'autonomie, et bénéficie d'un remboursement de la CNSA. Le montant remboursé est

b3.2- par des transferts depuis le budget de l'État

- **pour ce qui concerne l'allocation aux adultes handicapés (AAH 10,6 Md€ en 2020)**

→ Afin de donner à la CNSA le temps nécessaire à la mise en œuvre de ce pilotage renforcé de l'AAH il est proposé par le rapport Vachey de l'intégrer au périmètre de la branche en 2022. Il souligne trois considérations conduisant à préconiser le rattachement de l'AAH au périmètre de la branche :

- **Les parties prenantes représentant les personnes en situation de handicap et leurs familles, rappellent, comme le fait Laurent Vachey, que « l'AAH n'est pas un pur minimum social** (ce qui explique que son intégration dans un futur revenu universel ait été écartée), mais comporte **une part de compensation de la situation particulière des personnes en situation de handicap**, notamment pour l'accès à un revenu d'activité ;
- la sécurité sociale finance déjà un autre minimum social très voisin, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (**ASPA**) ;
- l'État malgré ses tentatives s'est révélé incapable d'une véritable gestion du risque, comme en témoignent les forts écarts d'allocataires entre départements⁸³. »

- **pour ce qui concerne l'aide au poste des établissements et services d'aide par le travail (ESAT)**

→ Cette aide bénéficie à quelque 120 000 personnes employées en ESAT, pour un montant de 1,375 Md€ en loi de finances 2020.

Le rapport Vachey recommande de transférer les crédits et le financement de l'aide au poste à la branche autonomie.

- **pour ce qui concerne les autres dispositifs financés par le programme 157**

→ Transfert de l'enveloppe de financement des INJ, du CNFEDS et du CNIS dans le périmètre de la branche autonomie.

- **pour ce qui concerne l'accompagnement dans l'emploi des personnes en situation de handicap**

aujourd'hui très limité (12 426€ en 2019), le congé de proche aidant n'étant pas rémunéré. La création de l'allocation journalière proche aidant en 2020 devrait faire augmenter cette contribution. »

⁸³ « Les taux d'attribution de l'AAH varient fortement entre départements, sans que l'on dispose d'études suffisantes et concordantes pour expliquer ces écarts, entre caractéristiques sociodémographiques et pratiques des MDPH : par rapport au nombre d'adultes de 20 à 59 ans, le taux de bénéficiaires de l'AAH à domicile en France métropolitaine variait en 2013 de 12,70 pour 1 000 à 39,45 pour 1 000. »

→ Le dispositif d'emploi accompagné est mobilisé en complément de l'offre existante de services, aides et prestations d'accompagnement proposées notamment par les structures relevant du service public de l'emploi (Cap emploi, pôle emploi, SAMETH etc.).

Ce dispositif est complémentaire aux actions d'accompagnement vers l'emploi des personnes en situation de handicap animées par la CNSA dans les MDPH, et aux dispositifs conventionnels avec l'AGEFIPH et le FIPHFP. **Il est donc logique de regrouper aussi ces crédits dans le périmètre de la branche autonomie.**

▪ **pour ce qui concerne les dispositifs relatifs à l'adaptation du logement**

→ Il est recommandé **d'amorcer une concentration de ces dispositifs au sein de la branche autonomie**

« Les aides à l'adaptation du logement sont aujourd'hui extrêmement dispersées et parfois redondantes, contribuant à la faible lisibilité d'ensemble et augmentant les coûts de gestion :

- pour les personnes en situation de handicap, la PCH mais aussi le fonds départemental de compensation, et le programme « Habiter facile » de l'ANAH ;
- pour les personnes âgées, l'action sociale des caisses de retraite, l'APA, à nouveau l'ANAH et depuis peu, le programme d'Action Logement de transformation des baignoires en douches, (cible annoncée de 1 Md€ d'ici à 2022) ;
- Le crédit d'impôt des travaux d'équipement pour personne âgée ou handicapée (52 M€ - prévision 2020).

Le programme « Habiter facile » de l'ANAH vise l'adaptation de 30 000 logements par an depuis 2019 (15 000 antérieurement) et dispose d'un budget de 67 M€ (autorisations d'engagement) en 2020 et 2021, et de 80 M€ en 2022. »

Afin d'identifier les sources d'une meilleure efficacité de la dépense en matière d'autonomie, il est non seulement important de connaître et de prendre en compte les différents agrégats, mais aussi d'en identifier les dynamiques réciproques et parfois leurs interactions (certaines dépenses impactent positivement ou négativement un autre champ de la dépense publique). Il peut s'agir de l'organisation et du périmètre tarifaire des ESMS, mais aussi des politiques de prévention primaire (qualité de l'organisation et des transports urbains ou ruraux, sport adapté, nutrition, appareillage, adaptation du logement ...) ou secondaire (dépistage, détection des décompensations psychiques et physiques). La mise en œuvre de ces politiques représente un coût pour certains acteurs et un bénéfice évident pour d'autres (par exemple les communes ou les ESMS versus le champ sanitaire, ville et hôpital).

c. Financer la branche

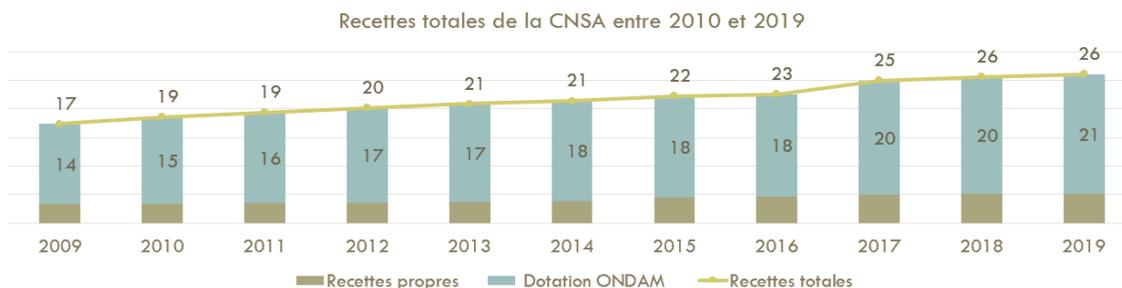
c.1- Avant la création de la branche, la CNSA était financée par des **recettes propres** et des **transferts provenant de la branche maladie**, au titre de l'ONDAM médico-social.

Ses recettes propres se sont établies à **5,1 Md€ en 2019**, et provenaient :

- de la **contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)**, prélèvement patronal au taux de 0,3% assis sur les salaires, rapportant entre 2 et 2,5 Md€ par an
- de la **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)**, prélèvement au taux de 0,3% assis sur les revenus de remplacement (retraites, pensions d'invalidité et préretraites)
- **d'une partie du rendement de la CSG** (hormis sur la période 2016-2018, durant laquelle la recette de CSG a été remplacée par une part du prélèvement social sur les revenus du capital)



Le **transfert en provenance de la branche maladie s'est élevé à 21 Md€ en 2019**, portant les recettes de la CNSA à **26 Md€**.

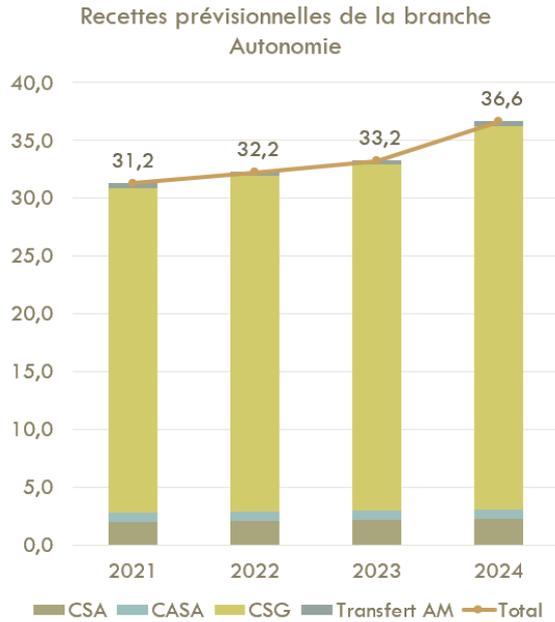


c.2 - La nouvelle branche Autonomie est affectataire à compter de 2021 :

- des recettes de CSA et de CASA pour **2,8 Md€**,
- des recettes de CSG portées à **28,1 Md€**, ce montant couvrant les recettes auparavant transférées par l'assurance maladie au titre de l'ONDAM médico-social et les recettes affectées en contrepartie du transfert de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) auparavant financée par la branche famille.

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a d'autre part prévu qu'à compter de 2024, la fraction de CSG attribuée à la CNSA serait augmentée de 0,15 point supplémentaire (actuellement affecté à la CADES), soit un montant estimé à **2,4 Md€ supplémentaires**.

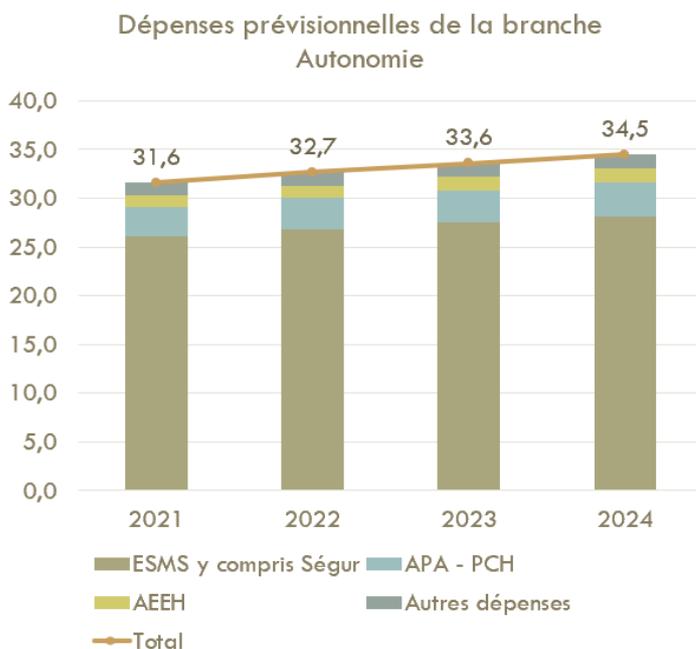
Sur la période, la CNSA bénéficiera également d'un transfert de l'assurance maladie de **0,4 Md€ par an**, au titre des mesures d'investissement du Ségur de la Santé.



La LFSS pour 2021 a retenu une trajectoire en dépenses de la branche Autonomie jusqu'en 2024 : celle-ci est conventionnelle et conforme, s'agissant des dépenses pour les établissements et services médico-sociaux, au taux d'ONDAM hors Ségur (2,4 % par an). Ce taux de 2,4% intègre une provision pour mesures nouvelles au-delà de l'évolution spontanée de la dépense.

Au taux de 2,4% s'ajoutent les montants des revalorisations du Ségur de la Santé.

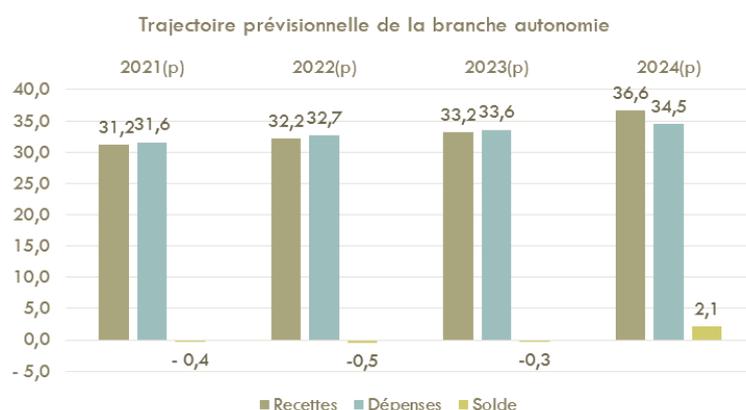
Cette trajectoire prévoit le financement de la PCH parentalité par la CNSA, qui entrera en vigueur en 2021 (0,2 milliard d'euros), ainsi que le financement de l'AEEH par la CNSA à compter de 2021.



c.3 - Compte tenu du dynamisme des recettes affectées, celles-ci devraient progresser jusqu'à 2023 à un rythme proche de celui des dépenses, permettant un quasi-équilibre de la branche Autonomie avant mesures nouvelles.

En 2024, hors prise en compte de l'effet démographique et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures nouvelles, elle afficherait un excédent de 2,1 Md€ en conséquence de la recette de CSG supplémentaire qui lui sera affectée.

	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)
Recettes	31,2	32,2	33,2	36,6
Dépenses	31,6	32,7	33,6	34,5
Solde	-0,4	-0,5	-0,3	2,1



c.4 - Mais cette trajectoire ne prend en compte ni l'effet démographique ni les besoins nouveaux.

Ce montant correspond à l'évaluation du besoin de financement de la politique de soutien à l'autonomie à horizon 2030. Il ne tient pas compte de l'effet démographique ni des besoins nouveaux à prendre en compte.

L'effort de financement à consentir pour y parvenir dépend de plusieurs conditions déterminantes qu'il convient de rappeler :

- le niveau de mobilisation de toutes les politiques publiques pour l'autonomie : la mise en œuvre volontariste d'un *Agenda Autonomie 2022-2030* aurait pour effet de ne faire peser sur la branche que ce qui relève exclusivement de la protection sociale, allégeant de facto sa charge propre ;
- les conditions de la reprise économique et l'effet du plan de relance mobilisé pour compenser les conséquences de la crise COVID : à cet égard, les hypothèses d'un retour à la situation de croissance antérieure à la pandémie semblent robustes ;
- l'évolution spontanée des recettes de la branche.

- L'évolution spontanée des recettes de la CNSA, dès lors qu'elle est plus rapide que celle de ses dépenses, resserre l'ampleur de l'effort de financement à consentir pour y parvenir⁸⁴,

La progression du PIB peut conventionnellement être retenue pour approcher l'évolution des recettes.

L'inflation peut conventionnellement être retenue pour approcher l'évolution des dépenses avant toute mesure nouvelle (hormis celles au titre de l'APA/PCH, qui évoluent comme les recettes).

- Cet écart de dynamique vient **réduire le besoin de financement de la CNSA de près de 9 Md€ à l'horizon 2030.**

	Annexe B				Projection, avec évolution des recettes et des concours APA/PCH comme le PIB et évolution des dépenses hors APA/PCH comme l'inflation					
	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)	2025(p)	2026(p)	2027(p)	2028(p)	2029(p)	2030(p)
Recettes	31,2	32,2	33,2	36,6	37,8	39,0	40,2	41,5	42,8	44,2
Dépenses	31,6	32,7	33,6	34,5	34,6	34,8	34,9	35,0	35,2	35,3
Dont APA-PCH	3,0	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6	3,7	3,9	4,0	4,1
Dont autres dépenses	28,6	29,5	30,3	31,1	31,1	31,1	31,2	31,2	31,2	31,2
Solde	-0,4	-0,5	-0,3	2,1	3,1	4,2	5,3	6,5	7,7	8,9

Hypothèses de projection HCFIPS : inflation de 1,8% par an et croissance du PIB volume de 1,4%, soit une croissance du PIB valeur de 3,2%

Il faut néanmoins noter que ce tableau retient des hypothèses qui peuvent être discutées. En effet, si le taux de croissance en volume (1,4%) paraît raisonnable et en ligne avec les années antérieures, le taux d'inflation retenu (1,8%) est plus élevé que celui constaté les 5 dernières années (1%), ce qui augmente faiblement les recettes. Par ailleurs, l'absence d'indexation des dépenses des ESMS sur l'inflation (dans la catégorie « autres dépenses ») semble peu réaliste, car elle suppose que les salaires ne sont pas indexés sur les prix durant toute la période.

Il est donc proposé de retenir le tableau ci-dessous, qui prévoit une indexation des financements des ESMS (hors mesures nouvelles) sur l'évolution du niveau des prix :

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
recette	31,2	32,2	33,2	36,6	37,8	39,0	40,2	41,5	42,8	44,2
variation N/N-1		1,0	1,0	3,4	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4
dépenses	31,6	32,7	33,6	34,3	34,9	35,6	36,3	37,0	37,7	38,4
dont pch APA concours	3,0	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6	3,7	3,9	4,0	4,1
dont autre (ESMS)	28,6	29,5	30,3	30,8	31,4	32,0	32,5	33,1	33,7	34,3
solde disponible	- 0,4	- 0,5	- 0,4	2,3	2,8	3,4	3,9	4,5	5,1	5,8

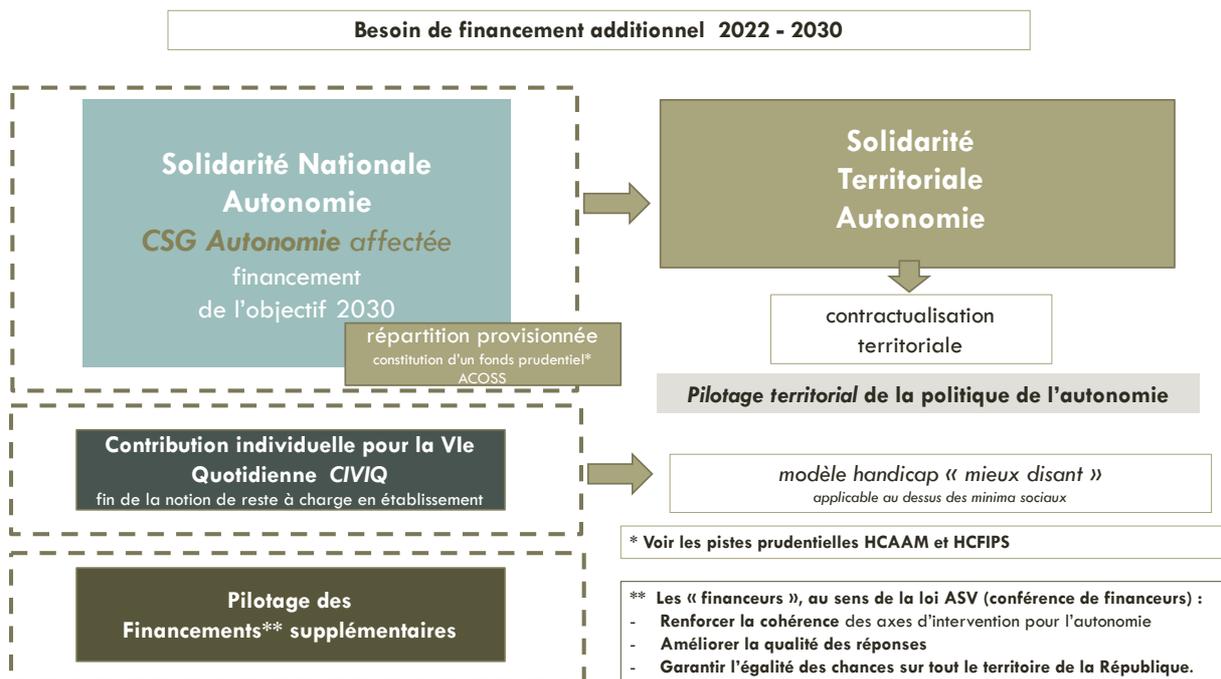
Hypothèse d'inflation à 1,8% et croissance du PIB volume de 1,4% ; soit une croissance du PIB valeur de 3,2% et évolution des tarifs des ESMS équivalente à l'inflation

⁸⁴ Sur la base d'hypothèses qui sont cependant à approfondir et à réinterroger.

Il serait en effet aventureux pour la branche autonomie de fonder massivement les engagements de développement et d'amélioration de l'offre sur la croissance incertaine des ressources « spontanées ».

- **Pour financer l'évolution de la politique de soutien à l'autonomie au niveau de la branche à horizon 2030**, le conseil de la CNSA identifie des **modalités de financement selon une construction en plusieurs blocs 2022-2030** :
- Le *bloc* en solidarité nationale :

En prenant en compte les principes qui sous-tendent le système de financement décrit ci-dessus, et pour permettre à la branche de financer **l'effet démographique, le besoin de transformation du modèle d'accompagnement pour la vie autonome selon l'approche domiciliaire, le développement de l'offre et les besoins non satisfaits de la politique de soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap**, les parties prenantes du conseil de la CNSA ont défini des sources de financement complétant les ressources actuelles de la branche et la ressource prévue en 2024 par la loi du 7 août 2020 (0,15pts de CSG).



Le premier bloc Solidarité Nationale Autonomie serait financé par une recette de **CSG autonomie (CSGA), compartiment de la CSG affecté à l'autonomie**. Cette ressource à assiette large et à taux faible (0,28%) pourrait reposer sur l'ensemble des revenus d'activité, des revenus de remplacement, du patrimoine, des placements et des jeux. Son assiette pourrait être élargie aux droits de mutation à titre gratuit pour ne pas impacter les petites successions et aux droits de successions.

La progression du PIB peut conventionnellement être retenue pour décrire le dynamisme de la CSGA.

L'instauration de ce compartiment de CSG affecté à l'autonomie – CSGA, permettrait par un taux faible, proportionné à l'effort de financement nécessaire au renforcement des ressources de la branche, d'en limiter l'incidence sur le pouvoir d'achat des ménages.

Pour cela, un consentement de la Nation à l'accroissement de son effort est indispensable. Les parties prenantes du conseil considèrent que ce débat sur l'enjeu de l'autonomie par la mobilisation des politiques publiques et la modernisation de notre système de protection sociale doit avoir lieu.

Le rapport Vachey identifie plusieurs autres types de ressources (alignement du taux de CSG des retraités sur les actifs, élargissement la CSA, taxation sur les successions).

La CSGA permettrait une **transparence** dans le financement du soutien à l'autonomie. La gestion de cette ressource par l'ACOSS, pendant la montée en charge dans un cadre pluri-annuel des dispositifs de soutien à l'autonomie et de la transformation domiciliaire de notre modèle d'accompagnement, permettrait de mettre en œuvre une gestion prudentielle du risque, - répartition provisionnée.

Le même taux s'appliquerait pour tous les types de revenus et tous les contribuables. A cet égard, le conseil de la CNSA note la proposition du rapport Vachey d'un « *alignement du taux normal de CSG des retraités sur celui des actifs* ». **Cette proposition n'est pas partagée par l'ensemble des parties prenantes, elle n'est donc pas retenue, à ce stade, dans la construction du système de financement et dans les différentes projections.**⁸⁵

Du fait du contexte économique actuel et des contraintes qu'il fait peser sur nos concitoyens, la CSGA relève d'une programmation 2023-2030. Son **acceptabilité** par nos concitoyens dépendra :

- De la situation économique et sociale ;
 - De la qualité et de l'attractivité du modèle de soutien à l'autonomie, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui ;
 - De la garantie de l'affectation de la ressource et de son pilotage par la branche ;
 - De la mise en œuvre d'un pilotage efficient de la politique de l'autonomie ;
 - De la mobilisation de toutes les politiques publiques et de protection sociale ;
 - De l'impact de la CSGA sur le niveau des prélèvements obligatoires ;
 - De dispositions du PLFSS 2022 et des orientations de la loi Grand-âge-autonomie, gages de la transformation de notre modèle.
- Le *bloc* Contribution Individuelle pour la Vie Quotidienne :

⁸⁵ Page 91 du présent rapport

La notion de *reste à charge* est la traduction d'une forme d'échec de la politique de l'autonomie en ce qu'elle sous-entend le non-financement des moyens de la vie autonome par la solidarité nationale ce qui emporte de lourdes charges pour la personne, excédant le niveau moyen des retraites.

Le site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr fournit grâce à son comparateur des informations importants sur les tarifs des EHPAD. Le tarif médian réglé par les personnes âgées pour un mois en EHPAD est **proche de 2000 €**.

En établissement, les personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie – APA – (niveau de perte d'autonomie évalué en GIR 1, 2, 3 ou 4) et dont les revenus sont inférieurs à 2 447,55 € par mois ne paient pas le tarif dépendance correspondant à leur GIR. Elles paient uniquement le montant du tarif dépendance pour le GIR 5-6 qui correspond à la somme minimale à payer par tous les résidents d'un EHPAD. C'est l'APA qui couvre la différence entre le tarif dépendance correspondant à leur GIR et le tarif dépendance GIR 5-6.⁸⁶

En finir avec la notion de « reste à charge » pour les personnes résidant en EHPAD est une recommandation forte des parties prenantes du conseil. Aussi est-il proposé l'instauration d'une **contribution individuelle pour la vie quotidienne** en établissement dans le champ de l'âge en lieu et place des tarifs appliqués en établissement pour personnes âgées. **Cette Contribution Individuelle pour la Vie Quotidienne correspond au gîte et au couvert et s'applique à toutes les personnes en EHPAD. Son montant ne peut excéder une part modérée des revenus de la personne et s'applique pour les revenus au-dessus de minima sociaux. Le tarif dépendance se voit solvabilisé par la Solidarité nationale autonomie.**

Pour les personnes vivant à domicile, l'APA évolue vers un dispositif de type prestation de compensation.

c.5 – Trajectoire 2030 du système de financement Autonomie

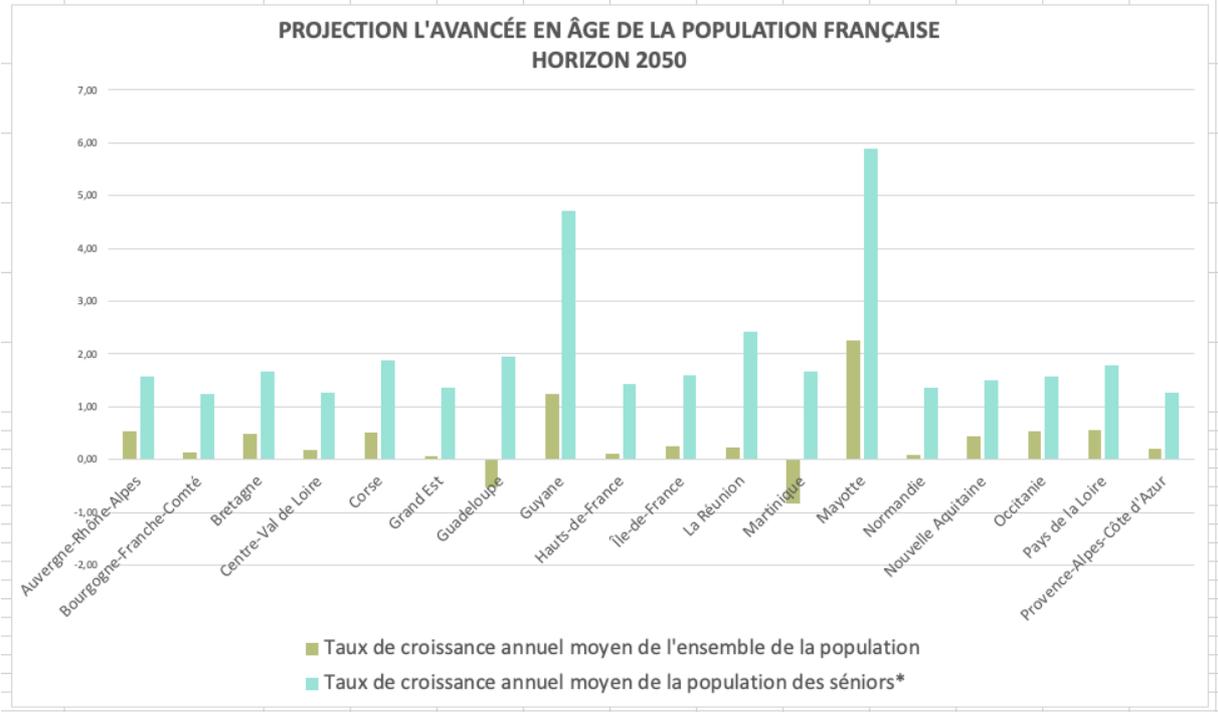
Le tableau ci-dessous prend en compte les données projetées à 2030 de l'annexe B de la LFSS. Il intègre les financements que dispose la loi du 7 août 2020 et les éléments constitutifs du système de financement du présent rapport (CSGA, Agenda Autonomie 2030).

Le compartiment de CSG « CSGA » affecté à la branche correspond à 0,28 pts de CSG.

Les excédents constitués par la branche durant la phase de transformation du modèle d'accompagnement de la vie autonome pourront faire l'objet de la **constitution de réserves prudentielles dans les livres de l'ACOSS ; elles seraient** destinées en premier lieu à faire face aux aléas de croissance que pourraient subir notre pays.

⁸⁶ Voir le site de la CNSA

Par ailleurs les prévisions de l'INSEE montrent une très sensible progression de la courbe du vieillissement de la population française à partir de 2030, avec un pic très marqué en 2050. Cela renforce l'intérêt de dispositions prudentielles pour la branche Autonomie comme pour l'ensemble de la sécurité sociale (voir travaux du HCAAM et du HCFIPS).



L'annexe B à la LFSS 2021 présente les prévisions des recettes, de dépenses et les soldes du régime général, de l'ensemble des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse et fait apparaître **pour la branche autonomie, en l'absence de mise en œuvre du système de financement Autonomie, défini par le présent rapport, un excédent de 2,1Mds€ à horizon 2024. Il est évident que sa mise en œuvre modifie les prévisions du solde figurant à l'annexe B – 2021, ce qui justifie d'autant plus les dispositions prudentielles évoquées ci-dessus.**

			2022	2023	2024
Recettes		31,2	32,2	33,2	36,6
Dépenses		31,6	32,7	33,6	34,5
Solde		-0,4	-0,5	-0,4	2,1
		0,15 pts de CSG			

**Montée en charge
des financements pour l'autonomie 2022-2030
(Deux hypothèses qui tiennent compte des mesures nouvelles à financer)**

Pour réaliser ces projections de la montée en charge des financements à l'horizon 2030, deux hypothèses qui tiennent compte des mesures nouvelles à financer, des besoins préalablement identifiés dans le présent rapport, des mesures et effets d'efficience liés au renforcement des capacités de pilotage du système de financement à chacun des niveaux.

- La première avec **les recettes CSGA** (*hors gain sur le patrimoine*) ;
- La seconde avec un **gain sur le patrimoine** (et de ce fait une progression un peu plus rapide que celle du PIB en valeur).

Les parties prenantes considèrent qu'une décision d'éloignement de l'horizon de l'apurement de la dette sociale (2033) - Hors nouvelle décision de transferts de la dette à la CADES - aurait pour effet de mobiliser plus longtemps des ressources sociales même à un moindre niveau.

Le conseil retient donc une hypothèse de CSG Autonomie supplémentaire d'un niveau modéré afin de limiter l'incidence de cette mesure sur les prélèvements obligatoires (52 € par an soit 4 € 35 par mois/ salaire au niveau du SMIC).

Le conseil de la CNSA note la proposition du rapport Vachey d'un « *alignement du taux normal de CSG des retraités sur celui des actifs* ». **Cette proposition n'est pas partagée par l'ensemble des parties prenantes elle n'est donc pas retenue dans la construction du système de financement et dans les différentes projections.**⁸⁷

Ces éléments ont vocation à permettre la projection d'une trajectoire réaliste selon l'approche du système de financement portée dans le présent rapport. Ils feront l'objet d'un examen approfondi à partir de scénarii et de projections argumentées dans le cadre des travaux qui seront menés par les commissions spéciales du conseil de la CNSA.

Alternative 1 :

	en 2022	en 2023	en 2024	en 2025	en 2026	en 2027	en 2028	en 2029	en 2030
équilibre prévisionnel Branche autonomie recettes acquises	- 0,4	- 0,5	2,3	2,8	3,4	3,9	4,5	5,1	5,8
Loi 7 août 2020 0,15 pt CSG CADES			2,3	2,4	2,4	2,5	2,6	2,7	2,8
CSGA 0,28pts (hors produit		4	4,1	4,3	4,4	4,5	4,7	4,8	5,0
Agenda autonomie		0,2	0,5	1	1,5	2	2,5	2,75	3
Total	- 0,4	3,7	9,3	10,5	11,7	13,0	14,3	15,4	16,5

Branche Autonomie	en 2022	en 2023	en 2024	en 2025	en 2026	en 2027	en 2028	en 2029	en 2030
La branche hors longévité et handicap	32,2	33,2	36,6	37,8	39,0	40,2	41,5	42,8	44,2
La branche avec longévité et handicap	31,6	37,2	40,7	43,0	44,9	46,8	48,7	50,4	52,2
LFSS annexe B	0,9 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %

Alternative 2 :

	en 2022	en 2023	en 2024	en 2025	en 2026	en 2027	en 2028	en 2029	en 2030
équilibre prévisionnel Branche autonomie recettes acquises	- 0,4	- 0,5	2,3	2,8	3,4	3,9	4,5	5,1	5,8
Loi 7 août 2020 0,15 pt CSG CADES			2,3	2,4	2,4	2,5	2,6	2,7	2,8
CSGA 0,28Pts (avec produit patrimoine)		4,3	4,5	4,7	4,8	5,0	5,2	5,4	5,7
Agenda autonomie		0,2	0,5	1	1,5	2	2,5	2,75	3
Total	- 0,4	4,0	9,6	10,9	12,2	13,5	14,9	16,0	17,2

Branche Autonomie	en 2022	en 2023	en 2024	en 2025	en 2026	en 2027	en 2028	en 2029	en 2030
La branche hors longévité et handicap	32,2	33,2	36,6	37,8	39,0	40,2	41,5	42,8	44,2
La branche avec longévité et handicap	31,6	37,5	41,1	43,4	45,3	47,2	49,2	51,0	52,9
LFSS annexe B	0,9 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %

En Mds€	mesures nouvelles PA									
	en 2022	en 2023	en 2024	en 2025	en 2026	en 2027	en 2028	en 2029	en 2030	Total
création 20 000 ETP /an (45000€ / ETP)	0,91	0,92	0,93	0,94	0,95	0,96	0,96	0,97	0,98	8,52
création 11000Places / ans (21000€/place)	0,23	0,24	0,25	0,27	0,28	0,29	0,31	0,33	0,34	2,55
reste à charge / transformation APA		0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	2,86
Total mesures nouvelles	1,1	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	14,3
Agenda autonomie/efficience		-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-1,5
Besoin de financement supplémentaire cumulé	1,1	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	12,8

NB : le coût des places augmente de 5% l'an pour tenir compte de l'augmentation des ratios de personnel
l'effort sur le reste à charges et la transformation de l'APA finance la croissance démographique du nombre de bénéficiaire et la hausse des salaires des professionnels

En Mds€	mesures nouvelles PH									
	en 2022	en 2023	en 2024	en 2025	en 2026	en 2027	en 2028	en 2029	en 2030	Total
création 5000 Places / ans (45000€/place)	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24	0,24	2,11
transformation de l'offre et Segur	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1,6
Total mesures nouvelles	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	4,0
Agenda autonomie/efficience		-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-1,5
Besoin de financement supplémentaire cumulé	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	2,5

NB : le coût du Segur PH - par ailleurs nécessaire n'est pas intégré à ce stade car non intégré dans les tendentiels et la LFSS 2021

Ces tableaux, qui proposent une trajectoire de 2022 à 2030 intégrant les mesures nouvelles pour les personnes âgées (« PA ») et personnes en situation de handicap (« PH »), visent surtout à donner un ordre de grandeur, car ils reposent sur des données qu'il conviendra d'analyser et de compléter dans le cadre des travaux des commissions du conseil de la CNSA à venir.

Trajectoire sur la base des données Annexe B – LFSS 2021

Certaines parties prenantes se sont en effet interrogées sur la construction des hypothèses du dynamisme de la CSG à horizon 2030 (prise en compte de l'inflation prévisible). En tout état de cause, l'ajustement du taux additionnel de CSGA permettrait de corriger la trajectoire des recettes du système de financement Autonomie.

▪ Le bloc financements supplémentaires :

Relever le défi du vieillissement nécessite d'augmenter le volume des finances publiques affectée à l'autonomie. Les concours privés devront participer également de cet effort. L'augmentation des financements publics sera affectée en priorité aux dépenses de compensation pour l'autonomie. Il s'agit de dépenses d'assurance maladie (augmentation du nombre de personnels, augmentation de ces personnels) et des dépenses de la branche diligentées aux ARS et aux concours aux départements, chefs de file des politiques de l'autonomie sur leur territoire.

Des financements **supplémentaires** restent nécessaires et doivent affectés en fonction des besoins réels pour permettre une amélioration des réponses domiciliaires indépendamment de l'autorité de financement locale. Ils doivent être encouragés et coordonnés par un pilotage partagé.

La place de l'assurance dans le *financement de l'autonomie* est ainsi une question qui connaît déjà sa réponse : qu'on le veuille ou non, l'assurance est et sera présente. C'est plutôt la question de son utilité sociale, de sa place aux côtés de la solidarité nationale et au regard de l'intérêt général, qui mérite d'être interrogée.

Le scénario le plus répandu est celui de « l'assurance dépendance », « supplétive » des financements publics, sur le modèle existant en matière d'assurance santé entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires. Dans ce cas l'assurance privée contribuerait au financement des « restes à charge », d'abord en établissement mais également à domicile.

Ce type de solution permet d'assurer immédiatement « un complément de financement pour les personnes en situation de perte d'autonomie lourde (GIR1 et GIR2) », s'inscrit dans cette démarche. A travers un dispositif obligatoire et en répartition, l'objectif est d'apporter immédiatement un complément de financement et d'accumuler, dans les dix années à venir, des réserves ayant vocation à compléter les financements dans la période 2035-2060. L'inconvénient majeur de ce dispositif est de présenter une valeur ajoutée peu décisive par rapport à un financement public qui serait géré par la Sécurité sociale.

Les parties prenantes du conseil de la CNSA se sont exprimées sur ce sujet lors de leur séminaire de travail consacré au financement de l'autonomie, le 4 février 2021. Comme le montre le présent chapitre, la suppression de la notion de reste à charge et la mise en place d'une contribution individuelle pour la vie quotidienne, déplace la nature des enjeux.

Dès lors que l'assurance n'est pas un financeur du reste à charge, les assureurs deviennent de facto des *financeurs* au sens de la loi ASV pour la conférence des financeurs qui les désignent comme des « (ap)porteurs de solution⁸⁸ » pour les personnes âgées comme pour les personnes en situation de handicap.

Le droit à compensation relève exclusivement de la solidarité nationale. Il doit couvrir tous les besoins de compensation des conséquences d'une situation de handicap dans le respect du projet de vie des personnes, pour toute personne ayant un besoin de compensation, sans limite d'âge et sans restes à charge.

Les financeurs supplémentaires peuvent être sollicités et encouragés, en particulier :

- pour **prendre en compte la question des aidants** en activité (un sur deux) ;
- pour **développer la prévention primaire** et le « bien vieillir » avant la cessation d'activité (rôle joué en matière de santé au travail, de qualité de vie et de bien-être au travail) ;

⁸⁸ Selon l'expression de Pierre Mayeur Directeur général de l'OCIRP

- pour **accompagner le passage à la retraite**, moment de vie délicat, qui s'apparente parfois à une rupture ;
- pour développer les métiers d'**assistants** et soutenir le libre choix en lien avec la personne et/ou la famille, les services et aides nécessaires.

Dans ce contexte, **les groupes paritaires et mutualistes**, par leur expérience des contrats collectifs, par leur intervention en matière de retraite, de prévoyance et d'assurance santé complémentaire, **disposent d'atouts indéniables et d'une réelle sensibilité aux enjeux et aux principes qui sous-tendent la politique de l'autonomie.**

La question du pilotage des financements supplémentaires est majeure. On doit impérativement en définir les modalités pour renforcer les coopérations et la vision partagée de l'autonomie, quel que soit l'âge, la situation de santé ou de handicap sur les territoires.

III. Piloter un système de financement

Les grands rendez-vous de l'autonomie pour la société française s'annoncent déjà par de nombreuses tensions qui pèsent dès à présent sur nos équilibres sociétaux, sociaux et économiques.

Comme pour *l'action climat*⁸⁹, un enjeu-clé sera de **soutenir et de piloter l'effort en augmentant progressivement les financements publics et en entraînant les financeurs supplémentaires, selon un agenda et une trajectoire résiliente mais volontariste.**

Augmenter les ressources du système est insuffisant pour en garantir sa performance. Les enjeux de pilotage sont déterminants et appellent une approche globale de tous les périmètres constitutifs du système de financement des politiques de soutien à l'autonomie. Cette dimension du pilotage du système doit prendre en compte tout à la fois la cohérence d'ensemble de l'édifice de financement et la nécessaire différenciation de ses niveaux – **Agenda Autonomie 2030** pour l'ensemble des politiques publiques, **sécurité sociale** et **branche Autonomie** au niveau national et territorial - et de ses compartiments, **Solidarité nationale autonomie, contribution individuelle à la vie quotidienne** et **financeurs supplémentaires.**

Les membres du conseil de la CNSA recommandent une méthode et des mécanismes de pilotage des financements des politiques de soutien à l'autonomie garantissant aussi bien **la stabilité et l'efficience globale du système que la juste affectation des ressources financées par la solidarité nationale aux politiques de soutien à l'autonomie.** Ils prennent en compte **la nécessité d'une approche différenciée mais vigilante aux ruptures d'équité territoriale par le pilotage des politiques de soutien à l'autonomie.**

⁸⁹ Voir page Chapitre II - E- Si l'autonomie est désormais pleinement au cœur de la sécurité sociale, toutes les politiques publiques doivent lui apporter leur contribution

Comme le montre Laurent Vachey, dans son rapport :

« Il serait erroné de croire que ces écarts territoriaux sont spécifiquement liés à une politique décentralisée. Les écarts sont aussi importants pour des politiques de même nature gérées par des caisses de sécurité sociale (le nombre moyen d'admission aux pensions d'invalidité, attribuées par l'assurance maladie, varie de 100 à 500 pour 100 000 assurés du régime général) ou par l'État (le taux d'équipement en établissements et services d'aide par le travail (ESAT), qui jusqu'en 2017 relevaient de financements État, varie selon les départements de 2 à plus de 13 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans).

Et selon une étude de la DREES, si l'on mesure le nombre d'heures de présence humaine auprès des personnes âgées, les écarts territoriaux sont moindres pour la part financée par les départements que pour la part financée par la sécurité sociale.

Un transfert en gestion directe à la nouvelle branche de sécurité sociale des prestations aujourd'hui financées et attribuées par les départements, demandé par certains des interlocuteurs de la mission, n'est donc pas en soi la garantie de plus d'équité. »

Pour garantir en ce sens l'équilibre du système de financement, son pilotage doit être **porteur de garanties suffisantes pour la mobilisation de l'effort de chacune des parties prenantes, en premier lieu, les personnes elles-mêmes (A), l'ensemble des composantes du système de financement (B), selon des mécanismes différenciés propres aux périmètres (C) et selon les niveaux de pilotage (D).**

Les périmètres et entités qui composent le système :

Périmètres - Entités	Référentiel
<p>TOUTES LES POLITIQUES PUBLIQUES AGENDA AUTONOMIE 2030</p>	<p>Toutes les politiques publiques doivent concourir au soutien de la vie autonome et inscrire en cohérence leurs modes de pilotage, d'action et d'évaluation.</p>
<p>LA SÉCURITÉ SOCIALE</p>	<p>Toutes les politiques de protection sociale doivent penser autonomie. Garantir les principes de la sécurité sociale. La sécurité sociale et chacune de ses branches ne finance que ce qu'elle doit financer. La sécurité sociale pilote en cohérence selon une approche d'efficience, les périmètres et entités de l'interbranche. Elle prévient les risques systémiques au sein de la branche.</p>
<p>LA BRANCHE AUTONOMIE</p>	<p>Garantir les principes d'égalité des chances, de participation et de citoyenneté. Investir et piloter la transition domiciliaire de tous les établissements et services. Garantir la juste affectation, piloter des financements de l'État affecté à la Branche Autonomie (PLFSS), de l'effort national (annexe 10) et de l'effort des départements pour l'autonomie, notamment pour ce qui concerne l'APA, PCH.</p> <p>- Piloter, inscrire en cohérence et garantir la juste affectation des investissements publics et privés /nationaux et territoriaux pour la vie autonomie et la transition domiciliaire.</p> <p>Investir pour le libre choix : transition domiciliaire, penser, organiser et piloter ce qui relève des préférences –</p> <p>Contribution pour la Vie Quotidienne, financements complémentaires.</p>
<p>LES FINANCEURS SUPPLÉMENTAIRES</p>	<p>Mobiliser et garantir la cohérence de l'effort des financeurs supplémentaires pour la vie autonome des personnes âgées ou en situation de handicap dans le respect des principes de l'Autonomie.</p>

Les niveaux de pilotage

- Pour la personne, par le recueil de ses aspirations et préférences, de ses attentes et besoins, par l'accès au droit, par l'information et la participation aux décisions qui la concernent ;
- Pour l'élaboration des réponses de l'hyper-proximité à la personne *chez-elle* / Le quartier, la commune, l'inter-commune ;
- Pour l'élaboration des réponses territoriales différenciées ;
- Pour la cohérence et la performance du système national de financement de l'autonomie.

A. *Quels principes pour le pilotage de toutes les entités et les niveaux des politiques de soutien à l'autonomie ?*

Quel que soit le périmètre piloté ou le niveau, un certain nombre de principes de pilotage doivent être partagés et garantis :

- Des **financements affectés** : ils ne sont pas utilisés à d'autres fins que celles auxquelles ils sont destinés.
- Des **financements évalués** : la politique pour l'autonomie évalue qualitativement et quantitativement, à tous les niveaux, la pertinence des moyens alloués, jusqu'à la personnes en cohérence avec ses besoins et ses choix de vie.
- Des financements qui concourent au développement de **l'économie réelle** : le secteur de l'autonomie est un secteur économique à part entière.

Des **principes directeurs** doivent par ailleurs garantir que l'investissement de chacune des parties prenantes publiques et privées – et en premier lieu les personnes elles-mêmes – soit justement piloté :

- **La confiance,**
- **La transparence,**
- **L'efficacité,**
- **La cohérence**
- **La constance,**
- **La convergence des publics et des acteurs,**
- **La confluence (entre les territoires et au niveau national)**

La **gouvernance de la 5^{ème} branche Autonomie** – le **conseil de la CNSA** - garantit la représentation de chacun des périmètres et de chacun des niveaux du pilotage ; et en premier lieu **les personnes elles-mêmes par les associations représentatives et les professionnels qui les accompagnent** par les **organisations syndicales** et les **associations professionnelles**. Elle garantit l'éthique du pilotage et la bonne affectation de l'effort pour l'adaptation, la transformation du modèle et le financement des besoins non encore pris en compte.

Pour soutenir la transition vers un modèle que nos concitoyens et les parties prenantes de la vie autonome souhaiterons financer demain, la gouvernance de la branche doit bénéficier d'une véritable capacité d'orientation des politiques publiques, des moyens et de l'investissement partagé public / privé dédiés. Elle doit également bénéficier d'une forte capacité d'action pour engager chacun des périmètres et des niveaux du pilotage dans l'amélioration de la vie autonome de nos concitoyens qui avancent en âge ou en situation de handicap.

Cette même gouvernance doit se décliner au niveau territorial pour garantir l'éthique, l'efficacité et la cohérence du système de financement de la politique de l'autonomie (cf infra. Les conférences pour l'Autonomie).

B. Piloter, selon une approche globale, cohérente mais différenciée, toutes les composantes du système de financement des politiques de soutien à l'autonomie

Il s'agit de piloter l'effort et la mobilisation de toutes les composantes du système de financement selon dans une trajectoire partagée, porteuse de cohérence et d'efficacité.

- Garantir la stabilité et les équilibres du système de financement : une approche de veille, de prévention et de gestion des risques systémiques

Afin de garantir la stabilité et les équilibres du système de financement, nous devons nous donner la capacité **d'anticiper, de prévenir les risques systémiques susceptibles de les fragiliser.**

« Un système stable absorbe les perturbations : après une période durant laquelle la trajectoire est modifiée, il revient à l'équilibre (théorie de la *balance of power*⁹⁰) ». Le pilotage de notre système de financement des politiques de soutien à l'autonomie appelle donc une **surveillance vigilante et renforcée du développement de l'offre et de la demande, de la situation particulière de ses parties prenantes et composantes pour repérer les tensions et fragilités qui les affectent (Secteur du domicile), de la performance des financements publics affectés et des interactions entre les processus de régulation.**

Cet enjeu de pilotage et de régulation ne doit bien entendu pas altérer la capacité d'action et de développement de chacun mais minimiser les risques de *faillite*, de dysfonctionnement ou de déséquilibre du système global.

⁹⁰ Thierry de Montbrial, « le système international » : approches et dynamiques », *Politique étrangère*, 2006/4 (Hiver)

La théorie de la balance of power, c'est-à-dire l'équilibre international, repose sur cette logique : dans l'Europe classique lorsqu'un État tentait de modifier l'équilibre à son profit, l'ensemble des autres États se coalisait pour ramener le système à l'équilibre initial. Ex : équilibrage des balances de paiement dans un système où il n'y a qu'une monnaie internationale (l'étalon d'or).

Les modes ou outils de pilotage doivent nous permettre d'identifier, de quantifier le risque et de définir **un cadre de régulation du système de financement dans son ensemble, au niveau national et pour chaque territoire.**

Il s'agit tout autant de veiller à ce que les mesures prises par chacune des entités du système ne s'annulent pas entre-elles ou n'encouragent pas certains comportements ou choix stratégiques des acteurs qui pourraient produire des effets contraires aux objectifs de la politique de l'autonomie.

Une surveillance vigilante et renforcée des équilibres du système de financement
 Une surveillance et une orientation renforcée du développement de l'offre, des intermédiaires et des financements publics affectés

Une institution/organisation nationale de régulation du système de financement des politiques de soutien à l'autonomie chargée de garantir la veille, l'efficacité et la stabilité globale du système.

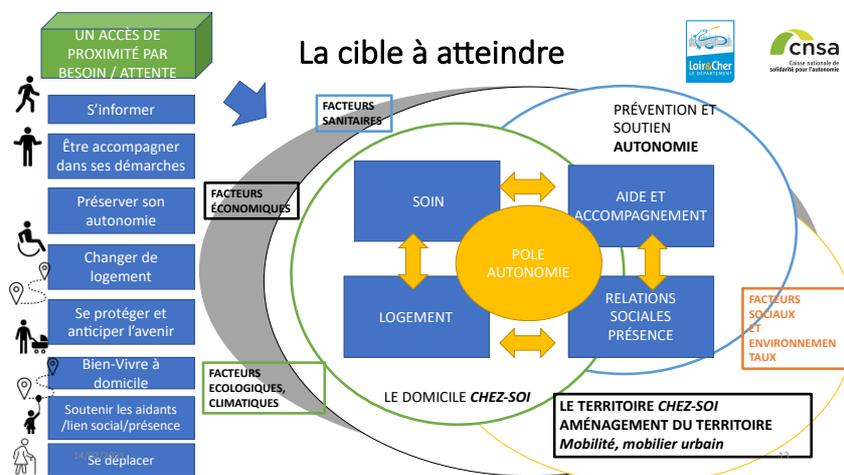
Une approche de régulation de type macro et micro-prudentielle

Un principe de renforcement de la capacité d'action et de développement de chacun
Des mécanismes de régulation et d'autorégulation, de *soft regulation*

- Améliorer la cohérence en matière de pilotage, de régulation et de contrôle

Le manque de cohérence en matière de planification, de régulation et de contrôle impacte considérablement la capacité de pilotage du système de financement des politiques de soutien à l'autonomie. Il impacte aussi la capacité d'innovation, de pilotage et de développement des établissements et services pourtant invités à poursuivre une approche domiciliaire qui intègre :

- La mise en cohérence et l'intégration des réponses en soin, en aide / accompagnement, présentes et en logement ;
- Les dynamiques de coopération et de territoire ;
- L'amélioration des carrières, des parcours, des conditions de vie et de travail des professionnels, le décloisonnement des approches ;
- Les enjeux d'efficacité et d'éthique pour le pilotage des organisations ;
- Les logiques de prévention des risques sociaux, économiques et environnementaux.



Chacune de ces dynamiques est pilotée (*planifiée, suivie et régulée*) par des institutions, des entités, des modes et de mécanismes de pilotage différenciés, parfois peu cohérents voire redondants en termes de méthode, d'outils et de calendriers.

La capacité de pilotage d'ensemble, l'intégration et la mise en cohérence de ces dynamiques, de leurs modes de planification et de régulation concourent pourtant à garantir la stabilité globale du système de financement. Ils sont également une condition essentielle à la réussite de la transition dite domiciliaire et l'égalité des chances pour tous.

Sans harmonisation des approches et outils de planification et de régulation, les établissements et services ne pourront pas être en mesure d'améliorer, d'évaluer leur investissement réel, l'impact de leur action, pour l'efficacité des politiques publiques, pour la croissance économique, pour les autres politiques publiques, pour le développement du territoire (etc...).

Nous devons également être en mesure de **capter et d'analyser ces informations** depuis l'hyper-proximité jusqu'au niveau national pour **piloter et réaffecter justement les financements pour chacune des entités du système**. L'enjeu pour le pilotage, la captation et la mesure du montant des investissements d'autres politiques qu'il convient de réaffecter aux politiques de soutien à l'autonomie est majeur.

- Des mécanismes de pilotage et de régulation cohérents mais différenciés.

Chacun des périmètres et des niveaux de pilotage des politiques de soutien à l'autonomie de nos concitoyens qui avancent en âge, sont en situation de handicap ou de maladie, répond et appelle des mécanismes de pilotage et de régulation **cohérents entre eux mais différenciés**.

La programmation, la planification et l'évaluation de l'impact des moyens, des investissements nationaux et territoriaux dédiés au soutien des politiques publiques pour l'autonomie doivent s'inscrire dans **une approche ascendante, transversale et décloisonnée**.

Ce mode de pilotage pluriannuel doit intégrer l'ensemble des dispositifs de financement de l'autonomie au niveau national (*y compris les dispositifs d'abattement sociaux et fiscaux et les mécanismes d'aides à l'hébergement*) et au niveau territorial (les dépenses des collectivités territoriales, notamment APA et PCH).

Cette visibilité d'ensemble, la programmation pluriannuelle et l'évaluation de l'impact des moyens dédiés au soutien des politiques pour l'autonomie devront par ailleurs être portées à la connaissance des acteurs du secteur, des autorités publiques et du Parlement, dans le cadre du PLFSS.

Cette approche doit également s'appuyer sur des mécanismes adaptés qui **renforcent la capacité d'anticipation, d'action et de développement** de toutes les parties prenantes publiques et privées.

Au niveau national

Un agenda autonomie, une loi de programmation pluriannuelle, le budget de la Nation en faveur de l'Autonomie

Un pilotage et une feuille de route interministériels

Une **programmation et une trajectoire pluriannuelle des moyens**, inscrite en cohérence avec les planifications et les agendas et les outils de programmation à tous les niveaux du territoire (schémas, CPOM, autorisations, plans stratégiques de financement et de développement des opérateurs, etc ...)

Des approches de pilotage, d'évaluation et des indicateurs partagés permettant de **prévenir les risques systémiques et d'évaluer l'impact des politiques de soutien à l'autonomie pour d'autres politiques.**

Une conférence nationale de pilotage des financeurs supplémentaires : renforcer les coopérations et la vision partagée de l'autonomie.

Au niveau territorial

Une **approche de pilotage partagé des politiques publiques territoriales de soutien à l'autonomie** : une programmation pluriannuelle et partagée des moyens dédiés à l'autonomie, cohérente et garantie par la loi de programmation nationale.

Des approches de pilotage partagé des politiques pour l'autonomie :

- Planification territoriale pluriannuelle partagée à 360° cohérente avec l'Agenda Autonomie 2022-2030, la feuille de route nationale et les calendriers de programmation des moyens nationaux ;

- Approche de régulation et de contrôle conjointe ;

Un renforcement de la capacité de régulation de la CNSA : contractualisation pluriannuelle avec les comités exécutifs et dialogue de gestion annuel CNSA / ARS / CD (ou CNSA / Comités exécutif territoriaux) ;

Des méthodes et outils de régulation et des indicateurs partagés permettant l'évaluation de la qualité, de l'efficacité et de mesurer les moyens réellement affectés aux politiques pour l'autonomie.

Des **méthodes de soft regulation** : consensus, principes et engagements partagés, contractualisations publiques et privées, évaluation des résultats plutôt que des moyens, dotations forfaitaires à la qualité.

Des méthodes d'évaluation et d'audit renforcées à partir indicateurs co-construits (*approche d'évaluation des résultats par la preuve, de la qualité du service rendu à la personne / au professionnel*).

3 - Une institution/organisation nationale de régulation du système de financement des politiques de soutien à l'autonomie chargée de garantir la veille, l'efficacité et la stabilité globale du système.

Une grande variété d'institutions et d'acteurs aux responsabilités parfois entrecroisées concourent directement ou indirectement à la régulation des entités et des acteurs à tous les niveaux du pilotage, au niveau de l'offre et des intermédiaires des politiques publiques de soutien à l'autonomie. Ces institutions et ces acteurs interviennent souvent sans logique d'ensemble, sans hiérarchie clairement établie et selon des approches et des calendriers peu coordonnés.

C'est pourquoi le conseil de la CNSA préconise la mise en place d'une institution ou d'une organisation nationale de veille et de régulation du système de financement des politiques de soutien à l'autonomie.

C. Piloter chacune des entités, chaque périmètre du système de financement

1) Piloter l'Agenda Autonomie 2030

Les ambitions, les priorités pour soutenir l'autonomie ont largement été définies par les rapports préparatoires à la *loi Grand âge - autonomie* et les orientations portées par la démarche prospective du conseil de la CNSA. **Il s'agit à présent de nous donner la capacité de répondre à ces ambitions en orientant, en pilotant et en dégageant des effets de leviers pour les politiques publiques de l'autonomie : un Agenda Autonomie 2030, une loi de programmation pluriannuelle et l'orientation Autonomie du budget de la Nation.**

Un Agenda Autonomie à l'horizon 2030

Chacune des politiques publiques doit être invitée à contribuer à l'ambition de l'autonomie. Sur le même modèle et sur la même temporalité que l'Agenda de développement durable 2030, un Agenda Autonomie 2030 pourrait être adopté. Ce programme de développement des politiques de soutien à l'autonomie serait consacré dans une loi de programmation qui fixerait la trajectoire pluriannuelle de l'effort des politiques publiques pour l'Autonomie. Cette trajectoire ferait l'objet d'un suivi continu et d'une évaluation annuelle de l'impact de l'ensemble et de chacune des politiques publiques pour l'autonomie chaque année, en amont du débat parlementaire portant sur le PLF et le PLFSS.

Cet agenda porteur **d'une ambition et de priorités partagées**, serait concrétisé par **une loi de programmation fixant une trajectoire pluriannuelle afin d'orienter et de prioriser** les investissements et le financement de l'effort des politiques publiques dédié au soutien de la vie autonome à l'horizon 2030. Il tiendrait compte du contexte macro-économique et de la mobilisation de l'ensemble des financeurs supplémentaires engagés dans le cadre des partenariats.

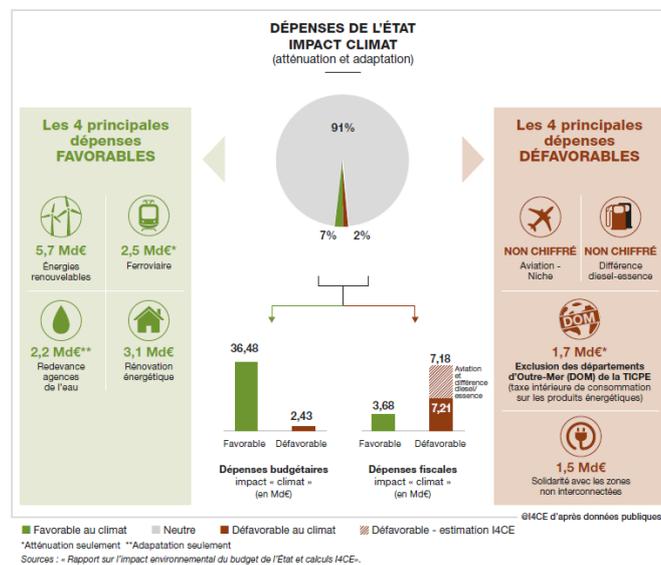
Les parties prenantes souhaitent notamment que les politiques de soutien à l'autonomie contribuent et bénéficient des moyens et des outils de la relance économique. Elles soulignent que la capacité d'autofinancement des parties prenantes de la vie autonome demeure durablement amputée par la crise économique et que nombre de projets d'investissements

favorables à la transition domiciliaire et à la relance économique pourraient être mal orientés, annulés ou reportés. Le rétablissement de ces capacités est une condition préalable.

Un budget Autonomie (sur le modèle du *Budget Vert*)

Il est proposé de définir et de piloter un « *Budget Autonomie* » sur le modèle du Budget Vert. Ce budget serait présenté en même temps que le PLF. Il aurait vocation à mieux intégrer les enjeux de l'Autonomie dans le pilotage des politiques publiques en réalisant une évaluation des impacts des politiques de soutien à l'autonomie sur l'ensemble du budget.

Le « budget vert » a confirmé pour 2021 près de 43 Md€ de dépenses favorables à l'environnement.



Elles recouvrent :

- **les dépenses dites « vertes »**, c'est-à-dire favorables à l'environnement sur au moins un axe environnemental sans être défavorables par ailleurs, qui atteignent 38,1 Md€ en 2021 ;
- **les dépenses « mixtes »**, qui ont un impact favorable sur un ou plusieurs axes environnementaux et par ailleurs un impact défavorable sur d'autres axes environnementaux, qui représentent 4,7 Md€ en 2021. Il s'agit principalement des infrastructures de transport, notamment ferroviaires.

Ces dépenses favorables à l'environnement augmentent de 8,5 Md€ entre 2020 et 2021, signe du très fort engagement du Gouvernement en faveur de la transition écologique.

Plus qu'un simple effort de transparence et de lisibilité, le « budget vert » constitue **un nouvel instrument qui sera renouvelé et approfondi chaque année**, pour mieux intégrer les enjeux environnementaux dans le pilotage des politiques publiques.

Ce modèle peut utilement inspirer le modèle non contraignant de pilotage de ma mobilisation de l'ensemble des politiques de l'autonomie.

Un pilotage et une feuille de route interministériels

Cette feuille de route aurait vocation à porter l'ambition de l'Agenda 2030 en *interministérialité*. Elle devrait être partagée et « appropriable » par tous.

Sur le modèle de la *feuille de route* des Objectifs de Développement Durable, elle pourrait être structurée en 3 parties :

- Vision et ambition de l'Agenda 2030 ;
- Propositions et engagements des ministères autour des grands enjeux et des grandes priorités ;
- Modes d'action renouvelés pour accélérer la transition domiciliaire et l'égalité des chances pour tous.

Une méthode : des expérimentations territorialisées

En complément de la *feuille de route*, des initiatives et des expérimentations territoriales seraient engagées pour contribuer à l'atteinte des objectifs poursuivis dans les territoires sont menées dans les territoires. Elles pourraient apporter des éléments de réflexion et des pistes d'action au service de la feuille de route, du suivi et de l'évaluation par la preuve des résultats.

Ces expérimentations seraient engagées selon le cadre et la méthode de pilotage partagé des politiques pour l'autonomie dans les territoires portés par le conseil de la CNSA et des conseils départementaux et des Agences Régionale de Santé (cf. *infra*).

Elles auraient vocation à :

- permettre le déploiement de l'approche domiciliaire ;
- permettre la convergence des politiques pour l'autonomie ;
- permettre le décloisonnement des actions, des approches et des financements ;
- améliorer la capacité de pilotage coordonné des dispositifs ;
- renforcer la capacité d'action et de coordination des parties prenantes de l'hyper-proximité.

Des méthodes et indicateurs de mesure de la transition, de la contribution des politiques de l'autonomie aux autres politiques publiques

Le conseil préconise la mise en place d'un dispositif de suivi et de bilan à la hauteur de cette ambition. Il devra être transparent et orienté vers des résultats à atteindre. Il associerait un dispositif statistique solide pour évaluer la progression des politiques publiques et du chemin leur restant à parcourir. Il serait doté d'un mécanisme de redevabilité incitant chacune des politiques à la réalisation d'états des lieux et de revues annuelles de mise en œuvre dans une instance dédiée.

2) Piloter la mobilisation de toutes les branches de protection sociale pour l'Autonomie

Garantir et intégrer les principes de la sécurité sociale.

Chacune des branches de protection sociale prend en compte, dans sa gouvernance, l'ambition de l'autonomie.

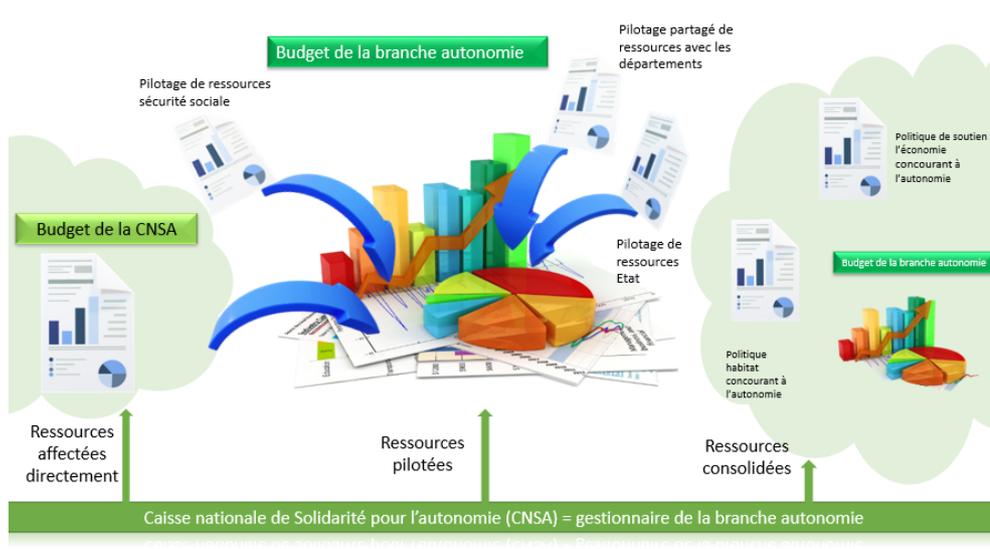
La sécurité sociale pilote en cohérence selon une approche d'efficacité, les périmètres et entités de l'interbranche. Elle prévient les risques systémiques au sein de la branche.

Afin d'identifier les sources d'une meilleure efficacité de la dépense en matière d'autonomie, il est non seulement important de connaître et de prendre en compte les différents agrégats mais aussi d'en identifier les dynamiques réciproques et les interactions. Certaines dépenses impactent positivement ou négativement un autre champ de la dépense publique. Il peut s'agir de l'organisation et du périmètre tarifaire des ESMS mais aussi des politiques de préventions primaires (qualité de l'organisation et des transports urbains / ruraux, sport adapté, nutrition, appareillage, adaptation du logement ...) ou secondaires (dépistage, détections des décompensations psychiques et physiques). La mise en œuvre de ces politiques représente un coût pour certains acteurs et un bénéfice évident pour d'autres (par exemple commune ou ESMS versus champ sanitaire, ville et hôpital).

A titre d'illustration, l'intégration dans les forfaits des ESMS de dépenses aujourd'hui retracées dans les enveloppes hospitalière ou ambulatoire devra être tracée et faire l'objet de compensations au bénéfice de la branche autonomie, et réciproquement. De même, les démarches de prévention de tous ordres doivent être évaluées et faire l'objet de transferts entre enveloppes, sur une base contractuelle et sur la base d'indicateurs de qualité et de coûts formalisés (hospitalisation évitable dans un territoire, évolution des consommations de soins de ville et à terme évolution de l'espérance de vie sans incapacité).

3) Piloter la branche autonomie

Le périmètre de financement de la branche dans cette acception ne signifie évidemment pas que l'institution CNSA en charge de la 5^{ème} branche soit le gestionnaire d'un agrégat consolidé. **L'objectif de la branche autonomie est de rendre visible et de contribuer à l'efficacité d'un ensemble cohérent de ressources publiques affectées** directement ou indirectement au risque autonomie. La branche se doit de contribuer à **éclairer le débat parlementaire** sur l'effectivité de la politique de l'autonomie et sur la qualité de la réponse qu'elle apporte à la personne, en égalité des chances, quel que soit le territoire où elle vit.



Cette acception appelle un certain nombre de méthodes et de mécanismes de pilotage différenciés qui doivent, pour être efficaces, s'inscrire dans une approche globale du pilotage du système de financement des politiques de soutien à l'autonomie. Ils intègrent et concernent donc tous les périmètres et tous les niveaux.

Il s'agit de :

- a. Permettre la prise en compte et la prévention des risques systémiques ;
- b. Permettre la prise en compte du contexte macro-économiques ;
- c. Permettre la mesure de la contribution des politiques de l'autonomie aux autres politiques publiques ;
- d. Gestion budgétaire, pilotage financier et maîtrise du risque ;
- e. Sanctuariser les réserves de la branche pour éviter toute reprise de crédits ;
- f. Permettre l'orientation et le pilotage de l'investissement différencié mais solidaire des ménages pour financer ses préférences ;
- g. Piloter et renforcer le développement des partenariats ;
- h. Renforcer le caractère interministériel du pilotage des ressources allouées au risque et du gestionnaire de la Branche (tutelles) ;
- i. Renforcer la capacité d'orientation et d'action de la gouvernance par l'association des parties prenantes de la branche.

4) Orienter et piloter la mobilisation des financeurs supplémentaires du système

Nos investissements dans le modèle d'accompagnement de l'autonomie ne peuvent négliger d'orienter et de **piloter l'apport des financeurs supplémentaires afin de garantir notamment le libre choix des personnes** quel que soit leur situation et leur niveau de vie. Il s'agit d'accompagner les ménages afin qu'ils puissent s'organiser et retenir les modalités de leurs choix ; ces financements ne relèvent pas du bloc de la **Solidarité nationale pour l'autonomie**⁹¹. Leur mobilisation doit donc être menée selon des modalités partenariales

⁹¹ Voir chapitre IV page 68

spécifiques dès lors que ces financeurs supplémentaires ne dépendent pas de l'autorité de l'État : cela appelle **une approche de pilotage différenciée** mais qui vise en tout état de cause la transparence et l'égalité des chances pour tous et partout.

Ce mode de pilotage appelle des mécanismes et des garanties :

Méthode du consensus
Contractualisation des partenariats
Soutien à la coopération
Progressivité
Suivi et contrôle des résultats
Mécanismes de régulation et d'autorégulation / soft régulation
Instance de régulation

D. Pilotage partagé dans les territoires

Nous ne sortirons de l'impasse sur les questions de pilotage territorialisé des politiques de soutien à l'autonomie que si nous nous donnons la capacité d'un **pilotage partagé dans les territoires et les lieux de la proximité (et de l'hyper-proximité) où se concrétise la politique de l'autonomie**. Ce pilotage partagé nécessite une méthode souple, ascendante, non normative mais garantie par des mécanismes adaptés. Il s'agit de renforcer les capacités d'investissement, de mobilisation et de développement des parties prenantes qui soutiennent la vie autonome de nos concitoyens dans les territoires. L'enjeu est de permettre l'orientation de leurs actions par des modes **d'information asymétriques et des modes de régulation et d'audit** adaptés aux situations particulières, aux contextes, aux spécificités des territoires et des acteurs.

1) Les principes de gouvernance et de pilotage partagé

Les mêmes principes de pilotage et de régulation doivent guider le pilotage partagé du système de financement des politiques pour l'autonomie (*de l'hyper-proximité au niveau national*).

Chacun doit être garanti que son effort pour la vie autonome puisse franchir le *dernier kilomètre* jusqu'à la personne, selon **les déterminants** suivants :

- Des **financements affectés** : ils ne sont pas utilisés à d'autres fins que celles auxquelles ils sont destinés.
- Des **financements évalués** : la politique pour l'autonomie évaluée quantitativement, à tous les niveaux, la pertinence des moyens alloués, jusqu'à la personnes en cohérence avec ses besoins et ses choix de vie.
- Des financements qui concourent au **développement de l'économie réelle**.

Les mêmes **principes directeurs** doivent être pris en compte :

- **La confiance,**
- **La transparence,**
- **L'efficacité,**
- **La cohérence,**
- **La constance,**
- **La convergence des publics et des acteurs,**
- **La confluence entre les territoires et au niveau national.**

Ces principes doivent être garantis par la **gouvernance territorialisée de la 5^{ème} branche : la conférence pour l'autonomie**

Pour le conseil de la CNSA, les parties prenantes du territoire⁹², et en premier lieu les personnes elles-mêmes, doivent être associées à la gouvernance et au pilotage des politiques pour l'autonomie.

Le conseil a fait le choix d'une méthode **d'intégration des instances de gouvernance par l'association des parties prenantes : la conférence pour l'autonomie dans le territoire, véritable déclinaison territoriale de l'organisation et du fonctionnement du conseil de la CNSA.**

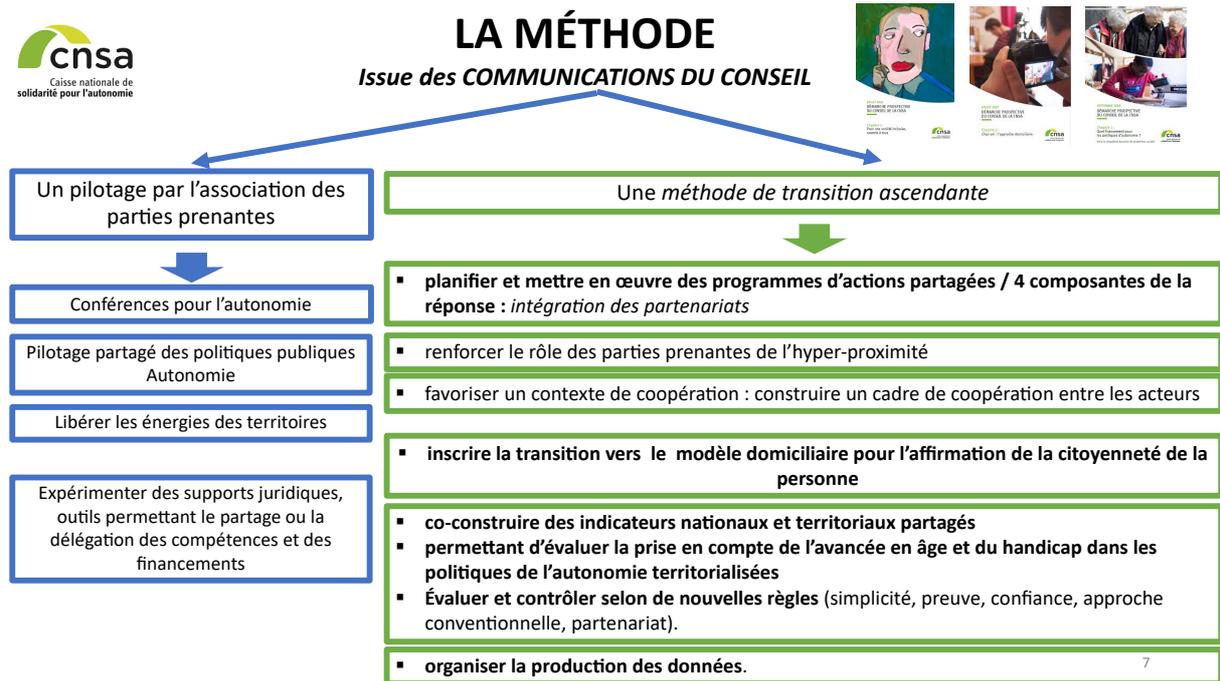
La conférence pour l'autonomie est une instance dotée d'une véritable vision stratégique globale et partagée de toutes les politiques pour l'autonomie du territoire. Le périmètre de la conférence des financeurs pourra être élargi à toutes les questions du champ des politiques pour l'autonomie. Les processus de décision et de consultation des conférences pour l'autonomie devront être conformes aux principes portés par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Les conférences pour l'autonomie, dotées d'une capacité d'action et d'évaluation seront notamment chargées :

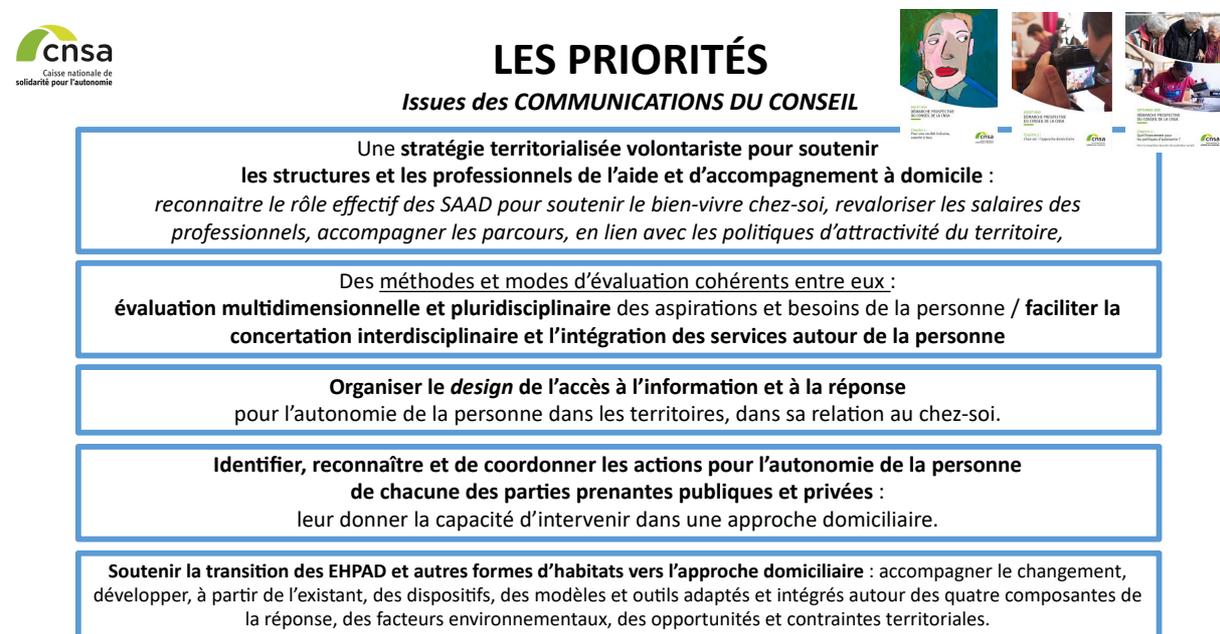
- De réaliser un diagnostic décloisonné et partagé des besoins, des attentes des personnes sur le territoire ;
- De définir, à partir des contraintes et priorités territoriales, une stratégie et une méthode de transition territoriale programmée vers l'approche domiciliaire, l'égalité des chances pour tous et partout et la convergence des politiques pour l'autonomie ;
- De définir un programme d'actions coordonnées intégrant l'investissement, l'action et l'engagement de chacune des parties prenantes du territoire.

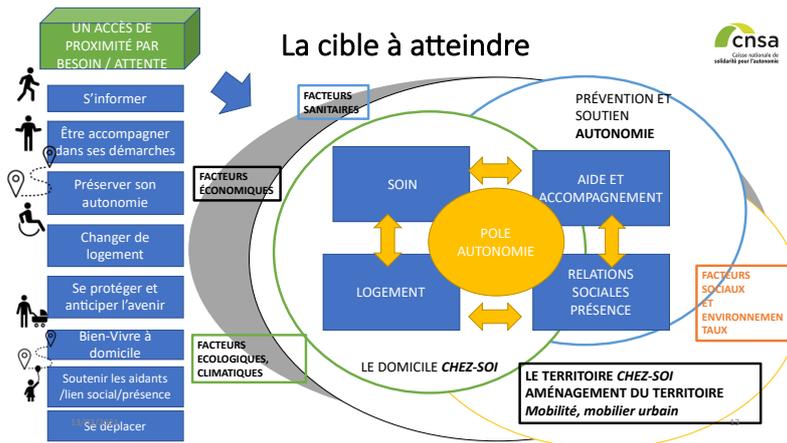
⁹² Les *parties prenantes* sont l'ensemble des acteurs de l'accompagnement des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap : *professionnels, aidants et bénévoles, pour le soin, l'accompagnement médico-social, l'hébergement et le maintien du lien social en ESMS ou/et à domicile et les représentants des personnes elles-mêmes et de leurs proches.*

Une méthode garantie



Des priorités cohérentes avec l'Agenda Autonomie 2030





2) Pour une préfiguration territoriale d'un pilotage partagé des politiques de l'Autonomie dans les territoires

Afin de dépasser les freins sur les questions de pilotage et de répartition des compétences entre les décideurs et financeurs publics territoriaux, les membres du conseil de la CNSA préconisent la préfiguration d'une méthode pilotage partagé des politiques pour l'autonomie dans les territoires. Il s'agit de préfigurer à partir d'objectifs et de projets partagés, une méthode fondée sur des principes communs et des outils de pilotage différenciables.

La définition des conditions de l'engagement des parties prenantes des territoires est déterminante. Elles doivent renforcer les modalités de l'articulation des financements de la **Solidarité nationale et territoriale pour l'autonomie**, ainsi que la mobilisation des financeurs supplémentaires, dans le respect des principes de co-construction que sont la recherche du consensus, la reconnaissance des parties prenantes et de leur contribution, la transparence et l'information et l'évaluation par la preuve, jusqu'à la personne.

Cette méthode se fonde sur une vision partagée entre les parties prenantes s'engageant ainsi dans une stratégie territoriale commune pour l'égalité des chances et la transition domiciliaire. Elle serait cohérente avec le cap fixé par l'Agenda Autonomie 2030, la loi de programmation pluriannuelle, le budget Autonomie, sa trajectoire et son calendrier.

Cette stratégie et cette méthode **favoriseraient les initiatives et les dynamiques de coopération entre les parties prenantes du territoire** pour décloisonner les actions et leurs financements et apporter des solutions les plus adaptées et diversifiées aux personnes qui avancent en âge ou sont en situation de handicap ou de maladie.

En cohérence avec les enjeux, les priorités, la méthode et le calendrier portés par l'Agenda Autonomie 2030 et le Budget Autonomie, cette préfiguration territoriale aurait pour objectifs de :

- **Définir et soutenir le pilotage partagé, coordonné et différencié** des politiques pour l'autonomie dans les territoires;

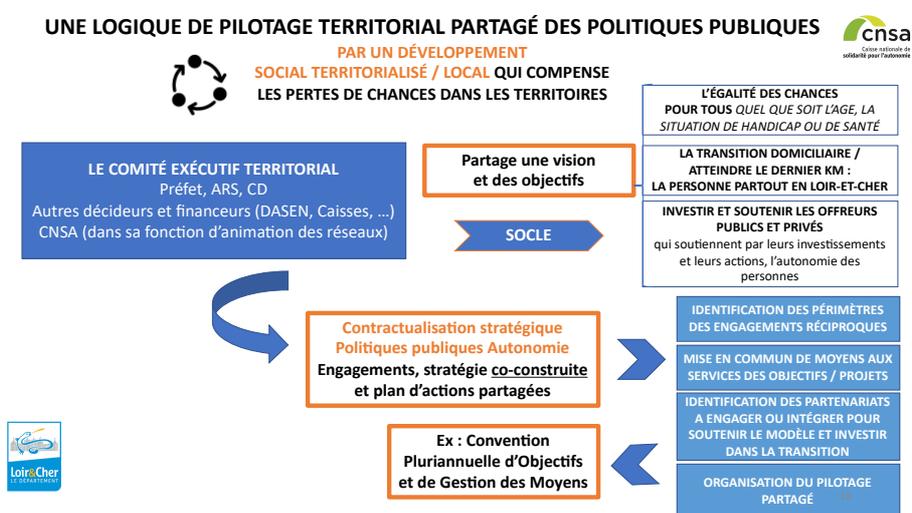
- **Garantir les conditions de l'engagement des parties prenantes du territoire, selon une méthode souple fondée sur le consensus, en intégrant les enjeux de régulation et d'évaluation par la preuve ;**
- **Permettre la définition de stratégies de programmation** et d'intégration des financements de la politiques pour l'autonomie du territoire ;
- **Concevoir des outils de gouvernance / de pilotage** intégrés, territorialisés et partagés des politiques pour l'autonomie dans les territoires.

a) Un comité exécutif territorial

Afin d'améliorer la capacité de pilotage territorialisé des politiques publiques pour l'autonomie et de leur financement, le conseil de la CNSA préconise la mise en place d'un *comité exécutif territorial* composé du Préfet, du DG ARS et du Président du Conseil Départemental (*élargi aux autres représentants de l'État tels que le DASEN, la DIRRECTE, etc...*)

Sur le modèle de la commission permanente du conseil de la CNSA, il est préconisé d'associer les Vice-Présidents du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA), ou de la future instance de gouvernance par l'association des parties prenantes, la conférence pour l'autonomie.

Les maquettes suivantes sont le fruit des travaux réalisés des conseils départementaux associés à la démarche de prototypage restituée lors du séminaire du conseil le 4 février 2021.



Zoom sur deux des outils proposés

Le contrat territorial de l'autonomie CTA

- C'est un contrat qui participe à **renforcer le réseau d'acteurs en territoire** afin de proposer une réponse équitable à chaque personne en perte d'autonomie, en proximité, quelle que soit sa problématique, dans les situations simples, complexes, de crise (sanitaire, canicule, etc.).
- Il crée **une unité d'actions**
 - **Entre les professionnels** du territoire qui accompagnent les personnes en perte d'autonomie appartenant aux secteurs médico-social, du soin, du droit commun, qu'ils soient en établissement, en services, en libéral (CPTS, MDS, cabinets IDE)
 - **Avec les dispositifs** visant à mieux accompagner les personnes fragiles : **communautés 360°**,
 - **Avec les tutelles** (le CD, l'ARS) et les partenaires associés au pilotage de l'offre
- **5 axes stratégiques** sont proposés :
 1. Garantir la continuité de l'offre afin qu'aucune demande ne reste sans réponse dans les situations simples, complexes ou de crise ;
 2. Renforcer les articulations entre l'aide et le soin à domicile ;
 3. Concevoir une palette d'offre territoriale capable de répondre aux besoins de prévention de la perte d'autonomie, de répit des aidants, d'adaptation du logement ;
 4. Accompagner la mise en œuvre du virage inclusif ;
 5. Répondre aux enjeux de professionnalisation du secteur

b) Préfiguration territoriale : une méthode souple, non normative et adaptée aux enjeux

a) Une maquette du pilotage territorial partagé, un rapport co-construit avec les parties prenantes du territoire pour entrer dans la préfiguration territoriale

Dans le cadre de la démarche de préfiguration, une **maquette du pilotage territorial** présenterait le mode de pilotage départemental cible.

(cf. restitution de la démarche de prototypage du pilotage partagé des politiques de l'autonomie dans les territoires, séminaire du conseil du 4 février 201)

b) Des méthodes et outils de pilotage coordonnés

Dans le cadre de cette préfiguration, les comités exécutifs pourraient **concevoir** puis expérimenter de nouveaux dispositifs :

- permettant le déploiement de l'approche domiciliaire ;
- permettant la convergence des politiques pour l'autonomie ;
- permettant le décloisonnement des actions, des approches et des financements ;
- améliorant la capacité de pilotage coordonné des dispositifs ;
- renforçant la capacité d'action et de coordination des parties prenantes de l'hyper-proximité.

Chacune des expérimentations ciblées serait pilotée au niveau territorial par le **comité exécutif territorial**.

Ces expérimentations territoriales pourraient concerner **des dispositifs qui soutiennent directement ou indirectement l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap** :

- Sous réserve de leur adhésion et de leur engagement dans la démarche ;
- Dans le respect de l'autonomie de gestion de chaque partie prenante ;

- Selon une stratégie et une programmation de la transition qui tient compte *du niveau d'adhésion, des besoins d'accompagnement et de la capacité de transition de chacune d'entre-elles.*

c) Des dérogations expérimentales à la loi ou au règlement

Des **dérogations expérimentales législatives ou réglementaires** pourraient alors être ouvertes. Ces dérogations pourraient notamment concerner les instances de gouvernance et de pilotage des politiques pour l'autonomie, le régime des autorisations, les modalités de contrôle et de tarification des établissements et services, l'évaluation des besoins des personnes, l'évaluation de la qualité du service rendu à la personne. Ces **expérimentations temporaires et ces dérogations seraient encadrées par les contractualisations nécessaires et bénéficieraient du soutien à l'expérimentation proposé par la CNSA qui procèdera à l'évaluation de l'impact de leur mise en œuvre.**

Les territoires volontaires pourraient également bénéficier, selon **une procédure simplifiée et au périmètre élargi, des dérogations ouvertes par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018.** Ledit article offre la possibilité aux acteurs du système de santé de proposer des organisations innovantes pouvant être financées de manière dérogatoire aux règles de tarification de droit commun.

c) L'association des parties prenantes : les conférences pour l'autonomie.

Dans le cadre de cette préfiguration territoriale, la conférence pour l'autonomie, déclinaison territoriale du conseil de la CNSA, serait installée.

d) Un pilotage national de la préfiguration

Un **comité de pilotage national** devra être constitué. Le conseil de la CNSA et les membres des comités exécutifs *pilotes* en seraient nécessairement membres.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) serait chargée de **soutenir, de réguler et d'évaluer l'expérimentation.**

CONCLUSION

La 5^{ème} branche porte la promesse de l'autonomie au cœur de la sécurité sociale poursuivant ainsi le grand dessein de ses fondateurs.

Le conseil de la CNSA, réunion des parties prenantes qui concourent à la politique de l'autonomie, répond à la commande législative par cette contribution à l'importante question du financement de la politique de l'autonomie.

La société inclusive que nous appelons de nos vœux pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap requiert un haut niveau de protection sociale et une transformation de nos réponses d'accompagnement.

Nous le savons, il nous faudra être en capacité de créer de nombreux emplois, à un rythme soutenu pendant la décennie qui s'ouvre, en rendant ces métiers attractifs et en les rémunérant mieux, à la hauteur du service qu'ils rendent à notre société. Nombre d'entre eux constituent le premier recours pour nos concitoyens ; ils sont indispensables pour soigner, accompagner, accueillir et préserver le lien social. Les professionnels de l'autonomie sont les garants de l'approche domiciliaire.

Il serait illusoire de penser que l'accroissement du financement de la politique de l'autonomie est une option ; un renoncement emporterait de lourdes conséquences par l'accroissement non maîtrisé des charges dans de nombreux domaines et par une perte de chance pour nos concitoyens.

De plus les organisations publiques et privées qui concourent à l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap forment un secteur économique qui, s'il est reconnu, soutenu dans son développement et sa transformation, produira, au-delà des services qu'il rend, un retour économique et social que l'on doit valoriser.

Les travaux des parties prenantes mobilisées pour l'élaboration de ce rapport ont permis de définir un système de financement fondé sur les principes de la sécurité sociale et sur l'ambition de l'autonomie. Il y a été fait le choix d'une vision large en même temps que réaliste et résiliente. Elle appelle un débat démocratique et des orientations solides pour la mise en œuvre d'un modèle désirable quand nombre de familles traduisent aujourd'hui leur inquiétude, pour leurs enfants en situation de handicap, pour leurs parents, pour leurs proches.

Les parties prenantes du conseil de la CNSA, par leur contribution, expriment leur conviction que la promesse de l'autonomie peut être tenue dès lors que la Nation consent à s'organiser par un effort pleinement accepté.

2030 est l'horizon de cette ambition. Elle se construit dès à présent, dans un continuum d'engagement.

Annexes

ANNEXE 1 : MESURES DU RAPPORT LIBAULT

- Mesures prévues par le rapport Libault pour réduire le reste à charge en établissement

Mesures proposées pour diminuer le reste à charge en EHPAD

Au total, il est proposé de diminuer immédiatement de 300 euros par mois le reste à charge pour les résidents à revenus moyens qui ne bénéficient pas de l'ASH, c'est à-dire les résidents dont les ressources courantes se situent entre 1 000 € et 1 600 €/mois. Ces catégories de revenus représentent 35 % des résidents en EHPAD. Cette diminution serait réalisée à travers quatre mesures :

- La mise en place d'une nouvelle prestation dégressive en fonction des ressources (cf. proposition n° 128). La prestation serait de 300 €/mois pour des ressources inférieures à 1 600 €/mois puis serait dégressive jusqu'à 50 €/mois pour les personnes disposant de plus de 3 200 €/mois de ressources ;
- La fusion des sections « soins » et « dépendance » avec l'instauration d'un ticket modérateur de 5 €/jour (cf. proposition n° 125). La baisse des restes à charge serait de l'ordre de 15 €/mois pour plus de 90 % des résidents ;
- Le transfert de certaines dépenses de la section « hébergement » vers la section « soins » (diététiciens, quote-part des charges de direction ou des charges financières, hausse de la part des rémunérations des agents de service, cf. proposition n° 125) représenterait une baisse du reste à charge de l'ordre de 25 €/mois et par résident ;

En outre, environ 90 000 résidents en EHPAD et ESLD (soit 15 %) seraient concernés par la mise en place d'un « bouclier autonomie » (cf. proposition n° 126), pour un gain moyen de l'ordre de 740 €/mois. Les conditions d'ouverture de ce bouclier seraient progressivement assouplies en fonction des marges de manœuvre budgétaires disponibles.

Le déblocage de 3 Mds € en dix ans pour la rénovation du parc immobilier (en particulier dans les EHPAD publics, cf. proposition n° 55) permettrait d'éviter le recours à l'emprunt pour les établissements rénovés et donc la hausse des tarifs hébergement qui en aurait découlé.

Enfin, s'agissant des bénéficiaires de l'ASH, il est proposé une hausse du reste à vivre de 104 €/mois à 156 €/mois (cf. proposition n° 130 qui concernerait près de 110 000 personnes. En 2024 interviendrait la suppression de l'obligation alimentaire pour les descendants des bénéficiaires de l'ASH.

- Mesures prévues par le rapport Libault pour améliorer la prévention

Prévenir la perte d'autonomie pour augmenter l'espérance de vie sans incapacité: liste des propositions

Matérialiser une forte ambition en matière de prévention de la perte d'autonomie en fixant un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité

- Fixer un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans
- Déployer l'approche ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé

Proposer une nouvelle offre de prévention et sensibiliser le grand public

- Créer un rendez-vous de prévention de l'avancée en âge
- Lancer une campagne nationale pluriannuelle de sensibilisation à la prévention

Former massivement les intervenants professionnels auprès des personnes âgées aux réflexes de prévention de la perte d'autonomie

- Inscrire dans la formation initiale de tous les professionnels des modules sur la prévention de la perte d'autonomie et le repérage des fragilités de l'avancée en âge
- Développer pour les professionnels des modules de formation continue transversaux afin de créer une culture métier partagée de la prévention
- Imposer dans les CPOM un volet sur la formation des personnels au repérage des fragilités

Diffuser les démarches de prévention dans l'ensemble des structures de prise en charge de la personne âgée

- Conforter et préciser le rôle des intervenants à domicile en tant que lanceurs d'alerte
- Enrichir les pratiques d'évaluation pour enclencher un suivi de l'état fonctionnel de la personne, à domicile comme en établissement
- Mobiliser les Conférences de financeurs pour généraliser les actions préventives à domicile et en établissement
- Renforcer l'implication et le rôle des résidences autonomie dans la diffusion des messages de prévention
- Déployer au sein des hôpitaux une stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation

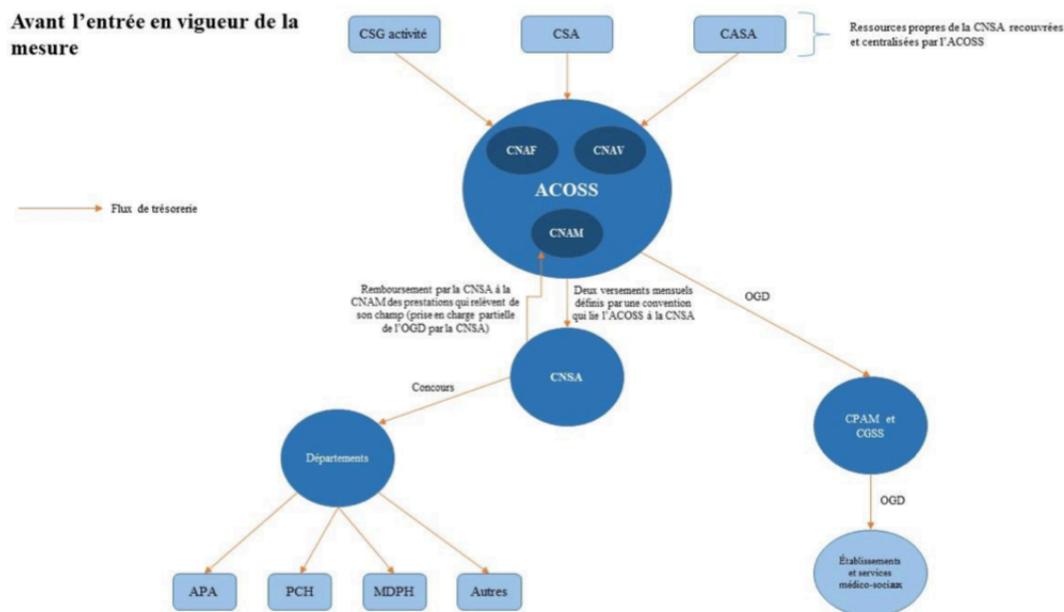
Renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie

- Renforcer le pilotage national de la politique de prévention
- Moderniser le fonctionnement des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
- Mieux coordonner les actions de prévention conduites par les organismes de sécurité sociale
- Créer un centre de preuves national de la prévention de la perte d'autonomie
- Développer un réseau national d'expertise et de ressources, constitué notamment des gérontopôles et des grands pôles de gériatrie
- Développer les échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale pour mieux repérer les fragilités

ANNEXE 2 :

Annexe 10

1. La totalité des dépenses de la Nation en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées sera, par ailleurs, retracée dans l'annexe 10.

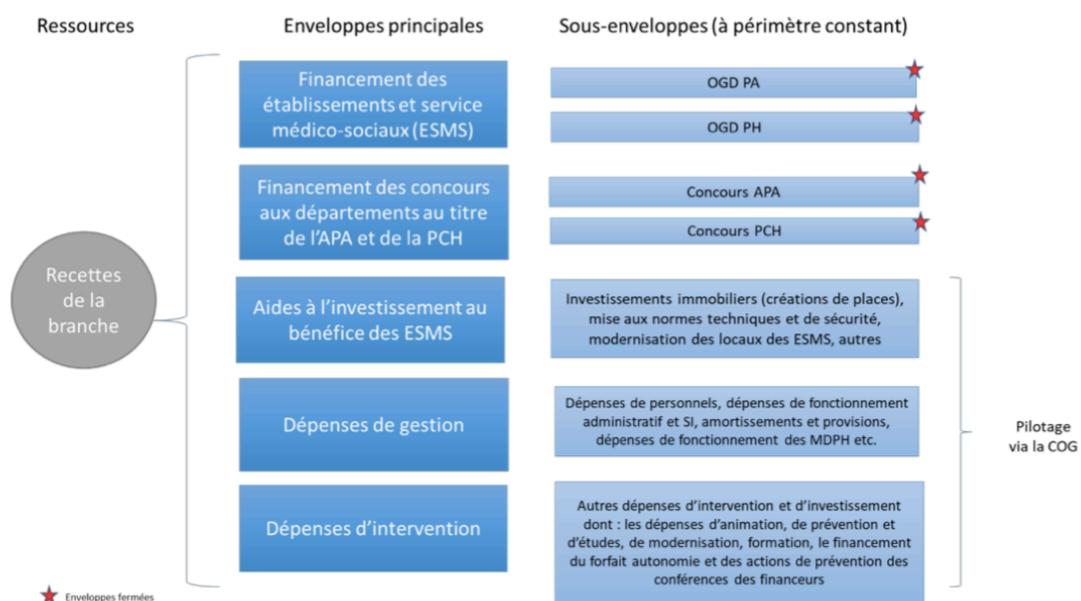


1. Impact financier global

L'Impact financier global pour la branche autonomie tient notamment compte de l'intégration de l'AEEH dans son périmètre et du financement des mesures issues du Ségur de la Santé.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en Md €)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Branche autonomie		0,1	-0,2	-0,1	0,0
Dépenses					
AEEH		-1,2	-1,3	-1,4	-1,5
Ségur RH		-1,7	-2,0	-2,1	-2,2
Ségur Investissement		-0,3	-0,3	-0,3	-0,4
Recettes					
CSG activité		-2,3	-2,3	-2,4	-2,4
ONDAM médico-social		-22,8	-23,3	-23,9	-24,4
CSG toutes assiettes sauf jeux		28,0	28,6	29,5	30,4
Subvention Ségur		0,4	0,4	0,4	0,4

Architecture financière de la CNSA après l'entrée en vigueur de la mesure



- Enjeux financiers liés aux propositions du rapport Libault :

ANNEXE N° 4: ENJEUX FINANCIERS RELATIFS AUX PROPOSITIONS

Dépenses publiques - compte de la dépendance - Mission GAA

Mds € équivalent point PIB 2018	2018 Estimation	2024 Cible	2030 Cible
DREES tendanciel	28,4	30,5	32,7
Effet démographique en écart à 2018		2,1	4,3
dont domicile		1,6	3,3
dont établissement		0,5	1,0
Dépenses nouvelles (en sus du tendanciel démographique)			
Taux d'encadrement en établissement		1,2	1,7
Rénovation bâti en établissement		0,3	0,3
Hausse des plans d'aide à domicile		0,6	0,5
Amélioration des conditions d'offre (fonds qualité, accompagnement des restructurations, revalorisation des salaires en plus du tendanciel, fonds SI)		0,6	0,5
Baisse du reste à charge en établissement		2,0	2,7
Autres (Maison des aînés et des aidants, indemnisation congés aidants, RDV prévention)		0,2	0,2
Total dépenses nouvelles		4,8	6,1
Économies proposées			
Équité accrue dans la prestation		0,3	0,3
Gains d'efficience		0,4	0,8
Recentrage des exonérations et dépenses fiscales		0,0	0,1
Total économies		0,4	1,2
Besoin de financement public		6,2	9,2
dont offre à domicile		2,3	4,0
dont offre en établissement		2,3	2,9
dont reste à charge des ménages		1,6	2,3

Sources : DREES, mission GAA

Tableau 5 • Répartition de l'ENSA en 2019, par financeurs et principaux postes de dépenses (en Md€)

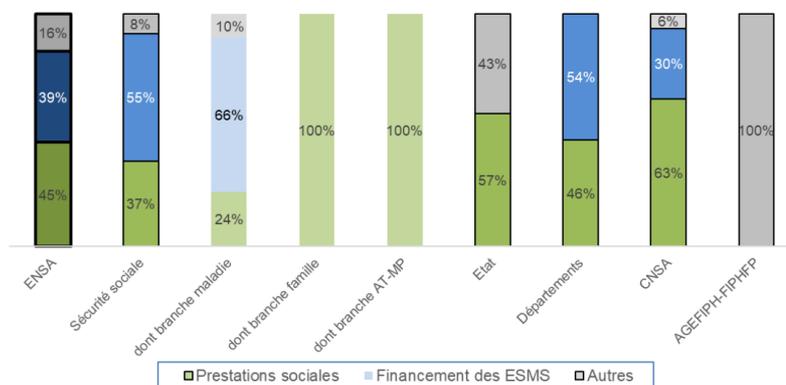
	Montants 2019 (en Md€)	Répartition
Sécurité sociale	37,6	51%
Branche maladie	31,0	42%
<i>ONDAM médicosocial</i>	20,6	28%
<i>Dépenses de soins et de prévention hors Ondam</i>	3,1	4%
<i>Pensions d'invalidité</i>	7,3	10%
Branche Famille	1,2	2%
<i>Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)</i>	1,1	1%
<i>Allocation de présence parentale (AJPP)</i>	0,1	0%
Branche AT-MP	5,4	7%
<i>Rentes d'incapacité permanente</i>	5,4	7%
Etat	18,1	25%
AAH	10,4	14%
Dépenses du programme "Handicap et Dépendance" hors AAH	3,8	5%
Autres programmes	2,1	3%
Compensation d'exonérations de cotisations*	1,7	2%
Départements	12,1	17%
Prestations (PCH + APA)	5,6	8%
Frais de séjour en ESMS (dont ASH)	6,5	9%
CNSA	4,7	6%
Transferts aux départements (APA + PCH)	3,0	4%
Financement des ESMS (nets des transferts de l'assurance maladie)	1,4	2%
Autres dépenses de la CNSA	0,3	0%
AGEFIPH	0,5	1%
FIPHFP	0,1	0%
Total ENSA	73,1	100%

L'AGEFIPH est l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées ; le FIPHFP est le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

* aide à domicile employée par un particulier fragile, par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile.

Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPSS annexé au PLFSS pour 2021

Graphique 15 • Répartition de l'ENSA 2019, par financeurs et nature de la dépense

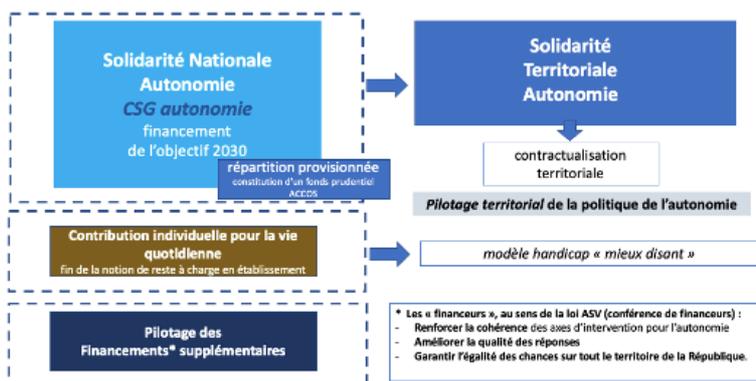


Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPSS « autonomie » annexé au PLFSS pour 2021

Agenda Autonomie 2022 - 2030

Interbranche 2022 - 2030

Besoin additionnel de financement de la branche Autonomie 2022 - 2030



Contributions
complémentaires des
membres du conseil de la
CNSA

Intervention de Geneviève Mannarino pour l'ADF lors de la présentation du rapport du Conseil de la CNSA

« Être au rendez-vous » est bien l'objectif essentiel de ce rapport. « Être au rendez-vous » est le quotidien des Départements qui portent les politiques d'action sociale dans un contexte économique complexe, avec des incertitudes de financement et des organisations territoriales portées par des dispositifs parfois peu lisibles !

Ces constats mettent en avant deux points importants qui trouvent des premières réponses dans ce rapport.

Le premier est celui de la capacité à embarquer toutes les politiques publiques en complète transversalité, ce que l'on pourrait nommer « l'ilotage ». C'est bien dans les territoires que doit s'établir la cohérence des politiques, ce qui assurera la mise en place de projets structurants qui pourront s'adosser à l'Agenda Autonomie 2030 au sein duquel, dès aujourd'hui, les Départements doivent être partie prenante.

Le second est la question des principes qui régissent le système de financement. Pour la branche Autonomie, le principe est clair : « Chacun est un citoyen à part entière, quelle que soit sa situation d'autonomie, conséquence de son âge, de son état de santé ou de son handicap. Chacun doit pouvoir partout sur le territoire vivre selon ses aspirations et ses préférences au cœur de la société et en égalité des chances ».

Ce principe est ce que les politiques publiques doivent aux citoyens. Un principe de responsabilité dans une logique d'approche domiciliaire.

Financer comment ? Financer avec quelle méthode au regard des dépenses de fonctionnement et avec aussi la prise en compte d'un certain nombre de dépenses transversales ? Ce qui nous laisse à penser qu'une transformation générale du ou des systèmes de financement s'avère nécessaire et impactera directement des Départements (SAAD, ESMS...). D'où l'impérieuse nécessité de mettre en place bien en amont une méthode participative qui conduira à prendre en compte l'expression et les propositions des Conseils départementaux.

Vous l'avez compris, au regard du travail accompli, au regard de cette « promesse de l'autonomie », au regard des enjeux du grand âge et des besoins de concitoyens vivant avec un handicap, les élus départementaux, chefs de file des politiques sociales et au cœur des solidarités territoriales, attendaient beaucoup d'une grande Loi « Autonomie » annoncée par le Gouvernement.

Cette attente a été exacerbée par la création d'une 5^{ème} Branche de la Sécurité Sociale dédiée à l'Autonomie, incarnée à juste titre par la CNSA.

Nous étions sur la bonne route. Le cap était donné.

Hélas, la réforme attendue n'est toujours pas venue, elle est absolument nécessaire. Nous y avons énormément travaillé, nous traversons certes une période difficile, mais de grâce cela ne doit pas nous empêcher d'avancer. Ce serait une occasion manquée aux conséquences très lourdes. Le 5^{ème} risque existe, attention à la coquille vide !

C'est la raison pour laquelle l'ADF croit à ce travail prospectif que nous venons de mener et qui a le mérite de poser des pistes intéressantes pour les décennies à venir.

Ce travail est ambitieux. Il est sûrement encore incomplet. Il n'est ni exhaustif, ni définitif.

Mais il a vocation à nourrir le débat sur un enjeu de société : l'autonomie de nos aînés et de nos concitoyens vivant avec un handicap.

Cet enjeu est crucial. Nous avons le devoir collectif de ne pas le manquer.

Note Andass

Contribution au rapport du CA de la Cnsa sur le financement de la branche autonomie Février 2021

Rédacteur : Roland Giraud (les contributions utilisées ont plusieurs rédacteurs à leur origine et ont été délibérées collectivement)

La contribution utilise les travaux de l'Andass réalisés au cours des 3 dernières années. C'est aussi cela faire converger, faire vivre la sobriété, essayer de ne pas toujours tout réinventer.

Elle essaie de se glisser dans le plan proposé.

Les fichiers des contributions de l'Andass sont joints au message d'envoi

Préalable : Sans vouloir « chambouler » le plan proposé il semblerait plus pertinent de proposer « la promesse de la branche Autonomie » en Etape1. D'un point de vue des niveaux logiques la promesse (on peut aussi parler de vision ou de finalité) est d'un niveau supérieur à « la branche au coeur de la sécurité sociale ». Cela n'est pas sans conséquence car cela permet de donner à voir du champ des possibles qui est plus large que la seule sécurité sociale. Cette approche est aussi essentielle si l'on souhaite investir de façon déterminée dans l'éducation à l'autonomie et à la prévention et faire converger de grandes politiques publiques autour et vers les politiques de l'autonomie. Par ses investissements, sa volonté de convergence et de coopération, la branche autonomie peut améliorer les résultats d'autres politiques publiques.

Proposition n°1 : Supprimer du vocabulaire de la branche autonomie le terme de « tutelle ». Utiliser les mesures d'impact en référence à la notion d'investissement social

Intégrer la notion d'investissement social au chapitre « définir un système de financement » et faire évoluer la notion de fonctionnement. Certaines dépenses dites de fonctionnement sont de l'investissement (les dépenses d'éducation à l'autonomie en sont un exemple).

Ce terme renvoie à une mise sous protection ou à une incapacité importante nécessitant l'intervention d'un tiers. Lors du premier acte de décentralisation en 1982, la suppression de la tutelle de l'Etat sur les actes des collectivités locales avait été vécue comme une libération (cela avait été également le cas pour les établissements publics locaux). Le contrôle de légalité à posteriori était venu le remplacer.

Une des ambitions de la branche est la transparence dans l'utilisation des fonds mis à sa disposition. L'Andass propose de substituer au terme tutelle les notions de contrôle et de mesure d'impact en référence à la notion d'investissement social. Il est proposé de passer d'une logique de moyen à une logique d'impact.

Une des deux définitions de l'investissement social proposées par l'Andass pourrait être intégrée au rapport :

Version faible: un investissement social est une intervention d'intérêt général, portant sur des individus ou une population socialement fragilisés, à l'impact positif avéré sur ses bénéficiaires à long terme.

Version forte: un investissement social est une intervention d'intérêt général, portant sur des individus ou une population socialement fragilisés, à l'impact positif avéré sur ses bénéficiaires à long terme et dont les bénéfices économiques attendus pour l'ensemble de la société excèdent largement les coûts.

Pour aller plus loin :

« Analyse et propositions pour le développement de l'investissement social en France » (Andass - janvier 2018). La note analyse également les freins à lever et effectue 4 propositions. Une annexe approfondie les notions d'investissement et de fonctionnement.

Proposition n°2 : Introduire dès la promesse de l'autonomie le principe de l'écologisation de la branche

Introduire le principe dans un paragraphe introduisant le chapitre la promesse de la branche.

L'écologisation : dans nos réflexions nous utilisons habituellement le terme de transition écologique. La limite du terme transition est qu'il ne dit pas vers quoi doit aller la transition (Védrine 2020 - Et après ?).

« L'Écologisation », un terme initié par Bruno Latour, est l'intégration dans toutes les décisions, toutes les réflexions, tous les territoires du Global au Local, de la prise en compte de la Biosphère et du Monde Vivant dans toutes ses dimensions. Elle implique chacun de nous. L'«Écologisation» n'est pas l'écologisme, c'est un paradigme nouveau, plus large, impliquant tout un chacun sans exclusion ni exclusivité. Elle est à intégrer au même titre que d'autres paradigmes sociétaux et politiques telle la démocratisation. »

« La notion d'écologisation désigne les processus par lesquels l'environnement est pris en compte dans les politiques publiques, dans les organisations, voire dans les pratiques professionnelles.

<https://www.cairn.info/revue-natures-sciences-societes-2013-2-page-159.htm> »

L'approche par l'écologisation du financement de la branche autonomie permet d'avoir une approche plus globale. Elle peut ensuite se décliner dans les différents aspects de la mise en place de la politique de l'autonomie. Elle permet de s'éloigner de la seule approche par les prestations.

Elle pourrait trouver sa place dans un paragraphe introductif de ce chapitre afin que cela irrigue la philosophie et l'ensemble des actions de la branche. L'approche des parties prenantes ou l'investissement de la branche dans l'éducation à l'autonomie peut trouver sa place dans une telle promesse. D'un point de vue des financements elle permet d'aller chercher des crédits nationaux ou européens afin que la caisse puisse porter un bilan carbone égal à zéro voire négatif et entraîner ainsi la multitude d'acteurs concernés. Cela peut être le cœur du Labo de la transformation des offres pour l'autonomie. La branche Autonomie participe ainsi à l'investissement collectif sur une transformation majeure du modèle de production de biens et de services. Elle n'est pas simplement dépensière mais investit pour l'avenir.

Proposition n° 3 : La branche autonomie : Pour une action publique sobre et de qualité

Introduire le principe (parmi les principes qui déclinent la promesse de l'autonomie).

Dans son Manifeste pour une action publique sobre et de qualité (Andass 2018), l'Andass (avec l'Institut de la gouvernance territoriale et de la décentralisation) a souhaité mettre au travail la notion de sobriété afin de repenser les modalités de production des politiques

publiques dans le champ social. La sobriété nous semble utile à intégrer dans un rapport sur le financement de la branche quand on constate une forme « d'ébriété » dans la mise en oeuvre des politiques publiques de l'autonomie où on oublie souvent « l'essentiel » pour empiler des dispositifs.

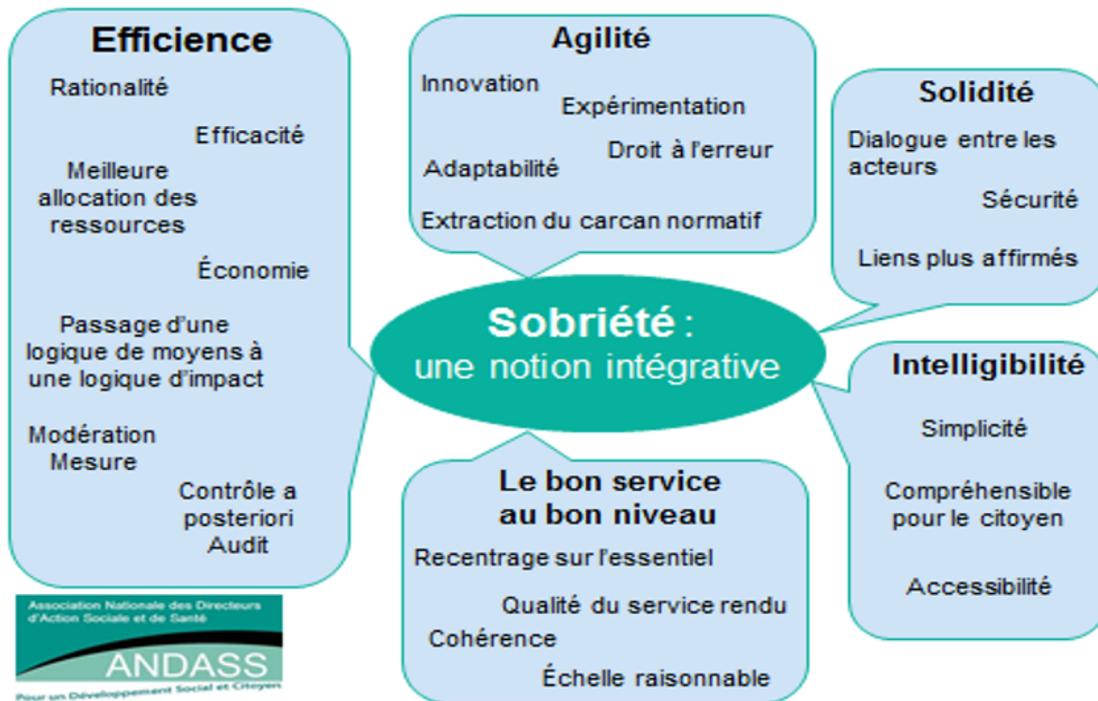
« Les acteurs publics auraient-ils la tête qui tourne face à un trop plein ? ».

« La notion de sobriété ne doit pas être comprise pour servir une vision étriquée de l'action publique (...) la sobriété incarne la dimension sacré du politique ».

La sobriété alliée à la qualité pourrait trouver place dans les principes qui déclinent la promesse (ils vont bien également avec la promesse d' »écologisation » de la branche. La sobriété appliquée à l'autonomie renvoie à 4 familles sémantiques qui sont chères à la branche (voir page 5 du Manifeste) :

- Aller vers l'essentiel, ce qui est premier,
- Aller vers la simplicité, la lisibilité et l'intelligibilité (et l'on voit les progrès qui restent à conquérir dans les politiques d'autonomie),
- Aller vers l'agilité (cela pourrait se traduire sur le principe de « proposer le but ou le résultat à atteindre sans préciser le chemin », ce serait une des fonctions du Labo de transformation des offres),
- Aller vers plus de solidité des liens, des normes, de l'investissement humain (le projet de financement de la branche c'est du court terme et du long terme. La solidité permet d'aller au delà des échéances qu'elles soient électorales ou de nomination des dirigeants)

La sobriété se veut « collective et individuelle » et rejoint ainsi un des défis à relever pour la branche autonomie que ce soit dans son financement ou dans son fonctionnement. La sobriété fait appel à « 3 dimensions : le juste dimensionnement, le juste usage, le partage par mutualisation et coopération ». En cela, la sobriété « n'est pas austère ». C'est une notion intégrative.



Pour aller plus loin : Manifeste pour une action publique sobre et de qualité

Le Manifeste propose une série de principes pour guider l'action autour de 3 axes : Répartition des compétences entre collectivités, délégation et décentralisation (comment concilier égalité et diversité ?), parcours et qualité du service rendu à l'utilisateur, mobilisation de la société civile et participation des usagers.

Proposition n°4 : Pour réussir, la branche autonomie doit aussi porter l'ambition du développement social

Intégrer l'ambition du développement social au « A. L'ambition de l'autonomie : une ambition individuelle et collective »

Définition simplifiée du développement social

«Le développement social est un processus de développement des ressources humaines et des initiatives des individus, des groupes et des territoires visant des objectifs de cohésion sociale, de solidarités, de proximité, de développement des services à la population et de création d'activités et d'emploi.

C'est une dynamique de participation où personne ne peut, ne doit, s'affranchir de prendre part à la création, à la consolidation du lien social.

Il a pour ambition de mettre en œuvre un projet territorial global, partagé et coordonné. Il vise un objectif de changement durable de la situation des habitants, de transformation et de promotion sociale.

Il propose de redonner du pouvoir d'agir aux individus et aux collectifs. »

Pour aller plus loin : Développement social et travail social collectif et travail social collectif (Michel Dagbert - 2015). Parler du financement de la branche autonomie sans évoquer le développement social et le travail social serait certainement une erreur.

Proposition n° 5 :

« On ne peut résoudre un problème avec le même mode de pensée que celui qui a généré le problème » Albert Einstein

« Augmenter les budgets dédiés à la petite enfance, à l'éducation, aux personnes âgées permettrait de financer des secteurs qui sont bons pour la société et de créer des emplois qui ne pourraient pas être délocalisés ou remplacés par des robots. Il n'y a pas de loi économique qui dit que l'on ne peut pas le faire. C'est l'idéologie dominante, une espèce d'aveuglement, qui l'empêche ». Esther Duflot - Prix Nobel d'économie

Intégrer au chapitre pour un financement éthique la méthode des 3 C (ajouter aux principes déjà présents la coopération et le courage)

« Nous venons de traverser une séquence inédite en ce début de 21ème siècle. La sortie progressive de la crise sanitaire est le moment de constater, d'analyser nos faiblesses, nos « ébriétés » non essentielles et de tenter de donner les inflexions salutaires pour le devenir de la planète, pour les êtres vivants qui la peuplent et au plus près de nos existences et de nos environnements familiers.

Cette crise renvoie chacun·e à sa responsabilité d'agir là où il ou elle se trouve, pour lui-même, pour elle-même, pour les autres et surtout pour les générations futures ». (Andass Juin 2020).

Pour 2021, l'Andass a fait le vœu que soit expérimentée la méthode des 3C.

Promouvons la Citoyenneté et le renforcement de la démocratie d'usage tout au long des âges de la vie et quel que soit le degré d'autonomie.

Engageons nous pour les convergences des grandes transitions (écologiques, numériques et démographiques) au service des politiques de Solidarités afin de participer à la réduction des inégalités qu'elles soient humaines ou territoriales. Mais aussi la convergence entre les politiques sociales et avec la mobilisation du droit commun pour faire du quotidien un axe de développement.

Renforçons les Coopérations afin d'améliorer l'efficacité du service public de la vie quotidienne que nous rendons, sur les territoires, dans la proximité.

Les 3C renforcent la Confiance et pour que la confiance puisse se déployer il faut que les dirigeants publics et privés fassent preuve de Courage. Les plus fragiles d'entre nous le valent bien.

Ils ont besoin des 5C : Citoyenneté-Convergences-Coopérations-Confiance-Courage

Pour aller plus loin :

Conjuguer favorablement la singularité des territoires et le principe d'égalité dans l'accès au biens fondamentaux et aux savoirs.

Après le covid 19 l'Andass propose la méthode des 3C (Andass juin 2020)

Au delà de la méthode des 3C, l'Andass effectue 8 propositions dont un grand projet transversal autour de l'Alimentation



S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS

RAPPORT DU CONSEIL DE LA CNSA SUR LE FINANCEMENT DES POLITIQUES DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE

(Art. 33 LFSS 2021)

Contribution CFDT

AGIR POUR LE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE

Pour la CFDT, la prise en charge de la perte d'autonomie ne peut être vue qu'à travers une conception universelle et donc sans limite d'âge. Le focus proposé est certes plus détaillé sur les questions liées au grand âge, mais c'est bien dans le cadre de cette conception universelle que nous souhaitons que les dispositifs les prises en charge se créent, et permettent de se centrer sur les parcours de vie des personnes en perte d'autonomie, quel que soit leur âge. De même, nous ne reprenons pas les éléments de contexte ou d'analyse posés notamment dans les rapports Libault et El Khomry ainsi que les travaux des hauts conseils ou du CESE « Vieillir dans la dignité ». Nous en partageons les principales conclusions.

Nous souhaitons tout d'abord souligner le moment historique et la responsabilité des acteurs politiques à prendre les mesures à la hauteur de l'enjeu du maintien de l'autonomie.

L'aspiration à la dignité pour nos aînés, comme pour les professionnels est désormais unanimement partagée par les français.

Pour la CFDT, la prise en charge de la perte d'autonomie doit être pensée et organisée en plaçant les personnes au centre des dispositifs. Le financement, et la « tuyauterie » doivent se déduire des choix politiques qui seront décidés et qui sont, in fine, des choix de société et de solidarité. Autrement dit, la logique budgétaire ne peut être la motivation de la réforme.

La CFDT tient à souligner les enjeux et 3 priorités qui doivent servir de colonne vertébrale à nos propositions : La **lutte contre les inégalités, l'amélioration de la qualité de vie au travail** des travailleurs du secteur, la **reconnaissance de la juste place des aidants**, le tout dans une **logique de prévention qu'il faut désormais placer au cœur des politiques de maintien de l'autonomie**.

Lutter contre les inégalités

Aujourd'hui, les inégalités sociales liées à la perte d'autonomie, entre individus qu'il s'agisse des inégalités entre les femmes et les hommes ou selon le milieu social, sont fortes et intolérables. L'isolement, l'accès à la prévention ou aux soins, la qualité de la prise en charge dépendent fortement du lieu de vie ou d'habitat, des ressources. Les inégalités territoriales sont en regard des inégalités sociales, très souvent complémentaires.

La lutte contre les inégalités est une priorité qui doit traverser les propositions de lois qui seront conçues, avec une prise en compte systématique de l'égalité femme- homme notamment, mais aussi de l'égalité territoriale.

La CFDT a toujours revendiqué une prise en charge sans limite d'âge de la perte d'autonomie. De fait, le droit à une prise en charge quel que soit son âge doit être réaffirmé, en évitant notamment les barrières et les ruptures entre les dispositifs.

Il faut supprimer les critères d'âge pour les prestations de perte d'autonomie, que ce soit pour le montant des prestations, ou l'accès à des parcours d'accompagnement. Toutefois, les parcours doivent être personnalisés et liés à l'activité.

En effet, les questions de l'insertion professionnelle, du vieillissement et des établissements spécifiques peuvent être posées. Sans limite d'âge ne veut pas dire sans spécificité liée à l'âge.

Reconnaitre les travailleurs du secteur professionnel - Accroître l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement des personnes âgées.

Les professionnels du soin et de l'accompagnement médico-social ont payé fortement, au prix de leurs conditions de travail voire de leur santé, l'absence de déclinaison politique assumée des intentions régulièrement déclarées, la crise COVID nous l'a tristement démontré. La souffrance au travail, la précarité, la pénibilité sont des réalités quotidiennes dont la prise en charge nécessite des mesures d'urgence ainsi qu'une vision prospective permettant de sortir définitivement d'une organisation à bout de souffle. C'est aussi la seule façon de garantir une qualité de service pour les personnes prises en charge.

Clairement aujourd'hui, ces métiers sont confrontés à une perte d'attractivité. Les instituts de formation qu'ils soient pour les infirmiers ou pour les aides-soignants ne remplissent plus leurs promotions. Les employeurs peinent à recruter du personnel qualifié ou pas et à le fidéliser. Cela est en partie dû à une dégradation importante des conditions d'exercice professionnel que ce soit dans les établissements ou dans le secteur de l'aide à domicile. Cette désaffection est également en lien avec le niveau de rémunération qui n'est ni en adéquation avec les niveaux de responsabilité et de qualification requis ni avec les contraintes horaires (travail de nuit, les week-end...) qu'induit

l'activité. A l'issue du Ségur de la santé, et en préparation de la loi sur la perte d'autonomie des trajectoires d'amélioration seront à construire en concertation.

Un financement mutualisé, majoritairement public.

La CFDT revendique un financement pérennisé sur la base d'une solidarité large assurée par tous les revenus, y compris les pensions de retraite. Pour la CFDT, ce débat sur le financement de la perte d'autonomie est important. Les dernières mesures en matière de financement, 0,15 % de CSG et l'augmentation de 1 Md€ du budget alloué à la CNSA, sont certes positifs mais la CFDT considère que ce financement reste à ce jour très largement insuffisant. Nous ne pouvons attendre 2024 pour atteindre les montants permettant réellement une transformation de notre accueil et accompagnement pour le maintien de l'autonomie ! La CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale) ouvre des possibles qu'il ne faut pas obérer par une surcharge liée à la dette covid.

La CFDT porte l'exigence d'une autonomie de la protection sociale, et une vision de son financement sur le temps long et demande l'application de la loi Veil.

La question de l'assurance complémentaire, n'est pas prioritaire pour la CFDT

Le renforcement de la part de CSG/ CRDS affecté à la perte d'autonomie en conformité avec les résultats du rapport Libault.

La dette liée à la période du coronavirus doit être isolée et regroupée avec la dette publique.

Le financement de la perte d'autonomie ne peut reposer sur les seuls salariés .

La CFDT considère que des financements publics complémentaires sont nécessaires pour améliorer la prise en charge des plans d'accompagnement individualisés mis en oeuvre par l'APA (1 à 2 Mds EUR supplémentaires) et pour diminuer le « reste à charge » hébergement (8 Mds EUR environ).

La journée de solidarité se traduit financièrement par un prélèvement de 0,3 % uniquement sur la masse salariale, pour la CFDT, il faut imposer l'ensemble des revenus du travail : contribution solidarité pour l'autonomie (CSA) .

La CFDT revendique une harmonisation mieux pensée de la fiscalité en direction du financement de la perte d'autonomie.

Nous proposons que la CSA soit élargie aux catégories qui ne la paient pas et qui bénéficient également de la prestation APA. Cette extension est évaluée entre 7 à 800 millions d'euros.

La Contribution additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie est prélevée au taux de 0,3 % sur les retraites, pensions d'invalidité et allocations de préretraite.

Idéalement, dans une conception fiscale rééquilibrée, il faudrait rapprocher les taux de CSG des actifs et des retraités pour prendre en charge la perte d'autonomie. Ce qui supposerait une réforme fiscale globale répartissant mieux les efforts et la redistribution. L'impact des mesures des PLFSS 2018 et 2019 a déstabilisé l'édifice et rend toute contribution des retraités sensible.

La CFDT revendique la compensation de l'augmentation de 1,7M% de CSG pour les retraités (au-dessus du plafond) ainsi que la suppression de la cotisation spécifique de 1% sur les retraites complémentaires. Et, comme le prévoit le mandat CFDT de concertation pour la réforme des retraites, une solidarité des revenus des actifs et des retraités.

La CFDT revendique d'imposer les revenus financiers

Dans le cadre d'une éventuelle réforme globale de la fiscalité sur les revenus du capital, les revenus financiers sont concernés par la CSG et une taxe spécifiquement affectée à la perte d'autonomie de 0,3 % assise sur les revenus du patrimoine et les produits de placement (de l'ordre de 300 millions d'euros).

La CFDT revendique d'imposer la transmission à titre gratuit du patrimoine (successions et donations)

L'instauration d'une taxe sur la transmission à titre gratuit de tous les patrimoines (une taxe de 1% pourrait rapporter jusqu'à 2,5 milliards d'euros). Cette taxation serait plus solidaire que la récupération sur succession (qui ne concerne que les personnes dépendantes) et contournerait les comportements d'évitement.

Cependant, au-delà d'un certain niveau de patrimoine une reprise sur succession peut être envisagée. Il ne paraît en effet pas choquant que la solidarité familiale puisse être sollicitée pour les patrimoines les plus importants.

Depuis 2011, la CFDT propose de créer une contribution spécifique sur l'ensemble des successions et donations dont le produit serait affecté un financement de la perte d'autonomie. Elle avait été suivie en ce sens par le CESE (Avis « La dépendance des personnes âgées » du 15 juin 2011).

Cette proposition a pu être confondue avec la simple augmentation des droits de mutations. Elle se voyait ainsi catégoriquement rejetée des possibilités de financement par le Conseil de l'âge dans un avis de novembre 2017, au motif qu'elle aurait provoqué une hausse de 20 % de ces droits pour un rendement d'à peine 1 Md€.

Cette interprétation de la proposition de la CFDT est erronée. Il s'agit bien de faire contribuer **toutes les successions et toutes les donations dès le premier euro**. Ce qui modifie radicalement le rendement d'une telle contribution.

Le rendement des droits de mutation à titre gratuit

Les réformes menées en 2005 et surtout en 2007 (seuil de déclaration passant de 15 000 € à 50 000 €, abattement par enfant augmenté de 50 000 € à 150 000 € en particulier) ont conduit à ce que seules 12 % des transmissions par héritage et donation soit effectivement soumises à l'impôt en 2011. Le seuil d'abattement par enfant ayant été rehaussé à 100 000 € en 2012, mais sans abaisser le seuil de déclaration, ce chiffre est remonté à environ 20 % en 2014 pour un rendement de seulement 10,3 Md€.



Source : France Stratégie, d'après les annuaires statistiques de la DGFIP, Insee

Sur cette base, la conclusion du Conseil de l'âge n'est donc pas étonnante.

Le rendement d'une contribution sur toutes les successions et donations

La difficulté est d'estimer l'assiette de cette contribution puisque les services des impôts n'ont connaissance que des successions taxables.

À l'époque Thomas Piketty avait fourni une estimation sur la base des travaux menés en vue de la rédaction de son ouvrage « *On the Long-Run Evolution of Inheritance : France 1820-2050* ». Elle était de l'ordre de 150 Md€ pour l'année 2007 permettant à la CFDT d'affirmer qu'une contribution de 1 % procurerait un rendement de 1,5 Md€.

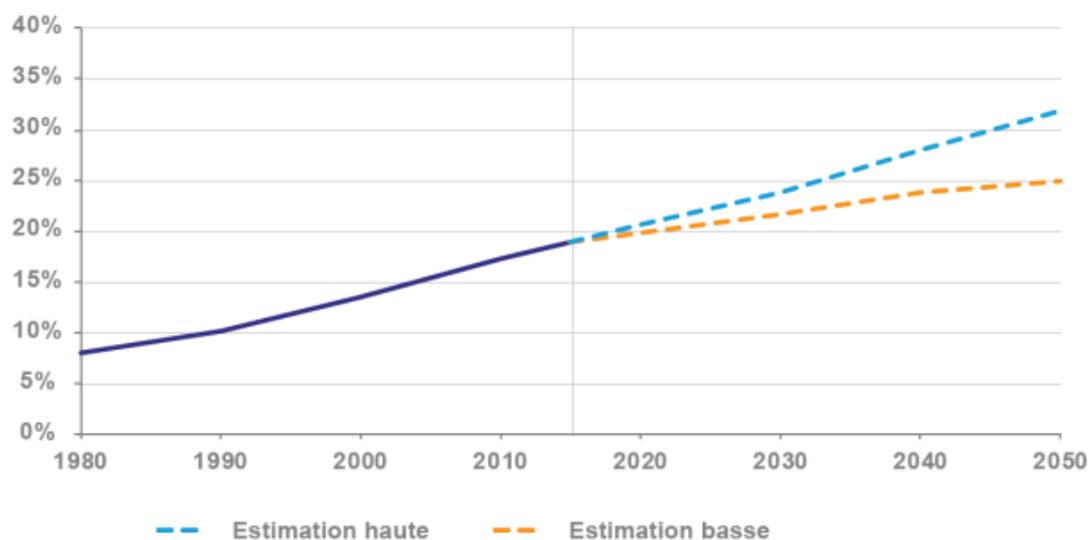
Cette estimation a été confirmée depuis par Jonathan Goupille-Ledret et Arturo Infante (au décalage de temps près). Ils fondent leurs travaux sur l'estimation du patrimoine net des ménages, évalué par l'Insee, des taux de mortalité des adultes, de la richesse des décédés par rapport aux vivants et par le ratio des donations déclarées sur les successions déclarées. L'estimation, actualisée par France stratégie dans sa note « Peut-on éviter une société d'héritiers » de janvier 2017 conduit pour 2015 à une assiette de 250 Md€

Le rendement d'une contribution de 1 % serait donc de 2,5 Md€

Une contribution qui a de l'avenir, le titre de la note de France Stratégie précitée témoigne de l'inquiétude de l'organisme vis-à-vis du phénomène de concentration de la richesse dans un nombre de plus en plus réduit de ménages, d'un accroissement des inégalités et de l'émergence d'une société à deux vitesses, rejoignant ainsi les thèses de Thomas Piketty.

Une des conclusions de leur étude est que si rien n'est fait, le pourcentage des successions et donations par rapport au revenu disponible annuel des ménages, de 19 % en 2015, pourrait s'élever en 2050 à plus de 30 % en 2050 alors qu'il n'était que de 8 % en 1980.

Successions et donations annuelles en pourcentage du revenu disponible net des ménages



Ainsi, même dans une hypothèse basse, l'avenir de la contribution semble assuré, son assiette en faisant une des contributions les plus dynamiques.

Pour la CFDT, il faut avant tout consolider le financement public, solidaire et universel comme indiqué ci-dessus.

Contribution de la CFPSAA

Note relative au chapitre 4 Du rapport de la CNSA aux Assemblées

La Confédération française pour la Promotion Sociale des Personnes Aveugles et Amblyopes (CFPSAA) rappelle son attachement à la mise en œuvre d'une véritable politique en faveur de l'autonomie des personnes handicapées et personnes âgées, politique inscrite dans les attributions de la cinquième branche de la Sécurité Sociale dont la gouvernance, la gestion et l'animation ont été confiées à la CNSA. Cette politique doit répondre aux besoins de millions de personnes concernées par le vieillissement de la population ou par la situation de handicap. Il est inutile de revenir ici sur les nombreux rapports par ailleurs rappelés dans l'introduction du document qui sera remis aux Assemblées et qui soulignent tous l'urgence d'une telle mesure en matière de progression de l'offre à la fois quantitative et qualitative en direction des publics déjà mentionnés et des personnes amenées à contribuer à l'autonomie des personnes âgées ou handicapées, soit qu'elles interviennent dans des structures d'établissements, de services médico-sociaux, de service de maintien à domicile ou à titre individuel.

La CFPSAA rappelle qu'il ne peut y avoir de politique en faveur de l'autonomie sans mobilisation de moyens financiers conséquents lesquels doivent provenir de la solidarité nationale conformément à l'esprit qui présida en son temps à la fondation de la sécurité Sociale. Cependant, la CFPSAA ne saurait ignorer les contraintes qui sont celles de la France aujourd'hui et qui résultent pour une part des conséquences de la crise issue de la pandémie mais aussi du lent délitement de nos finances publiques lié à l'incapacité de mener à bien certaines réformes structurelles.

Compte tenu de tout ceci, la CFPSAA propose :

1 De relever la taxation des successions de 1% et de taxer lesdites successions à partir du premier euro. Rapport de la mesure estimé entre 2,5 et 3 milliards d'euros.

Dans le même temps, relèvement du taux de la CSG de 0,25%, soit un rapport équivalant à la mesure précédente 2,5 à 3 milliards d'euros.

Ainsi seraient mobilisés immédiatement 5,5 milliards d'euros permettant d'engager une vraie démarche en faveur de l'autonomie.

2 Des mesures structurelles.

À côté de ces premières mesures, il paraît indispensable que soit enfin engagée dans ce pays une profonde réflexion sur les mesures et réformes structurelles à entreprendre afin de dégager les marges

Nous pensons que dans l'organisation de l'État, du traitement efficace du mille-feuilles institutionnel, de l'organisation cohérente des collectivités territoriales, il est possible de réaliser de substantielles économies susceptibles de soulager le fonctionnement de notre économie et de créer les marges permettant le financement d'autres politiques. Nous pensons en particulier que la mise en œuvre d'une politique qui viserait au retour à une situation de quasi plein emploi déboucherait d'une part sur la diminution de certaines dépenses sociales dont nous mesurons aujourd'hui le coût et, en parallèle, sur la progression des ressources de l'État et régimes de protection sociale.

En conclusion, la CFPSAA se déclare favorable à une démarche à double détente, mesures conjoncturelles immédiates telles qu'elles ont été décrites et mesures politiques inscrites dans le temps afin de dégager les ressources indispensables à l'ambition d'autonomie.

Le Secrétaire Général

Vincent MICHEL

Le Conseil d'Administration de la Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie, CNSA, a voté ce vendredi 19 mars 2021 un avis et un rapport relatif au financement de la future cinquième branche consacrée à la mise en œuvre de la politique en faveur de l'autonomie.

La Confédération Française pour la Promotion Sociale des Personnes aveugles et Amblyopes, CFPSAA, a voté en faveur du texte proposé par la Présidente de la Caisse. La CFPSAA a noté avec regret l'abstention des services de l'État et a également remarqué les fortes réserves manifestées par ces mêmes services à propos des projections financières contenues dans l'avis précité.

La CFPSAA tient à rappeler l'urgence de la mise en œuvre d'une véritable politique de l'autonomie en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, urgence attestée par les nombreux rapports publiés ces dernières années. Mais il ne peut y avoir de politique en faveur de l'autonomie sans moyens financiers conséquents et il ne peut y avoir de moyens financiers sans solidarité nationale affirmée.

Aussi, la CFPSAA soutiendra les efforts de celles et de ceux qui s'engagent en ce sens et elle ne saurait admettre de nouvelles tergiversations dans la mise en œuvre d'une réforme depuis longtemps annoncée mais dont la mise en œuvre est loin d'être effective.

Dans le cadre de l'action nécessaire, la CFPSAA apporte son soutien aux efforts et à l'engagement de la Présidente de la CNSAA, Marie-Anne Montchamp.

Le Secrétaire Général

Vincent MICHEL



NOTE FINANCEMENT DE LA CINQUIEME BRANCHE

Position de la CPME :

3.La question de la branche autonomie.

La future 5^{ème} branche autonomie couvrira le périmètre des personnes handicapées et des personnes âgées en situation de dépendance. Actuellement, les financements et la régulation sont tripartites : Etat, collectivités territoriales et assurance maladie. La régulation du système est multiple entre les mains des trois financeurs cités, ce qui place la gestion de la perte d'autonomie dans des logiques d' « aide sociale », génératrices de profondes inégalités de traitement et de difficultés à se réformer. En cela, le fonctionnement, la régulation et le financement de notre système actuel sont très éloignés des principes fondateurs d'une branche de protection sociale garantissant universalité des droits, équité dans le traitement et solidarité nationale.

Enfin, les niveaux de prestations en nature et en espèces, les services dus à ces publics relèvent, au fond, d'une approche et d'une vision sociétale où se mêlent considérations sociales, économiques, morales, philosophiques et éthiques. Les choix sont des choix de société qui engagent l'ensemble de la nation.

Proposition CPME (No5) : compte tenu de la reconnaissance, par les pouvoirs publics, d'une 5^{ème} branche de protection sociale pour couvrir le risque de perte d'autonomie, la CPME considère :

- Que le financement de ce risque doit procéder, pour l'essentiel, avec un socle élevé, de la solidarité nationale au regard des enjeux sociétaux qu'il représente. Il serait nécessaire de se poser la question d'un financement à deux niveaux en distinguant handicap et grand âge : un socle de base élevé, financé par la solidarité nationale, et un deuxième niveau assuré par une participation individuelle à la couverture du risque au-delà de ce socle. Une participation collective pourrait également être envisagée si les mutuelles ou assurances assuraient une partie de la couverture. Il n'est pas envisageable qu'une cotisation obligatoire s'impose aux entreprises.
- Qu'une réforme systémique est nécessaire pour garantir le respect des principes de toute branche de protection sociale : universalité des droits, traitement équitable des personnes, unité de gestion. La CNSA est la caisse qui doit être le principal moyen pour garantir le respect de ces principes et le pilotage efficient de la branche.

Les propositions de Financement de la FEDESAP :

CSGA appliquée à tout le monde : 0,15% de CSG = 2,3Md€ donc 1% de CSG = 15,33Md€. Cette solution nous semble la plus juste et la plus équitable. Elle allouerait un financement pérenne et dynamique à la politique de l'autonomie. **Il faudrait donc 1,15% de CSG au titre de la CSGA.**

Application d'une **contribution individuelle** à tout le monde au-dessus des minimas sociaux PA comme PH garantie de la bonne utilisation des fonds publics et d'une équité de traitement avec un mécanisme de redistribution.

Ne pas taxer les héritages mais au contraire fluidifier leur passage aux descendants sans imposition avant le décès de la personne pour éviter l'effet stockage de l'épargne sans consommation : redynamiser le pouvoir d'achat des jeunes, démantèlement de l'immobilier

Taxe sur la pierre : 0,02% de la valeur des actifs immobiliers en impôts pour les particuliers (hors résidence principale) et les entreprises (y compris SCI) : effet attendu : diminuer la spéculation immobilière et l'augmentation des prix et donc des loyers

Création d'un compte Epargne Autonomie : possibilité de transfert des CET / PEE / PERCO vers des contrats d'assurance dépendance

TVA sociale : rendre le déficit commercial productif au niveau de l'autonomie.

Ce à quoi nous nous opposons vivement :

Le projet de rapport du Conseil de la CNSA reprend deux mesures du rapport Vachey sur lesquels nous nous élevons fortement (suppression des exonérations de cotisation sur l'aide à domicile avec une limite d'âge et abaissement du crédit d'impôt sur les services à la personne de 12000 à 6000 euros).

- les services à la personne ne sont pas une niche fiscale mais un investissement sur des emplois non délocalisables. **Tout mouvement sur le plafond des crédits d'impôts ou des exonérations de charges patronales auraient des effets immédiats de rebonds sur de l'emploi non déclaré** précarisant d'autant plus les personnels déjà fragilisés financièrement par les politiques actuels de sous-financement chronique du secteur des SAAD.
- L'estimation à 8M€ du reste à charge sur l'aide humaine en PCH page 44 nous semble complètement erronée. Aujourd'hui, la PCH Aide Humaine est à 17,77€ par heure pour un volume de 80M heures de PCH annuelles. Un différentiel de 8M€ reviendrait à dire qu'à 17,87€ les SAAD seraient correctement financés ce qui est bien loin d'être vrai.

Les propositions de la Fédésap sur la 5eme Branche en général

La Fédésap : 3 300 SAAD privés dont près de 150 SAAD associatifs – 110 000 aides à domicile

L'approche autonomie de la Fédésap ou le point de vue des SAAD sur la politique autonomie :

- une logique de parcours de vie PA / PH commune : prestation autonomie avec un plancher national revalorisé annuellement -> solvabilisation des besoins des personnes
- une logique d'équité territoriale et une logique de socle de financement par la solidarité nationale (sécurité sociale) avec une articulation d'un financement « privé » de type complémentaire « autonomie » sur le même modèle que l'assurance santé
- une revalorisation de l'action des SAAD en créant de nouvelles structures adossant aide et soin de manière souple (convention avec libéraux en ville, multi disciplinarités, fusion des missions SSIAD, SAMSAH, prestataires d'aides techniques, SAVS et SESSAD dans les SAAD pour faire sauter les silos de financements) : possibilité pour ces nouvelles structures de coordination des parcours de vie et de santé de facturer de l'aide et de l'accompagnement (budget « autonomie ») et du soins (budget « santé »)
- **revalorisation urgente du financement des SAAD à un niveau national de 30€ par heure avec une indexation sur l'évolution du SMIC ou l'ONDAM PA / PH**
- Garantir une réponse à tous sur tous les territoires : tous les SAAD sont autorisés à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sur la base du tarif de prise en charge du département ou d'un tarif national socle de prise en charge des bénéficiaires à l'aide sociale : voir si quotas ?
- **Supprimer le mécanisme d'appels à projet départementaux** pour la création de SAAD (autorisation) qui entre en vigueur en 2023. Les AAP sont « réservés » à la création de SAAD sur des territoires où l'offre est inexistante ou insuffisante. AAP = outil de pilotage des « déserts médico-sociaux » et non un outil de régulation de l'offre
- Remettre en place une autorisation basée sur la réalisation de critères qualitatifs : la Fédésap propose de revoir les critères d'autorisation afin d'harmoniser l'offre de service entre les différents acteurs et modes d'intervention (PE – mandataire – prestataire)

Position de la FHF sur la contribution du conseil de la CNSA dans le cadre de l'article 33 de la LFSS 2021

I / La question des financements à long terme de la branche autonomie s'inscrit dans un contexte particulier :

- Des finances sociales très dégradées à court (crise covid) mais aussi à moyen terme avec la perspective d'un déficit structurel de 20 à 30 mds€ aussi bien de la branche maladie que vieillesse. En effet au-delà de la situation exceptionnelle de 2020 - qui a vu la sécurité sociale présenter un déficit historique de près de 50 mds€ en raison de l'effondrement de 10 % du niveau des recettes et d'une très forte augmentation des dépenses de santé – il existe dorénavant un déficit structurel dont on ne peut ignorer l'existence, du fait de l'entrée dans la société de longévité :
 - o L'augmentation du nombre de retraités qui déséquilibre les régimes de retraites. La FHF qui avait approuvé le principe de la réforme des retraites (sous de strictes réserves) ne peut que réaffirmer l'importance de ce chantier
 - o Le caractère inéluctable, sans réforme de fond du système de santé notamment en termes de pertinence des soins, de l'augmentation des dépenses de santé liées à l'avancée en âge : ainsi, les enjeux de l'autonomie sont aussi des enjeux de la branche maladie et réciproquement :
- Augmentation de l'incidence des maladies chroniques liées à l'âge
- Besoin d'accompagnement social et médicosocial dans le cadre de la branche autonomie aussi bien pour les personnes âgées que pour les personnes vieillissantes en situation de handicap, dont le nombre augmente rapidement.
- Croissance ou réduction du reste à charge : les décisions qui sont prises en matière de reste à charge à l'hôpital ou en ville, impactent directement le reste à vivre en matière d'autonomie

De ce point de vue il existe deux scénarios pour les branches maladie et autonomie :

- Un scénario catastrophe : devant la persistance des déficits, il est décidé d'augmenter massivement le ticket modérateur et le reste à charge et de ne pas mettre en œuvre l'une véritable stratégie pour l'autonomie. Dans ce cas se met en place une sécurité sociale à deux vitesses en même temps que les défauts de l'organisation de l'accompagnement médicosocial entraînent une augmentation de la perte d'autonomie, une croissance des dépenses hospitalière et de ville pour ceux qui peuvent payer des tickets modérateurs élevés. Le bénéfice en termes de rétablissement des comptes sera modéré et les conséquences en termes de santé publique désastreuses (hausse des différences d'espérance de vie entre catégories sociales, augmentation de l'incidence des pathologies chroniques)
- Un scénario solidaire et efficient : le système de santé est enfin pleinement tourné vers la prévention primaire et secondaire, l'amélioration de l'accès aux soins et la pertinence des actes, les rôles de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire sont

rationalisés, dégagant d'importants gains d'efficacité, et l'amélioration de l'accompagnement à l'autonomie permet une véritable « compression de la morbidité » et des économies structurelles.

C'est évidemment dans ce scénario exigeant que s'inscrivent la FHF et le conseil de la CNSA. Rigoureux quant au pilotage de la branche autonomie et à l'efficacité de la dépense, il est néanmoins offensif en termes de réponse aux besoins des personnes âgées et en situation de handicap.

II / La nature plurielle des besoins suppose la création d'un nouveau système de financement associant des ressources de natures diverses

La FHF souscrit à l'idée selon laquelle les besoins couverts par la branche autonomie, nouveau champ de la protection sociale, sont de différentes natures. Ces besoins appellent la mobilisation d'une palette de ressources, publiques, solidaires ou privées. La FHF, fidèle à sa démarche participative, appelle le conseil de la CNSA à se saisir aussi bien de la question de l'évolution des besoins et des attentes des personnes qu'à répondre à la question délicate de leur financement.

C'est pourquoi la FHF entend formuler les ordres de grandeurs des évolutions nécessaires aussi bien en matière de dépenses que de recettes à l'horizon 2030 pour le moins.

On peut effectivement distinguer :

- Les besoins couverts par les crédits d'assurance maladie et par l'APA et la PCH (ESMS et plan d'aide d'aide à domicile),
- Les moyens nécessaires à une approche solidaire des restes à charges
- Et enfin les dispositifs assurantiels nécessaires à la couverture de besoins complémentaires pour lesquelles une aide publique est nécessaire pour les plus modestes

1/ Les besoins d'accompagnement à l'autonomie jusqu'ici couverts par l'assurance maladie ou l'APA/PCH : une évaluation succincte des besoins à l'horizon 2030 permet de crédibiliser le chiffre de 20 Mds€ de besoins supplémentaires

Ces besoins nouveaux peuvent se formaliser ainsi :

Pour le champ autonomie dans son ensemble :

- Renforcement des rémunérations en établissement comme à domicile : 5 Md€

Pour le champ des personnes âgées :

- Renforcement du nombre de solutions d'accompagnement estimé à 110 000 au minimum : 2,2 Mds€

Un renforcement des effectifs de l'ordre de 25 % par place soit 200 000 emplois (20 000 emplois / an dès 2021 : 8 Md€ à l'échéance 2030).

Pour le champ du handicap : les développements de l'offre (rééquilibrage territorial de l'offre, développement quantitatif et qualitatif transformation de l'offre, réponse aux besoins des personnes vieillissantes en situation de handicap, représentent un effort de quelques 5 mds€ à l'échéance 2030)

Pour faire face à ces dépenses il est crucial de disposer de ressources pérennes et prévisibles. Celles-ci sont de deux ordres :

- **Jusqu'en 2025 : réallouer chaque année 0,15 pts de CSG (2,2Mds€)** actuellement affectée au remboursement trop rapide de la dette sociale en reportant le remboursement de celle-ci au-delà de 2033

En effet, la loi organique d'août 2020 a réorganisé en profondeur la gestion de la dette sociale en faisant porter la totalité des déficits générés par la crise sanitaire au financement de la sécurité sociale et en reportant à 2033 le remboursement de cette dette. Si la FHF comprend et partage la volonté de sécuriser pour les années à venir le financement de notre protection sociale, il semble contradictoire de faire porter à la sécurité sociale et à l'assurance maladie la totalité du coût de la crise sanitaire et, dans le même temps, d'investir dans la santé.

Au contraire, il paraît nécessaire que la « dette covid », qui concerne toute la nation, soit gérée par l'Etat, dans un dispositif spécifique de dette perpétuelle ou en tout cas à très long terme, commun à l'ensemble des dettes générées en 2020 par les baisses d'activité qu'a impliqué le confinement. Un tel mécanisme permettra d'en réduire le coût annuel au minimum.

Une telle démarche est indispensable à une sortie par le haut de la crise sanitaire et elle est par ailleurs en cohérence avec les annonces faites par le président de la république et la chancelière allemande sur la relance Européenne. Il apparaîtrait paradoxal que le secteur de la santé porte durant de longues années le poids de cette pandémie contre laquelle il a été le premier rempart de la nation.

En second lieu, en ce qui concerne les dettes présentes et futures portées par la CADES, il n'y aurait que des avantages à prendre une décision plus radicale reportant là aussi l'apurement de la dette à un horizon nettement plus lointain que 2033. Il existe en effet un certain paradoxe à vouloir rembourser à toute force la dette sociale dans un délai court, en consacrant à cela près de 17Mds€/an, et de constater dans le même temps l'existence d'un déficit important justement parce que ces ressources (CRDS et CSG) ne sont pas affectées au fonctionnement système de santé.

Transférer la « dette covid » à un dispositif d'Etat et reporter à 25 / 30 ans l'amortissement de la dette sociale par la CADES permettraient de réduire drastiquement les ressources affectées aux remboursements de la dette. Bien loin d'être un scénario peu rigoureux, cela évitera au contraire l'installation d'un déficit chronique en confortant les moyens du système de santé et en rendant crédibles les chantiers d'investissement massif dans la santé. De même, si la FHF salue l'affectation de 2,4 Md€ à la CNSA pour amorcer le chantier du grand âge, il va de soi que ce financement ne sera pas suffisant et qu'il est indispensable que cette mesure prenne effet dès 2021 – 2022, et non en 2024, tellement l'attente est forte parmi nos concitoyens, en particulier après les événements dramatiques qu'a connus le secteur du grand âge durant la pandémie.

Cette affectation de 2,2 mds€ / an, permet d'assurer un certain niveau de préfinancement des dépenses qui vont fortement croître à partir de 2025- 27 sur le modèle du Fond de Réserve des Retraites (FRR)

→ 3/A compter de 2025 – 2027 selon l'avancement des plans de développement et de transformation de l'offre il est proposé que soit augmenté de 0,1 % par an (+ 1,5 Mds€) – le cas échéant en instaurant une progressivité modérée - une CSG Autonomie, dont l'assiette serait la totalité des revenus de toute nature affectée également à la branche autonomie.

2 / inverser la logique des restes à charge

Le champ de l'autonomie se caractérise – principalement dans le secteur du grand âge - par l'imposition de restes à charge définis non pas sous forme de ticket modérateur plafonné comme

dans le champ sanitaire mais par des tarifs à la charge de l'utilisateur qui ne sont pas corrélés aux capacités contributives des personnes.

Ainsi, le reste à charge peut augmenter en proportion de l'importance des besoins d'accompagnement dans une logique exactement inverse à celle du régime des affections de longue durée (c'est le cas l'APA – à domicile comme en établissement – et dans une moindre mesure de la PCH à partir d'un certain revenu). C'est évidemment massivement le cas du reste à charge en EHPAD / USLD qui est en moyenne 3 à 500 €/ mois supérieur aux ressources des personnes, selon le mode de comptabilisation retenue. Ces dynamiques qui entravent l'accès aux droits sont simplement régulées par l'aide sociale à l'hébergement qui suppose l'aliénation du patrimoine résiduel et la mobilisation préalable de l'obligation alimentaire, dans une logique d'assistantat d'un autre âge. De plus, les mécanismes puissants d'abattement de charges et d'abattement fiscal, mis en œuvre pour solvabiliser indirectement l'accès aux services accroissent les inégalités – seule la classe moyenne supérieure en bénéficie à plein – et prive la puissance publique de moyens qui font ensuite cruellement défaut pour développer un niveau de service convenable.

La FHF appelle donc à ce que soit instauré à domicile comme en établissement un bouclier autonomie : bouclier hébergement (en établissement) et reste à vivre (à domicile)

Le montant de ces besoins peut être estimé à terme, en 2030, à 5 Mds€

Pour faire face à cette dépense, il est logique de prendre en considération que, si le revenu des français ne connaît qu'une hausse très faible depuis 15 ans, en particulier pour les jeunes générations, le patrimoine moyen a, lui, au contraire doublé, avec cependant un très fort niveau d'inégalités, qui s'est au demeurant accru.

Il est donc pertinent de demander un effort sur le patrimoine d'autant que celui-ci est beaucoup plus important aux âges élevés.

Trois hypothèses peuvent être évoquées qui peuvent se combiner mais avec des effets assez différents :

- Recentrer les abattements de charges sociales dont bénéficient toutes les personnes de plus de 70 ans sur les seuls bénéficiaires de l'APA / PCH et revoir le niveau des abattements fiscaux (largement concentrés sur la classe moyenne supérieure)
- Instaurer un prélèvement d'un taux très bas sur l'ensemble des patrimoines bruts (près de 12 000Msd€) de sorte que qu'un taux de 0,2 % par exemple rapporterait 2,4 Mds€
- Instaurer un taux unique affecté au bouclier autonomie sur l'ensemble de successions et donation pourrait rapporter jusqu'à 2,5mds€ (pour un taux de 2 %) en 2022 puis progresser fortement ensuite. En effet, le fait que le nombre de successions et donations et le montant de celles-ci devraient fortement progresser d'ici 2050 rend une recette de ce type particulièrement utile pour financer le reste à vivre de la 5^{ème} branche.

Quel que soit les choix qui seront faits la FHF appelle les pouvoirs publics à acter l'apport d'une ressource nouvelle pour solvabiliser le bouclier autonomie car les besoins croîtront fortement sous le double effet de l'évolution démographique et du nécessaire renforcement des moyens humains d'accompagnement. Il s'agit sans doute là d'un point qui met le plus en tension la décision publique et la volonté politique : en effet l'existence d'un très fort consensus politique sur la nécessité de mieux rémunérer des personnels plus nombreux, implique également **la nécessité absolue** d'apporter des ressources nouvelles à défaut de quoi la forte progression du reste à charge qui découle de ces améliorations de rémunération et d'effectif entrainera une

aggravation des inégalités d'accès, à rebours des promesses de solidarité qui sous-tendent la création de la 5^{ème} branche.

3/ pour une assurance complémentaire autonomie solidaire

Malgré les efforts publics nécessaires que la FHF et le conseil de la CNSA appellent de leurs vœux, il est hors de doute qu'une grande part des besoins, notamment en termes de logement et d'accompagnement au lien social, et sans doute, d'appareillages innovants, mais aussi de prévention resteront non ou insuffisamment couverts par la collectivité.

Par ailleurs, la croissance exponentielle – et qui ne s'arrêtera pas en 2030, bien au contraire – à la fois en raison de l'impact des innovations technologiques et de l'impact de la longévité (sauf rupture majeure, l'espérance de vie moyenne frôlera les 90 ans en 2050, et bien plus encore pour les femmes) - suppose d'engager un vigoureux préfinancement des ressources nécessaires. Pour ce faire la FHF écarte cependant (sauf pour l'adaptation du logement, cf. infra) l'idée d'une assurance obligatoire qui pèserait trop sur le revenu des actifs. Elle est en revanche favorable à un **dispositif très incitatif d'assurance autonomie, strictement contrôlé par les pouvoirs publics pour en assurer l'équité**, et qui augmente le pouvoir d'achat autonomie de 3 à 500€ / mois (en € 2022)

Cette assurance devra également s'apprécier dans un re positionnement des mutuelles et assurances complémentaires vers ce risque autonomie – plutôt que dans les dispositifs actuels de couverture des restes à charge maladie peu efficaces (solvabilisation des services et des équipements – notamment de détection de la perte d'autonomie - mais aussi, prévention, sport adapté...) que les collectivités publiques ne sauront pas intégralement couvrir.

La FHF est en revanche favorable à l'instauration d'une clause obligatoire d'adaptation des logements en cas de survenue d'un besoin d'accompagnement (formalisé par l'obtention de l'APA ou le cas échéant de la PCH) : l'instauration d'un prélèvement de 1€ / mois sur les 40 millions d'assurance habitation dégagerait 500 M€ / an pour l'adaptation des logements.

Sur l'ensemble de ces sujets il est très important de souligner que l'évolution des dépenses et des recettes, doit se concevoir comme étagée dans le temps. Des politiques de régulation adéquates peuvent au demeurant réduire substantiellement les coûts pour la collectivité, non seulement dans le champ de l'autonomie mais également en ce qui concerne l'assurance maladie en permettant une progression plus rapide de l'espérance de vie sans incapacité et une réduction des pathologies chroniques.

III / Les changements structurels de la régulation et de l'offre de services sont de nature à réduire l'évolution des coûts

Les politiques de l'autonomie souffrent d'un triple effet « silo » :

- Entre les différents financeurs : il n'y a aujourd'hui aucune intelligibilité, y compris au niveau interministériel entre les différents agrégats de la dépense publique en matière d'autonomie :
 - o Entre les dépenses d'assurances maladie et celles des départements
 - o Entre les dépenses d'assurance maladie et les dispositifs sociaux - fiscaux d'abattement de charges et d'impôts (dépenses fiscales)
 - o Entre ces dépenses et les autres politiques publiques (logement, emplois, minima sociaux)
- Entre les niveaux territoriaux de financement (national / départemental voire local)

- Et même, dans une large mesure, entre les différentes enveloppes d'assurance maladie, de sorte que, par exemple :
 - o Les dépenses de soins de ville pour les personnes âgées (surtout IDEL et kinésithérapeutes) varient de 1 à 10 entre les départements,
 - o Que les progrès de santé et les économies que peuvent générer une meilleure organisation des soins en EHPAD / SSIAD – SPASAD (pourtant évidentes et mises en lumière par la crise covid) et qui pourraient aisément dépasser le 1 mds€ ne sont jamais mises en œuvre. Pour ce faire une décision courageuse des pouvoirs publics de généraliser le tarif global et de développer activement l'expertise pharmaceutique dans les EHPAD paraît une nécessité urgente

C'est pourtant ces agrégats de dépenses publiques qui font passer celle-ci de 31 mds € (périmètre « CNSA 2021 ») à 70 Mds €, selon les évaluations communément admises de la dépense publique en matière d'autonomie.

Il en résulte qu'il est nécessaire :

- De disposer d'une véritable loi de programmation de l'autonomie organisant dans le temps les changements organisationnels (approche domiciliaire, investissement dans les nouvelles technologies, plateforme de services, habitat inclusif) tarifaires (plus grande forfaitisation, et financement contractualisé à la qualité) et institutionnels (simplification de la gouvernance et des autorisations). De ce point de vue la FHF considère nécessaire de confier la tarification des ESMS à l'ARS pour des raisons de cohérence avec le champ sanitaire et d'équité dans l'attribution d'un financement qui doit rester national mais de confier l'organisation de l'adaptation des territoires et des logements aux CD. L'action conjointe préfet/ CD / Ars serait en revanche requise pour co construire et co signer une planification et une programmation médico- sociale conjointe ;
- L'expérience montre la nécessité d'un délai de 5 à 7 ans pour développer et transformer l'offre et faire apparaître les gains d'efficacité : il faut un suivi du « système de financement » pour pouvoir le piloter, y compris dans la dimension assurantielle, pré financement, abattements de charges, hospitalisations évitables. En effet, pour pouvoir crédibiliser ces pistes d'efficacité et les intégrer dans la décision publique il faut pouvoir suivre leur déploiement et rajuster les ambitions le cas échéant.
- Pour ce faire il faut disposer au niveau de la branche d'un comité de pilotage des agrégats de dépense publique de l'autonomie capable de suivre leur évolution et d'informer les décideurs, les parlementaires, les collectivités locales et le membre du conseil de la CNSA de ces évolutions
- De mettre en place des mécanismes transparents de transferts d'enveloppe et des transferts de charges capables de donner la cohérence dans le temps aux publiques au niveau national et territorial
- L'ensemble de ces évolutions suppose un flux régulier d'investissements qu'il est difficile de faire dépendre des seules ressources des opérateurs. Aussi, il est nécessaire :
 - o Soit de rendre opposable une cote part d'investissements garantie fléchée vers l'autonomie dans les différents périmètres de l'action publique (logement, industrie, branches famille et vieillesse de la protection sociale)

- Soit d'identifier dans les ressources de la CNSA une ressource pérenne de de 400 à 500 M€ affectée à l'investissement numérique et technologique. Le FHF est favorable à cette 2^{ème} solution, qui pourrait être gagée à terme, après 2025 par les gains d'efficience évoqués ci-dessus qui seraient quantifiés et tracés (par exemple valorisation de la réduction des hospitalisation évitables)
- La FHF appelle les pouvoirs publics à explorer les solutions innovantes en termes de financement de l'investissement (baux emphytéotique public de 99 ans et réservations foncières par les collectivités locales pour réduire le coût du foncier, emprunt à très long terme – 50 ans – par la caisse des dépôts, généralisation des contrats de performance énergétique pour capter et sécuriser le lien investissement/ économies d'énergie)

Au final, afin d'être à « l'heure » de la société inclusive pour les personnes en situation de handicap et de la société de la longévité il est nécessaire de mettre en chantier sans tarder un plan autonomie grand âge à la hauteur des enjeux.



Paris le 7 juillet 2020

**Création d'une 5e branche consacrée à l'autonomie :
Pour répondre aux attentes des personnes concernées, la FNAR s'engage.**

La FNAR en tant que représentante des personnes âgées se réjouit de la création de la Branche autonomie. La FNAR sera partie prenante de sa mise en place et de sa gouvernance au niveau national et dans les territoires pour répondre aux attentes de toutes les personnes concernées.

L'Assemblée nationale a adopté le 15 juin les projets de loi organique et ordinaire relatifs à la dette sociale et à l'autonomie. Les députés ont à cette occasion voté la reconnaissance d'un nouveau risque et la création d'une branche autonomie au sein de la sécurité sociale gouvernée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les associations fédérées au sein de la Fédération Nationale des Associations de retraités (FNAR), représentant les retraités et les personnes âgées, se réjouissent de ce choix de la représentation nationale et soutiennent la démarche sans réserve. La FNAR s'inscrit dans les fondements énoncés par la [CNSA le 2 juillet 2020](#) « *La nouvelle politique de l'autonomie doit être fondée : égalité des chances et convergence des politiques à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ; dépassement du périmètre traditionnel de la protection sociale pour englober l'ensemble des politiques publiques concernées ; gouvernance ouverte intégrant l'ensemble des parties prenantes au niveau national comme territorial* ».

Plusieurs grands principes devront être au cœur de la réforme à venir.

1. **Le risque autonomie concerne toutes les personnes ayant des difficultés d'autonomie qu'elle qu'en soit l'origine** ainsi que les personnes bénévoles ou professionnelles qui les accompagnent au quotidien. La branche autonomie est définie dans le cadre d'une politique nationale selon des principes de solidarités et la première composante de cette politique porte sur la prévention de la perte d'autonomie qui doit être mise en œuvre à tout âge de la vie et dès que les difficultés et les pertes d'autonomie apparaissent.
2. **Le risque autonomie porté par la Branche de Sécurité Sociale relève désormais de la solidarité nationale**, avec des financements et des mécanismes d'allocation propres ; les responsabilités sont définies dans le cadre de la LFSS. Les différentes fonctionnalités pour l'autonomie doivent être prises en compte : le soin, le prendre soin, le logement et la fonction présentielle qui préserve le lien social.
3. **La gouvernance de la branche est assurée par la CNSA** ; elle doit continuer à réunir les parties prenantes en renforçant la place des associations qui représentent les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ainsi que des proches aidants. Ces trois composantes du risque autonomie sont appelées à prendre à parts égales leurs responsabilités dans les décisions et orientations. Les représentants des organisations gestionnaires sont également parties prenantes. La clarification et la simplification de la gouvernance des Etablissements de santé et médico-sociaux (ESMS) doit par ailleurs être un

« Le Périscope » - 83, avenue d'Italie -75013 PARIS – Tél. 01 40 58 15 00

Site : www.fnar.info – e-mail : fnar.asso@wanadoo.fr

(Association sans but lucratif. Loi 1901)



web

objectif partagé de la création de la 5e branche. Enfin, la gouvernance qui associe aussi les départements doit être préservée.

4. **La Branche autonomie s'appuie sur les départements et l'intervention des ARS dans le champ de l'autonomie.** Le périmètre de cette branche pourrait couvrir 72 Mds d'euros en prenant en compte les interventions des autres ministères que les affaires sociales. La FNAR attend une construction cohérente :
 - a. *Dans les territoires, l'organisation des parcours* pour les bénéficiaires est concertée entre l'ARS et les départements,
 - b. *Dans les territoires, la définition de la mission d'organisation de l'offre de services* dans les territoires confiée aux ARS. La Branche recherche la meilleure efficacité de ces services territoriaux
 - c. *Dans les départements, qui conservent la mission d'évaluation des besoins et d'accès aux services la FNAR soutient :*
 - La création des comités départementaux de l'autonomie (les CDA). Les CDCA et conférence des financeurs de la prévention fusionnent.
 - La création des maisons de l'autonomie (MDA) suivant le cahier des charges proposé par la CNSA éventuellement amélioré pour tenir compte de l'intégration des MDPH
 - Le financement des CDA et des MDA par la CNSA (comme les MDPH aujourd'hui).
 - Un statut de GIP pour les MDA à l'instar des MDPH, prévoyant la participation des associations dans la Commission exécutive¹.
5. La convergence des politiques nationales et départementales à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap doit conduire à **une prestation de compensation universelle (PCU) :**
 - a. *La PCU est sans barrières d'âge,*
 - b. *La PCU est définie sur les critères de la situation de handicap et de la perte d'autonomie intégrale*
 - c. *L'accès à la PCU ne dépend pas des ressources de la personne.* Sur ses composantes visant à compenser la perte d'autonomie il n'est pas prévu de récupération.
 - d. *L'accès à la PCU et aux dispositifs de droits et prestations ne doivent pas dépendre des financeurs ;*
6. **La diminution de ce qui reste à la charge personnelle ou familiale** de nos concitoyens en situation de handicap ou pour les personnes âgées (et plus particulièrement des personnes âgées en établissement) doit être engagée de façon volontariste ;
7. Pour **un service de qualité** : l'augmentation du temps passé auprès des personnes résultera notamment de l'accroissement du nombre de professionnels à domicile et en établissement, mais aussi de la valorisation de leurs métiers et de leurs formations.

La FNAR fédère 80 associations, clubs et fédérations et regroupe près de 100 000 retraités et personnes âgées. La FNAR est membre fondateur de la Confédération Française des retraités (CFR), elle est membre du Conseil de la CNSA, du Collège de l'âge au HCFEA, et de France Assos santé. La FNAR mandate 100 représentants d'usagers dans les établissements de santé et 135 représentants dans les CDCA.

ARS	Agence Régionale de santé
CDA	Conseil départemental pour l'Autonomie
CDCA	Conseil départemental pour la citoyenneté et l'Autonomie
CNSA	Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie
ESMS	Etablissements sociaux et médico-sociaux
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HCFEA	Haut Conseil de la Famille Enfance et Age
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MDA	Maison départementale pour l'Autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
PCU	Prestation de compensation Universelle

¹ La composition de la Comex des MDPH est fixée par les lois du 11 février 2005 et du 28 juillet 2011.



Union Nationale de l'Aide, des Soins
et des Services aux Domiciles.

5^{ème} branche et domicile : contribution UNA au rapport de la CNSA

En créant une branche de la sécurité sociale relatif au risque « autonomie », le Gouvernement a accompli ce que le secteur médico-social dans son ensemble appelait de ses vœux depuis près de 15 ans.

Pour autant, la mise en œuvre de cette avancée doit apporter des solutions concrètes aux problématiques endémiques du secteur, problématiques dénoncées par de nombreux rapports, mises en exergue par la crise sanitaire que traverse le pays et rendues plus aigües encore par les enjeux démographiques à l'horizon 2030.

A ce titre, le Gouvernement est face à une responsabilité historique et il doit éviter le piège de la facilité qui consisterait à ne faire de la branche autonomie qu'une nouvelle coquille abritant des fonds provenant d'autres branches sans en changer les modalités d'utilisation. Ainsi, ce qui devrait être une réforme d'avenir, reviendrait uniquement à changer l'intitulé de financement, d'assurance maladie certains deviendraient autonomie mais sans que les règles de versement, de gouvernance et de contrôle en soient significativement changées.

Une telle branche « autonomie » a minima, construite sur un jeu de vases communicants ne serait répondre aux besoins des personnes et aux attentes de nos concitoyens. La branche « autonomie » doit permettre de faire progresser les droits des personnes accompagnées, doit permettre de valoriser les professionnels œuvrant dans le champ médico-social, doit sécuriser les établissements et services qui mettent en œuvre la politique publique de couverture du risque « autonomie ».

C'est pourquoi UNA plaide pour une branche « autonomie » d'évolution et même de révolution de la sécurité sociale car l'alternative, une branche « autonomie » de *statu quo*, prouverait que nous n'avons rien appris de la crise Covid et que nous renonçons à surmonter le « mur démographique » annoncé.

Cette révolution doit permettre d'accélérer la transition domiciliaire, et cela fait consensus, mais elle doit l'amorcer en s'appuyant sur les structures existantes, les services médico-sociaux à domicile. Pour se faire, la branche doit acter un périmètre étendu, un décloisonnement des financements et une gouvernance renouvelée.

Le rapport remis par Monsieur Laurent Vachey pose trois enjeux de la construction d'une branche

« Autonomie » :

- *Elle doit permettre de progresser dans ce qui est un symbole de la sécurité sociale française : un même droit pour tous, partout, et donc plus d'équité dans l'accès aux services et aux prestations. C'est la première demande exprimée par les associations. Le constat aujourd'hui*

est d'écarts très importants : le taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile parmi les plus de 60 ans varie par exemple selon les départements de 2,6 % à 9,4 % ;

- *Elle doit permettre de réduire la complexité des prestations et des organisations : « parcours du combattant », « organisation en silos », sont les deux qualificatifs qui reviennent le plus fréquemment dans les multiples rapports que la mission a exploités et dans les entretiens ;*
- *La création de la 5^{ème} branche doit enfin permettre une organisation plus efficiente. Comme pour toutes les dépenses publiques, elle est indispensable et il faut rechercher en même temps l'amélioration de la qualité des accompagnements et des parcours.*

Si ces trois enjeux font consensus, il convient d'ajouter leur corollaire, qui n'est pas expressément indiqué : la 5^{ème} branche doit permettre de sécuriser financièrement, institutionnellement et juridiquement les parties prenantes de cette branche, en premier lieu les bénéficiaires mais aussi les établissements et services qui mettent en œuvre les prestations financées.

1. La question du périmètre de la 5^{ème} branche

La question du périmètre de la branche « autonomie » n'est pas une question théorique. Il s'agit bien de déterminer si l'ensemble des politiques publiques, qu'elles soient nationales ou territoriales doivent relever de la solidarité nationale, tant dans leur mise en œuvre que leur financement. A cet effet, le rapport de monsieur Laurent Vachey s'est attaché à définir le périmètre de la nouvelle branche et a buté sur la problématique des prises en charge à domicile. Dans ce contexte, il convient de rappeler certains éléments :

En 2019, 1 330 284 personnes âgées sont bénéficiaires de l'APA dont 781 428 à domicile soit 58,74% des bénéficiaires. Cela représente une dépense annuelle de 6 milliards 28 millions d'euros (6 028 M€) dont 3 568 M€ pour l'APA à domicile. Or, les départements assument 60% de cette dépense (à savoir environ 3 616 M€ dont 2 141 M€ pour l'APA à domicile).

En 2019, 287 042 personnes en situation de handicap sont bénéficiaires de la PCH. Cela représente une dépense annuelle de 2 milliards 103 millions d'euros (2 103 M€). Or, les départements assument 70% de cette dépense (à savoir environ 1 472 M€).

En d'autres termes, dans le secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile, les dépenses annuelles APA à domicile et PCH représentent 5 671 M€, dont 3 613 M€ à la charge des départements, et pour un total de 1 068 470 bénéficiaires. Ainsi, les départements assument à ce jour 64% du financement des prises en charge des personnes âgées et en situation de handicap à domicile.

Il est aisé de constater, au vu du nombre des bénéficiaires, que ces deux prises en charge représentent un maillon essentiel de la politique de l'autonomie en France, un élément central du virage domiciliaire et, qu'à ce jour, les départements en assument l'essentiel de la charge financière. Or, cette charge, associée à la libre administration des collectivités territoriales, aboutit à d'importantes inégalités territoriales. Le rapport Vachey tend à minimiser ces disparités mais en se fondant sur des données de 2011 et depuis 10 ans nous affirmons, comme le prouve le rapport du

HCFEA¹, que ces inégalités se sont creusées. De plus, il résulte du modèle de financement des SAAD, comme le souligne le rapport de Dominique Libault, la conséquence suivante : le financement public moyen d'un SAAD est de 21,67 euros par heure d'intervention APA/PCH alors que son coût de revient est d'environ 24 euros/heure (ce coût observé est par ailleurs celui d'un secteur se caractérisant par des conditions de travail dégradées et de très faibles rémunérations posant de véritables difficultés d'attractivité). En d'autres termes, cette modalité de financement des services a rendu l'activité SAAD intrinsèquement déficitaire ! Pour garantir leur survie, ces services sont donc contraints d'adopter des « stratégies d'adaptation » parfois contestables mais inévitables au regard de leurs modalités de financement. Parmi celle-ci le fait de faire peser sur les personnes le poids des insuffisances des financements (par le biais de restes à charge extra-légal) et donc indirectement sur les finances de l'Etat (par le biais du crédit d'impôt). De plus, comme l'a constaté la DREES dans son étude « *Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un bénéficiaire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié* », les plans d'aide APA sont en général sous-consommés par leurs bénéficiaires et cela notamment à cause du reste à charge.

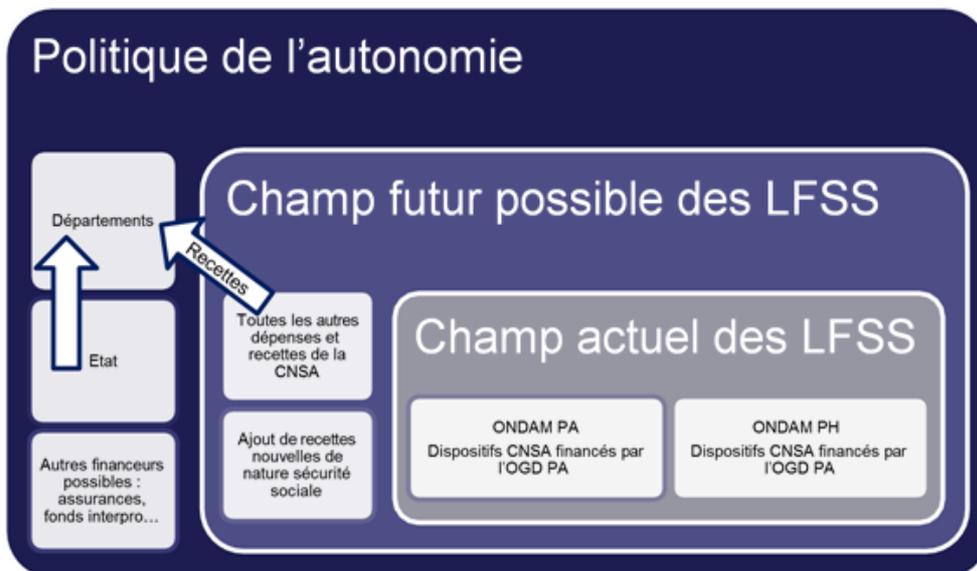
Dès lors, l'enjeu majeur de cette 5^{ème} branche est de permettre de mettre fin à ces disparités et sécuriser financièrement les personnes et les services, sous peine d'échouer à garantir le choix, réclamé par les français, de vivre à domicile.

De plus, nous ne pouvons que reprendre les conclusions de l'avis du HCFEA d'avril 2020 sur son rapport sur le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services à domicile qui indique :

*Enfin bien que des progrès substantiels soient intervenus depuis la loi de 2015, **le Conseil a été confronté dans le cadre de ses travaux à un déficit d'analyses et de données. Il concerne notamment les données sur les caractéristiques (en particulier socioéconomiques) des allocataires de l'APA et de leur plan d'aide ; l'évaluation des effets de la loi ASV et du passage au crédit d'impôt ; la connaissance des différents pans de l'offre à domicile (absence d'études globales et robustes sur les coûts réels et besoins financiers des services prestataires d'aide à domicile ; en dehors des travaux de la Fepem, relative méconnaissance et suivi de l'offre en emploi direct) ; la faible visibilité sur les politiques départementales de soutien à l'autonomie pourtant particulièrement hétérogènes en termes d'organisation et de financement.** Là encore ces constats ne peuvent que plaider pour l'intégration de l'APA et de la PCH au sein du périmètre de la branche « autonomie ».*

Toutefois, les premières présentations de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) sur la mise en œuvre de la 5^{ème} Branche (présentation de la DSS au CNCPH ou au Conseil de la CNSA en juin 2020) ne semblaient pas prendre la mesure de ces problématiques. Ainsi ces présentations comportaient le schéma suivant :

¹ « *Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile* » rapport du Conseil de l'Age adopté par consensus en avril 2020



On peut constater que ce schéma exclut l'APA et la PCH des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) sauf pour ce qui est du concours de la CNSA ce qui est déjà le cas actuellement. End'autres termes, pour les SAAD, ce schéma ne change rien à la situation actuelle ce qui est difficilement acceptable. Plus grave encore, cela reviendrait à exclure, comme c'est déjà le cas, les SAAD des mesures de politiques nationales concernant le secteur médico-social. La crise du Covid a douloureusement mis cet état de fait en évidence :

Ainsi, par exemple, l'instruction budgétaire DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2020/87 du 5 juin 2020 présente notamment les financements de l'assurance maladie venant en soutien des établissements et services médico-sociaux (ESMS) relevant de la compétence tarifaire, même conjointe, de l'ARS. Ces ESMS bénéficient donc :

- D'une enveloppe de 750 M€ de financements complémentaires prévue pour le versement d'une prime exceptionnelle aux salariés des ESMS pour personnes âgées (506 M€) et personnes en situation de handicap (244 M€). Les SAAD sont exclus de cette enveloppe et ils ne bénéficient, depuis le 4 août, que d'une enveloppe de 80 M€ de l'Etat qui ne sera versée qu'à hauteur de ce que chaque département accepte d'abonder (et un département peut fort bien refuser de financer la prime et dans ce cas l'Etat ne contribuera pas à date seul un tiers des départements se sont engagés et selon des modalités parfois différentes).
- D'une enveloppe de 511 M€ composée de deux sous-enveloppes fongibles : l'une de 231 M€ pour compenser les surcoûts exceptionnels des EHPAD et des SSIAD/SPASAD liés au renfort de personnels, à l'absentéisme pour les structures publiques et à l'achat de matériels (pour les ESMS prenant en charge les personnes en situation de handicap une autre enveloppe de 20 M€ est prévue); l'autre de 280 M€ pour compenser les pertes
- de recettes d'hébergement. Les SAAD ne bénéficient d'aucun dispositif équivalent. Ainsi, les SAAD n'ont à ce jour aucun dispositif financier compensant l'achat des EPI nécessaires pour protéger leurs intervenants ou toute autre dépense exceptionnelle qu'ils ont dû exposer durant la crise épidémique.

De même, un arrêté en date du 5 juin 2020 fixe le montant des crédits prévisionnels de fonctionnement pour, notamment, le déploiement de solutions de répit, dans le cadre de la stratégie

« Agir pour les aidants », avec :

- Une autorisation d'engagement de 10 millions d'euros pour l'installation des établissements et services accueillant ou intervenant auprès de personnes en situation de handicap relevant de la compétence tarifaire de l'ARS
- Une autorisation d'engagement de 40 millions d'euros pour l'installation des établissements et services accueillant ou intervenant auprès de personnes âgées relevant de la compétence tarifaire de l'ARS.

Les SAAD, relevant de la compétence exclusive des départements, ne seront donc pas éligibles à ces financements pour mettre en œuvre des solutions de répit à domicile pour les aidants. Ils sont pourtant nombreux aujourd'hui à développer ce type de solutions en complément de l'offre auprès des personnes aidées.

Il est à relever que toutes les sommes que nous avons énumérées relèvent pour l'instant de l'assurance maladie mais ont vocation à relever de la branche « autonomie ». Dès lors, il serait incompréhensible que le périmètre de la nouvelle branche permette de continuer à exclure les SAAD de ces dispositifs visant à aider les ESMS ou à améliorer et transformer l'offre médico-sociale. A ce titre, la circulaire du Premier Ministre du 10 mars 2021 « Relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance » prend acte de la nécessité d'investir pour une transition domiciliaire du secteur médico-social tout en excluant de fait les établissements et services relevant de la compétence exclusive des départements. En d'autres termes, cette circulaire fonde une logique domiciliaire en excluant les services à domicile.

C'est pourquoi il est essentiel que l'ensemble des prestations à domicile, comme l'APA et la PCH, entre entièrement dans le champ de la 5^{ème} branche et donc des LFSS, y compris pour les éléments relevant de la politique départementale. Le rapport Vachey prend la mesure de cette problématique et propose 3 scénarios pour y pallier :

- « **Le premier scénario** consisterait à ne pas inclure les dépenses des départements dans les agrégats votés en loi de financement de la sécurité sociale mais à prévoir dans l'annexe 7 bis nouvellement créée par la loi organique un état consolidé contenant les dépenses des départements ».
- « **Le second scénario** consisterait à prévoir, en dehors des tableaux d'équilibre de la LFSS, dans un article spécifique, le vote d'un engagement de l'effort national en faveur de l'autonomie comprenant les dépenses des départements » la sécurisation de ce scénario doit passer « par la loi organique ce que ne prévoit pas le texte tel qu'il vient d'être adopté ».
- « **Le troisième scénario** » consisterait à inclure les dépenses des départements dans la LFSS en tant que ces derniers constitueraient désormais, par la création de la branche autonomie, des « organismes concourant au financement de la sécurité sociale » au sens de la loi organique.

A ce titre, il est clair que le premier scénario présenté par le rapport Vachey, en ce qu'il maintiendrait le dispositif existant, dont il est prouvé qu'il est inefficace et source d'inégalité, serait inacceptable.

Pour UNA, le troisième scénario doit constituer le socle a minima de la nouvelle branche qui permettrait à terme une évolution vers « *le vote d'un engagement de l'effort national en faveur de l'autonomie comprenant les dépenses des départements* » du second scénario. De plus, il permettrait dès à présent de mettre la France en conformité avec la réglementation européenne, une décision de la CJUE reconnaissant à l'APA et à la PCH la nature de prestation de sécurité sociale (CJUE arrêt du 14 mars 2019). Le rapport le reconnaît en ce qu'il indique que « *le troisième scénario est le plus séduisant, compte tenu de la transformation ambitieuse qu'il implique, à la hauteur de la création d'une nouvelle branche, mais un tel schéma ne pourrait vraisemblablement être réalisé par la voie d'une simple LFSS.* » Or, si une LFSS ne peut mettre en œuvre cette transformation, la loi Grand Age & Autonomie serait le véhicule législatif idoine.

Ce périmètre étendu qui permettrait un égal accès de tous les ESMS aux financements de la branche

« autonomie » quel que soit l'autorité publique dont ils dépendent, serait le gage d'une véritable politique nationale de l'autonomie fondée sur le principe d'universalité propre à la Sécurité Sociale.

1. Les mesures de financement

Une intégration des financements départementaux dans la branche autonomie

Un financement de la 5^{ème} branche reposant principalement sur la solidarité nationale est une proposition qui fait consensus. Toutefois, la mise en œuvre de ce principe nécessite de réorienter des ressources existantes (notamment un part de la CSG, trop tardivement, en 2024) et surtout, au vu des enjeux démographiques que rappelle le rapport Libault, de mobiliser des ressources nouvelles. Pour autant, comme nous l'avons indiqué, l'activité SAAD est aujourd'hui intrinsèquement déficitaire et le secteur médico-social du domicile est dans une situation économique et surtout sociale fortement dégradée. Dès lors, les mesures de financement de la branche ne doivent pas entraver l'activité de services déjà en difficulté.

Si le rapport Vachey explore les pistes de financement de la nouvelle branche « autonomie », il n'aborde que les financements nationaux. Or concernant les prises en charge à domicile comme l'APA et la PCH, nous avons vu que la part des financements départementaux est non seulement majoritaire (60% pour l'APA et 70% pour la PCH) mais déjà insuffisante car aboutissant à un sous-financement structurel des SAAD. Il est donc nécessaire que la vision de la trajectoire budgétaire de la branche « autonomie » à l'horizon 2030 intègre les financements départementaux. Ainsi nous sommes en attentes :

- **D'éléments permettant de sécuriser les ressources départementales consacrées au financement de l'APA et de la PCH mais aussi des services et établissements médico-sociaux relevant de la solidarité nationale ;**
- **De mesures d'affectation des ressources nationales de la branche « autonomie » permettant de rehausser les concours de la CNSA finançant l'APA et la PCH au moins à 50% comme initialement prévu lors de la création de la CNSA et de ces allocations individuelles de solidarité.**

Une reconnaissance des services à domicile dans le budget de la CNSA

Il est essentiel de rappeler un élément sur la structuration en section du budget de la CNSA tel que l'organise l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Le 1^o de cet article confie à la CNSA « *Le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1.* »

Le 3° de cet article reprend notamment les concours de la CNSA à l'APA et à la PCH. Jusqu'à la LFSS 2021, le financement par la CNSA des ESMS ne concernait que ceux qui relevaient de l'ONDAM mais cette distinction a disparue. Pour autant, l'annexe 10 à la LFSS 2021 est éclairante :

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (...) ne sont pas directement financés par la CNSA, mais sont en grande partie solvabilisés par l'APA et la PCH (cf. supra). Ils peuvent bénéficier en outre de fonds exceptionnels de la CNSA

Selon la même annexe 10 les concours APA et PCH ne représentent que 10% des dépenses de la branche autonomie, le financement des ESMS 83%, proportion qui augmentera du fait de la mise en œuvre des dispositifs du Ségur de la santé.

Il est donc clair que l'évolution du budget de la CNSA doit consacrer l'unicité de ses financements avec la fin des distinctions entre ESMS financés par l'assurance maladie et ceux qui ne le sont pas. Il est donc désormais nécessaire que les SAAD entrent dans le droit commun des ESMS et que les financements pérennes qui leur sont affectés directement, relèvent bien du 1° de l'article 14-10-5. Cette position n'est pas seulement technique mais bien une mesure de justice sociale permettant à tous les ESMS de bénéficier des mesures de la branche et d'éviter les exclusions dont nous avons fait état notamment concernant les mesures de soutien aux structures dont nous avons fait état dans le cadre de l'état d'urgence Covid.

A défaut d'une telle mesure, il est à craindre que la tendance à la détarification des SAAD, pratique de plus en plus fréquente de la part des départements, se généralise s'ils doivent assumer la totalité de la tarification des SAAD.

1. La Gouvernance

Pour UNA, notamment dans le domaine de l'aide à domicile, relevant exclusivement de la compétence des départements, il importe que les missions de la CNSA et donc son mode de fonctionnement (notamment les pouvoirs de son conseil et de son directeur), impliquent un pouvoir de contrôle. Au vu de ce que nous avons exposé concernant l'intégration de l'APA et de la PCH dans la branche « autonomie » et le contrôle de qualité et d'efficacité, il est nécessaire de doter la CNSA des missions suivantes :

- Pouvoir généralisé d'animation du réseau des autorités mettant en œuvre les prestations de la branche autonomie (département, ARS...) à l'instar de son rôle auprès des ARS
- Améliorer la remontée d'information. A ce jour ; n'ayant qu'un rôle de caisse les remontées financières, notamment sur l'APA et la PCH, sont consolidées sans visibilité sur les prestations qui sont financées. Il sera nécessaire que ces remontées d'information deviennent plus qualitatives tant pour les prestations (plan d'aide, plan de compensation etc.), que pour l'organisation de l'offre sur les territoires (services tarifés et non tarifés, pratique en matière de reste à charge, montant horaire d'APA et de PCH etc.) autant d'information qui ne sont, pour l'instant, pas accessibles.
- Un dispositif de contrôle accru de la CNSA sur les financements qu'elle verse. A ce jour, ce contrôle est inexistant. Il convient donc de mettre en place, des dispositifs de transmission de données quant à l'utilisation des fonds ainsi qu'un dispositif d'audit.

Il est à noter que ce que nous proposons ne remet pas en cause la libre administration des collectivités territoriales. En effet, dans certains domaines, de tels dispositifs existent déjà. Ainsi,

l'article L. 221-9 du CASF prévoit déjà que les services de l'aide sociale à l'enfance, de compétence départementale, sont contrôlés par l'IGAS.

La CNSA ne dispose pas à proprement parler d'un réseau territorial. Cependant, les groupements d'intérêt public MDPH pourraient le devenir sans pour cela, devoir trop modifier leur fonctionnement. L'expérimentation de maisons de l'autonomie, insatisfaisante à ce stade, préfigure cependant ce que pourrait être demain le réseau territorial d'une CNSA renouvelée.

La composition de la commission exécutive des MDPH et celle du conseil de la CNSA, pourraient faire l'objet d'une réflexion conjointe pour les rapprocher encore davantage, en s'assurant que chaque partie prenante ne puisse pas imposer ses choix à toutes les autres. La majorité absolue actuellement détenue par les conseils départementaux pourraient être redéfinie en la confiant à l'ensemble des représentants des pouvoirs publics (CD, Etat, ARS, Métropoles ou Communautés – les CARSAT pourraient également rejoindre cette gouvernance aux côtés des CPAM, CAF et MSA). Dans cette perspective, les directeurs de MDPH pourraient être nommés par le directeur de la CNSA, plutôt que par les présidents des conseils départementaux qui pourraient conserver la présidence de droit du groupement et ainsi maintenir le chef de filat ancré dans la réalité territoriales. L'une des conséquences de cette démarche, serait d'élargir les compétences des CDAPH qui ouvrent les droits aux personnes en situation de handicap, aux prestations destinées aux personnes âgées. De même, le comité de gestion du fonds de compensation du handicap, pourrait fusionner avec la commission des financeurs issue de la loi ASV, ses membres étant le plus souvent les mêmes.

Enfin, à cette échelle, nous pourrions considérer que le pendant du HCFEA et du CNCPH, seraient les actuelles CDCA dont le rôle pourrait s'apparenter à des espaces de co-construction de la pensée politique sur les sujets liés à l'autonomie dans un contexte de société vieillissante. Le CDCA pourrait rejoindre la sphère de la MDA, au même titre que la commission exécutive (organe de décision), la CDAPH (organe d'ouverture de droits), le comité de gestion du fonds de compensation (organe de coordination des financements complémentaires aux financements légaux).

L'articulation avec les instances de démocratie en santé serait à repenser également. Ainsi, les CDCA pourraient-elles avoir une représentation formelle assurée au sein des CTS et de la CRSA, pour réaliser une liaison directe entre elles.

Au-delà de la composition des instances, c'est à une animation plus transversale de ces commissions, conseils et conférences par le futur réseau territorial de la CNSA que la réforme devrait permettre d'aboutir.