

Contribution de l'Institut Chiffres & Citoyenneté au débat préparatoire au projet de loi « 5^e branche / 5^e risque »

■

Propos liminaire

■

Avant même la relance du débat préparatoire à la création d'un 5^e risque / 5^e branche dédié à la prise en charge des politiques du grand-âge et du handicap, la loi sur la dette sociale et l'autonomie¹, consécutive aux dépenses publiques inédites liées au coût de la crise sanitaire de la covid-19, entérinait la nécessité d'une réforme avant la fin de l'année 2020.

Annonçant l'ouverture des travaux pour la « création d'une 5^e branche » de la sécurité sociale relative à l'autonomie, la loi précise qu'un quart du produit de la Contribution sociale généralisée (CSG), actuellement affecté à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) pourra être fléché vers les dépenses consacrées à l'autonomie. Cette réaffectation qui atteindrait 0,15 point de CSG permettrait d'affecter 2,3 milliards d'euros aux politiques du grand âge à partir de 2024. De fait, restent ouvertes deux questions, à savoir comment serait pris en charge le coût de l'autonomie d'ici 2024 qui représente déjà plus de 30 milliards d'euros par an, et surtout, où trouver les 4,5 milliards d'euros par an manquants déjà aujourd'hui, qui deviendront 9 milliards d'euros annuels à horizon 2030 ?

L'Institut Chiffres & Citoyenneté souligne son étonnement sur le fait que le présent questionnaire, tant sur le volet financement que gouvernance de l'autonomie, ne présente aucune interrogation sur l'efficacité des dépenses afférentes et sur les éventuels facteurs d'économie pouvant être dégagés dans l'organisation de ces politiques publiques, et leur gestion sur l'ensemble de la chaîne de valeur.

La réflexion préalable à la réforme est l'occasion de réinterroger les modes opératoires de prises en charge, les circuits de financement ainsi que le rôle des différents acteurs : Etat, Caisse nationale solidarité autonomie (CNSA), conseils généraux, prestataires quels que soient leur statut (statut d'entreprise, associatif, public).

¹ Adoptée définitivement le 23 juillet 2020.

L'arrivée de la génération des papys boomers aux âges où le risque de dépendance est le plus prégnant, pose aujourd'hui la question de la capacité de prise en charge des situations de perte d'autonomie par les finances publiques, de façon d'autant plus crue que la crise de la covid-19 est survenue avec des conséquences dramatiques pour l'équilibre des finances publiques se soldant en juillet 2020 par une dette de 136 milliards d'euros et un déficit public qui dépasse les 120 % du PIB. Cette situation génère trois défis majeurs² :

- conserver, voire développer, la capacité de réponses aux besoins des personnes en situation de perte d'autonomie ;
- soutenir la qualité des services ;
- optimiser les financements.

Représentant aujourd'hui 30 milliards d'euros, soit 1,4 % du PIB, les dépenses liées à la prise en charge de l'autonomie vont plus que doubler d'ici 2030. La part des plus de 75 ans sera passée de 9 % en 2015 à 14,6 % en 2040³. Le gouvernement aura remis avant le 15 septembre 2020 un rapport sur la création d'un nouveau cadre couvrant la perte d'autonomie qui devrait être porté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Les principales recommandations liminaires de l'Institut Chiffres & Citoyenneté sont :

2

- la réforme du financement de la dépendance ne peut pas être encore différée : l'arrivée au grand âge des générations du baby-boom est imminente ;
- l'endettement public ne doit plus être la solution. La création d'une 5^e branche de la sécurité sociale est à cet égard risquée ;
- la réforme ne doit concerner que le financement de la dépendance des personnes âgées et exclure le handicap ;
- le recours à de nouveaux prélèvements obligatoires est inéluctable pour maintenir la solidarité nationale mais il ne doit pas s'appuyer sur les seuls actifs. Les retraités doivent y contribuer par une contribution sur leurs revenus ou sur leurs patrimoines ;
- la solidarité familiale doit être incitée, y compris financièrement, dans la mesure des possibilités de chacun. Elle peut être mise en œuvre avant ou après le décès de la personne âgées ;
- le financement national ne sera pas atteint par des petites économies sur les dispositifs existants. Il faut une réforme forte avec deux ou trois mesures lisibles pour être comprises.

² *Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées*, Les Dossiers de la Drees, n°51, Drees, mars 2020.

³ Pour mémoire, rappelons que l'Insee indique qu'en France métropolitaine, l'espérance de vie à la naissance atteint 79,8 ans pour les hommes et 85,7 ans pour les femmes³. Les hommes ont gagné 13 ans d'espérance de vie, et les femmes 12,3 années. Après avoir reculé en 2015, elle s'est remise à progresser en 2016 pour les femmes et les hommes. En 2017, cette hausse se poursuit pour les hommes (+ 0,2 an par rapport à 2016) tandis que l'espérance de vie des femmes reste stable. En 2020, l'espérance de vie des hommes est équivalente à celle que les femmes avaient au milieu des années 1980.

Toujours selon l'Insee, en France, 594 000 personnes décédées en 2016, 59 % sont décédées dans un établissement de santé, 26 % à domicile, 14 % en maison de retraite et 1 % sur la voie publique. À chaque âge, la plupart des décès ont lieu dans un établissement de santé. Toutefois, les disparités sont fortes selon l'âge :

- sur ces 594 000 décès, un quart a eu lieu à domicile ;
- un tiers des décès sur la voie publique pour les jeunes de 15 à 24 ans ;
- les décès à domicile sont les plus fréquents autour de 30 et 40 ans et après 100 ans ;
- après 70 ans, plus on est âgé, moins il est fréquent de décéder en établissement de santé.

Le contexte de la réforme

L'ensemble des dépenses publiques consacrées aux politiques du grand âge et de l'autonomie et celles relevant de la maladie pour ces publics, représentent 1,7 % du PIB en France. La dépense globale liée à la perte d'autonomie est estimée à 40 milliards d'euros⁴, répartis en trois postes que sont 24 milliards d'euros de financements publics⁵, 6 milliards d'euros de reste à charge pour les familles, et 0,3 milliard d'euros pour les organismes complémentaires., alors que l'aide informelle des proches familiaux est estimée à 9 milliards d'euros par an. Toutes choses égales par ailleurs, les financements publics auront dépassé les 30 milliards d'euros en 2030. Ils doubleraient d'ici 2050⁶. En outre, la durée en situation de perte d'autonomie semble s'allonger⁷. Le nombre de personnes de plus de 85 ans passera entre 2018 et 2050 de 1,5 million à 5 millions⁸. D'ores et déjà celui des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée autonomie (APA) a progressé de 170 000 personnes, représentant 15 % d'augmentation, entre 2008 et 2016⁹. La durée moyenne en dépendance est de 3,7 mois¹⁰.

Le modèle de prise en charge de la dépendance

▪ Un modèle solidaire

Le modèle français d'accompagnement des personnes aux situations de perte d'autonomie vise à être inclusif et universaliste. Ce modèle atteint ses limites dans le double contexte d'une certaine tension sur les financements publics mobilisables et de la montée en charge démographique de la génération du « papy-boom ». Ainsi, est-il nécessaire de trouver les leviers d'évolution du modèle pour que ce contexte ne nuise pas à la préservation de l'accès aux droits et aux biens pour chacun en faveur du « bien-vieillir ».

L'un des enjeux majeurs de la réforme est de trouver l'équilibre équitable entre, d'une part, l'effort de la solidarité nationale qui nécessite un cadre normatif pour permettre des réponses universelles et, d'autre part, la prise en compte de la diversité des situations afin de répondre au mieux aux déterminants qualitatifs pour chacun.

Ainsi, l'estimation des coûts de l'investissement dans la transition et son partage par les différentes parties prenantes interroge-t-elle l'ensemble des dispositifs pouvant être mobilisés ; tant ceux relevant de la stricte solidarité nationale (allocations, prestations publiques, etc.) que ceux relevant de choix individuels (produits assurantiels, achat d'équipement et intervention sur l'ergonomie du domicile financés sur fonds propres, etc.).

▪ Un modèle personnaliste

La réflexion sur la transition impose certes de considérer la diversité des situations personnelles de perte d'autonomie, mais sans oublier d'apporter des réponses pertinentes aux impacts générés par ces situations dans les champs, familial et social, de la personne aidée. Près d'un

⁴ HCFEA.

⁵ Dont l'APA représente 5,7 milliards d'euros par an (2017).

⁶ Rapport *Besoin d'aide. La prestation de service et le financement de la dépendance*, OCDE, 2011.

⁷ Rapport HCFEA sur la base des enquêtes de la Drees *Vie quotidienne et santé* (2007 et 2014), et de l'Insee *Handicap santé-ménages* (2008), *Capacités, aides et ressources des seniors à domicile* (2015).

⁸ 75 % des bénéficiaires de l'APA sont âgés de 80 ans et plus, Drees, 2018.

⁹ Enquête *Aides sociales*, Drees, 2016.

¹⁰ Dossiers de la Drees n°29, *La durée de perception de l'APA – des profils de bénéficiaires très différents*, 2011.

Français sur quatre (23 %) apporte une aide régulière à un proche en situation de dépendance¹¹, mais seulement 36 % se reconnaissent spontanément par le qualificatif d'« aidant ».

Or, la situation d'aidant entraîne de nombreuses conséquences dans leur vie familiale mais aussi professionnelle. Ainsi, par exemple, 77 % des aidants ont dû notamment modifier leurs horaires de travail¹². Pour autant, et malgré les quelques avancées de la loi d'Adaptation de la société au vieillissement (ASV), les dispositifs d'aides à la prise en charge de la perte d'autonomie prennent peu, voire pas du tout, en compte ces situations, comme le relève encore récemment le Haut de conseil de l'âge en soulignant que « les attentes des aidants sont mal satisfaites »¹³.

Aussi, comme cela est souligné dans le chapitre prospectif de la Cnsa¹⁴, il convient d'impliquer l'ensemble des parties prenantes notamment par la mise en œuvre d'une logique partenariale et responsable pour tout « projet territorial » en faveur de l'autonomie.

Par ailleurs, les travaux de l'institut Sociovision sur les besoins des séniors¹⁵ à leur domicile montrent que plus de huit d'entre eux sur dix anticipent le vieillissement par une recherche d'hygiène de vie, et que si un sur deux épargne dans la perspective de l'avancée en âge, moins de quatre sur dix se sont renseignés sur les éventuels dispositifs de prises en charge.

▪ Un modèle de proximité

La proximité est un élément de pertinence dans la prise en charge de la perte d'autonomie par l'efficacité de la réponse aux attentes des personnes aidées. Néanmoins, la notion de proximité trouve sa limite dans une trop grande hétérogénéité des pratiques des acteurs territoriaux. Comme cela a été constaté dans plusieurs rapports de l'IGAS et de l'IGF, ainsi que parlementaires, et alors que les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) sont tenus de se conformer à un cahier des charges national, l'extrême disparité des pratiques des conseils départementaux nuit au respect de l'égalité de traitement des personnes aidées par rapport à l'exercice de leurs droits, notamment par :

- des tarifs de prise en charge nettement inférieurs aux besoins, entraînant de fortes variations des restes à charge selon les territoires ;
- l'absence d'harmonisation et de coordination sur les services associés à la situation de dépendance de la personne dans le plan d'aide qui lui est attribué ;
- les disparités quant à l'accès à une information exhaustive des services et des aides disponibles sur le territoire.

Aussi, la proximité en matière d'aide à domicile s'entend-elle d'abord sous l'angle d'une plus grande adéquation entre la connaissance de la situation de la personne et les propositions d'aides pouvant lui être suggérées et financées. La nécessité d'adopter une démarche de proximité ne peut justifier une hétérogénéité de traitement des droits des personnes du fait de choix d'une collectivité sur la base de critères soient subjectifs, soient relevant de l'optimisation d'un autre champ de décision politique (variable d'ajustement budgétaire, prévalence d'autres objectifs politiques, etc.).

¹¹ *Baromètre des Aidants*, Fondation April-Institut BVA, septembre 2018.

¹² 37 % ont réduit leur nombre d'heures de travail, 15 % ont modifié leur lieu de résidence, 15 % ont mobilisé un arrêt de travail, 13 % ont changé de fonction ou de travail, HCFEA sur la base de l'enquête Handicap – Autonomie – Santé, *Implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*, Drees, 2011.

¹³ Rapport *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*, Tome 1 Etat des lieux, HCFEA, 2018.

¹⁴ Chapitre prospectif de la CNSA, pp. 40 et suiv., septembre 2018.

¹⁵ 50 ans et plus, actifs ou non actifs, en situation de perte d'autonomie ou non, *Séniors, marché et habitat inclusif : quelle offre de services ?* Sociovision février 2019.



Contribution présentée par

François JEGER

*administrateur civil de l'Insee,
co-fondateur de l'Institut Chiffres & Citoyenneté*

Olivier PERALDI

*cadre de fédération professionnelle d'entreprises,
administrateur CNAF, CNSA,
co-fondateur de l'Institut Chiffres & Citoyenneté*

Membres du groupe de travail

Olivier COLLAS

chef d'entreprise

Marc DHOMBRES

retraité, cadre du secteur bancaire

Benoît DESAVOYE

cadre en collectivité territoriale, élu local

Michel HAMOUSIN

producteur audiovisuel



L'**Institut Chiffres & Citoyenneté** est un think tank. Il s'inscrit dans une démarche de recherche, d'analyse et de diffusion de travaux portant sur les sujets sociétaux, économiques et citoyens. Il rassemble des personnalités, femmes et hommes, de tous horizons socio-professionnels souhaitant s'engager en faveur du débat public.

L'**Institut Chiffres & Citoyenneté** se donne ainsi pour mission d'agrèger les femmes et hommes de bonne volonté, représentant la diversité de la société française, respectueux des valeurs républicaines, et soucieux de sauvegarder, renforcer et développer l'esprit démocratique par le débat d'idées et la liberté de pensée.

Ainsi, l'**Institut Chiffres & Citoyenneté** :

- participe aux débats publics et à la vulgarisation des enjeux économiques et sociaux ;
- organise les conditions d'un débat citoyen et propose un lieu de réflexion partagée.

L'**Institut Chiffres & Citoyenneté** n'est pas un parti politique. Il est libre de toute option politique, syndicale et confessionnelle et ne reçoit aucune subvention que ce soit d'organismes publics ou privés.



■

Volet financement

■

Questionnement de la mission IGF / IGAS

Quelles mesures de financement du soutien à l'autonomie ?

Ce questionnaire vise à recueillir votre avis sur **les mesures de financement du « 5^{ème} risque » à privilégier**, afin d'augmenter les ressources de la nouvelle branche autonomie dès 2021 et au-delà de 2024.

Ce sujet a notamment déjà été traité dans l'atelier n°3 de la concertation « Grand âge et autonomie » et par le HCFEA, et les positions des uns et des autres déjà exprimées à cette occasion. Mais avec la crise liée à la pandémie du Covid19, les équilibres proposés dans le rapport Libault (l'affectation de la majorité de la recette CRDS à partir de 2024, d'excédents des autres branches de la Sécurité sociale et un apport du Fonds de réserve des retraites dans l'intervalle) ont été bouleversés, ce qui nécessite de rouvrir la discussion sur les sources de financement mobilisables.

La lettre de mission évoque une enveloppe complémentaire de l'ordre de 1 milliard d'euros en 2021, et de 3 à 5 milliards d'euros d'ici à 2024. C'est un ordre de grandeur qui ne préjuge pas des mesures qui seront décidées pour mieux accompagner l'autonomie des personnes âgées dans le cadre de la future loi « grand âge et autonomie » ou du « Ségur de la Santé », pour lesquelles d'autres concertations sont organisées.

Les mesures évoquées ici ont été choisies selon un **double critère** : elles ont été déjà évoquées (parfois détaillées et chiffrées) lors des différentes consultations et rapports qui, depuis 10 ans, ont accompagné le projet de « 5^{ème} risque » ; et elles ont un lien direct ou indirect avec la politique publique qu'il s'agit de financer. Des réformes fiscales ou du financement de la protection sociale plus fondamentales (le régime des successions, les exonérations de charges sociales ...), sur lesquelles les débats sont légitimes mais qui dépassent le mandat de la mission, ne sont pas listées.

Toutes ne sont pas ciblées sur le financement public de l'autonomie : les financements personnels complémentaires listés viendraient faciliter le paiement du reste à charge en EHPAD, ou pour les bénéficiaires de l'APA avec un ticket modérateur élevé.

Cette liste, classée par typologie de mesures, n'est peut-être pas exhaustive, et il vous est possible d'en proposer d'autres. Chacune fait l'objet d'une courte présentation, mais toutes ne sont pas encore expertisées et chiffrées, et le chiffrage pourra varier en fonction du périmètre précis de la mesure (par exemple le seuil d'assiette). Il est possible que certaines se révèlent impraticables après expertise, malgré leur intérêt théorique, par exemple certains transferts de ressources. Il est possible aussi que des choix faits sur les prestations (par exemple une transformation de l'APA) rendent certaines mesures sans objet.

Il vous est demandé de répondre à ce questionnaire d'ici au 25 juillet. Vos réponses sont bien sûr libres, et peuvent être soit de principe (il faut privilégier tel mode de financement pour des raisons de justice sociale par exemple), soit détaillées par mesure, ou un mixte des deux. La mission procédera ensuite à l'analyse de vos réponses, et une restitution collective sera organisée début septembre, avant la remise du rapport.

1. Transferts de ressources

Depuis la Caisse d'amortissement de la dette sociale CADES (avant/après 2024)

IGF/IGAS.- La loi « CADES et Autonomie » prévoit qu'à partir de 2024, 0,15 point de CSG seront réaffectés à la branche autonomie. Dans le débat parlementaire (amendements n°38 et 47 en commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale), il a été envisagé d'avancer cette réaffectation, avec une montée en charge progressive de la part de CSG transférée à la branche autonomie. Cette mesure suppose de changer les paramètres de la dette à amortir par la CADES (En 1^{ère} lecture, le Sénat a voté le non-transfert à la CADES des 13 Mds € de dette hospitalière prévu par le projet de loi).

La dette de la sécurité sociale va augmenter. La CADES sera prolongée au-delà de 2024. La piste évoquée dans le rapport Libault constituant à substituer en 2024 à la CRD une taxe n'est plus réaliste.

Cela reviendrait à priver la Cades d'une source de financement non négligeable au moment même où les comptes de la sécurité sociale subissent les conséquences budgétaires de la crise de la covid-19. Alors que la suppression de la Cades, reportée à maintes reprises mais qui devait survenir en 2023, est désormais repoussée au-delà de 2033 (!)¹⁶, l'amputer de l'un de ses financements revient, une fois encore, à faire reposer pour plus longtemps encore le poids de la dette sur les épaules des générations futures. Soulignons en outre la volatilité de l'action publique sur ces dispositions alors que le gouvernement avait augmenté la CSG de façon uniforme de 1,7 point en janvier 2018, avant de faire volte-face et de l'annuler pour les revenus compris entre 1 300 € et 2 000 €.

3

Depuis le Fonds de réserve des retraites (FRR)

IGF/IGAS.- Pour financer la CADES, le FFR doit abonder la CADES de 2,1 Mds € par an de 2021 à 2024, puis de 1,45 Md € par an à partir de 2025 et jusqu'à la fin de l'amortissement de la dette sociale en 2033. Au 31 décembre 2019, les actifs du FRR s'établissaient à 33,6 Mds € ; la performance sur l'année a été de 9,66%. Par construction, il ne s'agit pas de ressources pérennes.

Il n'apparaît ni prudent ni judicieux de solliciter le FRR. Créé pour faire face à la pression démographique sur les retraites, le FRR serait ainsi détourné de son objectif alors que l'équilibre des retraites, faute de réelle réforme, n'est toujours pas assuré. Il devra être mobilisé pour financer le déficit futur des retraites en attendant la montée en puissance des mesures d'économies portant sur l'âge de départ. Il ne serait pas pertinent, en effet, de vendre ses actifs tant que le niveau des actions n'aura pas remonté.

Depuis la branche Famille

IGF/IGAS.- Du fait de la démographie, les charges des allocations versées par la branche Famille sont structurellement orientées à la baisse. Cette tendance a été contrebalancée par l'élargissement de certaines prestations, et par une croissance rapide de l'action sociale de la branche Famille. Au cours des débats successifs sur le 5^{ème} risque, l'idée d'une réallocation de moyens de la branche Famille vers la perte d'autonomie pour tenir compte des évolutions démographiques respectives a été parfois évoquée.

¹⁶ Voir la loi sur la dette sociale du 23 juillet 2020.

Avant la crise de 2008, l'idée d'utiliser les excédents futurs de la Cnaf pour financer le 5^e risque avait déjà été émise. Il ne s'agit donc pas d'une idée nouvelle. Avec la crise de la covid-19, les comptes de la branche « famille » seront de nouveau en déficit, sauf à réduire drastiquement les prestations en faveur de l'accueil du jeune enfant, premier poste de dépense du Fonds national d'action sociale (Fnas) géré par la Cnaf. Sans même aller sur le terrain des convictions sur le respect des objectifs propres à chaque caisse de la sécurité sociale, et alors que l'après-crise sanitaire cède la place à une crise économique qui nécessite un soutien massif et sans précédent à l'activité et donc incluant des solutions de garde et d'accueil des jeunes enfants des actifs, la mise en œuvre d'une telle hypothèse s'avèrerait particulièrement contre-productive. Plus que jamais, les jeunes parents, qui comptent dans leur immense généralité parmi les actifs doivent pouvoir retourner au travail. Le choix ici, doit privilégier les générations professionnellement actives, et dont l'activité – rappelons-le – génère les cotisations indispensables aux recettes de la sécurité sociale, plutôt que les générations âgées.

2. Financements personnels complémentaires (cf. atelier n°3 de la concertation « Grand âge et autonomie »)

Une assurance complémentaire

IGF/IGAS.- Selon la FFA, 7,1 millions de personnes étaient couvertes par un contrat d'assurance dépendance à fin 2017, dont les 2/3 par un contrat adossé à une complémentaire santé. Les primes collectées par les sociétés d'assurance (qui couvrent 2,7 millions de souscripteurs) étaient de 783 M€, la rente mensuelle moyenne versée de 598€ pour les contrats à adhésion individuelle. Plusieurs formules d'assurance complémentaire ont été proposées pour développer cette couverture, (la piste d'une assurance obligatoire à partir d'un âge donné, à l'image du système de Singapour, n'a pas été retenue, cf. rapport Libault) par exemple l'adossement à une autre assurance (santé, logement...) de façon systématique ou optionnelle. Des propositions ont aussi été formulées pour rendre les assurances dépendance existantes plus homogènes (contenu obligatoire, sur le modèle des contrats santé responsables, en contrepartie d'un taux réduit de taxe) ou mieux articulées avec l'éligibilité à l'APA.

Cette piste n'est pas non plus nouvelle. Elle avait déjà été approfondie, notamment avec les acteurs de l'assurance. Les contrats adossés aux complémentaires santé, financés par les entreprises, ne couvrent en général la personne qu'après la retraite. Par ailleurs, l'articulation entre les critères retenus dans les contrats avec ceux de l'évaluation préalable au calcul de l'Allocation personnalisée autonomie (APA) pose des problèmes d'ordre techniques qu'il conviendrait de traiter au préalable. La mesure semble peut être efficiente sur le court terme.

L'APA, attribuée par les travailleurs sociaux des Conseil départementaux de façon hétérogène selon les travailleurs sociaux non basée sur les Actes de la vie quotidienne (AVQ), ne permet pas une modélisation sécurisée du risque et de son cadre économique.

L'introduction d'une garantie pour l'adaptation du logement dans les contrats d'assurance habitation

IGF/IGAS.- En 2018, le nombre de contrats d'assurance multirisque habitation était de 41,9 millions, et les cotisations versées ont représenté 10,5 milliards d'€ (source FFA), pour une prime moyenne de 271 € pour les contrats occupants. Ces contrats couvrent une pluralité de risques (incendie, tempête, dégâts des eaux, vol, responsabilité civile, bris de glace), selon des modalités propres à chaque contrat, mais pas les dépenses d'adaptation du logement rendues nécessaires par une perte d'autonomie.

Il existe déjà de nombreux financements publics de l'adaptation du logement (Cnav, Apa, Anah, etc.). Pour l'heure, les primes d'assurance habitation ne tiennent pas compte de l'âge et de la santé ce qui constitue un frein au développement de cette piste.

Les plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) pourraient être harmonisés et mobilisés en incluant les personnes de plus de 75 ans parmi les publics cibles, quel que soit leur niveau de revenus. Un plafond pourrait, le cas échéant, être introduit. Le programme « habiter mieux » de l'Anah pourrait voir leurs aides majorées pour soutenir les rénovations énergétiques réalisées dans les logements de personnes âgées ou handicapées. Cette majoration serait portée via les contrats locaux d'engagements et relèverait du budget de l'Etat.

Une autre piste consisterait à améliorer la prévention et le « mieux vieillir » au sein du domicile en rendant accessible à tous, le crédit d'impôt pour les dépenses d'équipement du logement.

Le crédit d'impôt d'équipement du logement en faveur du « mieux vieillir » a été étendu dans le cadre de la Loi de finances 2018 à des installations indispensables pour la sécurisation des personnes¹⁷ évaluées entre les GIR 4 et 1.

En restreignant le dispositif aux personnes déjà engagées fortement dans une situation de perte d'autonomie, le dispositif perd de sa pertinence au regard d'une nécessaire politique de prévention qui doit être développée. Par ailleurs, la seconde restriction qui ne permet pas à des personnes de moins de 65 ans d'accéder au crédit d'impôt est également contreproductive. L'abaissement de ce seuil à 60 ans et d'ailleurs préconisé par la Cnav.

En conséquence, ce crédit d'impôt pourrait être pleinement orienté en faveur du « bien vieillir » et de la « prévention de la perte d'autonomie ». Pour atteindre des objectifs ambitieux en termes de prévention cette mesure doit être accompagnée d'une campagne de sensibilisation nationale de grande ampleur.

5

Le viager

IGF/IGAS.- En 2017, le patrimoine moyen des personnes de plus de 60 à 69 ans était de 219 500€, et celui des personnes de 70 ans et plus de 157 000 €, constitué à environ 60 % de biens immobiliers. La vente en viager reste limitée (de l'ordre de 2 000 à 6 000 transactions par an) en raison notamment de l'obstacle moral pour l'acheteur, et des conditions financières pour le vendeur. Les fonds viager mutualisés, agissant comme intermédiaires entre des investisseurs et les vendeurs, aident à dépasser l'obstacle moral qui limite le recours au viager et à mutualiser le risque de longévité, encourageant les investissements sur ce marché, mais ils restent peu développés.

C'est une solution qui peut séduire, mais les Français restent dans leur grande majorité, très attachés à la notion de propriété. Il faudrait néanmoins revoir la fiscalité du viager qui est un repoussoir pour beaucoup. Il serait peut-être utile d'envisager une organisation centrale qui chapeaute le secteur afin de garantir une transparence et rassurer les débirentiers tout en protégeant les vendeurs. Il convient de considérer que le vendeur « s'affaiblit » au fil du temps et que l'acheteur « s'impatiente » dans le même temps...

La rente perçue par le crédirentier serait soumise à l'impôt sur le revenu sur une fraction de son montant calculée en fonction de son âge au moment de la cession (40 % entre 60 et 69 ans et seulement 30 % à compter de 70 ans). La fiscalité pourrait donc paraître avantageuse de prime

¹⁷ Tels que les éléments attachés à perpétuelle demeure comme les sanitaires (évier et lavabos réglables, siphon déporté, sièges de douche muraux, w-c surélevés) et des installations de sécurité et d'accessibilité attachées à perpétuelle demeure (élevateurs spécialement conçus pour le déplacement d'une personne handicapée, mains courantes, etc.).

abord, mais ce serait compter sans l'imposition de la plus-value au moment de la cession (sauf résidence principale).

Pour le débirentier, il n'existe aucun avantage fiscal particulier à contracter un viager car aucune déduction ne peut être opérée sur ses revenus au titre de la rente servie. Du point de vue de l'ISF, la fiscalité peut s'avérer lourde. Pour le crédirentier, l'intégralité du capital représentatif de la rente viagère (capital nécessaire au 1^{er} janvier de l'année pour constituer la rente viagère souhaitée), mais également la valeur de son droit d'usage, s'il continue à occuper le bien, seront intégrés à son assiette taxable. Pour l'acheteur, il devra déclarer la valeur de l'immeuble (après déduction de la valeur de l'éventuel droit d'usage) diminuée du montant du capital représentatif de la rente.

Pour autant, cette solution paupérise le potentiel d'héritage au profit d'une génération qui a su constituer un patrimoine à la faveur de décennies plus dynamiques qu'aujourd'hui en termes de création de richesses. Alors que depuis 1974, le déséquilibre des comptes de la Nation crée de la dette publique qui pèse et pèsera encore plus demain, du fait des choix faits en réponse à la crise de la covid-19, sur les générations suivantes, il convient de recourir à ce type de dispositifs avec parcimonie et souci d'équité entre les générations.

Le prêt viager hypothécaire

IGF/IGAS.- Le principe du prêt viager hypothécaire, introduit par ordonnance en 2006, est d'octroyer un prêt gagé sur un bien immobilier, correspondant à une fraction de la valeur estimée à terme de ce bien, remboursé au plus tard au décès de la personne, et qui peut servir à financer des adaptations du logement ou toutes dépenses liées à la perte d'autonomie. Le souscripteur du prêt peut rembourser de son vivant ou non. Dans le second cas, les héritiers doivent rembourser le prêt, en vendant le bien immobilier gagé s'ils le souhaitent. Si la valeur du bien immobilier est inférieure à la dette, la banque prêteuse encourt une perte.

Le crédit viager hypothécaire, lancé à son origine par le Crédit Foncier, semble plus souple que le simple viager. Il prévoit soit le remboursement par l'emprunteur de son vivant soit après son décès par ses héritiers qui peuvent rembourser sur leurs fonds propres ou par la vente du bien donné en viager.

Il conduit donc à réduire le patrimoine transmis, d'autant plus que les taux d'intérêt pratiqués par les banques (5 %) ne sont pas négligeables.

Cette approche pénalise plus les descendants – quand il y en a – qu'un recours sur succession sur une prestation publique (sans intérêt). Elle convient mieux aux personnes n'ayant pas d'héritiers directs.

La mobilisation de l'assurance vie par une exonération fiscale à la transformation en « rente dépendance »

IGF/IGAS.- L'encours des contrats d'assurance-vie s'élevait fin 2019 à 1 788 milliards d'euros, en progression de 6 % sur un an. Aujourd'hui, lorsqu'une assurance vie est transformée en rente, une fraction de la rente viagère est soumise à l'imposition sur le revenu et aux prélèvements sociaux en fonction de l'âge de l'assuré (moins de 50 ans : 70 %, entre 50 et 59 ans : 50 %, entre 60 et 69 ans : 40 %, à partir de 70 ans révolus : 30 %). La reconnaissance d'une perte d'autonomie est sans incidence sur ce régime fiscal.

Cette piste est intéressante. Les avantages fiscaux après le décès (exonération de droit de succession) doivent être étendus dès la perte d'autonomie. Il conviendrait que les assureurs vendent – dès la souscription – l'assurance vie comme une précaution vis-à-vis du risque de

dépendance, et proposent des possibilités de transformation d'une partie du capital en rente en cas de dépendance. Cela serait plus facile à vendre qu'une simple assurance dépendance.

La prise en compte du patrimoine dans l'attribution de l'APA à domicile

IGF/IGAS.- En Angleterre, le *Community Care*, organisé par les collectivités locales, tient compte du patrimoine des personnes âgées, qui au-dessus d'un certain seuil doivent financer intégralement leurs dépenses. La prise en charge complète de l'hébergement par la sécurité sociale n'est disponible que pour les personnes dont les actifs sont inférieurs à 14 250 livres sterling et qui ont un niveau de dépendance élevé. Cette prise en charge est dégressive jusqu'à un niveau d'actifs de 23 250 livres sterling. En 2008 et 2010, les rapports du sénateur VASSELLE avaient proposé, pour l'APA à domicile, de solliciter les patrimoines les plus élevés par le choix offert à l'entrée en dépendance entre une APA à 50 % ou une prise de gage de 20 000 euros au maximum sur la fraction du patrimoine dépassant un seuil déterminé, à fixer entre 150 000 euros et 200 000 euros. Le rapport Fragonard avait effectué un chiffrage de cette mesure, entre 450 et 950 M€ d'économies sur l'APA selon le seuil de prise de gage. Cette question a été réabordée dans le cadre de l'atelier 2 de la concertation « grand âge et autonomie ».

C'est déjà le cas puisque, dans la prise en compte des ressources pour l'APA, les conseils départementaux imputent un revenu fictif de 3 % du patrimoine « dormant », en excluant cependant la résidence principale pour protéger les retraites modestes propriétaires d'un logement devenu cher.

La suppression de l'aide au logement en EHPAD

IGF/IGAS.- L'EHPAD étant considéré comme la résidence de la personne âgée, celle-ci peut bénéficier d'une aide au logement. Le rapport Libault propose de supprimer ce droit (ainsi que la déduction fiscale sur l'impôt sur le revenu, cf. 4.c) et de remplacer l'ensemble ASH/allocation logement/déduction fiscale) par une seule allocation, dégressive selon les revenus. L'atelier 2 de la concertation « grand âge et autonomie » a détaillé l'effet d'une fusion de l'ASH et des aides au logement.

Le cumul APA établissement + APL + déduction fiscale pour hébergement conduit à une courbe d'aides en fonction du revenu en forme de « W ». En 2008, la fusion des trois aides pour créer une seule aide dégressive en fonction du revenu avait déjà envisagée mais s'était heurtée aux réticences du ministère du Logement qui souhaitait garder la main sur l'ensemble des APL.

La solution du rapport Libault semble être une solution tout à fait acceptable dans la mesure où l'Ehpad est une solution de fin de vie définitive. Par conséquent, il semble logique d'adapter une solution plus légère et surtout plus simple pour la prise en charge de l'autonomie. Reste à convaincre le secteur du logement qui risque de ne pas vouloir se départir d'une partie du versement des APL qui, pour cette partie Ehpad, est une solution particulièrement simple à gérer.

La prise en compte de l'aide au logement dans les ressources du calcul de l'APA

IGF/IGAS.- Les aides au logement ne sont pas prises en compte dans le calcul de l'APA, alors qu'elles le sont pour d'autres allocations de solidarité, comme la complémentaire santé solidaire ou le RSA (qui incluent aussi dans le calcul un forfait pour les propriétaires, ou une valeur locative pour les biens loués gratuitement).

Les aides au logement concernent les personnes aux faibles ressources dont le ticket modération APA est faible. Cette mesure, anti-redistributive, ne générerait pas beaucoup d'économies.

Le report à 75 ans de l'exonération de cotisations patronales pour l'aide à domicile

IGF/IGAS.- Le rapport Libault (proposition 134) reprend la proposition qui figurait déjà dans le rapport Pinville-Poletti de 2014 de reporter de 70 à 75 ans (sauf pour les bénéficiaires de l'APA) l'exonération de charges patronales sur les services d'aide à domicile.

Le rapport Pinville-Poletti proposait de porter à 80 ans l'âge requis pour bénéficier de l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi d'un salarié à domicile¹⁸. Cette mesure était d'ailleurs en contradiction avec le rappel dans le même rapport de l'un des objectifs majeurs d'une politique fiscale spécifique au secteur des SAP en ce qu'il est particulièrement sensible à la concurrence déloyale de l'économie illégale du « travail au noir ». Il convient que cette mesure serait non seulement contreproductive en termes d'efficacité fiscale, mais aussi à l'égard des personnes âgées et de leurs aidants familiaux qui assument dans la majorité des cas un reste à charge au financement des services requis par leur situation de dépendance à domicile.

3. Niches fiscales

Le périmètre du crédit d'impôt « aide à domicile »

IGF/IGAS.- L'étude sur les politiques d'exemption fiscale et sociales du LIEEP (Sciences Po Paris, 2018) constate que le nombre d'emplois créés grâce à ce crédit est faible, pour un coût budgétaire supérieur à celui de l'emploi créé. Et il bénéficie essentiellement (43,5 % de la dépense fiscale) aux personnes du décile supérieur de revenus. Le rapport Libault (proposition 135) propose donc de recentrer le crédit d'impôt sur les besoins sociaux, en différenciant les plafonds de dépense sur la base de critères d'âge.

8

Particulièrement contesté par une grande partie des acteurs du secteur des services à la personne pour contenir de trop nombreux biais d'analyse, particulièrement en ne prenant pas en compte les stratégies de contournement/compensation du consommateur en cas d'altération du crédit d'impôt et en n'approfondissant pas l'apport aux finances publiques de l'activité déclarée au regard des différents régimes d'acteurs (entreprises, associations, particuliers employeurs), le rapport du LIEEP n'apparaît pas pertinent pour appuyer des conclusions définitives sur l'efficacité du dispositif en regard du nombre d'emplois créés.

D'autres sources apportent un regard plus nuancé en soulignant que les emplois créés et déclarés permettent d'obtenir le ratio suivant : « 1 € octroyé par l'Etat sous forme essentiellement d'allègements de cotisations sociales et patronales, les entreprises génèrent un bénéfice direct et indirect pour les finances publiques de 3,6 €, les associations 1,4 € et les particuliers employeurs 1,3 €. »¹⁹ Ces travaux soulignent en outre que ces résultats ne peuvent être obtenus que grâce à un périmètre d'application du crédit d'impôt plus large que les seuls services aux personnes âgées dont la structure de coût ne permet pas un retour suffisant en cotisations diverses et impôts au bénéfice des finances publiques pour en couvrir la dépense.

¹⁸ Mesure n°2.

¹⁹ Rapport O. Wyman, *Apport aux finances publiques selon le statut des acteurs des services à la personne*, 2012.

Une taxation des donations

IGF/IGAS.- Dans le régime actuel, les donations sont exonérées d'impôt dans la limite de 100 000 € par parent et par enfant tous les 15 ans. S'ajoute aux 100 000 € le don familial dans la limite de 31 865€ (si le donateur a moins de 80 ans, et que le bénéficiaire enfant ou petit enfant est majeur).

Cette mesure est très impopulaire. Le lien avec la dépendance sera difficile à expliquer. De plus, cette mesure pénalise les jeunes.

La suppression de la déduction d'impôt sur le revenu au titre de l'hébergement en EHPAD

IGF/IGAS.- Par construction, la déduction fiscale d'impôt sur le revenu pour l'hébergement en EHPAD (25% des sommes réglées pour l'hébergement et la dépendance durant l'année avec un plafond à 10 000 € par personne hébergée) bénéficie aux personnes les plus imposées. L'étude du HCFEA sur l'aide sociale à l'hébergement montre que l'effet cumulé ASH/allocation logement/déduction fiscale résulte en une aide ciblée sur les faibles revenus et les revenus élevés, mais que les revenus intermédiaires sont en proportion moins aidés.

(Voir les observations sur le point 3.2)

4. Prélèvements obligatoires

Une deuxième journée de solidarité

IGF/IGAS.- La contribution solidarité autonomie, contrepartie de la journée de solidarité, procure une ressource de 2, 3 Mds € environ et la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie 800 M€. Le rapport « Grand âge et autonomie » indique que cette mesure a été débattue, mais « n'est pas apparue opportune à ce stade... dans la mesure où sont privilégiées les options de financement sans hausse de prélèvements obligatoires ». L'instauration d'une journée de solidarité pourrait aussi être compensée par une autre mesure fiscale que la CSA, par exemple l'abaissement du seuil de l'exonération de cotisations familiales de 3,5 SMIC à 2,5 SMIC, si elle s'avère plus efficace pour l'emploi.

Même si, une fois encore cette mesure pèse sur les actifs, que sont rendement ne sera pas de même niveau que celui de la première journée de solidarité, et que le 1,5 milliard espéré est loin d'être à la hauteur des 9 milliards d'euros annuels qui seront nécessaires pour répondre aux besoins dès 2030, la mobilisation d'une seconde journée de travail paraît inévitable. Elle présente l'avantage d'être clairement fléchée vers la prise en charge de la dépendance. Il faudra cependant sanctuariser cette affectation. Cela n'avait pas été le cas en 2004, puisque plus de la moitié de la recette a été affectée par la Cnsa aux personnes handicapées.

Par ailleurs, l'option « financement sans hausse de prélèvements obligatoires » semble illusoire d'autant plus que la Cades verrait ses ressources amputées et que du déficit abyssal de la sécurité sociale suite à la covid-19.

Une taxation des successions

IGF/IGAS.- Lors des débats sur le projet de loi « dette sociale et autonomie » en commission sociale à l'Assemblée Nationale, un amendement (N°52 de M^{me} Delphine BAGARRY) a proposé d'instaurer une taxe de 1 % sur tous les actifs successoraux (en première estimation, la recette serait de l'ordre de 600 M€). Alternativement, la base pourrait être celle des droits de mutation à titre gratuit pour ne pas impacter les petites successions, ou la taxe appliquée à partir d'un montant de la succession. Cette éventualité a aussi été débattue dans le cadre de la concertation « Grand âge et autonomie » en visant les successions d'un montant important.

Mesure impopulaire par excellence, les Français restent très attachés au patrimoine et aux successions. A l'instar de l'ISF cette mesure, telle que proposée, risque de coûter plus qu'elle ne rapporterait. Pour la rentabiliser, il faudrait en élargir l'assiette au risque de générer une impopularité plus forte encore.

Un alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs

IGF/IGAS.- Le taux de CSG des retraités, à revenus identiques, est inférieur à celui des actifs (8,3 contre 9,2 pour la tranche supérieure), alors même que la logique de la contribution sociale généralisée est de taxer de façon identique les revenus d'un même montant, quelle qu'en soit l'origine. Cet écart pourrait être réduit ou annulé (0,1 point de CSG génère une ressource de l'ordre de 300 M€) Alternativement, un abaissement du plafond de l'abattement fiscal de 10 % sur les pensions et rentes (article 158-5-a du code général des impôts) pourrait être envisagé (cette mesure fiscale représente 4,5 Mds€), ou bien une sous-indexation des retraites (une sous-indexation de 0,1 point par rapport à l'inflation en 2021 aurait un impact financier estimé à 0,25 Md€).

C'est une des mesures de janvier 2018 qui avaient cristallisé le mécontentement des Gilets Jaunes à tel point que le Président Macron avait annulé pour partie cette augmentation de 1,7 point en mai 2019 et qui concernait 3,8 millions de foyers. Pour autant, cette mesure répond à une nécessité d'équité et de justice sociale entre les générations, entre les actifs et les retraités, et porte comme sa dénomination l'indique une ambition d'universalité qui doit se concrétiser par un égal niveau d'effort entre les contributeurs.

En revanche, la sous indexation de retraites, déjà en œuvre, doit être consacrée à l'équilibre financier des retraites.

Une extension du champ de la CSA/CASA aux revenus de capitaux mobiliers

IGF/IGAS.- L'assiette de la CSG couvre outre les revenus d'activité et les revenus de remplacement les revenus du patrimoine, les produits de placement ou les sommes engagées ou redistribuées par les jeux. La CSA, du fait qu'elle est la contrepartie de la journée de solidarité, ne touche que les revenus d'activité ; la CASA ayant étendu la base aux revenus de remplacement (retraites et invalidité). La loi de finances pour 2018 a réformé la fiscalité applicable aux revenus de capitaux mobiliers en instaurant un prélèvement forfaitaire unique (PFU) incluant à la fois prélèvements sociaux (17,2 %) et impôt sur le revenu (12,8 %).

Il faut simplifier l'imposition sur le capital et le PFU va dans le bon sens. Il faut aligner son taux sur l'impôt sur le revenu (y compris la CASA).

■

Quel périmètre et quelle architecture pour la nouvelle branche autonomie ?

■

Propos liminaires

1) Défi du maintien à domicile horizon 2030-2060

Trois exigences :

- il convient de donner plus de visibilité sur les intentions des pouvoirs publics, sur une longueur de temps pluriannuelle ;
- il y a nécessité d'un discours fort de la part du gouvernement pour valoriser l'aide à domicile, et les acteurs qui travaillent au quotidien auprès des personnes en situation de dépendance et leurs aidants familiaux, sans lequel il ne peut y avoir d'action forte en faveur des investisseurs privés sur ce secteur économique ;
- il convient d'harmoniser les pratiques, par exemple :
 - le cahier des charges national de l'autorisation est trop souvent alourdi de contraintes supplémentaires par tel ou tel conseil départemental ;
 - les tarifs appliqués aux structures sont opaques et trop faibles ;
 - il n'y a pas de transparence dans l'élaboration, la gestion et le suivi des Cpom ;
 - toujours pas d'arrêté sur les évaluations...

11

2) Articulation hôpital / ville / domicile

C'est une évidence du point de vue du budget de la sécurité sociale, de l'Etat et des collectivités. Cependant, la réduction de la prise en compte de la question du bien vieillir par la seule notion du médico-social nuit à la mise en avant de la prévention et à la bonne articulation entre l'action des professionnels de la santé et ceux du service

3) Prévention de la perte d'autonomie

L'approche de la perte d'autonomie doit intégrer les réalités des acteurs du service à la personne non seulement auprès des personnes dépendantes pour ralentir l'évolution de celle-ci, mais aussi des aidants, et plus largement des séniors en bonne santé. Ce point est capital pour trouver les relais financiers privés susceptibles de faire enfin décoller la silver économie.

Le recours à des contrats « dépendance », notamment via l'assurance/assistance, devrait être mis en avant. Pour l'instant, c'est le grand silence.

4) Place de la famille / aidants dans la prise en charge des personnes âgées à domicile

Les acteurs privés intègrent de plus en plus la question de l'aidant, notamment par le recours à des outils dématérialisés de communication. Le modèle du baluchonnage mis en œuvre avec succès au Québec depuis plusieurs années et qui a fait l'objet en France d'expérimentations réussies et de rapports parlementaires n'est toujours pas soutenue de façon forte par les pouvoirs publics.

■

Volet périmètre et gouvernance

■

Questionnement de la mission IGF / IGAS

Quelles mesures de périmètre et de gouvernance du soutien à l'autonomie ?

Le rapport de la concertation « Grand âge et autonomie » évoquait un « 5^{ème} risque », mais au cours du débat sur le projet de loi « dette sociale et autonomie », le Parlement a décidé de consacrer la création de cette 5^{ème} branche « autonomie ». Cette décision nécessite de définir, lors de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 qui viendra en discussion au Parlement à la mi-octobre, l'architecture de cette nouvelle branche, et le périmètre du risque qu'elle devra gérer. Le gouvernement doit remettre au Parlement un rapport « *sur les modalités de mise en œuvre d'un nouveau risque et d'une nouvelle branche de sécurité sociale relatifs à l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap* ».

Conformément à la lettre de mission, ce questionnement vise à recueillir votre avis sur **l'architecture de la branche autonomie**, à la fois sur la définition du périmètre que devrait recouvrir la branche et sur les enjeux de sa gouvernance, dont la pertinence est une des conditions essentielles du bon pilotage des politiques publiques sur ce champ et de leur déclinaison en équité sur les territoires. L'insertion de la branche dans la loi de financement de la sécurité sociale peut également recouvrir des questions de pilotage financier et de présentation budgétaire, avec l'objectif d'une maîtrise de l'équilibre financier de la nouvelle branche et de sa soutenabilité.

Les enjeux de **gouvernance nationale et locale** seront également au cœur de la définition de cette nouvelle branche. Il s'agit de définir l'organisation, la composition et les missions de la caisse chargée de l'autonomie, ainsi que sa relation avec la tutelle et avec les autres branches de la sécurité sociale. L'organisation territoriale de la branche autonomie devra être précisée ainsi que la coordination entre les acteurs concernés par les politiques conduites au niveau local. Dans ce sujet de gouvernance, devra en outre être revue l'articulation au sein de cette branche entre les politiques distinctes et les sujets de recoupement du grand âge et du handicap.

Même si le contexte a changé, les éléments de ce débat ont largement été abordés dans la concertation « grand âge et autonomie », et retracés dans le rapport Libault et ses annexes. Et de nombreux acteurs ou experts se sont aussi déjà exprimés.

1. Quelle architecture de la branche autonomie ?

Le périmètre

IGF/IGAS.- Les financements publics actuels de l'autonomie vont bien au-delà de ce que retracent l'actuel objectif global de dépenses (OGD) et le budget de la CNSA. Quel devra être le périmètre de couverture de la nouvelle branche, en recettes et en dépenses ? Comment bien distinguer ce qui relève du droit commun (le droit à la santé, à l'éducation, au logement etc. de tous indépendamment de leur situation particulière) et ce qui relève d'une politique spécifique de l'autonomie ? Comment assurer une visibilité globale de l'effort de la nation ?

L'Institut C&C inscrit sa présente contribution d'une refonte équitable et des politiques de l'autonomie dans un cadre permettant de développer l'efficience organisationnelle et financière pour l'ensemble des acteurs.

La recherche de cette efficience s'appuie sur les cinq principes fondamentaux. Ces principes offrent un cadre législatif et réglementaire essentiel pour la structuration du 5^e risque et la pérennité des organismes apportant des services. Il doit être préservé.

De fait, la robustesse de ce cadre permet d'imaginer un ordonnancement plus qualitatif des relations entre les acteurs. Cet ordonnancement doit passer par :

- la mise en œuvre de procédures et d'outils d'échange et d'information entre les directions d'administrations centrales et déconcentrées concernées (Carsat, Direccte), les services des conseils départementaux et les structures de services ;
- l'information exhaustive des publics directement concernés (personnes en perte d'autonomie, proches-aidants, partenaires médico-sociaux, etc.) par une communication d'une liste comprenant toutes les structures d'aide à domicile ;
- l'adoption d'un tarif unique socle national, pouvant être majoré en fonction de spécificités objectives liées à des réalités géographique et démographiques du département, et de l'intensité de la situation de perte d'autonomie de la personne et de l'ampleur de l'aide qu'elle nécessite ;
- le recours à des critères objectifs dans l'évaluation des structures et leur capacité à être retenues dans le cadre d'un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom).

Ces aménagements tant structurels que fonctionnels poursuivent quatre ambitions :

- amélioration de l'efficience financière de la prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie ;
- harmonisation des pratiques des différents acteurs sur l'ensemble du territoire national ;
- lutte contre les pratiques discriminatoires envers certains acteurs intervenants ;
- sauvegarde et le développement de la qualité sur l'ensemble de la chaîne d'intervention auprès de la personne âgée dépendante.

Faut-il maintenir les sous objectifs « ONDAM personnes âgées » et ONDAM « personnes handicapées » dans l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), ou les supprimer et transférer ces dépenses et des recettes correspondantes dans la nouvelle branche ?

Le périmètre budgétaire actuel de la CNSA est retracé dans les objectifs globaux de dépenses (OGD) pour le grand âge et le handicap, pour un montant total de 23 Md€. Ces dépenses sont celles figurant dans l'ONDAM médico-social (PA et PH) financées par l'assurance-maladie, augmentées d'un apport complémentaire de la CNSA via ses ressources propres (CSA et CASA notamment). La création de la nouvelle branche pourrait (ou non) se traduire par la suppression de ce système en cascade.

Il est souhaitable de maintenir ces sous-objectifs, chaque poste de dépense de maladie correspondant à des spécificités qui lui sont propres. De façon concrète, il peut être délicat de déterminer si une maladie est la cause ou non du grand âge. L'assurance maladie aide à lutter en premier lieu contre les causes, puis gère les conséquences.

Concernant le handicap, il convient de ne pas confondre le handicap dû au grand âge et le handicap de naissance ou consécutif à une maladie ou un accident du travail ou non. Ce qui doit primer pour prendre en compte le handicap, c'est la cause de celui-ci et non la conséquence (dépendance physique ou psychologique, handicap au travail, grand âge...). Tous les handicaps n'ont ni les mêmes **origines** ni les mêmes causes, pas plus que les mêmes effets et les mêmes traitements, chacun d'eux doit être traité suivant sa spécificité.

Quels types de recettes affecter à la nouvelle branche ?

L'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale prévoit par branche les recettes de l'ensemble des régimes. Si les ONDAM PA/PH disparaissent du périmètre de l'ONDAM, et donc les transferts de l'assurance maladie vers la CNSA, il faudrait prévoir la réaffectation de recettes de la branche maladie vers la nouvelle branche autonomie. Ce transfert pourrait être réalisé soit par l'affectation de recettes fiscales perçues par l'assurance maladie (CSG, TVA, autres taxes ?) soit par la création d'une cotisation spécifique à la dépense autonomie (donc une charge sociale).

Il est naturel que les crédits destinés aux soins médicaux restent dans le champ de l'Ondam. La maladie reste la raison principale de reconnaissance. La branche maladie s'entend au sens large. Il convient de veiller à préserver la cohérence d'ensemble de la branche.

14

Quel périmètre pour la nouvelle branche autonomie ?

Le périmètre de l'OGD et le budget de la CNSA ne constituent pas l'intégralité des dépenses publiques consacrées à l'autonomie. D'autres dépenses de la sécurité sociale et de l'État participent à la prise en charge de l'autonomie. Faut-il les intégrer dans la branche autonomie (avec réaffectation des recettes associées) ? Faut-il les intégrer dans le programme de qualité et d'efficacité (PQE à l'annexe 1 de la LFSS, actuellement intitulé « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »)

Il convient de construire un budget répondant aux seules problématiques de la perte d'autonomie.

Certaines des prestations financées par d'autres branches de la protection sociale ? Le risque invalidité, qui a une finalité comparable ou proche ?

Les pensions d'invalidité du régime général sont actuellement financées par l'assurance maladie (6,4 Md€). Au-delà du régime général, le risque invalidité est assuré par plusieurs régimes en lien avec la retraite, notamment parmi les régimes spéciaux et les régimes des professions libérales (cf. rapport IGAS de 2012, et le rapport annuel de 2019 de la Cour des Comptes sur les lois de financement de la sécurité sociale). De même la prise en charge de l'invalidité dans la fonction publique est effectuée au sein du CAS Pensions pour la FPE et de la CNRACL pour la FPT et la FPH. La plupart de ces allocations sont contributives et servies sans conditions de ressources.

Les pensions d'invalidité couvrent le risque d'incapacité de travail totale ou partielle et non la perte d'autonomie. Elles sont plus proches d'une pension de retraite, car proportionnelles aux revenus.

La question des régimes spéciaux et celui de la fonction publique doit être abordée dans le cadre de la réforme des retraites.

La partie des dépenses de l'assurance vieillesse associées à la perte d'autonomie ?

Cela concerne des dispositifs de retraite en lien avec la prise en charge de l'autonomie (Retraite Anticipée des Travailleurs Handicapés, Assurance vieillesse du Parent au Foyer pour les aidants). On pourrait également penser à l'action sociale des régimes de retraite en faveur des personnes âgées et assurant une prise en charge de l'autonomie (les prestations d'action sociale de la CNAV sont évaluées à 350 M€).

L'action sociale des caisses de retraite est orientée maintenant vers la prévention de la dépendance. Cela fait sens puisque toutes les caisses sont en contact avec tous les retraités. La coordination avec les autres acteurs (ARS, conseils départementaux) se fait au sein des CDFPPA.

Des prestations familiales relatives au handicap ?

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), dont la CNSA finance une majoration, et l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) constituent une alternative à la PCH enfant (créée en 2008), mais avec une philosophie différente puisqu'elles sont allouées sans contrôle des dépenses effectives. Le système est complexe pour les familles, qui peuvent prétendre à la PCH en sus de l'AEEH (cf. rapport IGAS de juin 2019). 284 000 enfants bénéficiaient de l'AEEH et de l'AJPP en 2017, pour un budget de 994 M€.

Là encore, il s'agit de ne pas mélanger les différents handicaps. Pour un traitement efficace du handicap, il est nécessaire de faire prévaloir l'origine et la(es) cause(s) du handicap, et non la résultante. Une allocation d'éducation enfant handicapé n'a aucun rapport avec l'APA. Il ne faut pas chercher à rassembler tous les types de handicaps sauf à prendre le risque de perdre en acuité dans la prise en charge.

Le financement des unités de soins de longue durée (USLD) ?

Les Unités de soins de longue durée (USLD) accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans, en état de grande dépendance physique et/ou psychique, qui nécessitent un suivi médical rapproché, une surveillance et des soins médicaux permanents et constants et un accompagnement global en matière d'aide aux actes de la vie quotidienne (cf. rapport IGAS de mars 2016). Une transformation partielle des USLD en EHPAD a eu lieu (41 000 places), mais il subsiste aujourd'hui 31 000 places en USLD, financées sur les mêmes bases que les EHPAD, mais pour la section soins par des crédits de l'assurance maladie hors du périmètre de l'actuel OGD CNSA.

Les Unités de soins de longue durée (USLD) accueillent des patients en situation de dépendance momentanée ou définitive pour des raisons physiques ou psychiques. Il est donc normal que ces lits dépendent de la maladie. Pour ceux qui hébergent des patients en dépendance due à l'âge il est également logique qu'ils passent sous le régime des Ehpad médicalisés. Mais se pose alors la question de l'âge pivot de départ en retraite. Un patient admis dans un établissement USLD pour cause de maladie n'y est pas admis pour des raisons liées au grand âge, mais bien pour des raisons médicales. Avec le temps, s'il passe le départ de l'âge à la retraite, il relève alors de la dépendance due au grand âge. Doit-il changer d'établissement pour des raisons purement administratives alors que sa pathologie reste la même ?

Le financement des PAERPA ?

Le dispositif PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) vise à agir en amont de la perte d'autonomie, en repérant les principaux facteurs d'hospitalisations évitables des personnes âgées de plus de 75 ans et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux). L'expérimentation du dispositif a été initiée en 2013-2014 (cf. l'évaluation qualitative publiée par la DREES en mai 2017) ; à mi-2018 elle couvre 11% de la population des 75 ans et +. Le dispositif est financé (19,7 M€ en 2018) par les ARS via des crédits du Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Le financement PAERPA doit rejoindre le secteur 5^e risque / 5^e branche. Ce risque est spécifiquement lié au grand âge, il est alors normal qu'il soit incorporé au futur système de la dépendance.

L'intervention des infirmiers libéraux auprès des personnes en perte d'autonomie ?

Comme les SSIAD, les infirmiers libéraux peuvent intervenir sur prescription médicale auprès des personnes à domicile bénéficiant de l'APA. Mais si les premiers sont financés à la place par les crédits médico-sociaux, les actes des infirmiers libéraux sont financés par l'ONDAM soins de ville.

Il convient de poser la question de savoir ce qui prévaut d'entre les soins ou la prise en charge de la perte d'autonomie. Les soins sont-ils liés à la maladie ou à la dépendance ? La frontière qui sépare la maladie de la dépendance (par exemple, une grippe ou une angine...) en fonction de l'âge est-elle une maladie ou une cause de liée à la situation de perte d'autonomie ?

Tout ou partie des dépenses de l'État dédiées à l'autonomie ? L'allocation aux adultes handicapés (AAH) ?

Elle représente 85 % des crédits du programme 157 « Handicap et dépendance » (11,9 M€) et contribue au soutien du revenu des personnes handicapées. Elle ne vise donc pas directement les charges liées à la perte d'autonomie, mais l'absence ou la diminution de revenus du fait de l'impossibilité totale ou partielle de travailler. Elle est attribuée sur décision de la CDAPH, et distribuée par les CAF et la MSA, et bénéficie à près de 1,2 million de personnes.

L'AAH est un minimum social au même titre que le RSA. L'Etat le finance. Les commissions départementales du handicap l'attribuent et les CAF assurent le paiement.

Les autres dépenses du programme 157 ? Il s'agit :

- de l'aide au poste pour les ESAT (1,375 Md €), qui bénéficie à environ 120 000 personnes dans le cadre de la garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH) et complète le financement des ESAT, en sus des financements de la CNSA via les ARS. Elle est versée aux ESAT par l'agence de services et de paiement ;
- de l'allocation supplémentaire d'invalidité (256 M€) qui complète les ressources des bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'un avantage vieillesse dès lors que le bénéficiaire est atteint d'une invalidité générale réduisant sa capacité de travail ou de gain des deux tiers. Les bénéficiaires de l'ASI peuvent également percevoir une l'AAH dite différentielle si le niveau de l'ASI est inférieur au montant de l'AAH. ;
- du financement de l'emploi accompagné (9,9 M€). Ces crédits ont été abondés en 2019 et 2020 (+ 5 M€), dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme ;
- du financement des cinq instituts nationaux dédiés aux handicaps sensoriels (14,5 M€) : ils ont pour mission l'accompagnement médico-social et la scolarisation des jeunes aveugles et sourds au stade de l'éducation précoce, et de l'enseignement général, technique et professionnel. Le programme 157 couvre uniquement la rémunération des personnels enseignants des cinq établissements, le solde du fonctionnement étant couvert par les dotations de l'assurance maladie et par des fonds propres.

Les trois premiers financements cités concernent des aides à l'emploi des personnes handicapées. Elles ne relèvent pas de la perte d'autonomie.

Comment prendre en compte les dépenses des départements dédiées à l'autonomie ?

Elles sont une composante importante des financements publics : les départements assurent une dépense nette de 13,4 Md€ ; auxquels s'ajoutent les concours APA et PCH de la CNSA à hauteur de 3,2 M€.

Faut-il et comment inclure les dépenses des départements dans le champ de la branche autonomie, au nom de la visibilité des débats sur le financement public de l'autonomie lors de la LFSS, mais aussi au regard du principe d'autonomie des collectivités territoriales ?

Les nombreux constats (rapports IGF/IGAS, parlementaires, fédérations professionnelles, etc.) ont mis l'accent sur de nombreux dysfonctionnements dans la mise en œuvre des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes dont les plus flagrants sont :

- les disparités des tarifs adoptés par les conseils départementaux ;
- la sous-évaluation des coûts des prestations de maintien à domicile ;
- l'information parcellaire et partielle des bénéficiaires lors de l'établissement des plans d'aide ;
- l'octroi de financements publics *ad hoc* et récurrents au profit des seules associations que les conseils départementaux ont eux-mêmes autorisées, en totale illégalité au regard :
 - o des règles de la concurrence, en favorisant des acteurs présents sur le secteur au détriment d'autres acteurs présents sur le même périmètre d'activité ;
 - o du droit des marchés publics, en évinçant de fait une partie des prestataires du périmètre de l'APA ;
 - o du principe de financement des besoins du citoyen et non des nécessités de la structure prestataire.
- l'absence de prise en compte et de valorisation des efforts de gestion des prestataires.

En ne permettant pas l'émergence de pratiques similaires d'un département à un autre, l'hétérogénéité des modèles départementaux nuit à l'égalité de traitement des bénéficiaires de l'APA selon son lieu de résidence, autant qu'au développement d'acteurs entrepreneuriaux. Comme exposé lors de certains ateliers du ministère, l'une des limites du dispositif actuel de versement de l'APA se trouve dans « *des réalités territoriales diverses* » qui établit entre autres objectifs celui d'un « *équilibre à trouver entre les nécessités d'adaptation aux contextes locaux et l'exigence d'équité de traitement* »²⁰ entre les différents acteurs prestataires.

Les études de la Drees montrent cependant qu'il n'y a pas plus de disparités territoriales dans l'attribution géographiques de l'APA que dans les prestations gérées par les ex-COTOREP relevant de l'Etat.²¹

La multiplicité des règles de calcul tarifaire entre les conseils départementaux, les interprétations parfois contradictoires des textes juridiques encadrant le secteur, le refus du plus grand nombre d'entre eux à prendre en compte les structures entrepreneuriales au même titre que des structures associatives, entretiennent la fragmentation des politiques publiques spécifiques au secteur.

En conclusion, la question de la gestion des dépenses liées à l'autonomie pose le problème d'égalité des citoyens face aux aides sociales. Les départements « riches » délivrent des prestations complémentaires auxquelles les allocataires des départements plus « pauvres » n'ont pas accès. Cette question existe déjà au niveau des prestations CAF avec les départements qui développent des prestations complémentaires spécifiques. Une prestation nationale doit

²⁰ La refondation de l'aide à domicile, 17 décembre 2013, power point de la réunion interministérielle, p.7.

²¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-disparites-d-apa-a-domicile-entre-departements>

rester de niveau national et être la même sur tout le territoire. Mais pour des questions de disparité de territoire, il faut mettre en place un cadre strict ouvrant la possibilité d'un complément en fonction du département concerné (DOM, montagne, communications routières ou ferroviaires difficiles...). Afin d'éviter une grande disparité de traitement des allocataires, ces « additifs » doivent être strictement encadrés et autorisés par la Cnsa.

Enfin, **d'autres politiques publiques peuvent intégrer la question de l'autonomie**, comme en matière de logement, de scolarité, d'accès à l'emploi.

Faut-il élargir le programme de qualité et d'efficience n°1 de la LFSS pour donner plus de transparence, de capacité de pilotage en regroupant l'ensemble de ces dépenses ?

Ces questions relèvent de la politique du handicap, pas du grand âge. Les PQE sont malheureusement peu utilisées pour le pilotage des politiques dans la durée.

Les dispositifs d'accès à l'emploi ?

L'Agefiph, et le FIPHFP recueillent les contributions des employeurs privés et publics qui n'atteignent pas le taux obligatoire d'emploi de personnes en situation de handicap. Ces financements (450 M€ pour l'Agefiph, 108 M€ pour le FIPHFP) servent à faciliter l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap. Les entreprises adaptées accueillent des personnes en situation de handicap et bénéficient via le programme 102 de 395, 43 millions d'euros en 2019, avec pour objectif la solvabilisation de 33 486 ETP.

Par définition, le grand âge n'a plus la possibilité d'accéder au marché de l'emploi. Même remarque que précédemment.

Les accompagnants des élèves en situation de handicap ?

Les personnels chargés d'accompagner des élèves en situation de handicap ont pour mission de favoriser l'autonomie de l'élève, qu'ils interviennent au titre de l'aide humaine individuelle, de l'aide humaine mutualisée ou de l'accompagnement collectif dans les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS). Ils accompagnent les jeunes dans les actes de la vie quotidienne, permettent l'accès aux apprentissages et favorisent leurs relations sociales. Les 62 500 AESH sont financés sur le programme 230 du ministère de l'Éducation Nationale (935 M€ en 2020).

Les élèves en situation de handicap n'ont aucun rapport avec la dépendance du grand âge. Même remarque que précédemment.

L'adaptation du logement ?

Le programme « habiter facile » de l'ANAH permet, en fonction des ressources de la personne (dans la limite d'un plafond par région et selon la composition du foyer), de financer entre 50 % et 35 % de l'aménagement du logement des personnes âgées ou en situation de handicap. 19 700 logements en ont bénéficié en 2019, le financement de l'ANAH a été de 66 M€.

C'est une bonne mesure, mais elle doit être encadrée et contrôlée efficacement pour éviter les abus que l'on a rencontrés lors de la sortie des logements de la loi 48, surtout quand les personnes âgées sont non accompagnées ni conseillées en confiance.

A l'origine du 1 % logement, il avait été lancé des programmes neufs pour personnes âgées, en loyers modérés et en loyers intermédiaires, avec des conciergeries en pied d'immeuble. Ces conciergeries étaient parfois tenues par des personnes en situation de légère trisomie, qui rendaient service aux personnes âgées notamment pour le courrier, les petites courses, les messages, le cordonnier, etc. Ces personnes étaient logées et rémunérées par les charges de l'immeuble. En pied d'immeuble nous avons installé un salon privé toujours tenu par ces concierges et permettait aux anciens de recevoir où même de se retrouver pour discuter voir un film, bref créer de la convivialité. Le tandem personnes âgées, et trisomiques légers fonctionnait très bien. C'est une idée à exploiter.

La LFSS et le pilotage

La création d'une branche autonomie impose de revoir le champ de la sécurité sociale tel qu'il figure à l'article L.111-1 du code de la sécurité sociale. Elle aura des implications sur l'organisation des lois de financement de la sécurité sociale et sur la présentation budgétaire des dépenses :

- **le vote d'un agrégat financier d'équilibre de la branche autonomie**, selon les recettes et dépenses affectées à cette branche. La définition d'un nouvel objectif de dépenses pourrait également être envisagée, notamment pour celles qui font partie de cette politique sans être directement financées par la branche (dépenses des départements) ;

Les départements sont déjà contraints dans les dépenses sociales par le pacte de Cahors limitant à 1,2 % par an leur progression. Ajouter des contraintes supplémentaires serait un recul de la décentralisation.

- **la définition d'un programme de qualité et d'efficience** en annexe du PLFSS dédiée à l'autonomie. Le PQE est actuellement centré sur les risques invalidité et les dépenses de la CNSA. La construction de la branche autonomie est l'occasion de revoir les contenus de ce PQE ainsi que les indicateurs utilisés pour le suivi de cette politique ; afin d'assurer une vision globale des financements publics consacrés à l'autonomie au-delà des crédits qui seront gérés par la nouvelle branche.

- la question **d'outils permettant de mieux piloter les dépenses de la branche** et de s'assurer de son équilibre financier à moyen terme ; notamment les systèmes d'information permettant une vision nationale des personnes accompagnées (cf. le SI commun des MDPH en cours de déploiement : faut-il aussi un SI commun sur l'APA ?) ; et d'optimiser l'efficience de la dépense dans une logique interbranches (cf. les appariements avec le SNIIRAM de l'assurance maladie, pour suivre les dépenses de soins).

Par cohérence et clarté d'analyse, il conviendrait de séparer les PQE traitant des politiques du handicap et celles traitant des politiques du grand âge. Après quinze ans de développement, le SI commun des MDPH n'est pas encore totalement opérationnel. Il faut tirer la leçon des systèmes d'informations trop ambitieux « usines à gaz » qui n'ont jamais abouti.

- la **structure du budget** de la CNSA est aujourd'hui strictement encadrée par les dispositions du code de l'action sociale et des familles (article L. 14-10-5). Des ajustements dans la présentation budgétaire pourraient être proposés afin de faciliter le pilotage des dépenses et la coordination des politiques publiques.

Les présentations budgétaires n'assurent pas nécessairement un meilleur pilotage. La coordination doit se faire à l'échelle territoriale départementale.

2. Quelle gouvernance de la branche ?

Quelle organisation de la gouvernance nationale ?

IGF/IGAS.- La création d'une nouvelle branche devrait a priori se faire au sein du régime général de sécurité sociale (L.200-2 du code de la sécurité sociale), et il semble cohérent que la structure de tête de la branche soit donc une caisse nationale de sécurité sociale.

Si la question de la gouvernance d'un 5^e risque est majeure en ce que son évolution doit permettre de mieux cadrer et harmoniser les politiques et les financements inhérents aux politiques du grand âge et de la perte d'autonomie, elle ne doit pas se confondre avec une approche exclusive visant inéluctablement à la création d'une 5^e branche. L'idée de transformer sans autres aménagements la Cnsa en 5^e branche de la sécurité sociale présenterait les risques suivants :

- conduire à des aides pour l'autonomie équivalentes pour les personnes handicapées et les personnes âgées, donc un alignement par le haut des prestations qui serait coûteux ;
- introduire des partenaires sociaux dans la gestion d'un risque ne concernant pas les actifs semblerait excessif et risqué du point de vue de la cohésion des dispositifs sociaux de prise en charge des risques liés à l'activité.

IGF/IGAS.- Les missions de la CNSA : quelles évolutions des missions de la CNSA telles qu'elles sont définies aujourd'hui à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles ?

Les missions de la CNSA dépassent largement la seule question de la prise en charge de la perte d'autonomie liée au grand âge. Il conviendra de les ajuster.

L'Institut C&C propose de désigner la CNSA pilote national de l'aide à domicile.

Constats : comme constaté dès 2013, lors de la concertation nationale réunissant l'ensemble des acteurs du grand âge, l'hétérogénéité des pratiques territoriales nécessitait déjà un pilotage national renforcé²².

Cadre de la mesure : la Cnsa doit disposer d'un positionnement réactualisé pour devenir une instance de suivi et de contrôle des politiques publiques du vieillissement. Un pilotage national doit lui être confié, notamment pour soutenir l'harmonisation des pratiques départementales. Cette approche a été reprise dans le rapport Broussy proposant « *l'instauration d'un conseil exécutif et d'un conseil d'orientation permettant de faire de la CNSA un véritable lieu de concertation sur les politiques à mettre en œuvre.* »²³ Cependant, il convient de veiller à ce que la composition du conseil exécutif soit représentative et inclut d'autres organismes représentatifs, dont ceux des structures d'aide à domicile. Ce point plaide à nouveau pour le choix d'un 5^e risque et non d'une 5^e branche.

Avantages de la mesure : le rôle de pilotage national confié à la Cnsa permettra de remplir deux exigences principales :

- assurer l'équité de traitement des structures prestataires quel que soit leur régime (entrepreneurial ou associatif) ;

²² Réunion ministérielle de concertation sur *la refondation de l'aide à domicile*, 17 décembre 2013, power point p.7.

²³ *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France, année zéro !*, Luc Broussy, janvier 2013, p 195.

- harmoniser sur l'ensemble du territoire national les pratiques techniques des instances de décision (Direccte, conseils généraux, Carsat, MSA, RSI, ARS).

IGF/GAS.- La composition du conseil : la loi devra fixer les règles constitutives relatives aux organes dirigeants de la structure de tête, c'est-à-dire les règles relatives à leur détermination (en distinguant notamment les organes collégiaux et la direction exécutive), à leur rôle, aux conditions de leur désignation et aux catégories de personnes représentées en leur sein. La composition *ad hoc* du conseil de la CNSA, qui est très différente des compositions plus paritaires (au sens des partenaires sociaux, syndicats et employeurs) des caisses nationales actuelles pourrait être conservée, transformée, ou simplement ajustée.

Le conseil d'administration d'une branche, telle que conçue et mise en œuvre depuis la création de la sécurité sociale, repose sur la mobilisation des partenaires sociaux reconnus représentatifs par le ministère du Travail, au regard de l'activité économique. Le système de protection sociale paritaire repose en effet sur la protection des actifs dans le cadre du monde du travail : protection des salariés et de leur famille face au risque de maladie et donc de perte de salaire, des salariés face au risque d'accident du travail, des salariés face aux risques de déclassement social du fait de la survenue d'enfant(s) au sein du foyer ou de toute autre dégradation de la situation familiale, protection des salariés face au risque de déclassement social à la fin de la période d'activité, pendant la période de retraite. Ce système justifie que la majeure partie des recettes repose sur les cotisations des actifs, salariés et employeurs.

Le conseil d'administration de la Cnsa accueille, au côté des partenaires sociaux, d'autres acteurs concernés par les différentes situations de vie, professionnelles ou non, ayant entraînés ou générant une perte d'autonomie. Chaque partie prenante de l'actuel conseil d'administration de la Cnsa est légitime au regard des missions actuelles de la Cnsa, ainsi que de son périmètre d'action.

Cette composition doit être préservée, voire renforcée. Ainsi, la notion de 5^e risque apparaît plus adaptée que celle, plus restrictive, de 5^e branche, sauf à générer une nouvelle forme de branche, qui ne serait pas à proprement parler « paritaire », mais bien plus large en termes de représentation. Le risque serait alors de déconnecter le risque couvert par une branche de la notion d'activité professionnelle qui, dans la majeure partie des situations de dépendance liée au grand âge, voire de handicap, présente peu de lien avec le monde du travail. Or, la sécurité sociale se doit de rester une assurance sociale et non une assistance sociale. L'assistance sociale est bien entendu nécessaire, mais relève d'autres dispositifs de gouvernance, non spécifiquement liés au monde du travail et aux éventuelles conséquences de la vie professionnelle.

Du point de vue strictement pragmatique, une 5^e branche constituerait automatiquement des droits à l'ensemble des personnes nécessitant des aides, y compris celles n'ayant pas financièrement contribué dans le cadre de l'activité professionnelle. Or, la solvabilisation de ces situations relève d'autres circuits de financement, déconnectés du produit de l'activité, placés sous l'égide de l'Etat et de ces différents organismes de gestion, tels notamment la Cnsa actuelle pour ce qui relève de solidarité pour l'autonomie.

Le risque d'une 5^e branche de la sécurité sociale, telle que définie traditionnellement, et dans un contexte d'une baisse inédite de 11 % du PIB et une hausse concomitante de 20 % de la dette publique pour atteindre 120 % du PIB invitent à la plus grande prudence sur les éventuels dispositifs pouvant générer, de façon systémique, des dérives budgétaires difficilement surmontables. La limite à tout système qui serait mis en place reste de ne pas accroître les prélèvements obligatoires pesant sur l'activité économique. L'histoire de la sécurité sociale montre que le 5^e risque apparaît plus sécurisant sur ce point qu'une 5^e branche.

Ainsi, l'Institut C&C préconise :

- le maintien de la composition actuelle de la Cnsa ;
- l'inscription de l'action de la Cnsa dans le cadre d'un 5^e risque de préférence à une 5^e branche de la sécurité sociale ;
- d'éviter, quel que soit le système retenu, toute dérive de financement qui viendrait obérer la capacité de reprise économique du pays à court, moyen et long termes.

IGF/IGAS.- Les pouvoirs dévolus au conseil, au directeur de la caisse et notamment le rapport à la tutelle : les caisses nationales ont un pouvoir de consultation sur tous les textes dans le champ de leur politique ; les dispositions relatives à la convention d'objectif et de gestion pourrait être revues (l'actuelle COG couvre la période 2016-2019, elle doit faire l'objet d'une évaluation d'ici à fin 2020).

Ce point ne semble pas relever de différenciation selon le choix d'un 5^e risque ou d'une 5^e branche.

IGF/IGAS.- Selon des modalités qui peuvent varier selon le périmètre de la nouvelle branche, il faudra également prendre en compte les relations inter-branches dans la gouvernance (le CASF prévoit déjà à l'article L. 14-10-1 une convention de la CNSA avec les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, la troisième avec la CNAM a été signée le 13 octobre 2016 et celle avec la CNAV et la CCMSA le 28 juin 2017).

Ce point ne semble pas relever de différenciation selon le choix d'un 5^e risque ou d'une 5^e branche.

Quelle organisation de la gouvernance locale ?

IGF/IGAS.- C'est sans doute la question la plus délicate, du fait du système original actuel : la CNSA n'a pas de réseau en propre, mais s'appuie sur les Agences régionales de santé, les conseils départementaux et les MDPH.

Le rapport Libault préconisait que la gouvernance de la politique du grand âge soit refondée autour d'un partenariat territorial nouveau, sous la forme d'un co-pilotage associant l'État, la sécurité sociale (la nouvelle CNSA devenue caisse de sécurité sociale) et les départements.

Outre les critiques récurrentes sur la complexité du système actuel, la création d'une nouvelle branche va nécessiter par elle-même une refonte du pilotage local et de l'articulation entre ces différents acteurs. Plusieurs scénarios de principe sont envisageables, dont certains sont évoqués dans le rapport Libault ou dans les contributions au débat.

L'Institut C&C préconise la déclinaison du pilotage national de l'aide à domicile au niveau territorial.

Constats : le pilotage national de la Cnsa doit pouvoir disposer d'une arborescence organique territoriale afin d'assurer à la fois une mise en œuvre harmonisée du pilotage sur tous les territoires et assurer l'égalité de traitement des acteurs dans leur diversité.

Cadre de la mesure : cette déclinaison territoriale s'inscrirait dans le cadre d'une convention nationale d'objectifs et de gestion avec la DGE, tutelle des Direccte, et localement par un avenant à cette convention cadre entre la Cnsa et la Direccte. La convention pose, en outre, le cadre de création du comité technique d'aide à domicile, de son périmètre d'action ainsi que les modalités d'animation et de participation.

La présence de la Cnsa et des Direccte dans le dialogue des acteurs de la prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie s'inscrirait dans la logique de rationalisation des modes opératoires et des financements inhérents au vieillissement de la population. Leur

participation au dialogue des instances publiques en charge des politiques médico-sociale est d'ailleurs déjà une réalité dans le champ de la protection maternelle et infantile (PMI) relevant de l'action des services du conseil général. Cette évolution majeure doit pouvoir également être mise en place en matière de politique en faveur des personnes âgées dépendantes. Elle favoriserait également la coordination du parcours (prévention, maintien à domicile, résidence services, sortie d'hospitalisation, SSIAD, Ehpad, etc.) de la personne âgée.

Par ailleurs, l'Institut C&C préconise la création d'un Comité technique d'aide à domicile (CATD)

Constat : de nombreux rapports publics et parlementaires consacrés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et/ou relatifs aux politiques de prise en charge du vieillissement sont unanimes à constater des fonctionnements très hétérogènes d'un département à l'autre qu'il s'agisse de l'autorisation, de la détermination et de la mise en œuvre du plan d'aide, de la qualité ou du financement des services d'aide à domicile. Cette hétérogénéité est constatée sur tous les points d'étape qui constituent la chaîne de prise en charge de la personne âgée, de la qualité et exhaustivité de l'information délivrée par le conseil général avant l'établissement du plan d'aide, à la variation des tarifs appliqués pour un même service selon que la structure est agréée ou autorisée, en passant par l'évaluation de la situation de la personne au regard de la grille AGGIR ou encore dans la procédure d'établissement du plan d'aide.

Cadre de la mesure : à côté du conseil des financeurs dont les missions sont d'une autre nature, le Comité technique d'aide à domicile (CTAD), serait animé localement par la Direccte et est présidé par le conseil général. Le CTAD est composé des acteurs représentatifs de la diversité des acteurs présents sur le secteur.

A l'instar de ce qui est déjà exigé dans le cadre du Comité technique d'instruction des dossiers de demande d'attribution du fonds de restructuration des services d'aide à domicile²⁴, le CTAD a pour objet d'établir un espace de dialogue entre les différents acteurs œuvrant auprès des personnes âgées dépendantes, et de coordination des actions en leur faveur. Il met en place la collecte des informations détenues par la Direccte et le conseil régional, concernant l'existence des structures en capacité d'apporter des services auprès des personnes âgées dépendantes, de par leur agrément et/ou leur autorisation.

Le CTAD serait :

- animé par la Direccte qui s'assurerait de la bonne représentativité de la composition du CTAD, coordonnerait la collecte des informations spécifiques au secteur (nombre et qualité des structures, informations sur les critères tarifaires des structures et du tarif APA, résultats des enquêtes de satisfaction²⁵), veillerait au respect des principes fondamentaux qui régissent le secteur. Elle convoquerait les membres aux réunions, assurerait le secrétariat du comité, transmettrait les comptes rendus aux membres.
- présidé par le directeur de la Direccte ou le conseil général : le président du CTAD présente un ordre du jour. Il serait garant de la bonne tenue des échanges.
- organisé de façon souple : la fréquence des réunions serait déterminée par les membres en fonctions des nécessités liées aux spécificités du territoire concerné (besoins non

²⁴ Circulaire interministérielle n° DGCS//SD3A/CNSA/DB/2013/70 du 26 février 2013 relative aux modalités d'attribution de l'aide complémentaire exceptionnelle à la restructuration des services d'aide à domicile autorisés et agréés.

²⁵ Enquête obligatoire pour les structures agréées qualité ; arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité », article 41, remplacé par l'arrêté du 26 décembre 2011, article 47.

couverts en service, périmètres sociodémographiques, nombre de structures apportant des services, état de la réalisation du schéma départemental des politiques en faveur des personnes âgées, mise en œuvre ou non de l'APA-CESU, etc.), avec une fréquence semestrielle minimale.

Cette mesure permettrait de créer les conditions d'une bonne connaissance par les conseils généraux de l'ensemble des besoins et de l'offre des structures agréées et autorisées agissant auprès des personnes âgées dépendantes sur le territoire départemental, ainsi qu'à organiser une bonne connaissance des pratiques retenues par les conseils généraux limitrophes au niveau du territoire régional.

Cette double connaissance des réalités des besoins et de l'offre existants au niveau départemental et des réalités des départements limitrophes permettrait de croiser les informations, dégager des exemples de bonnes pratiques, multiplier les expériences et les sources de connaissance et de comparaison entre les pratiques exercées par l'ensemble des départements composant le territoire régional.

Enfin, l'Institut C&C préconise la simplification des démarches de conventionnement des structures d'aide à domicile auprès des caisses de retraite.

Constats : les caisses de retraite qui financent de l'aide à domicile pour leurs adhérents disposent d'une couverture territoriale avec des caisses régionales pour les Carsat, et départementales pour les Msa. Chacune de ces caisses décentralisées détermine ses propres critères de conventionnement.

L'absence de critères précis et clairs de conventionnement de la part de la quasi-totalité de ces caisses entraîne, au-delà d'une trop grande imprécision dans le traitement des demandes, un coût de gestion fortement multiplié et inutile. Quatre conséquences :

- pour les structures d'aide à domicile : un manque de lisibilité des conditions de conventionnement qui peut générer des renoncements à candidater ;
- pour les structures et la Cnav : une insécurité sur les dossiers acceptés ou refusés ;
- pour les finances publiques et les caisses concernées : une augmentation des frais de gestion des dossiers et de contrôle qui mériterait d'être évaluée par un organisme indépendant et/ou une commission parlementaire ;
- pour le réseau régional de la Cnav : une inflation des traitements administratifs qui nuit à son efficacité.

L'Institut C&C propose en conséquence une mesure de simplification qui se décline en trois axes :

- un conventionnement unique auprès de la Cnav et de la Msa ;
- faire de l'obtention par la structure candidate d'un agrément services à la personne, le critère unique de conventionnement ;
- le silence gardé par la Caisse durant deux mois à compter de la demande de conventionnement vaut accord, par analogie avec les termes de la loi sur la simplification administrative²⁶.

Cette mesure permettrait :

²⁶ Loi n° 2013-1005 du 12 novembre 2013 habilitant le Gouvernement à simplifier les relations entre l'administration et les citoyens.

- au réseau régional des caisses de retraite : de réduire significativement le temps de traitement administratif des dossiers sans altérer les conditions de qualité du service rendu au domicile ;
- aux structures d'aide à domicile : une sécurité juridique et une rapidité dans le traitement administratif.

IGF/IGAS. Un scénario dans lequel le conseil départemental devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre, en établissement comme à domicile, les compétences des ARS étant resserrées d'une part sur le pilotage de l'offre sanitaire, et d'autre part sur l'inspection et le contrôle.

La disparité de pratique de gestion et de contrôle des acteurs et des prestations, mais aussi de capacité à garantir la bonne gestion des politiques du grand âge, du fait notamment d'une difficulté à anticiper, plaide pour une coordination nationale via la Cnsa.

IGF/IGAS. Un scénario dans lequel l'ARS devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre, en établissement comme à domicile, les compétences départementales étant resserrées d'une part sur la définition de la stratégie départementale de la politique du grand âge, et d'autre part sur le pilotage du front office, de l'ouverture des droits et du cadre de vie de la personne ; éventuellement avec une possibilité de délégation de l'ARS vers un conseil départemental.

Si les personnes âgées en situation de perte d'autonomie peuvent être polypathologiques, les politiques du grand âge ont la particularité de ne pas relever exclusivement du cadre du soin tel qu'entendu généralement en France, c'est-à-dire fortement médicalisées et dirigée vers la prise en charge en établissement. Le « bien vieillir » fait appel à de nombreux autres aspects, notamment en termes d'accompagnements serviciels au plus près de la personne, au fil de la vie quotidienne et à domicile. Si le maintien à domicile, quand la situation de la personne le permet, répond au vœu de la majorité des Français et, de surcroît, coûte trois fois moins cher aux finances publiques que la prise en charge en institution de type Ehpad²⁷, les discours ministériels en faveur du maintien à domicile accompagnant les dernières réformes n'ont pas été suivis d'effet de façon sérieuse dans les prises de décisions.

Par ailleurs, les ARS sont très largement sollicitées sur un champ sanitaire très large. Il n'est pas certains que ces réalités les positionnent au mieux pour coordonner les politiques au niveau territorial. L'institut Chiffres & Citoyenneté préconise une coordination via une représentation territoriale de la Cnsa en lien avec les services des conseils départementaux.

IGF/IGAS. Un scénario partenarial à travers la conclusion d'un contrat territorial d'autonomie entre l'ARS et le Conseil départemental ; c'est celui que retient préférentiellement le rapport de la concertation « grand âge et autonomie ».

Cf. réponse précédente.

IGF/IGAS. Un scénario avec création de caisses locales spécifiquement dédiées à l'autonomie, à l'image des réseaux régionaux et départementaux des actuelles caisses nationales de sécurité sociale.

IGF/IGAS. D'autres options ont aussi été proposées, par exemple le recours aux réseaux existants des caisses de sécurité sociale (CPAM et CAF) au-delà de la seule liquidation de certaines prestations.

²⁷ Voir HCAAM, 2003 et de nombreux rapports publics depuis.

Cela pourrait être des alternatives crédibles, car plus en phase que les ARS pour agir sur l'ensemble des aspects relevant de la prise en charge au quotidien des situations de perte d'autonomie liées au grand âge.

IGF/IGAS.- Ces scénarios de principe doivent aussi être cohérents avec les responsabilités en matière de financement : si le département (scénario 1) ou l'ARS (scénario 2) devient le gestionnaire unique de l'offre, comment ses décisions impactent-elles l'autre financeur (si par exemple les deux sections soins/dépendance des EHPAD sont fusionnées et financées par les ARS, les conseils départementaux restent néanmoins concernés par l'admission à l'aide sociale et son financement). Faut-il envisager une simplification des cofinancements au-delà de ce qui se dessine pour les EHPAD pour d'autres catégories d'établissements et services médico-sociaux ?

Cf. réponses précédentes.

IGF/IGAS.- Quel que soit le scénario de gouvernance locale retenu, il faudra aussi que son articulation avec la gouvernance nationale de la caisse permette de progresser dans la lisibilité, la qualité et l'équité territoriale pour la répartition de l'offre comme pour le service rendu à la personne âgée ou en situation de handicap. L'évolution des MDPH vers des maisons de l'autonomie doit-elle rester une option ou devenir une obligation ? Que deviennent dans ce cas les différents réseaux personnes âgées (CLIC, MAIA ...) Quel devra être le mode de relation des MDPH/MDA avec la nouvelle CNSA ? La gouvernance de ces MDPH/MDA doit-elle évoluer et comment ? Comment prendre en compte les choix d'organisation de leurs services par les départements, sur une trame territoriale plus fine que la maison départementale ?

La future réforme doit en effet simplifier l'offres institutionnelles d'accompagnement en privilégiant une évolution des MDPH. La représentation territoriale de la Cnsa devra être présente dans les instances de gouvernance des MDPH.
