



CONSEIL DE L'AGE

ANNEXE

NOTE SUR LE QUESTIONNAIRE 5^E RISQUE

« QUEL PERIMETRE ET QUELLE
ARCHITECTURE POUR LA NOUVELLE
BRANCHE AUTONOMIE ? »

—

CONTRIBUTIONS DES MEMBRES DU CONSEIL DE L'AGE¹

**Séance du Conseil de l'âge
du 23 juillet 2020**

¹ Dans cette annexe on regroupe les contributions des membres du Conseil portant sur le questionnaire « périmètre » et des remarques générales.

SOMMAIRE

A.	Contribution de la CFDT	3
B.	Contribution de la CFE-CGC	12
C.	Contribution de la Fenarac	20
D.	Contribution de la Fnar	28
E.	Contribution de France Alzheimer.....	41
F.	Contribution intersyndicale	48
G.	Contribution de l'UNA	49
H.	Contribution de la Fedesap.....	65
I.	Contribution de la MSA.....	70

A. CONTRIBUTION DE LA CFDT

 Cfdt:

Quel périmètre et quelle architecture pour la nouvelle branche autonomie ?

Contribution CFDT – 25 juillet 2020

1. Quelle architecture de la branche autonomie ?

Préambule

La CFDT s'est engagée dans les concertations concernant le maintien de l'autonomie. Ces réponses s'inscrivent donc en complément de la vision globale qu'elle porte sur le sujet, et que nous vous transmettons par ailleurs. Si ses préférences allaient à la création d'un risque plutôt qu'une branche, elle se réjouit de voir se mobiliser la représentation nationale pour l'émergence d'une loi structurante pour le maintien de l'autonomie. Il nous semble, et disons-le un peu crûment, qu'il faut veiller toutefois à éviter 3 écueils :

- Penser la tuyauterie avant les objectifs politiques, sanitaires ou sociaux, et donc penser les institutions avant les parcours des personnes
- Réaliser un big bang sur l'existant qui paralyserait les dispositifs qui fonctionnent, sans pour autant créer de plus-value, malgré l'illusion d'une branche tentaculaire.
- Isoler en permanence dans des dispositifs exceptionnels les personnes en perte d'autonomie, voire en risque de perte d'autonomie.

Il nous semble donc fondamental de mettre au cœur de tous les choix de fonctionnement le parcours des personnes, en pensant prévention et inclusion. Cela suppose en conséquence une dimension de simplification des dispositifs, et une exigence d'interministérialité ou inter-institutionnalité très forte et maintenue dans le temps. Nous y reviendrons dans le questionnaire, mais c'est ce qui doit guider nos choix par exemple en matière de travail et d'accès ou maintien dans l'emploi, d'accès à l'éducation, ou d'accès au logement. L'exemple de la pertinence d'intégrer et a fortiori maintenir Cap emploi au sein de pôle emploi en est une démonstration.

1.1. Le périmètre

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 ?

- ◆ **1) 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.

La création d'une nouvelle branche de Sécurité sociale devra s'accompagner d'un transfert des recettes et des dépenses existantes à la CNSA, avec une règle fondamentale de base : que cela ait du sens. Cela doit permettre d'augmenter l'accès au droit, avec équité et en simplifiant, parfois, c'est dans la branche initiale que l'optimisation de ces conditions réunies, pour d'autres programmes, au contraire, les extraire les renforcera. La logique de sécurisation des ressources avec des objectifs PA et PH doit être conservée. Ce que propose l'avis du HCAAM quand à la régulation du système de santé, en soulignant l'importance de ne pas restreindre les LFSS à des objectifs budgétaires mais bien à des objectifs sanitaires ou sociaux qui mettent en cohérence les moyens pour les atteindre nous semble fondamental. Une fois les transferts réalisés, il faut que cette cohérence soit à l'œuvre pour la branche santé, comme pour la branche autonomie

- ◆ **2) 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).

Pour la CFDT, la CSG porte l'ambition de la prise en charge universelle des risques universels. En affecter une partie à la perte d'autonomie semble cohérent. La CFDT n'est d'ailleurs pas opposée à une augmentation de la CSG pour les besoins de santé et autonomie. Toutefois, cela suppose que les ressources de la sécurité sociale soient pérennisées, et donc avec une application de la loi Veil, et un regroupement de la dette covid avec la dette publique (Cf document financement de la dette sociale et perte d'autonomie) .

- ◆ **3) 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'efficience (PQE à l'annexe 1 de la LFSS, actuellement intitulé « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »)

La question du périmètre va induire une capacité d'arbitrage avec une amplitude bien plus large qu'aujourd'hui avec le budget de la CNSA. De plus, le budget CNSA est très contraint et détaillé pour les affectations de dépenses, ce qui n'est pas le cas des autres caisses de sécurité sociale.

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.

Au cœur de nos préoccupations, se trouve le parcours des personnes. Aujourd'hui, les personnes qui connaissent ce risque sont éclatées entre différents dispositifs, sans cohérence. Il nous semble que ce qui touche au parcours d'insertion et maintien dans l'emploi doit être rattaché au monde du travail. Nous pensons à la lutte contre la désinsertion professionnelle, mais a contrario, la dimension maintien de l'autonomie de la personne, a vocation à être intégrée et gérée par la CNSA. Au demeurant, cela impliquerait que le service médical de l'assurance maladie dont l'activité de gestion de l'invalidité représente 50% de son activité soit rattaché conventionnellement à la CNSA. Un rapport préalable sur le sujet objectiverait utilement pour penser des **dispositifs simplifiés et de droit commun**.

- **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€).

Les dispositifs liés à la perte d'autonomie pris en charge par l'assurance vieillesse seront fléchés vers la CNSA, surtout dans le cadre du NRU. Toutefois en ce qui concerne l'action sociale, pour la CNAV comme pour les autres caisses, il nous paraît important de garder en partie des dispositifs intégrés de prévention et d'innovation.

- **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€.

Les prestations familiales sont un dispositif extrêmement complexe, tout ce qui pourrait concourir à de la simplification des droits en mettant l'humain au centre serait bienvenu.

- **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.

La tendance à vouloir transformer les usld en ehpad est très largement soutenue par une majorité d'acteurs, mais le rapport IGAS de 2016 sur les USLD est plus nuancé. Elles remplissent en effet des fonctions indispensables, et leur dimension sanitaire est précieuse.

- **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).

- **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.

Tout ou partie des dépenses de l'État dédiées à l'autonomie ?

Si la volonté est d'élargir le périmètre afin que la politique envers les personnes âgées et handicapées soit la plus cohérente possible, alors ces programmes ont vocation à être intégrés dans le champ de la 5ème branche, mais avec le point d'attention que la dimension indispensable de transversalité suppose qu'ils restent au contraire au cœur des programmes de l'état. Il vaut ainsi mieux penser des villes aménagées dans le sens d'une grande accessibilité que superposer des dispositifs d'accessibilité sur des programmes pensés pour « les autres ». C'est plus un pôle d'expertise et de soutien qu'il faut alors concevoir.

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.

- **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.

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 ?

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'efficacité n°1 de la LFSS pour donner plus de transparence, de capacité de pilotage en regroupant l'ensemble de ces dépenses ?

Les dépenses des départements doivent effectivement être retracées dans le PQE autonomie et le fait qu'elles soient votées en PLFSS (à vérifier la constitutionnalité) les mettraient « sous responsabilité et engagement » du parlement.

- **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.

Attention à ce que la CNSA ne devienne pas une « agefiph » de l'autonomie.

Nous rappelons notre conviction que les dispositifs d'accès à l'emploi doivent devenir plus inclusifs et permettre de réelles passerelles. Nous ne sommes pas favorables à créer des silos pour les personnes en perte d'autonomie et « les autres ».

- **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 AESH sont actuellement intégrés.e.s aux équipes éducatives sans avoir une véritable reconnaissance car « sans statut ». Pour autant, l'Éducation Nationale s'est engagée depuis 2014 à une meilleure intégration (CDI en 2014, formations et cadre de gestion en 2019). La gestion des personnels AESH est certes chaotique mais à tendance à s'améliorer depuis peu.

Il nous semble important que les AESH restent gérés.e.s entièrement par l'Éducation Nationale; nous ne sommes pas défavorables à une gestion via la CNSA si 2 garde-fous sont obtenus: gestion totale des AESH par l'Éducation Nationale (affectation, missions, formations...) et budget en adéquation avec les besoins réels de l'école inclusive, donc en augmentation.

Nous soulignons également, la nécessité d'améliorer le processus pour les enfants et les parents en matière de continuité et anticipation de l'affectation de ces ressources,

- **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€.

1.2. 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) ;
- ◆ **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).
- ◆ 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.

La CFDT est favorable à un PQE annexé au PLFSS.

2. Quelle gouvernance de la branche ?

2.1. Quelle organisation de la gouvernance nationale ?

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.

- ◆ **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 ?

Si le périmètre augmente, les missions devront être redéfinies

- ◆ **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 ;

Pour le conseil, il doit devenir conseil d'administration, la représentation des parlementaires doit être supprimées (création d'un conseil de surveillance ?) ainsi que celle de l'Etat qui elle sera assurée par un commissaire du gouvernement. Les actuelles 31 associations représentées, plus celles qui souhaitent intégrer le futur conseil de la CNSA doivent être regroupées et représentées par au maximum 4 personnes (4 pour les personnes âgées et 4 pour les personnes handicapées) comme c'est la logique à la CNAM par ex.

- ◆ **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).

Une vraie caisse de sécurité sociale avec un directeur ayant les prérogatives définies dans le CSS.

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 CCMSSA le 28 juin 2017).

2.2. Quelle organisation de la gouvernance locale ?

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:

- ◆ 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 ;

- ◆ 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.
- ◆ 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 »
- ◆ 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. [C'est le schéma le plus autonome et le plus représentatif, une alternative serait de repenser un conseil d'administration des MDPH/MDA en y ajoutant la représentation des partenaires sociaux.](#)

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.

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 ?

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 ? [ces questions se posent et les MDPH \(qui deviennent ou pas MDA\) doivent être sous tutelle de la CNSA et donc être dans le réseau de la 5ème branche](#)

B. CONTRIBUTION DE LA CFE-CGC



CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ENCADREMENT - CGC

Contribution de la CFE-CGC Concertation sur la création d'une branche « autonomie » de la sécurité sociale

INTRODUCTION

La question de la prise en charge de l'autonomie est loin d'être un sujet inédit. Mainte fois évoquée, toujours pas résolue, bien qu'ayant fait l'objet de nombreux rapports et de multitudes de propositions, elle s'invite à nouveau dans le débat dans le contexte particulier de la pandémie COVID19 qui a mis une nouvelle fois en lumière la situation préoccupante des personnes âgées.

D'après le rapport sur « le grand âge et autonomie » de Dominique Libault remis en mars 2019, le nombre de séniors en perte d'autonomie va passer de 1,3 millions en 2017 à 2,2 millions en 2050.

Ce nombre pourrait même atteindre 4 millions de personnes, selon une étude de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) qui prend en compte les personnes âgées dépendantes ne bénéficiant pas de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Pour faire face à cette situation, le gouvernement a ouvert la voie à la création d'une 5^{ème} branche de la sécurité sociale couvrant les risques liés à la perte d'autonomie.

La CFE-CGC porte depuis longtemps la nécessité de la création d'un 5^{ème} risque dont elle a déjà soutenu le principe lors de nombreuses auditions.

Par ailleurs, deux projets de loi relatifs à la dette sociale ont été présentés par le gouvernement le 25 mai. Ils prévoient la remise d'un rapport d'ici le 30 septembre de manière à inscrire la réforme dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Lors du dernier remaniement ministériel, une Ministre déléguée auprès du Ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie, vient d'être également nommée marquant ainsi la volonté du gouvernement d'impulser une politique cohérente avec la création de cette 5^{ème} branche.

Se dessine dans le même temps une orientation politique différente sur la notion d'autonomie qui tendrait à ne pas la circonscrire aux personnes âgées mais à l'élargir à l'ensemble des personnes en situation de handicap. Cette nouvelle approche est de nature à voir enrichir les éléments de diagnostics posés par le rapport Libault par les données spécifiques touchant ces personnes en situation de handicap.

1. Quels sont les périmètres à prendre en compte ?

1.1. La notion de risque et de branche ne sont-elles pas de nature différente ?

1.1.1. Que pourrait recouvrir le 5^{ème} risque ?

La construction d'une nouvelle branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie amène effectivement à s'interroger sur la nature du risque que l'on entend couvrir par extension du champ de la sécurité sociale.

Pour la CFE-CGC, le risque de la perte d'autonomie comporte plusieurs aspects de nature différente.

C'est le risque de souffrir de limitations fonctionnelles et de ses corollaires que sont l'absence ou la limitation de revenus provenant du travail, et/ou le besoin d'assistance pour effectuer certains actes de la vie courante, voire le besoin de soins médicaux continus durables.

Aucune distinction ne doit être faite en fonction de la cause de ces limitations ni de leur durée pour apprécier le besoin de l'individu concerné. De même le niveau de revenu de l'individu ne doit pas rentrer en considération étant sans influence sur le niveau de risque ni de besoin.

Pour la CFE-CGC, seraient donc concernés par ce 5^{ème} risque (le risque étant réalisé) :

- Les personnes en situations de handicap.
- Les bénéficiaires de rentes AT/MP (accidents de travail/ maladies professionnelles) ou de rentes d'invalidité.
- Les personnes âgées allocataires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie).

Cette approche correspond à celle du conseil de l'âge du HCFEA dans le cadre de sa contribution à la concertation « Grand âge et autonomie ».

Seraient couverts au titre du 5^{ème} risque pour les personnes ainsi définies : les prestations compensatoires de la limitation fonctionnelle ; les revenus de remplacement ; l'aménagement du logement ; les avantages fiscaux ; les prestations de soins et d'hébergement des établissements médico-sociaux ; l'assistance d'une tierce personne pour la vie courante ; les soins médicaux à domicile, les aides à la réinsertion et au maintien dans l'emploi, les aides à la mobilité...

1.1.2. Que pourrait être la 5^{ème} branche ?

➤ Quelle est la situation actuelle ?

La prise en charge de l'autonomie fait actuellement appel à l'intervention de nombreux partenaires avec des statuts de nature différente (droit public, droit privé, droit privé sous contrôle de l'État) :

- La sécurité sociale (CNAM, CNAF, CNAV, CCMSA...)
- La CNSA
- L'État
- Les collectivités locales
- Les assurances complémentaires
- Le FIPHFP
- L'AGEFIPH

Elle fait aussi appel aux ménages pour une part importante, tant en termes de reste à charge financier notamment pour les personnes âgées placées en établissement, que d'accompagnement pour ceux qui figurent au nombre important des aidants familiaux.

➤ **La création de cette 5^{ème} branche est-elle envisageable au sens des textes législatifs en vigueur ?**

D'après l'article L111-2 du Code de la sécurité sociale, « des lois pourront étendre le champ d'application de l'organisation de la sécurité sociale à des catégories nouvelles de bénéficiaires et à des risques ou prestations non prévus par le présent code ».

Mais cette nouvelle branche de sécurité sociale devra remplir les caractéristiques prévues par la loi :

- Être fondée sur le principe de solidarité nationale (CSS L111-1).
- Garantir les travailleurs contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires (CSS L111-1).
- Assurer le service des prestations définies dans le cadre du présent code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens. (CSS L111-1).
- Affilier à ce régime obligatoire de sécurité sociale, sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés, quel que soit leur âge, leur sexe, leur nationalité ou leur lieu de résidence, toutes les personnes exerçant sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel : une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ; ou une activité professionnelle non salariée. (CSS L11-2-2),
- Confier à la caisse chargée de la gérer la responsabilité d'assurer l'équilibre financier de la branche. Les ressources du régime général sont collectées et centralisées par les organismes chargés du recouvrement. (CSS L200-2).
- Rendre un avis motivé sur tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans leur domaine de compétence et notamment des projets de loi de financement de la sécurité sociale. (CSS L200-3).

➤ La création de cette nouvelle branche ne pose-t-elle pas question au regard de son statut ?

Pour figurer au nombre des branches de la sécurité sociale, cette 5^{ème} branche devrait s'inscrire dans un cadrage particulier :

- Investis d'une mission de service public, gérés au niveau départemental et régional, les organismes locaux de sécurité sociale ont un statut de droit privé.
- Les organismes nationaux du régime général ont la qualité d'établissement public administratif.
- Même si des dispositifs sont pris en charge par l'État dans le cadre de transfert de fonds, le financement de ces branches relève de la loi de financement de la sécurité sociale.
- La gouvernance est assurée par les partenaires sociaux (représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants d'employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives) dans le cadre de conventions d'objectifs et de gestion pluriannuelles conclues entre les Caisses Nationales et l'État.

Par conséquent, envisager la création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale pose question sur ce que devrait être son statut, similaire ou non, à celui des autres branches : Branche maladie ; Branche AT/MP, Branche famille, Branche vieillesse, Branche recouvrement.

Deux options sont envisageables :

- Soit créer une nouvelle branche à part entière dans le cadre du Code de la sécurité sociale,
- Soit faire évoluer une organisation déjà en place au travers l'existence de la CNSA qui est un établissement public avec une gouvernance non paritaire.

Pour permettre de lever cette option (cf. 2. Quelle gouvernance pour la 5^{ème} branche autonomie ?), il convient au préalable de s'interroger sur ce que pourrait être le périmètre de cette 5^{ème} branche.

1.2. Quel périmètre pour une 5^{ème} branche « autonomie » ?

La CFE-CGC n'est pas prompte à voir bouleverser ce qui fonctionne bien à l'appui de dispositifs opérationnels, l'essentiel est que le risque identifié soit pris en charge.

Il semble donc judicieux que certains partenaires conservent leurs prérogatives : remboursement du soin (carte vitale) (CNAM/CPAM, CCMSA/MSA), prise en charge du revenu de remplacement (AT/MP, CNAF/ CAF, CCMSA/MSA), accompagnement à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi (AGEFIPH, FIPHFP).

Pour autant, la 5^{ème} branche doit voir son périmètre circonscrit à des prérogatives identifiables. Elle ne doit pas être réduite à une interface entre des ressources déjà prélevées et des prestations déjà servies par ailleurs au motif qu'elles découlent du même fait générateur.

En conséquence, nous portons l'idée de confier à cette 5^{ème} branche la prise en charge des impacts de la perte d'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap sur leur vie courante.

La prise en charge des soins, les revenus de remplacement en cas d'impossibilité totale ou partielle de travailler resteraient donc à la charge des autres branches. Il conviendra néanmoins de veiller à la cohérence avec les périmètres d'action sociale des autres branches de la sécurité sociale.

➤ **La prévention de la perte d'autonomie**

Cet aspect important n'est pas abordé dans le questionnaire soumis à la CFE-CGC.

Il apparaît cependant que la prévention de la perte d'autonomie doit faire partie intégrante de la branche. Elle suppose d'impliquer des dépenses pour prévenir le risque ou l'aggravation de la perte d'autonomie, et devra donc y consacrer une partie de ces ressources.

La prévention très en amont peut permettre de retarder l'entrée en dépendance, voire de l'éviter.

Elle doit être menée tout au long de la vie par l'éducation et le suivi régulier du parcours de santé pour « bien vieillir ». Il est primordial de sensibiliser et conseiller les retraités avant qu'intervienne une demande d'aide à domicile. Il s'agit donc de s'adresser à des personnes encore autonomes afin qu'elles le demeurent le plus longtemps possible.

Le moment qui pourrait être opportun pour agir en prévention du risque est à notre sens le moment du départ à la retraite de l'individu, car celui-ci fait auparavant l'objet d'un suivi médical dans son activité à tout le moins via la médecine du travail. Ce passage de l'activité à la retraite serait ainsi le moment de la transition entre son parcours de prévention de la maladie et la prévention de la perte d'autonomie par l'information et la sensibilisation dans un premier temps. Un point de suivi de l'autonomie et de l'évaluation des besoins de chaque individu pourrait être mené périodiquement, et se révélerait d'autant plus utile que les personnes âgées sont isolées.

La prévention de la perte d'autonomie liée à l'âge est plus susceptible d'effet que la prévention du handicap. Cependant, le suivi d'une situation de handicap peut dans certains cas éviter son aggravation, et à la frontière entre la prévention et la compensation se trouvent les dispositifs médicaux issus du progrès de la science et de l'industrie, qui sont facteurs d'autonomie pour les personnes handicapées (prothèses et orthèses).

➤ **La compensation des limitations fonctionnelles au regard de la vie courante**

Le diagnostic et donc la prise en charge vont dépendre de l'aide et de la surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. La prise en compte de l'environnement de vie est indispensable et rend nécessaire un plan d'accompagnement personnalisé, et non pas une aide uniforme.

➤ **L'aménagement du logement**

Le diagnostic des limitations fonctionnelles au regard de l'environnement de vie peut faire apparaître la nécessité d'aménager le logement différemment : les aides à leur financement incomberaient donc à la branche.

➤ **Le recours à une tierce personne**

Les prestations visant au financement du recours à une tierce personne à domicile seraient assurées par la branche quand l'état nécessite l'aide d'une personne pour une partie voire l'ensemble des actes essentiels de l'existence.

Face à ce besoin, il est possible de faire appel à un proche aidant : il en découle la nécessaire prise en compte des répercussions de cet engagement sur leur vie personnelle et professionnelle. En effet, les actions en direction des aidants familiaux permettent de maintenir la personne aidée à domicile et entraînent de ce fait des économies à la fois en termes de soins et de places en établissements.

La CFE-CGC défend notamment l'unification des différents congés existants au sein du congé proche aidant et l'amélioration de celui-ci en termes de durée, d'indemnisation et de droits à retraite.

Les solutions de répit pourraient être encore davantage mises en avant avec davantage de moyens, afin de financer des solutions temporaires permettant de soulager l'aidant : accueil de jour, hébergement temporaire, intervention de professionnels au domicile.

➤ **Le financement des établissements et services médico-sociaux (dont service de soins infirmiers à domicile)**

La branche assumerait les plans de développement de l'offre d'accueil et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, ainsi que le suivi de leur mise en œuvre.

L'offre d'accueil et d'accompagnement est à penser avec un personnel en nombre suffisant et aux qualifications adaptées.

La CFE-CGC insiste sur le besoin d'une présence médicale systématique dans les établissements médico-sociaux. Des infirmiers et des médecins doivent appartenir au corpus de l'équipe de façon permanente.

Afin d'assurer l'attractivité de ces métiers et pour apporter la reconnaissance promise aux professionnels de santé, il devient indispensable de revaloriser les salaires, refondre les grilles de progression salariales, mais aussi améliorer les conditions de travail et les perspectives de carrières.

Pour la CFE-CGC, le secteur de l'aide à domicile doit être professionnalisé, ce qui nécessite de créer des emplois de qualité, de développer la formation et de diversifier l'offre de service. Ce secteur doit être soutenu notamment en raison de sa grande fragilité.

2. Quelle gouvernance pour la 5^{ème} branche autonomie ?

La CFE-CGC n'est pas opposée à voir confier cette 5^{ème} branche à la CNSA, bien qu'elle ne soit pas un organisme de sécurité sociale. La CNSA, dont les missions doivent être revues, semble en capacité de répondre à ce besoin d'accompagnement individualisé nécessitant une gestion intelligente et continue de la prise en charge.

Cela suppose le transfert des moyens humains et des ressources nécessaires à son fonctionnement.

Toutefois, en termes de gouvernance, la représentation actuelle est très éloignée de celle des autres branches de la sécurité sociale, laissant notamment une place importante aux associations au détriment des partenaires sociaux.

Or, le financement assis en partie sur les revenus du travail (cotisation et journée de solidarité), et les valeurs mobilisées à savoir la solidarité, la transparence, le collectif... etc. plaident en faveur d'un pilotage du système confié aux partenaires sociaux.

La CFE-CGC revendique donc que les partenaires sociaux aient toute latitude pour gouverner cette branche, et que chaque organisation soit représentée au conseil d'administration par 2 titulaires et 2 suppléants désignés en respectant la parité homme/femme. La taille du conseil gagnerait à être réduite pour faciliter le pilotage, mais il est indispensable que les représentants des contributeurs au financement soient présents.

Pour une gestion optimale qui réponde aux attentes des bénéficiaires tout en se prémunissant de coûts de gestion inutiles, la CFE-CGC préconise par ailleurs la création d'un guichet unique. Cet interlocuteur aurait l'avantage de bien orienter les personnes concernées et leurs familles vers l'ensemble des aides auxquelles elles peuvent prétendre. La simplification des démarches passerait également par l'utilisation d'un même dossier pour plusieurs aides relatives à la perte d'autonomie.

3. Une branche pour quelles aides ?

Pour la CFE-CGC, les aides doivent être accordées en fonction des besoins identifiés et non des enveloppes financières disponibles. Elles doivent respecter le droit au choix de vie de chaque personne concernée (domicile ou établissement).

La couverture perte d'autonomie offerte doit être obligatoire, universelle et largement mutualisée. Ce socle de financement de la perte d'autonomie doit reposer le plus largement possible sur la solidarité nationale.

La CFE-CGC préconise la mise en place d'une assurance obligatoire permettant un socle de financement de premier niveau qui pourrait reposer sur l'APA à condition de la revisiter :

- L'APA à domicile doit être rénovée pour assurer l'effectivité des droits, faciliter l'accès à des solutions de répit pour les proches aidants et à des aides techniques (aménagement du domicile, facilitation de la mobilité) au service de la personne âgée.

- L'APA doit permettre d'assurer une couverture de même niveau sur tout le territoire ; les disparités observées actuellement doivent être supprimées. Ces différences peuvent concerner l'éligibilité (notamment via le classement en GIR 5 et 6 plutôt qu'en GIR 4, éligible à l'APA), l'évaluation de la situation et des besoins, les modes de gestion, les règles de tarification et bien entendu les montants des plans d'aides. Depuis la loi du 28/12/2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), l'évaluation doit être conduite suivant un référentiel national à caractère réglementaire, il n'en demeure pas moins que nous estimons que la suppression de ces disparités nécessite une coordination éventuellement effectuée par la CNSA au niveau national (repérage des anomalies et propositions de mise en cohérence).
- L'APA doit pour la Confédération s'inscrire en complément de l'assurance maladie qui doit continuer à prendre en charge l'intégralité des soins médicaux des personnes âgées dépendantes.
- Les plafonds des plans d'aide doivent être réévalués afin de répondre aux besoins. La loi ASV a certes revalorisé les plafonds des plans d'aide pour tous les bénéficiaires de l'APA quel que soit leur degré d'autonomie ce que qui va dans le bon sens. Il n'en demeure pas moins que les plans d'aide étant malgré tout saturés c'est-à-dire qu'ils atteignent, voire dépassent les plafonds de prise en charge, les besoins ne sont pas entièrement satisfaits (généralement seule l'aide à domicile est couverte et l'aménagement du logement est délaissé).
- Dans la mesure où l'APA vise à compenser la perte d'autonomie, elle ne doit pas être accordée en fonction des ressources. Or, la loi ASV a introduit une modulation de la participation financière du bénéficiaire en fonction de ses ressources ; les classes moyennes doivent par conséquent s'acquitter d'un ticket modérateur supérieur à celui des catégories plus modestes ce qui va à l'encontre d'une prestation largement mutualisée telle que nous la défendons.
- Enfin, cette nouvelle dépense est financée par une fraction du produit de la CASA, ressource qui provient d'une taxe sur les pensions des retraités qui payent la CSG à savoir essentiellement les classes moyennes. Il s'en suit que les populations qui contribuent le plus au financement de l'APA sont celles qui en bénéficient le moins ce qui pose un problème d'acceptabilité du prélèvement.

En conclusion, au regard de ces arguments, le recours sur succession ou le prêt hypothécaire qui font porter le financement de la perte d'autonomie sur la responsabilité individuelle sont pour la CFE-CGC irrecevables.

Sur le handicap plus spécifiquement, nous tenons à souligner la complexité du circuit pour obtenir les aides MDPH ainsi que les délais afférents. **Il y a sans doute des simplifications à trouver pour uniformiser les aides apportées par les MDPH sur le territoire.** Aujourd'hui les MDPH ne sont pas alignées sur les mêmes barèmes.

C. CONTRIBUTION DE LA FENARAC

Les réponses de la Fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat et du commerce de proximité (Fenarac) apparaissent en police rouge après chaque question.

1. Quelle architecture de la branche autonomie ?

1.1. Le périmètre

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 ?

- ◆ **1) 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.

La Fédération Nationale des Associations de Retraités de l'Artisanat et du Commerce de proximité (FENARAC), propose de transférer les dépenses et les recettes « ONDAM personnes âgées » et ONDAM personnes handicapées » dans la nouvelle branche de la sécurité sociale.

En effet, comment pouvoir gérer le secteur de l'autonomie dans sa globalité, si la gestion n'est pas le reflet exact de la nouvelle branche.

- ◆ **2) 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).

La FENARAC souhaite l'affectation d'une partie de la CSG, de TVA, d'une deuxième journée nationale de solidarité, voir la création d'une cotisation nationale pour l'autonomie dès l'entrée active de tous les Français, cette dernière ne serait pas pénalisante en raison de son appui financier sur toute la population active, tout ceci sous l'autorité et la gestion nationale de la CNSA.

- ◆ **3) 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'efficience (PQE à l'annexe 1 de la LFSS, actuellement intitulé « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »)

La FENARAC propose d'intégrer les autres dépenses de l'autonomie prises en charge actuellement par la sécurité sociale, dans le programme de qualité et d'efficience (PQE à l'annexe 1 de la LFSS, actuellement intitulé « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »), avec réaffectation des recettes associées à la CNSA.

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.

La FENARAC propose un statu-quo concernant le risque invalidité, en effet, en raison de la diversité du risque invalidité, il nous paraît difficile de compartimenter ce risque au secteur de l'autonomie pour ce qui le concerne et aux autres régimes indiqués ci-dessus.

- **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€).

La FENARAC propose de rajouter l'action sociale des régimes de retraite des personnes âgées en assurant une prise en charge de l'autonomie, dont l'enveloppe se situe à la CNAV actuellement à 350 M€.

- **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€.

La FENARAC propose une simplification du système dans le cadre des prestations familiales relatives au handicap, par exemple le handicap des personnes retraitées devrait être financé par l'autonomie (CNSA) à la condition de percevoir les recettes correspondantes par un transfert automatique de celles-ci.

- **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.

La FENARAC est d'accord pour la transformation partielle effectuée des USLD en EHPAD a eu lieu (41 000 places), y compris pour les 31 000 places en USLD, financées sur les mêmes bases que les EHPAD, par des crédits de l'assurance maladie dans le périmètre de l'actuel OGD CNSA.

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).

La FENARAC propose aucun changement au dispositif PAERPA, pour l'instant qui agit en amont de la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de 75 ans, tant que toutes les modalités de la 5^{ème} branche autonomie ne seront pas en place y compris les recettes et les dépenses.

- **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.

La FENARAC propose que comme pour les SSIAD, les infirmiers libéraux peuvent intervenir sur prescription médicale auprès des personnes à domicile bénéficiant de l'APA. Sachant que les premiers sont financés à la place par les crédits médico-sociaux, les actes des infirmiers libéraux doivent être financés également de la même façon par les mêmes crédits médico-sociaux.

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.

La FENARAC propose le maintien actuel pour l'allocation aux adultes handicapés (AAH), car elle ne vise pas directement les charges liées à la perte d'autonomie, ou de l'absence ou de la diminution de revenus du fait de l'impossibilité totale ou partielle de travailler.

- **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.

La FENARAC propose que la CNSA reprenne à son compte progressivement les autres dépenses du programme 157 ; étape par étape en s'assurant du transfert intégral des financements actuels.

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 ?

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'efficacité n°1 de la LFSS pour donner plus de transparence, de capacité de pilotage en regroupant l'ensemble de ces dépenses ?

La FENARAC propose d'élargir le programme de qualité et d'efficacité N° 1 de la LFSS, pour la transparence et le pilotage regroupant l'ensemble de ces dépenses avec les financements qui vont avec bien entendu.

- **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.

La FENARAC est favorable aux dispositifs d'accès à l'emploi qu'utilisent les entreprises avec le programme 102, sous la responsabilité de la CNSA à condition de bénéficier des transferts du financement actuel.

- **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'Education Nationale (935 M€ en 2020).

La FENARAC propose le maintien du système actuel avec le financement 230 du ministère de l'Education Nationale.

- **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€.

La FENARAC propose que la CNSA prenne en charge l'adaptation du logement des personnes âgées ou en situation de handicap en respectant un plafond selon la composition du foyer, avec le transfert des financements de l'ANAH.

1.2. 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) ;

La FENARAC est d'accord sur la définition du nouvel objectif des recettes et des dépenses affectées à cette branche.

- ◆ **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 FENARAC propose de revoir les PQE ainsi que les indicateurs utilisés pour le suivi, 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'efficacité de la dépense dans une logique interbranches (cf. les appariements avec le SNIIRAM de l'assurance maladie, pour suivre les dépenses de soins).

La FENARAC propose un SI commun sur l'APA, afin d'optimiser l'efficacité de la dépense dans une logique interbranches.

- ◆ 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.

La FENARAC propose des ajustements dans la présentation budgétaire de la CNSA, afin de faciliter le pilotage des dépenses et la coordination des politiques publiques.

2. Quelle gouvernance de la branche ?

2.1. Quelle organisation de la gouvernance nationale ?

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.

- ◆ **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 ?
- ◆ **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 ;
- ◆ **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).

La FENARAC propose de continuer pour la CNSA d'avoir un pouvoir de consultation sur tous les textes dans le champ de leur politique.

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 CCMSSA le 28 juin 2017).

La FENARAC propose effectivement de prendre en compte les relations inter-branches dans la gouvernance de la CNSA, suivant les modalités de la nouvelle branche.

2.2. Quelle organisation de la gouvernance locale ?

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:

- ◆ 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 FENARAC propose que le conseil départemental ne devienne pas l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble des offres en établissement comme à domicile.

- ◆ 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.

La FENARAC propose le scénario ci-dessus avec l'ARS qui devient l'interlocuteur unique de gestion pour l'ensemble de l'offre en établissement comme à domicile, sachant que le département s'occuperait 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.

- ◆ 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 »

La FENARAC retient également cette proposition.

- ◆ 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.

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.

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?

La FENARAC propose une simplification des co-financements comme cela se dessine pour les EHPAD, ainsi que pour d'autres catégories d'établissements et services médico-sociaux afin d'obtenir une harmonie de l'ensemble de ce secteur.

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 FENARAC propose que dans tous les cas du scénario local retenu de la gouvernance, il est nécessaire aussi que son articulation avec la gouvernance nationale de la caisse permette et doit progresser dans la lisibilité, la qualité et l'équité territoriale, pour une 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 devenir une obligation, avec une intégration au sein de la CNSA des différents réseaux des personnes âgées (CLIC, MAIA, etc.).

Un regroupement départemental paraît nécessaire pour prendre en compte les besoins de chaque réseau, sinon, cela nous paraît ingérable.

D. CONTRIBUTION DE LA FNAR

Les Propositions et réponses de la Fnar apparaissent dans la colonne de droite en **surligné**.



FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE RETRAITÉS
ET PRÉRETRAITÉS

Paris le 7 juillet 2020

Création d'une 5e branche consacrée à l'autonomie : Pour répondre aux attentes des personnes concernées, la FNAR s'engage.

La FNAR en tant que représentante des personnes âgées se réjouit de la création de la Branche autonomie. La FNAR sera partie prenante de sa mise en place et de sa gouvernance au niveau national et dans les territoires pour répondre aux attentes de toutes les personnes concernées.

L'Assemblée nationale a adopté le 15 juin les projets de loi organique et ordinaire relatifs à la dette sociale et à l'autonomie. Les députés ont à cette occasion voté la reconnaissance d'un nouveau risque et la création d'une branche autonomie au sein de la sécurité sociale gouvernée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les associations fédérées au sein de la Fédération Nationale des Associations de retraités (FNAR), représentant les retraités et les personnes âgées, se réjouissent de ce choix de la représentation nationale et soutiennent la démarche sans réserve. La FNAR s'inscrit dans les fondements énoncés par la [CNSA le 2 juillet 2020](#) « *La nouvelle politique de l'autonomie doit être fondée : égalité des chances et convergence des politiques à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ; dépassement du périmètre traditionnel de la protection sociale pour englober l'ensemble des politiques publiques concernées ; gouvernance ouverte intégrant l'ensemble des parties prenantes au niveau national comme territorial* ».

Plusieurs grands principes devront être au cœur de la réforme à venir.

1. **Le risque autonomie concerne toutes les personnes ayant des difficultés d'autonomie qu'elle qu'en soit l'origine** ainsi que les personnes bénévoles ou professionnelles qui les accompagnent au quotidien. La branche autonomie est définie dans le cadre d'une politique nationale selon des principes de solidarités et la première composante de cette politique porte sur la prévention de la perte d'autonomie qui doit être mise en œuvre à tout âge de la vie et dès que les difficultés et les pertes d'autonomie apparaissent.
2. **Le risque autonomie porté par la Branche de Sécurité Sociale relève désormais de la solidarité nationale**, avec des financements et des mécanismes d'allocation propres ; les responsabilités sont définies dans le cadre de la LFSS. Les différentes fonctionnalités pour l'autonomie doivent être prises en compte : le soin, le prendre soin, le logement et la fonction présentielle qui préserve le lien social.
3. **La gouvernance de la branche est assurée par la CNSA** ; elle doit continuer à réunir les parties prenantes en renforçant la place des associations qui représentent les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ainsi que des proches aidants. Ces trois composantes du risque autonomie sont appelées à prendre à parts égales leurs responsabilités dans les décisions et orientations. Les représentants des organisations gestionnaires sont également parties prenantes. La clarification et la simplification de la gouvernance des Etablissements de santé et médico-sociaux (ESMS) doit par ailleurs être un objectif partagé de la création de la 5e branche. Enfin, la gouvernance qui associe aussi les départements doit être préservée.

4. **La Branche autonomie s'appuie sur les départements et l'intervention des ARS dans le champ de l'autonomie.** Le périmètre de cette branche pourrait couvrir 72 Mds d'euros en prenant en compte les interventions des autres ministères que les affaires sociales. La FNAR attend une construction cohérente :
- Dans les territoires, l'organisation des parcours pour les bénéficiaires est concertée entre l'ARS et les départements,*
 - Dans les territoires, la définition de la mission d'organisation de l'offre de services dans les territoires confiée aux ARS. La Branche recherche la meilleure efficacité de ces services territoriaux*
 - Dans les départements, qui conservent la mission d'évaluation des besoins et d'accès aux services la FNAR soutient :*
 - La création des comités départementaux de l'autonomie (les CDA). Les CDCA et conférence des financeurs de la prévention fusionnent.
 - La création des maisons de l'autonomie (MDA) suivant le cahier des charges proposé par la CNSA éventuellement amélioré pour tenir compte de l'intégration des MDPH
 - Le financement des CDA et des MDA par la CNSA (comme les MDPH aujourd'hui).
 - Un statut de GIP pour les MDA à l'instar des MDPH, prévoyant la participation des associations dans la Commission exécutive¹.
5. La convergence des politiques nationales et départementales à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap doit conduire à **une prestation de compensation universelle (PCU) :**
- La PCU est sans barrières d'âge,*
 - La PCU est définie sur les critères de la situation de handicap et de la perte d'autonomie intégrale*
 - L'accès à la PCU ne dépend pas des ressources de la personne. Sur ses composantes visant à compenser la perte d'autonomie il n'est pas prévu de récupération.*
 - L'accès à la PCU et aux dispositifs de droits et prestations ne doivent pas dépendre des financeurs ;*
6. **La diminution de ce qui reste à la charge personnelle ou familiale** de nos concitoyens en situation de handicap ou pour les personnes âgées (et plus particulièrement des personnes âgées en établissement) doit être engagée de façon volontariste ;
7. Pour **un service de qualité** : l'augmentation du temps passé auprès des personnes résultera notamment de l'accroissement du nombre de professionnels à domicile et en établissement, mais aussi de la valorisation de leurs métiers et de leurs formations.

La FNAR fédère 80 associations, clubs et fédérations et regroupe près de 100 000 retraités et personnes âgées. La FNAR est membre fondateur de la Confédération Française des retraités (CFR), elle est membre du Conseil de la CNSA, du Collège de l'âge au HCFEA, et de France Assos santé. La FNAR mandate 100 représentants d'usagers dans les établissements de santé et 135 représentants dans les CDCA.

ARS	Agence Régionale de santé
CDA	Conseil départemental pour l'Autonomie
CDCA	Conseil départemental pour la citoyenneté et l'Autonomie
CNSA	Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie
ESMS	Etablissements sociaux et médico-sociaux
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HCFEA	Haut Conseil de la Famille Enfance et Age
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MDA	Maison départementale pour l'Autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
PCU	Prestation de compensation Universelle

¹ La composition de la Comex des MDPH est fixée par les lois du 11 février 2005 et du 28 juillet 2011.



1. Quelle architecture de la branche autonomie ?

1.1. Le périmètre

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 ?

- ♦ **1) 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.

NON ; qu'il y ait un objectif spécifique de dépenses, permettant le débat parlementaire ;

Avoir des dépenses pour l'autonomie qui seront pilotées soit avec un mode d'objectif annuel, soit par des budgets et conventions.

- Trois éléments justifient cette réponse :

- ♦ *Avoir des dépenses pour l'autonomie qui seront pilotées soit avec un mode d'objectif annuel, soit par des budgets et conventions.*

- ♦ *- Trois éléments justifient cette réponse :*

- ♦ *- Sortir les dépenses et prestations autonomie toutes populations bénéficiaires est souhaitable ;*

- ♦ *- La très grande hétérogénéité des dépenses concernées : des budgets, des prestations individuelles, des coûts d'administration conduit à identifier les moyens et emplois de cette politique et de ces choix.*

- ♦ *- Mais il faut éviter que des dépenses notamment d'assurance maladie (mais peut être d'autres dans le handicap) ne soient versées dans un compte des dépenses de l'autonomie ; pas exemple les dépenses « de santé » des +65 ans ; celles-ci relèvent de la solidarité maladie, et de la régulation / des conventions de l'AMO (obligatoire et complémentaire).*

- ♦ *Une COG entre la CNSA et l'Etat identifie les dépenses d'intervention, leur régulation, les frais de fonctionnement :*

◆ **2) 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).** ,

La cotisation (recette) spécifique est préférable : évite les transferts, garantit la transparence.

Le transfert des ressources « autonomie » AM -et autres- semble le plus simple ;

Mais on pourrait considérer plus logique (plus sain, et plus transparent) que l'on supprime cette partie de taxes affectées et on crée la cotisation spécifique ;

Neutre évidemment.

◆ **3) 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'efficience (PQE à l'annexe 1 de la LFSS, actuellement intitulé « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »)

*Avant de définir le périmètre de la Branche, ce qui en relève ce qui y échappe, il faudrait établir **son cœur** : Prestations/ offre de services*

***Et sa logique** : prestations en nature/ prestations en espèces / accompagnement des personnes /*

Le PQE peut être un bon moyen de faire ressortir ce qui concourt à la politique et la prise en charge de l'autonomie ; mais comment faire converger les choix et décisions des institutions ?

Certains rapprochement seront inévitables .

Certaines des prestations financées par d'autres branches de la protection sociale ?

- **Le risque invalidité**, qui a une finalité comparable ou proche ?

Pas sûr ; Touche aux conditions de survenue du risque (AT, accidents etc...)

Faire un bilan préalable.

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.

- **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€).

Théoriquement oui pour assurer la cohérence des choix et des interventions ; mais peut constituer un enjeu de négociation.

Peut être y-a-t-il d'autres moyens de garantir la cohérence.

- **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€.

- **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.

La cohérence EHPAD/USLD doit être menée au bout. Donc oui.

- **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 dispositif PAERPA n'existe plus. Les actions correspondantes relèvent bien évidemment de l'action de la Branche ; mais pas les expérimentations (crédits FIR).

- **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.

Logiquement oui, mais ce n'est pas une activité exclusive des IL. Leur activité relève de conventions nationales avec la CNAM. On risque d'avoir simplement une gestion par la CNAM et un refinancement par la Branche... Jolis débats en perspective.

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.

Ce n'est pas vraiment le rôle de la CNSA de distribuer des soutiens de revenus. La logique antérieure (programme 157) peut cependant continuer de prévaloir.

- **Les autres dépenses du programme 157 ?**

NON pas de raisons
Mais voir qui ?

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.

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 ?

Il n'y a aujourd'hui que la CNSA qui gère cette dichotomie des financements.

Le débat sur la responsabilité / versus l'autonomie des collectivités locales sera nécessairement un point majeur de la discussion sur la Branche (cf aussi répartition des compétences).

Il faudrait envisager l'engagement de l'Etat contre celui des départements / missions et la recherche de plus d'égalité..

La négociation d'un socle et l'observation d'un premier cycle est inévitable.



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 ?

On peut les intégrer dans les PQE, mais laisser les ministères gérer ;

La CNSA peut ensuite être chargée de coordination et propositions.

- **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.

- **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'Education Nationale (935 M€ en 2020).

- **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€.

Ces crédits sont sans doute déjà assez dispersés (caisses vieillesse, AGGIRC ARRCO, ANAH etc...) Mieux les coordonner dans une perspective de soutien à l'autonomie ?

1.2. La LFSS et le pilotage : *Oui pour tous ces points cohérents avec les § précédents*

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) ;
- ◆ **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).
- ◆ 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.

2. Quelle gouvernance de la branche ?

2.1. Quelle organisation de la gouvernance nationale ?

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.

- ◆ **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 ?

à l'instar des autres caisses nationales : pilotage des dépenses de son champ et propositions au gouvernement ; coordination des politiques et interventions de l'autonomie.

- ◆ **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 ;

- *Conserver les mêmes principes de gouvernance,*
- *garantir une représentation conforme des parties prenantes*

- ◆ **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).

OK

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 CCMSSA le 28 juin 2017).

2.2. Quelle organisation de la gouvernance locale ?

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:

- ◆ 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 ;
 - ◆ 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.
 - ◆ 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 »
 - ◆ 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.
- Soutenir le scénario 2 (conforme à notre déclaration) ;**
- ◆ Ne pas créer des caisses locales,
 - ◆ S'appuyer sur les ARS existantes pour la gestion de l'offre, des conventions avec les services et les établissements,
 - ◆ Et les départements pour le « front office » : ouverture des droits, évaluation des besoins et GIR des personnes.
 - ◆ Attention attirée sur l'évaluation des besoins des personnes :
 - avoir une grille « modernisée »
 - des modalités harmonisées d'un territoire à l'autre (créer un « corps d'évaluateur » ou un référentiel de l'évaluation ?)
 - des contreparties pour les départements à cette démarche d'harmonisation.

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.

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?

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 mise en place des Mda doit être une obligation ; elles seront financées par la CNSA comme aujourd'hui les MDPH.

Les CLIC, MAIA, etc pourront être intégrés dans les DAC (dispositifs d'accompagnement aux cas complexes).

E. CONTRIBUTION DE FRANCE ALZHEIMER



Note France Alzheimer et maladies apparentées

Contribution – Contenu de la 5^{ème} branche autonomie

Contexte :

Association de familles créée en 1985, France Alzheimer et maladies apparentées accompagne au quotidien les personnes malades et leurs proches aidants grâce à son réseau de 99 associations départementales. Implantée sur la quasi-totalité du territoire national, les actions et revendications de l'Association se nourrissent du vécu et des témoignages des personnes directement concernées.

Avec plus de 1,2 million de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en France et une projection à plus de 2,2 millions de personnes malades d'ici 2050¹, ces pathologies neuro-évolutives se retrouvent au cœur des bouleversements sociaux et sociétaux actuels et posent de véritables enjeux à l'échelle européenne.

Il nous apparaît donc essentiel d'en tenir compte dans les réflexions en cours sur le contenu de la future 5^{ème} branche de la Sécurité sociale, afin notamment d'adapter les réponses que nous apportons collectivement aux personnes concernées. C'est pourquoi France Alzheimer souhaite apporter sa contribution à la concertation permise dans le cadre de la mission de Laurent Vachey, lancée le 24 juin dernier. Le positionnement présenté ici est défendu par l'Association depuis plus de dix ans.

Pour France Alzheimer, il s'agit avant tout de concilier respect de l'individu au sein du collectif et évolution des besoins individuels, de dépasser les arbitrages financiers dans la santé, de favoriser de nouvelles formes de lien social et de solidarité, de surmonter des organisations désuètes, aux mains d'acteurs souvent déconnectés, de comprendre et d'accepter de nouveaux défis, sur des échelles de temps beaucoup plus grandes.

Ainsi, en créant une cinquième branche de la Sécurité sociale, les pouvoirs publics s'engagent à soutenir, de manière équitable, les millions de personnes confrontées au handicap et à la dépendance, quelle qu'en soit l'origine et quel que soit leur lieu de vie. Le gouvernement fait le choix d'aider les personnes en perte d'autonomie, quel que soit leur âge, ainsi que leurs familles, à faire face à des restes à charge qui s'avèrent encore bien souvent trop élevés par rapport à leurs capacités financières. Il s'engage également à anticiper les évolutions à l'œuvre dans ce domaine et en partie liées au phénomène global du vieillissement de la population.

Cette ambition de réformer en profondeur le financement de la perte d'autonomie doit être guidée par la conviction que toute personne confrontée à une telle situation doit pouvoir disposer des ressources nécessaires pour y faire face, selon ses besoins et dans le respect de ses propres choix et ce, sur l'ensemble du territoire national.

¹ Alzheimer Europe – Dementia in Europe Yearbook 2019: « *Estimating the prevalence of dementia in Europe* »



Aussi, pour France Alzheimer et maladies apparentées, le système de prise en charge de la perte d'autonomie doit désormais s'organiser autour des piliers suivants :

- la volonté de diminuer le reste à charge auquel sont confrontées les familles et qui conditionne trop souvent leur choix de prise en soins et d'accompagnement, ou leur renoncement aux soins ;
- la volonté de mieux accompagner les proches aidants dans leur engagement quotidien auprès de leur proche malade ;
- la nécessité de faire tomber la barrière de l'âge, qui aujourd'hui conditionne le système de compensation de la perte d'autonomie et est source d'inégalités profondes ;
- la définition d'un périmètre d'action lisible, garant d'un parcours de soins et de vie découplé, coordonné et accessible financièrement et géographiquement ;
- la garantie d'un accès aux droits facilité afin de soulager les familles dans leurs démarches ;
- l'émergence d'une gouvernance efficiente, réactive et garante de la démocratie sanitaire.

Il est grand temps que la solidarité nationale s'exprime pour que soit enfin rétablie l'équité entre tous les citoyens et que les personnes malades et leurs proches aidants soient soutenus tout au long de leur parcours de soins et de leur parcours de vie. **Le contexte sociétal, sanitaire et social actuel doit être perçu comme une opportunité unique de se saisir pleinement de ces enjeux et d'y répondre de manière ambitieuse et pérenne.**

DES PROPOSITIONS CONCRETES

➔ Supprimer le cloisonnement entre « handicap » et « dépendance »

Le système de prise en charge de la perte d'autonomie est actuellement organisé en France autour de la distinction entre « handicap » et « dépendance », l'appartenance à l'un ou l'autre de ces champs dépendant de l'âge de la personne.

L'une des raisons à cette distinction tient dans le fait que la prise en compte des difficultés des personnes handicapées s'est faite antérieurement à celle des personnes âgées. Aujourd'hui, elle pose problème à plusieurs égards.

D'abord, les adultes handicapés vivent de plus en plus âgés et la dichotomie entre handicap et dépendance ne permet pas de répondre aux situations des personnes handicapées vieillissantes de façon continue. Ensuite, certaines maladies qui étaient considérées jusqu'à présent comme spécifiques des personnes âgées sont maintenant clairement identifiées et reconnues chez des personnes de moins de 60 ans. Il en est ainsi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Enfin, certaines personnes peuvent souffrir de plusieurs pathologies à la fois, lesquelles nécessitent une prise en soin globale (ex. : trisomie 21 et maladie d'Alzheimer précoce).

La barrière élevée entre personnes handicapées et personnes âgées dépendantes est par ailleurs à l'origine de traitements discriminatoires et inégaux dans les dispositifs de compensation pour ces deux populations. Il existe en effet des différences en matière de conditions d'attribution des prestations, de couverture et de financement des plans personnalisés, la prestation de compensation du handicap (PCH), attribuée aux personnes handicapées, étant souvent plus avantageuse que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), attribuée aux personnes âgées dépendantes. Il existe en outre un système de tarification différent pour les établissements d'hébergement des deux publics.

L'article 13 de la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances et à la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoyait la suppression de cette distinction : « *Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées.* »

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dans son rapport annuel 2007, se prononçait quant à elle en faveur de la mise en œuvre d'un droit à compensation du handicap quel que soit l'âge de la personne et quelle que soit l'origine du handicap. Elle recommandait déjà aux pouvoirs publics d'engager une démarche de convergence : « *convergence ne veut pas dire réponse identique quel que soit l'âge, mais approche qui ignore l'âge en tant que tel pour ne partir que de l'expression des besoins de vie concrète* ».

Depuis, la situation n'a pas évolué et France Alzheimer et maladies apparentées demande une révision des logiques sur lesquelles s'appuie l'organisation du système actuel de prise en charge de la perte d'autonomie. Elle souhaite que les pouvoirs publics abandonnent les politiques trop partielles et passent progressivement d'une approche catégorielle, personnes handicapées ou âgées, à une approche thématique, l'autonomie, et que la compensation accordée soit fonction des besoins et non de l'âge.

La reconnaissance du handicap cognitif :

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées² introduit la notion de handicap quel que soit son origine, dont l'altération des fonctions cognitives : « constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly handicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Ainsi, la loi met en exergue l'existence de troubles des fonctions cognitives à côté des fonctions mentales et psychiques. De ce fait est reconnue légalement l'existence des conséquences de ces troubles des fonctions cognitives en termes de handicap.

² [Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées](#)

Pour l'OMS³ :

- « La démence est l'une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde »
- « La démence a des conséquences physiques, psychologiques, sociales et économiques pour les personnes atteintes de la maladie mais aussi pour les personnes en charge des soins, les familles et la société en général ».

Appréhender la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées comme des handicaps cognitifs évolutifs, et les personnes malades comme des personnes en situation de handicap cognitif pourrait permettre une plus grande adaptation des réponses qui leur sont apportées quotidiennement.

Dans un contexte de chronicité des maladies neurodégénératives du fait de leur incurabilité, le paradigme du handicap permet d'insister sur les compensations et les aménagements de l'environnement (compréhension, acceptation, inclusion) dont les personnes en difficulté cognitive devraient pouvoir bénéficier, afin de maintenir leur qualité de vie et de pouvoir avoir accès aux mêmes droits que les personnes qui ne rencontrent pas ces difficultés.

Le manque de reconnaissance actuel du handicap cognitif a notamment eu un impact significatif lors de la période de crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19. Les mesures dérogatoires mises en place par le gouvernement, lors de la période de confinement, pour soulager le quotidien des personnes dites vulnérables, ayant fait l'objet de plusieurs listes différentes, n'ont pas permis de répondre aux besoins urgents des personnes atteintes de troubles cognitifs et de leurs familles. Dans certains cas, le flou entourant le classement et l'identification de ce public cible, a empêché les personnes concernées de se saisir des assouplissements aux conditions de sortie et autres dérogations importantes, laissant même les acteurs institutionnels dans l'incapacité de clairement renseigner et soutenir les familles et les acteurs associatifs sur le terrain.

Par ailleurs, la notion de handicap cognitif permet de faire le lien entre les personnes malades jeunes (âgées de moins de 60 ans) et celles de plus de 60/65 ans au moment du diagnostic, ceci afin d'octroyer les mêmes droits quel que soit l'âge et malgré la barrière administrative actuelle entre handicap et perte d'autonomie/dépendance.

Sur ce point en particulier, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée sont en effet particulièrement impactées par l'approche catégorielle actuelle. Il est d'usage de constater qu'il vaut mieux être diagnostiqué à 59 ans qu'à 61 ans, tant le modèle de compensation est différent. Une situation particulièrement inégalitaire, dénoncée depuis de nombreuses années, alors que la maladie d'Alzheimer est une des maladies les plus coûteuses en termes de restes à charge pour les familles.

³ <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia> La démence – 12/12/2017



→ **Une gouvernance efficiente, garante de réponses territoriales adaptées**

De manière globale, la configuration actuelle de la gouvernance des secteurs handicap et dépendance fait l'objet de nombreuses critiques et est particulièrement difficile à appréhender pour les usagers du système de santé. Un état de fait qui freine la mise en œuvre rapide de réponses adaptées, cohérentes et corrélées aux besoins réels des patients, des usagers et de leurs familles.

De manière plus spécifique, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées ont ceci de particulier qu'elles se situent à la croisée de divers champs et, de fait, entrent en interaction avec de nombreuses thématiques : handicap, dépendance, maladies chroniques, avancée en âge... Par ailleurs, les particularités de la maladie d'Alzheimer nécessitent une organisation spécifique des soins, qui prend appui tant dans le champ sanitaire que dans les secteurs social et médico-social.

Cette structuration se caractérise par un système complexe, particulièrement marqué par la multiplicité des acteurs, la diversité des sources de financement, le nombre important d'établissements et services, la variété des profils des gestionnaires (public, privé, associatif) et enfin la pluralité des modes de gouvernance nationale et locale (pilotage national ou compétences des collectivités territoriales).

Particulièrement éprouvante avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et leurs proches aidants, la crise sanitaire a d'ailleurs exacerbé les failles de ce modèle qu'il est aujourd'hui urgent de remettre à plat afin de renforcer l'articulation entre les différents acteurs impliqués.

Pour France Alzheimer, quel que soit le scénario de gouvernance qui sera envisagé par le gouvernement, suite notamment aux préconisations déjà faites par Dominique Libault, c'est la proximité qui doit être au cœur de cette évolution. En effet, au-delà des statuts de chaque acteur, et des « frictions » départementales, régionales ou nationales, il est urgent de se mobiliser autour d'une vision commune : l'amélioration constante et pérenne du quotidien des personnes concernées.

Cet objectif peut notamment être atteint :

- en précisant le cadre du pilotage des dépenses de protection sociale pour la prise en charge de la perte d'autonomie, sur l'ensemble du territoire et au-delà de toutes pressions budgétaires : des acteurs clairement identifiés, assumant leurs responsabilités en toutes circonstances ;
- en renforçant le rôle pilote de la CNSA (et de ses parties prenantes) et en l'impliquant dans le processus décisionnel et la régulation du système ;
- en garantissant le principe de démocratie sanitaire et l'implication de l'ensemble des acteurs dans le processus décisionnel et d'évaluation des politiques publiques (patients, usagers, associations de familles et d'usagers...) ;

- en garantissant le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social, au service de l'évolution constante de la notion de « prise en soins globale et coordonnée » de la personne malade et de son proche aidant ;
- en formant l'ensemble des professionnels engagés dans l'orientation, la prise en soins et l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives et de leurs familles, y compris les professionnels des plateformes d'accompagnement types MDPH, MDA, DAC, PTA, CPTS... (idée du guichet unique développée dans le rapport de Dominique Libault) ;
- en reconnaissant la transversalité des réponses à apporter aux personnes atteintes de maladies neurodégénératives et en soutenant la nécessaire coordination des différents professionnels de santé impliqués.

➔ **Réduire le reste à charge des familles**

Nombreux et peu remboursés, la plupart des coûts liés à la maladie d'Alzheimer sont laissés à la charge des personnes malades et de leurs proches aidants. En effet, en l'absence de traitement curatif, les dépenses engagées dans le cadre de la maladie relèvent pour la majorité d'entre elles du secteur médico-social.

Aussi, malgré la prise en charge à 100 % de la maladie d'Alzheimer par l'Assurance Maladie, au titre d'affection longue durée (ALD 15), la majorité des charges supportées par les familles ne fait en réalité l'objet d'aucun remboursement par la Sécurité sociale. Une pression budgétaire qui s'est récemment accrue suite à la décision de déremboursement des traitements dits « anti-Alzheimer », prise par le gouvernement en juin 2018.

Pour les aider à financer les charges auxquelles elles doivent faire face, les personnes âgées dépendantes peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation ouverte aux personnes âgées d'au moins 60 ans en situation de perte d'autonomie.

Le montant de l'aide varie selon le degré de dépendance, évalué à l'aide de la grille nationale Aggir (autonomie gérontologique groupe iso-ressources) et ne doit pas dépasser des plafonds nationaux modulés en fonction du GIR (groupe iso-ressources) de la personne concernée. La participation du bénéficiaire (le ticket modérateur) est déterminée en fonction des revenus de ce dernier. Depuis 2016, les besoins des aidants sont également appréciés dans ce cadre (droit au répit des aidants de 500€).

Dans les faits, ce principe d'organisation se heurte à de nombreuses limites systémiques :

- la grille Aggir est un référentiel national source d'inégalités territoriales et inadapté à l'évaluation des besoins des personnes atteintes de troubles cognitifs ;
- le droit au répit de 500 euros prévu dans le cadre de l'APA est aujourd'hui inaccessible et son montant souvent dérisoire face aux besoins constatés ;
- le principe du décideur-payeur assuré par les conseils départementaux dans le cadre de leur mission d'allocation de l'aide sociale est à l'origine de nombreuses dérives et d'inégalités de traitement en fonction du lieu de résidence de la personne concernée ;



- l'accessibilité financière des structures d'hébergement, d'accompagnement, de répit... n'est pas garantie sur l'ensemble du territoire national ;
- le cloisonnement encore marqué entre les champs sanitaire et médico-social freine l'élaboration d'un parcours de soins et de vie coordonné, fluide et adapté aux besoins des personnes concernées.

Cette hiérarchie de réponses, conditionnée à de nombreuses variables souvent aléatoires et purement structurelles, est inacceptable. Obligées de pallier les manques d'une prise en charge publique, de nombreuses familles se retrouvent en effet confrontées à des situations financières auxquelles elles ne peuvent plus faire face et qui conditionnent bien souvent leurs choix de prise en soins et d'accompagnement.

La démarche de convergence des politiques du handicap et de la dépendance doit donc s'accompagner de mesures fortes, portées par des acteurs engagés et ayant des effets concrets sur le terrain :

- Accroître l'offre en termes de structures du domicile et de l'établissement, de façon à mieux les répartir sur l'ensemble du territoire et innover et investir sur le volet de l'habitat alternatif ;
- Garantir l'accessibilité financière à ces structures et dispositifs de prise en soins et d'accompagnement. Le financement de la perte d'autonomie ne doit plus s'envisager par le seul prisme sanitaire mais doit couvrir l'ensemble des champs du parcours de soins et de vie des personnes concernées : de la prévention, en passant par le transport, jusqu'aux structures et dispositifs de soins et de soutien ;
- Soutenir le déploiement d'initiatives innovantes portées par des acteurs de terrain. Il s'agit avant tout de répondre aux besoins des personnes malades et de leurs aidants, sur l'ensemble du territoire national et en toutes circonstances ;
- Développer le nombre d'Ehpad habilités à l'aide sociale à l'hébergement et ajuster la répartition des forfaits soins et dépendance ;
- Repenser la structure même des Ehpad, afin d'adapter l'environnement global au public accueilli, en fonction de ses besoins, pour le confort de tous : résidents, familles et professionnels ;
- Harmoniser les dispositions fiscales actuelles entre domicile et établissements ;
- Renforcer les moyens humains et financiers du secteur de l'aide à domicile, sur l'ensemble du territoire national
- Soutenir le choix du maintien à domicile en renforçant notamment les réponses sanitaires (HAD, Ssiad,...) ;
- Lever les restrictions d'accès au droit au répit des aidants, sur l'ensemble du territoire national et revaloriser son montant ;
- Développer les liens entre le domicile et l'établissement, en encourageant notamment l'hébergement temporaire et en soutenant le déploiement et l'accessibilité financière de dispositifs innovant de répit de type « baluchonnage » et suppléance de l'aidant à domicile.

F. CONTRIBUTION INTERSYNDICALE



Contribution des organisations : CGT, FGR-FP, FSU, FO, UNRPA- Ensemble&Solidaires.

à la concertation sur la création d'une branche « Autonomie » de la Sécurité sociale

C'est un dossier d'importance. Si nous tenons à saluer le travail effectué par le HCFEA et à dire que nous nous retrouvons dans un certain nombre de remarques de la note présentée par le Président Bertrand Fragonard, nous prenons note que le questionnaire de Monsieur Vachey ne choisit pas de s'inscrire dans le cadre unique de la Sécurité sociale, cadre que nous avons toujours défendu.

Nous sommes surpris que la lettre de mission du ministre des solidarités et de la santé, du ministre de l'action et des comptes publics ainsi que du secrétaire d'État chargé des personnes handicapées ne fasse aucune allusion aux rapports produits ces derniers mois sur le sujet du Grand Âge.

Le rapport de Dominique Libault, effectivement, évoque le financement d'un nouveau risque de protection sociale en précisant que la **solidarité nationale** pourrait jouer un rôle prépondérant et intégrer ce risque de perte d'autonomie dans le champ des lois de financement de la Sécurité sociale. Nous nous étonnons que la lettre de mission n'évoque pas la convergence et, donc l'unification des statuts de handicapés et des personnes âgées en perte d'autonomie. La prise en charge de la perte d'autonomie doit s'opérer sans condition de ressources ni d'âge.

Quelles que soient les décisions futures de la loi (le texte n'est pas adopté définitivement) et les réponses demandées pour une seule option de création d'une cinquième branche, nous reprenons les positions et les raisons du choix que nous avons défendues fin 2018 devant le HCFEA : intégration du risque aide à l'autonomie dans la branche maladie, financé par les cotisations et pris en charge à 100% par la sécurité sociale dont la gouvernance est assurée par les partenaires sociaux.

Il est important de rappeler que la perte d'autonomie d'un individu est l'état d'une personne qui, du fait de limitations de ses capacités motrices, mentales, psychiques ou sensorielles, rencontre des difficultés ou des obstacles dans sa vie quotidienne qui compromettent son autonomie en l'absence de compensation. La perte d'autonomie est définie comme un état durable de la personne entraînant des incapacités pour réaliser les actes de la vie quotidienne.

La situation de perte d'autonomie d'une personne peut arriver à tout âge. Elle peut être une situation de naissance. Elle peut résulter de maladies et/ou d'accidents, éventuellement en liaison avec la vie professionnelle. Elle peut être liée au grand âge et à une accumulation de dégradations physiques et/ou mentales d'une personne (maladies neurodégénératives notamment). Elle est une conséquence de cette maladie, de cet accident ou du grand âge. Elle fait partie des aléas de la vie, tout comme les risques maladie, maternité, invalidité, décès.

Nous tenons à préciser que cette demande s'inscrit dans le cadre de l'architecture actuelle de la Sécurité sociale. Nous nous inquiétons notamment de « *la création d'une branche autonomie qui 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* » (point 1.2 du questionnaire de Monsieur Vachey) et de la proposition de « *prévoir la réaffectation des recettes de la branche maladie vers la nouvelle branche autonomie* » (point 1.1 du questionnaire).

Nous affirmons l'universalité de l'Assurance maladie qui concerne toutes et tous sans conditions de ressources. Il s'agit de la renforcer et d'y intégrer la réponse aux besoins de la perte d'autonomie.

Nous nous inscrivons dans les principes qui ont prévalu lors de la création de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en compte des aléas de la vie de la naissance à la mort. A ce titre, le risque autonomie, aléa de vie, s'intègre naturellement dans la branche maladie de la sécurité sociale.

Création d'une branche autonomie de la sécurité sociale

UNA, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domicile, fédération à but non lucratif créée le 17 janvier 1970, représente plus de 800 structures adhérentes associatives, mutualistes et services publics territoriaux (3000 implantations), employant plus de 90 000 salariés, gérant des activités de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) auprès des personnes vulnérables, des services de soins à domicile (CSI, SSIAD), des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), des services d'accompagnement des familles, des structures d'accueil et de garde d'enfants à domicile, des services à la personne.

UNA milite depuis 2007 pour que le droit de vivre à domicile soit reconnu comme un droit fondamental permettant à chacun de nos concitoyens d'être aidé, soigné et accompagné à domicile, quels que soient son âge, ses revenus, sa localisation. Pour notre Union la concrétisation de ce droit doit s'inscrire pleinement dans la branche autonomie de la sécurité sociale.

La décision gouvernementale de création de cette nouvelle branche de sécurité sociale est une avancée majeure. Afin de renforcer la protection sociale des personnes fragilisées et en perte d'autonomie, elle doit selon nous **se fonder sur les principes clés suivants** :

- Cette future branche doit permettre de couvrir le risque de perte d'autonomie quel que soit l'âge ou la cause de la situation de handicap. Elle doit favoriser la prévention de la perte d'autonomie, l'accompagnement et les soins mais aussi garantir l'accès à un logement adapté aux besoins spécifiques des personnes.
- Le financement de cette future branche doit s'appuyer sur la solidarité nationale et garantir une équité de traitement à l'ensemble des citoyens en perte d'autonomie.
- Les allocations individuelles de solidarités que sont l'APA et la PCH mais aussi l'action sociale des caisses de retraite doivent être incluses dans le périmètre pour renforcer leurs effets et limiter les cloisonnements systématiquement source de rupture dans le parcours des personnes. Ces prestations doivent conserver leurs caractéristiques de prestations en nature pour proposer aux personnes en perte d'autonomie un véritable plan de compensation individualisé fonction de leur projet de vie et en adéquation avec la réalité de leur environnement.
- La garantie de transparence, d'équité territoriale et d'accessibilité financière. La création de cette branche doit permettre d'apporter plus de lisibilité et de soutenabilité financière pour les personnes y compris à domicile en favorisant l'harmonisation des pratiques des départements et des services.
- L'intégration dans son périmètre d'un financement national de l'offre de services à domicile au-delà de la solvabilisation de la demande (via l'APA et la PCH). Ce financement doit garantir la prise en compte des justes coûts de fonctionnement des services pour apporter aux personnes en perte d'autonomie des prestations de qualité adaptées à leurs besoins et attentes mais aussi des conditions de travail et de rémunération attractives pour les salariés.

28 juillet 2020

- Une simplification et une plus grande lisibilité du système pour les personnes et leurs aidants en premiers, les partenaires hospitaliers et des soins de ville, les gestionnaires et la représentation nationale. Cette nouvelle branche devra également identifier les « points de contacts » et s'articuler aux autres branches existantes pour apporter des réponses à l'ensemble des besoins y compris ceux à la frontière de la maladie ou du soutien à la famille et du soutien à l'autonomie.

En revanche, **certaines options seraient pour UNA incompatibles** avec l'ambition du projet :

- La création de toute forme de mécanisme de gages individuels ou recours sur succession qui d'expérience (cf. la Prestation Spécifique Dépendance) constitue un frein majeur d'accès aux droits
- La généralisation de prestations en espèce sans démarche de structuration de l'offre

Pour garantir ces principes, **la gouvernance de cette nouvelle branche devra associer l'ensemble des parties prenantes.**

- Ce nouveau risque ne saurait être géré par les seuls payeurs selon le principe désuet du décideur/payeur dont nous mesurons chaque jour les dérives en ce qu'il ne permet pas une bonne transparence dans les choix politiques qui sont opérés.
- De même, il ne devrait pas être géré par les seuls partenaires sociaux dans un face à face tout aussi désuet entre employeurs et salariés qui exclurait la représentation des personnes concernées elles-mêmes et des offreurs de solution.
- La réforme à venir doit ainsi préserver cet acquis majeur : la participation des parties prenantes à la gouvernance politique du risque autonomie.

Dans cette dynamique, la CNSA devrait renforcer son rôle agenciel pour assurer une plus grande cohérence de la déclinaison territoriale des politiques de l'autonomie et une animation commune aux parties prenantes au plan national des réflexions visant à orienter les politiques publiques.

Quel périmètre et quelle architecture pour la nouvelle branche 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 questionnaire 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.

Pour confirmer et compléter ces éléments, il vous est demandé de faire part de votre position sur les possibles scénarios de périmètre et de gouvernance de la nouvelle CNSA ainsi que du réseau territorial sur lequel elle pourra s'appuyer, **d'ici au 25 juillet**. La mission procédera ensuite à l'analyse de vos réponses, et une restitution collective sera organisée début septembre, avant la remise du rapport.

1. Quelle architecture de la branche autonomie ?

1.1. Le périmètre

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 ?

- ◆ **1) 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.

- ◆ **2) 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).

Réponse UNA :

Ces deux premières questions impliquent de déterminer les relations entre la branche d'assurance maladie et la branche autonomie. Ainsi, si les recettes de la nouvelle branche proviennent pour partie de cotisation d'assurance maladie et perçues par cette dernière branche, cela impliquera que l'ONDAM prévoit une affectation de ressource à la branche « autonomie ». Cela créera une dépendance de cette dernière branche vis-à-vis de l'assurance maladie qui ne nous apparaît pas souhaitable. A ce titre, il nous apparaît nécessaire que les recettes de la nouvelle branche lui soient propres, soit par affectation de cotisations « neutre » (comme la CSG), soit par la transformation de cotisations d'assurance maladie en cotisation autonomie (certaines existent déjà comme la CASA ou la CSA).

Par ailleurs, s'il est mis en place un objectif national de dépenses autonomie (ONDA), la question se pose de maintenir des sous ONDA PA et ONDA PH distinct. La distinction en deux sous-objectifs et source d'effets délétères en particulier dans le champ des services à domicile. En effet, ses sous objectifs strictement différenciés génèrent des cloisonnements dans l'organisation de l'offre et in fine des ruptures dans le parcours des personnes accompagnées. Les SAAD, SSIAD et SPASAD sont généralement autorisés pour intervenir tant auprès des personnes âgées qu'en situation de handicap. Pour autant en SSIAD, service autorisé et

financé en fonction d'une capacité exprimée en nombre de place, les places PA et les places PH sont strictement différenciées avec des budgets différents dans nombre de cas. Cette organisation ne permet pas aux gestionnaires du SSIAD de gérer ses places en fonction des demandes et besoins de la population de son territoire. Elle peut également entraîner des ruptures de prises en charge quand une personne en situation de handicap passe l'âge de 60 ans et que le SSIAD ne dispose pas de place PA disponible. Il doit alors faire une demande dérogation auprès de son ARS, qui n'est pas systématiquement acceptée.

Ce cloisonnement est également un obstacle à la logique de parcours des personnes en situation de handicap vieillissantes.

Ainsi, si de tels sous objectifs devaient être maintenus dans le cadre d'un objectif national de dépenses autonomie, il conviendra d'organiser une fongibilité entre eux afin de mettre fin à ces cloisonnements dont pâtissent les personnes accompagnées.

◆ 3) 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'efficience (PQE à l'annexe 1 de la LFSS, actuellement intitulé « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »)

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.

Réponse UNA :

Sur le plan du principe, le risque invalidité doit être intégré dans le champ de la future branche Autonomie

- **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€).

Réponse UNA :

Au regard du périmètre ambitieux « prévention, accompagnement et soins, garantie d'accès à un logement adapté aux besoins spécifiques » qu'il nous apparaît important de donner à cette branche, les dépenses de l'assurance vieillesse associée à la perte d'autonomie doivent être intégrées le périmètre de la nouvelle branche ; en particulier l'action sociale des caisses de retraites qui vise à prévenir la perte d'autonomie.

Cette intégration permettra également de gagner en lisibilité pour les personnes et en cohérence dans les prestations délivrées entre prévention et accompagnement.

- **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€.

Réponse UNA :

L'AEEH étant une aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap de votre enfant, elle relève du champ de la compensation intégré dans le périmètre de la future branche autonomie.

Par ailleurs, comme le précisait le rapport IGAS « *Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants* » de juin 2019, il existe un enjeu de simplification majeur pour favoriser la compensation du handicap auprès des enfants.

- **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.

Réponse UNA :

A notre sens, au vu des objectifs poursuivis et du profil des personnes accueillies (3% de personnes de moins de 60 ans en 2011 selon le rapport IGAS USLD de 2016), le financement des USLD a toute sa place au sein de la branche autonomie.

- **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).

Réponse UNA :

Au regard des objectifs du dispositif PAERPA de prévention auprès des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, ce financement a toute sa place au sein de la branche autonomie.

- **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.

Réponse UNA :

Le choix d'intervention d'un SSIAD ou d'un infirmier libéral dépend aujourd'hui plus de la configuration de l'offre de soins sur le territoire et en particulier de la démographie infirmière que des spécificités de chacune de ces deux offres.

Dans ce contexte peut-on envisager qu'une offre de soins similaire (pour ce qui relèvent en particulier des actes infirmiers de soins AIS selon la Nomenclature générale des actes professionnels) soit financée différemment en fonction de l'offreur de soin ?

L'intégration de ces actes de soins auprès des personnes en perte d'autonomie dans le périmètre de la future branche Autonomie, doit également s'accompagner d'une réflexion sur l'organisation de l'offre en soins infirmiers en France.

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.

Réponse UNA :

Dans une définition large de la branche autonomie et pas uniquement de la compensation de la perte d'autonomie, l'AAH entrerait dans le périmètre de la future branche.

- **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.

Commentaire UNA : Pas de position

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 ?

Réponse UNA :

L'analyse d'UNA portera sur l'APA à domicile et la PCH et pas sur les autres financements des départements en matière d'action sociale.

A ce jour l'APA et la PCH sont deux prestations en nature qui relèvent de la compétence des départements. C'est à leur échelle que sont gérés l'éligibilité, le montant, le versement, le contrôle d'effectivité et le recours pour indus (uniquement par le département pour l'APA, avec l'association de la CDAPH de la MDPH pour la PCH). Le code de l'action sociale et des familles définit l'APA et la PCH certes comme des prestations en nature mais également comme correspondant à des financements versés à la personne éligible. A ce titre l'APA à domicile et la PCH ne sont pas un mode de financement d'ESMS mais bien des modes de solvabilisation des personnes. Cela ressort sans ambiguïté des dispositions du code de l'action sociale et des familles (article L. 231-1 et suivant pour l'APA et article L. 245-1 et suivant pour la PCH).

Ces deux prises en charge sont financées en majorité par les départements et pour partie par un concours financier de la CNSA (dans une proportion en moyenne de 70% à la charge des départements pour la PCH et de 60% à la charge des départements pour l'APA en cumulant les concours APA 1 et APA 2).

Dans ce cadre, la valorisation des prestations en nature prévues dans le cadre de l'APA ou de la PCH est fixée librement par le conseil départemental (avec, pour la PCH un tarif plancher légal), la loi ne fixant que les montant de participation légale et, dans le cadre de l'APA, des plafonds mensuels de dépenses prise en charge. Il est à noter que cette liberté des départements en matière de fixation des montants horaire de prise en charge s'accompagne d'une certaine opacité : à ce jour, si les départements sont tenus de remonter à la CNSA des informations quant à leur dépenses APA/PCH, il ne s'agit que de volumes financiers consolidés. Or l'utilisation de ces fonds dépend également des valorisation horaires adoptés par le département. En effet, selon cette valorisation horaire, pour un même volume financier consolidé, les bénéficiaires des prises en charge auront plus ou moins d'heures effectives d'intervention.

A ce jour, ni les valorisations horaires ni les volumes d'heures d'APA et de PCH ne sont connus avec précision (pour preuve, lors de la mise en œuvre du décret n° 2019-457 du 15 mai 2019 relatif à la répartition et l'utilisation des crédits mentionnés au IX de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 visant à la préfiguration d'un nouveau modèle de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile, la CNSA a demandé le nombre d'heures prestées au titre de l'APA et de la PCH par départements, preuve que cette information n'est pas connue et d'ailleurs seuls les 60 départements inscrits dans le dispositif du décret ont répondu).

Cette problématique de transparence est d'autant plus complexe que cette valorisation horaire peut être multiple au sein d'un même département (valorisation emploi direct, mandataire, prestataire tarifé, prestataire non tarifé). En conséquence, à ce jour, il n'y a aucune analyse robuste sur l'effectivité de l'APA et de la PCH et notamment, pour un montant de plan d'aide

ou de compensation donnée, sur les prestations auxquelles cela donne accès.

A cela s'ajoute une absence de visibilité sur les participations financières réelles des personnes accompagnées au regard notamment de la coexistence de SAAD tarifés et non tarifés (pour rappel, les SAAD tarifés sont contraints d'appliquer les participations financières légales et les SAAD non tarifés peuvent y ajouter des restes à charge supplémentaires). En conclusion, il s'avère qu'à ce jour, la gestion de l'APA et de la PCH, son effectivité et le montant réelles de la participation financière des personnes sont opaques et marqués par une inégalité selon les territoires.

Or, malgré ce constat, en l'état actuel de nos connaissances, les présentations de la DSS sur la nouvelle branche « autonomie » n'intègrent que le concours de la CNSA aux départements. La PCH et l'APA seraient exclus de cette branche, seuls la contribution financière de la CNSA aux départements y serait intégrée. A notre sens, un tel arbitrage ne ferait que maintenir ce système opaque et inégalitaire. De plus, il nous apparaît qu'exclure l'APA et la PCH du périmètre de la branche autonomie poserait des difficultés en matière de réglementation européenne. En effet, selon un arrêt de la Cour de Justice de l'Union Européenne, l'APA et la PCH ont la nature de prestations de sécurité sociale (CJUE, 14 mars 2019, affaire [C-372/18](#)). A notre sens, afin que soit mise en place une véritable visibilité sur la mise en œuvre de ces prises en charge, afin de conformité avec le droit européen, l'APA et la PCH se doivent d'être inclus dans la nouvelle branche.

Une telle inclusion emporte des conséquences en terme de gouvernance. En effet, en application des articles L. 314-3 et L. 314-3-1 du CASF d'une part et L. 314-1 du CASF d'autre part le financement de celles des prestations des établissements et services mentionnés à qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses et relève de la compétence tarifaire soit des ARS soit de l'Etat. Dès lors, il importera d'examiner avec soin les répartitions de compétence entre l'autorité publique qui autorise les SAAD, celle qui prescrit les prises en charge et celle qui les finance.

Par ailleurs, connexe à cette question se pose celle relative à ce que finance la CNSA au regard des SAAD et que nous traiterons ci-dessous lorsque nous aborderons la question sur le budget de 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 ?

Commentaire UNA : Pas de position

- **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.

Commentaire UNA : Pas de position

- **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).

Réponse UNA :

Nous attirons votre vigilance sur l'inadéquation de l'offre actuelle pour répondre au besoin de soutien à la scolarité des enfants en situation de handicap. Une inadéquation qui apparaît encore une fois être la conséquence du manque d'articulation entre différentes politiques publiques celle du handicap et de l'éducation.

La question du soutien à la scolarité en dehors du cadre scolaire et de l'accompagnement des enfants sur les temps périscolaire peine à être prise en compte. En effet, le soutien à la scolarité ne fait pas partie du périmètre des éléments de la PCH et le périmètre d'intervention des accompagnants des élèves en situation de handicap se limitent à l'accompagnement des enfants au sein de l'école. Pour autant, les besoins existent quel que soit le type de handicap et sont divers (il peut s'agir notamment d'un soutien à l'organisation et pas seulement de besoins liés à l'apprentissage).

S'agissant des temps périscolaire la situation est différente. En principe, les enfants peuvent aussi bénéficier d'un accompagnement mais l'effectivité de ce droit n'est pas total tandis que pour certains enfants leur situation de handicap (fatiguabilité, besoin de repos etc) rend difficile pour ces enfants de rester sur ces temps périscolaires (de même que certains enfants ne peuvent en raison de leur handicap être scolarisés à temps plein). Les plans PCH sont rarement suffisants pour permettre aux familles l'accompagnement de leurs enfants sur ces temps où il ne peut être à l'école.

- **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€.

Réponse UNA :

L'adaptation du logement est un levier important de soutien et renforcement de l'autonomie tant pour les personnes en situation de handicap que pour les personnes âgées. La multiplicité des dispositifs et le manque de coordination et cohérence en amoindrissent les effets. L'adaptation du logement et les crédits y concourant doivent être intégrés dans le périmètre de la future branche.

1.2. 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) ;
- ◆ **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).

Réponse UNA

A notre sens, la mise en place d'un programme de qualité et d'efficience en annexe du PLFSS dédiée à l'autonomie est le corollaire indispensable à la mise en place d'un objectif national de dépenses autonomie (ONDA). En effet, si, comme nous le souhaitons, la nouvelle branche intègre les dépenses des départements, il est nécessaire d'avoir les outils et les indicateurs d'efficience nécessaires. A ce titre, nous renvoyons à ce que nous avons exposé sur l'actuelle absence d'évaluation des politiques départementales (dépenses consolidées, pas de visibilité sur les prestations financées etc.) et ce que nous exposons ci-dessous sur l'amélioration des remontées d'information des départements vers la CNSA avec la création d'un volet qualitatif.

De plus, toute stratégie visant à mesurer la qualité et l'efficience de la réponse aux besoins des personnes est remise en cause par le fait que, dans le cas de prises en charge, une partie de la réponse échappe aux services qui les mettent en œuvre. En effet, l'évaluation des besoins de la personne, la construction des plans d'aide et les contrôles d'effectivité sont à la charge d'instances publiques qui imposent leurs décisions aux services. Or ces autorités n'ont pas nécessairement les mêmes objectifs en termes de qualité ou de pertinence des réponses que les services. Dès lors, il convient que toute réflexion sur la qualité, perçue dans son ensemble, et l'efficience implique l'ensemble des acteurs, publics et privés, intervenant dans le parcours de prise en charge des personnes et donc, concernant l'APA et la PCH une évaluation de l'action des départements.

A ce titre, il est notable que les travaux de la CNSA sur les SI des MDPH, la qualité des réponses des MDPH ont donné lieu à des études approfondies et pertinentes. Or il n'existe aucun équivalent en matière d'APA où la qualité de réponse par les équipes médico-sociales aux demandes d'APA, le contenu des plans d'aide, la charge financière qu'ils impliquent et plus largement la bonne information des personnes sur les modalités de mise en œuvre de l'APA ne font pas l'objet de la même attention. Plus grave, les conséquences de décision du conseil départemental en terme de réévaluation des plans ou de modification du reste à charge sont souvent portées à la connaissance des bénéficiaires par les services eux-mêmes. Dans une certaine mesure, ces observations sont applicables à la PCH car la CDAPH des MDPH

n'est compétente que sur l'éligibilité et la suspension de la PCH, sa mise en œuvre étant à la charge du département.

Ainsi, il est clair que la mise en place d'une nouvelle branche doit permettre un meilleur suivi tant de l'action des SAAD mais aussi des conseils départementaux dans la mise en œuvre des prises en charge. Cela implique une uniformisation des SI mais sans doute aussi une réflexion sur les conditions d'accès à ces prises en charge comme cela est fait pour l'activité des MDPH.

- ◆ 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.

Réponse UNA

Il est essentiel de rappeler un élément sur la structuration en section du budget de la CNSA tel que l'organise l'article L. 14-10-5 du CASF. La section I est « une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 (Ndr les ESMS financé ou cofinancé par des crédits de sécurité sociale). »

Les sections II et III sont respectivement consacrées au financement par la CNSA de l'APA et de la PCH. Il est donc aisé de constater que concernant l'aide à domicile la CNSA ne finance que les prises en charge et pas le financement des services.

Nous rappelons que coexiste des SAAD tarifés et non tarifés.

- La tarification d'un établissement ou service social ou médico-social (ESSMS) se définit comme les financements que lui apportent directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, les personnes morales de droit public ou les organismes de sécurité sociale en vue de supporter en tout ou partie des dépenses de fonctionnement. En d'autres termes, il s'agit d'un financement de l'offre qui se distingue des prises en charge comme l'APA qui solvabilisent les bénéficiaires et sont donc un financement de la demande (il est d'ailleurs symptomatique que les juridictions de la tarification s'estiment incompétentes pour les contentieux relatifs aux montants des prises en charge).
- Le but de la tarification, en finançant l'offre, est de garantir une égalité d'accès aux SAAD quel que soit le lieu d'habitation, le degré de dépendance, par le biais de financement compensant le coût de certaines prestations plutôt que de les laisser à la charge des bénéficiaires (par exemple, c'est grâce à la tarification qu'une personne habitant dans un lieu impliquant d'important temps de déplacement ne se verra pas refacturer les coûts afférents à ces trajets). Un SAAD tarifé se voit appliquer un contrôle de son budget par le financeur et surtout n'est pas libre de l'utilisation des éventuels excédents issus des activités tarifés qui est soumis à la validation du financeur.
- A l'inverse, les SAAD non tarifés ne perçoivent que les prises en charge APA et PCH, dont le montant horaire est fixé unilatéralement par le conseil départemental. En contrepartie, ils peuvent facturer aux bénéficiaires, en plus de la participation légale, un reste à charge supplémentaire permettant de couvrir leur coût de fonctionnement.
- Pour les SAAD tarifés, cette tarification prend la forme d'un montant horaire en général plus élevé que pour les SAAD non tarifés, ce qui est logique, cette tarification impliquant un financement des coûts de fonctionnement auquel les SAAD non tarifés n'ont pas accès.

Pour autant le budget de la CNSA ne prévoyant aucun financement au titre de la tarification des SAAD, les conseils départementaux doivent soit assumer entièrement la part de financement au-dessus du montant d'APA et de PCH (certains départements, minoritaires, ont adopté cette pratique), soit faire coïncider montant horaire d'APA et de PCH avec le tarif horaire, ce qui leur permet de bénéficier du concours de la CNSA à ce titre. Cette pratique, majoritaire, implique des effets pervers notamment au regard de l'APA : augmentation de la participation financière, saturation des plans d'aide.

C'est pourquoi UNA propose de distinguer ce qui relève des prises en charge APA et PCH qui aura un montant unique pour les SAAD tarifés et non tarifés et, uniquement pour les SAAD tarifés une dotation complémentaire correspondant à la tarification médico-sociale stricto sensu. C'est d'ailleurs ce dispositif qui est retenu au sein du rapport Libault (même si le montant de la dotation complémentaire qu'évoque le rapport semble insuffisant). Toutefois, pour que ce système puisse être opérationnel il est nécessaire que le budget de la CNSA intègre une participation au financement/tarification des SAAD en plus des concours APA et PCH. A défaut d'une telle mesure, il est à craindre que la tendance à la détarification des SAAD, pratique de plus en plus fréquente de la part de département, se généralise s'ils doivent assumer la totalité de la tarification des SAAD.

2. Quelle gouvernance de la branche ?

2.1. Quelle organisation de la gouvernance nationale ?

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.

- ◆ **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 ?
- ◆ **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 ;
- ◆ **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).

[Réponse UNA :](#)

A notre sens, notamment dans le domaine de l'aide à domicile, relevant exclusivement de la compétence des départements, il importe que les missions de la CNSA et donc son mode de fonctionnement (notamment les pouvoirs de son conseil et de son directeur), impliquent un pouvoir de contrôle. Au vu de ce que nous avons exposé concernant l'intégration de l'APA et de la PCH dans la branche « autonomie » et les contrôles de qualité et d'efficacité, il est nécessaire de doter la CNSA des missions suivantes :

- Pouvoir généralisé d'animation du réseau des autorités mettant en œuvre les prestations de la branche autonomie (département, ARS...) à l'instar de son rôle auprès des ARS
- Améliorer la remontée d'information. A ce jour n'ayant qu'un rôle de caisse les remontées financières, notamment sur l'APA et la PCH, sont consolidées sans visibilité, comme nous l'avons vu, sur les prestations qui sont financées. Il sera nécessaire que ces remontées d'information deviennent plus qualitatives tant pour les prestations (plan d'aide, plan de compensation etc.), que pour l'organisation de l'offre sur les territoires (services tarifés et non tarifés, pratique en matière de reste à charge, montant horaire d'APA et de PCH etc.) autant d'information qui ne sont, pour l'instant, pas accessibles.
- Un dispositif de contrôle accru de la CNSA sur les financements qu'elle verse aux départements. A ce jour, ce contrôle est inexistant. Il convient donc de mettre en place, des dispositifs de transmission de données quant à l'utilisation des fonds, un dispositif d'audit et enfin des sanctions permettant notamment la récupération des fonds par la CNSA en cas d'utilisation illégale. Il est important également que ces sanctions ne soient pas supportées effectivement par les services. En effet, un département qui devra rendre les financements à la CNSA à cause d'une pratique illégale ne devraient pas pouvoir les « récupérer » sur les financements alloués aux services car dans ce cas, c'est le SAAD qui serait sanctionné et in fine le bénéficiaires.

Il est à noter que ce que nous proposons ne remet pas en cause la libre administration des collectivités territoriales. En effet, dans certains domaines, de tels dispositifs existent déjà. Ainsi, l'article L. 221-9 du CASF prévoit déjà que les services de l'aide sociale à l'enfance, de compétence départementale, sont contrôlés par l'IGAS.

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 CCMSSA le 28 juin 2017).

2.2. Quelle organisation de la gouvernance locale ?

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:

- ◆ 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 ;
- ◆ 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.
- ◆ 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 »
- ◆ 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.

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.

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 ?

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 ?

Réponse UNA

La CNSA ne dispose pas à proprement parler d'un réseau territorial. Cependant, les groupements d'intérêt public MDPH pourraient le devenir sans pour cela, devoir trop modifier leur fonctionnement. L'expérimentation de maisons de l'autonomie, insatisfaisante à ce stade, préfigure cependant ce que pourrait être demain le réseau territorial d'une CNSA renouvelée.

La composition de la commission exécutive des MDPH et celle du conseil de la CNSA, pourraient faire l'objet d'une réflexion conjointe pour les rapprocher encore davantage, en s'assurant que chaque partie prenante ne puisse pas imposer ses choix à toutes les autres. La majorité absolue actuellement détenue par les conseils départementaux pourraient être redéfinie en la confiant à l'ensemble des représentants des pouvoirs publics (CD, Etat, ARS, Métropoles ou Communautés – les CARSAT pourraient également rejoindre cette gouvernance aux côtés des CPAM, CAF et MSA). Dans cette perspective, les directeurs de MDPH pourraient être nommés par le directeur de la CNSA, plutôt que par les présidents des

conseils départementaux qui pourraient conserver la présidence de droit du groupement et ainsi maintenir le chef de filat ancré dans la réalité territoriales.

L'une des conséquences de cette démarche, serait d'élargir les compétences des CDAPH qui ouvrent les droits aux personnes en situation de handicap, aux prestations destinées aux personnes âgées. De même, le comité de gestion du fonds de compensation du handicap, pourrait fusionner avec la commission des financeurs issue de la loi ASV, ses membres étant le plus souvent les mêmes.

Enfin, à cette échelle, nous pourrions considérer que le pendant du HCFEA et du CNCPH, seraient les actuelles CDCA dont le rôle pourrait s'apparenter à des espaces de co-construction de la pensée politique sur les sujets liés à l'autonomie dans un contexte de société vieillissante. Le CDCA pourrait rejoindre la sphère de la MDA, au même titre que la commission exécutive (organe de décision), la CDAPH (organe d'ouverture de droits), le comité de gestion du fonds de compensation (organe de coordination des financements complémentaires aux financements légaux).

L'articulation avec les instances de démocratie en santé serait à repenser également. Ainsi, les CDCA pourraient-elles avoir une représentation formelle assurée au sein des CTS et de la CRSA, pour réaliser une liaison directe entre elles.

Au-delà de la composition des instances, c'est à une animation plus transversale de ces commissions, conseils et conférences par le futur réseau territorial de la CNSA que la réforme devrait permettre d'aboutir.

- Faire des GIP MDPH (MDA), le réseau territorial de la CNSA
- Modifier la composition de la commission exécutive du GIP pour organiser une parité pouvoirs publics/société civile, et réfléchir à une convergence de la composition de cette gouvernance territoriale et de la gouvernance nationale
- Elargir les compétences des CDAPH aux droits des personnes âgées
- Fusionner le comité de gestion du fonds de compensation du handicap et la commission des financeurs issue de la loi ASV
- Articuler formellement CNCPH/HCFEA et CDCA

Contribution de la Fédésap aux Questionnaires : « Quelles mesures de financement du soutien à l'autonomie ? » et « quel périmètre et quelle architecture pour la nouvelle branche autonomie ? »

30 juillet 2020

À travers cette contribution écrite, la Fédésap souhaite éclairer à la fois les futurs arbitrages du Gouvernement mais aussi les travaux multiples qui s'opèrent au travers des missions telles que celle confiée à Mr Laurent Vachey.

Cela passe par le respect du souhait des Français de vivre, voire de mourir à domicile, ainsi que par un accompagnement digne de la perte d'autonomie, quel que soit le niveau de revenu et quel que soit le territoire.

Pour la Fédésap, les principes suivants doivent constituer la colonne vertébrale de la future loi Autonomie :

- Sortir d'une compensation de la perte d'autonomie pour entrer dans l'ère de l'accompagnement à l'autonomie s'adressant aux PA ET PSH.
- Réformer en profondeur le secteur de l'aide à domicile (financement et gouvernance).
- Reconnaître et étendre le rôle de l'aide à domicile dans l'accompagnement à l'autonomie.
- Créer une véritable filière économique et professionnelle de l'Autonomie.
- Garantir le financement des besoins des personnes fragiles.
- Assurer la liberté tarifaire et la liberté de choix des personnes.

Les 2 questionnaires sollicités par Mr Vachey font état entre autres de 2 sujets fondateurs du projet de la future loi :

- 1 Le financement
- 2 La gouvernance

1 Un financement ambitieux et durable de la politique Autonomie via la refonte de la tarification des SAAD

Voir annexe idoine (note du HCFEA).

2 Une nouvelle gouvernance, garante d'équité territoriale, de traçabilité et d'efficience sur le long terme

Les rapports de Dominique Libault et du HCFEA ont largement documenté les disparités territoriales qui conduisent à un système inefficace et inéquitable pour les PA/PSH et leurs proches aidants. La posture politique d'une grande majorité des Conseils départementaux de ne pas consentir à une prime COVID pour les intervenantes à domicile est une nouvelle preuve de la nécessité de réviser la gouvernance du secteur.

Voir annexe idoine (note du HCFEA).

L'enjeu de la loi Autonomie est donc de bâtir une nouvelle gouvernance en vue d'un pilotage national et d'une traçabilité des moyens engagés dans la réponse à la perte d'autonomie. Une gouvernance nationale et régionale qui encourage également la diffusion des bonnes pratiques. Ainsi, un pilotage national fort est incontournable afin de garantir l'égalité de traitement et la prise en compte des spécificités territoriales (CNSA).

La CNSA, pilote de la 5^{ème} Branche et de la politique nationale d'autonomie

Confier la coordination de la 5^{ème} branche à la CNSA est la condition d'un pilotage global de la réponse à la perte d'autonomie et d'un outil budgétaire efficace, qui centralise l'intégralité des ressources. C'est pourquoi l'ensemble des financements publics de l'autonomie, à la fois PA et PSH, devra être regroupé au sein de la Caisse dans une vision pan-ministérielle (aménagement des territoires, logement, transports...).

- Aujourd'hui, sur les 67 Mds€ d'argent public dédiés à la politique d'Autonomie, 27 Mds€ sont gérés par la CNSA.

Cette légitimité est reconnue par l'ensemble des acteurs à des fins d'efficacité. Ainsi, le rapport Piveteau sur l'habitat inclusif est favorable à la désignation de la CNSA comme opérateur national de « maîtrise d'œuvre » de l'habitat des personnes âgées et handicapées.

De la même façon, le rapport Guedj juge que la stratégie de lutte contre l'isolement des personnes âgées requiert une modification du portage de l'animation nationale et plaide en faveur d'un pilotage national par la CNSA.

Mettre en place une « Conférence Nationale de Financement de l'Autonomie », pilotée par la CNSA et conçue sur le modèle de la conférence de financement des retraites avec une représentation paritaire renforcée (représentants des PA/PSH, représentants des professionnels de terrain). Elle sera chargée de décider des orientations budgétaires de la branche en vue d'un financement ambitieux de la politique d'autonomie et dans le cadre de leviers de financements partagés (5^{ème} Branche, nouvelle journée de solidarité, recours sur succession, système assurantiel...).

De par sa connaissance des besoins et des réalités du secteur, l'élaboration de la réglementation, des cahiers des charges, des doctrines... doit lui être confiée. Elle exercera également un contrôle renforcé sur les financements locaux.

Créer un Observatoire National de l'Autonomie, géré par la CNSA, regroupant les différents acteurs de l'aide et de l'accompagnement des PA / PSH (représentants des PA / PSH, fédérations, services déconcentrés et collectivités territoriales, parlementaires...). Celui-ci sera en charge de favoriser les

innovations et la diffusion des bonnes pratiques. Il sera le garant de la mise en œuvre de la politique de l'autonomie sur tous les territoires. L'objectif est, en effet, d'harmoniser les prises en charge.

Un nouvel interlocuteur unique pour l'organisation de l'offre de services sur le territoire

Afin d'assurer une réponse équitable sur l'ensemble du territoire et de développer une offre d'accompagnement élargie et décloisonnée entre les secteurs du sanitaire et du médicosocial, la future loi Autonomie devra instaurer un nouveau cadre pour l'organisation territoriale de l'offre. La fonction agentielle de la CNSA doit être consacrée afin de garantir la déclinaison de la politique Autonomie au niveau local.

Les Conseils départementaux, garants d'une réponse renforcée et adaptée aux besoins des personnes

Réaffirmer le rôle des Conseils départementaux pour l'information des usagers, la proposition et le contrôle des plans d'aide ainsi que la réévaluation des besoins des personnes.

Confier au Conseil départemental le contrôle et l'opérationnalité des prestations des SAAD. Il s'agit de s'assurer de l'effectivité de la prestation et de la non-saturation des plans d'aide.

Proposer un guichet unique dédié aux aidants. Interlocuteur unique des aidants, en termes d'information et de centralisation des solutions.

Consacrer le rôle des SAAD dans l'évaluation des besoins des PA/PSH

La Fédésap préconise que l'éligibilité aux droits soit évaluée par une équipe pluridisciplinaire de proximité à la suite d'une demande effectuée sur le guichet unique de la Maison Numérique de l'Autonomie, dans le cadre d'une procédure homogénéisée (durée de traitement du dossier, outil d'évaluation, réévaluation programmée...).

De par leur légitimité dans l'évaluation des fragilités et du niveau de dépendance des personnes, les SAAD devront intégrer cette équipe pluridisciplinaire pour l'évaluation des besoins.

En complément des Maisons départementales de l'Autonomie, regroupant l'intégralité des dispositifs territoriaux actuels (PAERPA - CLIC – MDPH – MAIA...), les Maisons France Services, créées le 1^{er} juillet 2019 à l'issue du Grand débat national (Circulaire n°6094), semblent être les infrastructures de proximité idoines pour permettre à tous les français de disposer d'une information claire sur leurs droits en matière d'accompagnement à l'autonomie.

Un portail numérique national pour un pilotage efficient de la politique publique d'autonomie

Créer un portail national : *La Maison Numérique de l'Autonomie*. Son objectif consiste à favoriser l'accès aux droits des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des aidants. Ce guichet numérique unique centralisera toutes les démarches du bénéficiaire et des aidants : se renseigner sur ses droits, faire valoir ses droits, solliciter une aide financière en ligne, demander une évaluation ou encore, demander une mise à jour de ses droits au regard de l'évolution des besoins.

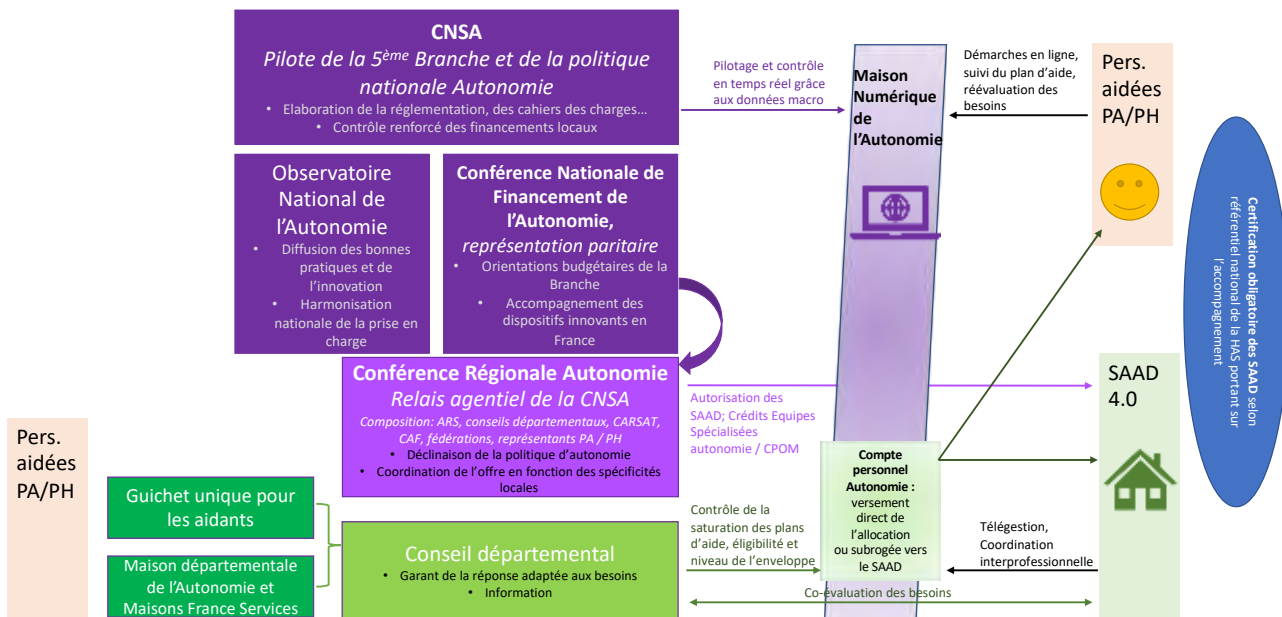
- *Au niveau national* : la plateforme résoudrait un défaut majeur du système actuel, à savoir l'absence de données nationales *macro* sur le secteur du domicile, en particulier l'utilisation des fonds publics (absence de données sur l'utilisation des fonds de restructuration, par exemple).
- *Les Conseils départementaux* seraient en mesure de contrôler la saturation des plans d'aide et de gérer l'éligibilité des personnes à l'APA ainsi que le niveau d'enveloppe allouée, selon les conditions de ressources renseignées en ligne *via* le numéro fiscal.
- *Pour l'utilisateur*, la plateforme numérique nationale contribuerait à fluidifier l'accès aux droits. Elle favoriserait également l'objectivation de l'évaluation et la réévaluation des besoins et faciliterait une adaptation plus fine des plans d'aide aux besoins de la personne.

Créer un compte personnalisé d'accompagnement pour faciliter le suivi des dépenses liées aux services d'aide à la personne. En lien avec la création de la *Maison Numérique de l'Autonomie*, chaque personne bénéficierait d'un compte personnel autonomie numérique sur lequel serait versé ses allocations et ses achats de prestations, majorés de 50 % au titre du crédit d'impôts SAP.

La création d'une 5^{ème} branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie donne le *la* d'une refonte du financement des prestations d'accompagnement à la perte d'autonomie selon le principe que nous connaissons pour les actes médicaux. En effet, cette 5^{ème} branche ouvre la voix non seulement à la solvabilisation des besoins des personnes mais aussi, grâce à la modernisation de la gouvernance et au portail numérique national, à un futur mode de règlement des prestations par le biais du compte personnel Autonomie du bénéficiaire, sorte de « Carte vitale de l'autonomie ».

Accompagner, harmoniser et généraliser les dispositifs de télégestion et de télétransmission afin de mesurer l'efficacité des plans d'aide et de bénéficier de données territoriales et nationales en temps réel pour un pilotage global et en temps réel.

Une gouvernance garante d'équité territoriale, de traçabilité et d'efficience sur le long terme



I. CONTRIBUTION DE LA MSA

CCMSA

Bureau du 30 juillet 2020

POUR AVIS

POUR LA CREATION D'UNE CINQUIEME BRANCHE DE SECURITE SOCIALE : POSITION DE LA CCMSA

La MSA est favorable à la création d'un risque dépendance et souhaite pleinement s'impliquer dans sa constitution et dans sa mise en œuvre.

Cette volonté s'appuie sur **trois orientations** que sont :

1. Sa participation à la gouvernance du risque dépendance ;
2. Le maintien de son guichet unique, qui permet d'avoir une approche globale des enjeux de prévention et de prise en charge de la perte d'autonomie ;
3. La prise en compte des enjeux particuliers des territoires ruraux en matière de politique de prise en charge de la dépendance.

1. La place de la MSA dans la gouvernance du risque dépendance doit être confortée

La MSA, forte de son expérience sur les questions en lien avec l'autonomie et grâce à son guichet unique multi-branches, considère qu'elle est légitime à intervenir comme opératrice de la mise en œuvre du 5^{ème} risque auprès de ses ressortissants en étroite coordination avec la CNSA, au sein d'une instance de décision et de pilotage partagée.

La MSA souhaite donc conserver une place au sein de la gouvernance de la CNSA afin de poursuivre la dynamique impulsée dans le cadre de la convention de coopération signée en 2017. Dans la perspective de la mise en œuvre de la 5^{ème} branche, la MSA souhaite donc disposer, au sein du conseil de la CNSA, d'une place dans le collège des organismes de sécurité sociale.

2. Le guichet unique de la MSA doit être maintenu car il permet d'avoir une approche globale des enjeux de prévention et de prise en charge de la perte d'autonomie de ses ressortissants

A. Des prestations de sécurité sociale qui ont vocation à rester de la compétence de la MSA

La mission Vachey pose la question de l'intégration dans cette branche « Autonomie » de prestations qui relèvent aujourd'hui :

- de la branche maladie (pension d'invalidité, ASI) ;
- de la branche retraite (Retraite Anticipée des Travailleurs Handicapés, Assurance vieillesse du Parent au Foyer pour les aidants) ;
- de la branche Famille (AEEH, AJPP).

La MSA n'est pas favorable au transfert strict vers la 5^{ème} branche :

- du risque invalidité ;
- des dépenses d'assurance vieillesse ;
- des prestations familiales relatives au handicap servies par la branche famille.

En effet, ces dispositifs d'aide participent à la prise en charge globale des ressortissants du régime agricole rendus possible par l'organisation en guichet unique. Leur transfert à la branche autonomie reviendrait à créer un second interlocuteur qui interviendrait en plus des branches famille, retraite et maladie, ce qui ne contribuerait pas à la lisibilité des dispositifs d'accompagnements.

B. Une action sociale globale destinée à la prévention, au maintien et à la compensation de la perte d'autonomie

La MSA propose à ses ressortissants diverses actions visant à retarder la perte d'autonomie (prévention), la maintenir ou la compenser lorsqu'elle est déjà installée.

Son action sociale est fortement orientée vers le maintien à domicile :

- par l'évaluation des besoins des personnes âgées vivant à domicile ;
- par le financement des services à la personne (prestations extra-légales) ;
- par des aides techniques diverses telles que, par exemple, la téléassistance.

Ces aides s'articulent étroitement avec les prestations des branches familles, maladie et vieillesse. Pour la MSA, le maintien d'une action sociale permet d'assurer une prise en charge globale et d'éviter les ruptures de prise en charge. Elle permet également de déployer des actions de prévention de la perte d'autonomie, en amont de la survenance de la dépendance.

Les conseils d'administration des caisses locales sont par ailleurs extrêmement attachés au maintien de leur rôle décisionnel en matière d'action sociale, qui permet d'adapter ces politiques aux spécificités des besoins des populations locales.

Ces actions de prévention de la perte d'autonomie sont en outre très souvent conduites dans un cadre inter-régime, en partenariat avec les autres régimes d'assurance vieillesse (CNAV, CNRACL...).

Pour l'ensemble de ces raisons, la MSA n'est pas favorable à l'intégration des dépenses d'action sociale retraite dans la branche autonomie.

3. La MSA, acteur de la cohésion territoriale, est armée pour répondre à l'enjeu particulier des territoires ruraux en matière de politique de prise en charge de la dépendance

Récemment, avec les contraintes de réduction des coûts des services publics, les opérateurs historiques se sont partiellement retirés des zones les moins peuplées. En parallèle, la population des zones rurales est vieillissante et en demande de services de proximité. Ces services aux personnes, outre l'aide qu'ils apportent aux usagers, participent au maintien d'emplois dans des zones parfois économiquement en difficulté. Il existe donc un enjeu fort, pour les pouvoirs publics et pour la MSA, de renforcer l'offre à destination des personnes âgées dans ces territoires.

→ Le développement des initiatives de soutien à domicile

La MSA a développé, de longue date, une offre de services répondant aux besoins des habitants des territoires ruraux (tous régimes confondus). Cette offre intervient dans le prolongement de ses missions de protection sociale de base et concerne plus particulièrement le champ de la prévention et la prise en charge de la perte d'autonomie :

- Les MARPA,
- L'accompagnement des ESAT et EA agricoles (Solidel) ;
- Des dispositifs d'aide aux aidants (avec Bulle d'Air) ;
- Des Services à la Personne (avec Laser) ;
- Des dispositifs de prévention à travers une offre organisée en inter régimes (structures de prévention de type ASEPT).

Elle dispose ainsi de compétences et des ressources adéquates pour prendre en charge l'autonomie de ses ressortissants et plus largement des populations rurales en étroite collaboration avec les acteurs des territoires.

→ **Un acteur innovant au plus près des territoires**

La MSA est un acteur des territoires sur la dépendance et joue pleinement son rôle au sein des conférences départementales des financeurs de la prévention et de la préservation de l'autonomie, et en travaillant de concert avec les conseils départementaux, les collectivités locales et les partenaires locaux, pour construire des solutions concertées et adaptées via de l'ingénierie sociale de territoire.

→ **Un réseau local reconnu**

Grâce à son maillage territorial efficace, la MSA dispose d'une expertise précieuse des populations rurales sur laquelle la CNSA pourrait s'appuyer. La MSA est prête à travailler à la CNSA sur les modalités d'un partage d'expertise dans ce domaine.

Les membres du Bureau du Conseil d'Administration de la CCMSA ont rendu à l'unanimité un avis favorable sur ces orientations.



Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :
www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)
Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

