RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

LA BRANCHE AUTONOMIE : PÉRIMÈTRE, GOUVERNANCE ET FINANCEMENT

Laurent VACHEY
Inspecteur général des finances

avec la collaboration de :
Florence ALLOT, inspectrice des affaires sociales
Nicolas SCOTTÉ, inspecteur des finances

Septembre 2020

SYNTHÈSE

La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'installation de son conseil le 2 mai 2005 ont concrétisé une nouvelle « branche de la protection sociale », sans pour autant qu'elle ne soit qualifiée de « branche de la sécurité sociale ».

Le texte initial du projet de loi relatif à la dette sociale et à l'autonomie ne se prononçait pas entre risque de protection sociale ou branche de la sécurité sociale. C'est lors de son examen que le Parlement, avec l'accord du Gouvernement, a tranché en ajoutant l'autonomie à la liste des branches du régime général de la sécurité sociale, et en prévoyant «*un rapport sur les modalités de mise en œuvre d'un nouveau risque* ***et*** *d'une nouvelle branche de la sécurité sociale relatifs au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap* ». La CNSA a été désignée comme gestionnaire de ce risque.

Cette question sémantique entre risque de protection sociale et branche de la sécurité sociale peut paraître un débat de spécialistes, mais il n'en est rien : cela manifeste une nouvelle ambition pour le soutien à l'autonomie, et une branche doit satisfaire un ensemble de règles budgétaires et d'organisation prévues par le code de la sécurité sociale. Et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 doit en tirer toutes les conséquences.

La lettre de mission demande en conséquence la formulation de recommandations « *sur les principes et l'architecture générale de la branche autonomie et sa gouvernance »*, appuyées sur une large concertation avec les parties prenantes. Elle demande aussi d'identifier « *des sources de financement à mobiliser prioritairement pour couvrir la réforme du Grand âge à compter de 2021* », fixées conventionnellement à 1 Md€ dès 2021 et 3 à 5 Md€ à horizon 2024.

1. Quel sens doit avoir la création de cette 5ème branche ?

La création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale ne peut pas être un simple exercice juridique et financier, mais doit aussi manifester le sens de cette nouvelle étape de la politique publique de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

- elle doit permettre de progresser dans ce qui est un symbole de la sécurité sociale française : un même droit pour tous, partout, et donc **plus d'équité dans l'accès aux services et aux prestations**. C'est la première demande exprimée par les associations. Le constat aujourd'hui est d'écarts très importants : le taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile parmi les plus de 60 ans varie par exemple selon les départements de 2,6 % à 9,4 % ;

Mais ces taux d'écart doivent être considérés avec une double précaution : ils ne sont pas spécifiques à une politique décentralisée (les écarts sont aussi importants par exemple pour l'admission en invalidité gérée par l'assurance maladie) et ils s'expliquent pour partie par le caractère nécessairement individualisé de l'évaluation d'une prestation en nature.

Les écarts bruts mesurés en taux d'allocataires ou d'équipements et services par rapport à la population cible sont aussi trompeurs : il est normal qu'il existe des écarts en fonction des caractéristiques sociodémographiques et économiques des territoires, et il faut prendre en compte les effets de substitution (par exemple, entre infirmiers libéraux, services de soins infirmiers et services d'aide à domicile). Ce qui fait défaut aujourd'hui, c'est d'abord le manque d'études suffisantes pour comprendre les écarts, et partant d'être en capacité de réduire la part qui relève d'inégalités réelles.

- elle doit permettre de **réduire la complexité des prestations et des organisations** : « parcours du combattant », « organisation en silos », sont les deux qualificatifs qui reviennent le plus fréquemment dans les multiples rapports que la mission a exploités et dans ses entretiens ;

Les exemples en sont nombreux : l'articulation entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation de compensation du handicap (PCH) enfants depuis l'ouverture en 2008 d'un droit d'option ou la superposition des droits entre pensions d'invalidité, allocation supplémentaire d'invalidité et allocation adultes handicapés pour ce qui est des prestations ; l'accès pratique à un établissement ou service médico-social pour les personnes handicapées après la décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), ou le choix d'un service d'aide à domicile pour les personnes âgées après la validation du plan d'aide APA pour ce qui est des services.

- la création de la 5ème branche doit enfin permettre **une organisation plus efficiente**. Comme pour toutes les dépenses publiques, elle est indispensable et il faut rechercher en même temps l'amélioration de la qualité des accompagnements et des parcours.

Un ensemble de leviers doivent être mobilisés à cette fin : la prévention de la perte d'autonomie ; la cohérence entre parcours de santé et accompagnement social et médico-social ; des systèmes d'information plus performants et articulés entre les différentes branches de la sécurité sociale ; une meilleure maîtrise des conditions et des processus d'attribution des prestations ; la diversification des réponses et le décloisonnement de l'offre.

2. Quel doit être le périmètre de la branche autonomie ?

Le périmètre de la branche autonomie **ne peut pas se limiter à celui de l'actuelle CNSA**. Non seulement parce que le sens de la création d'une 5ème branche n'apparaîtrait plus, mais surtout parce que la dispersion actuelle nécessite cet effort de recomposition : pour rendre l'ensemble plus lisible et plus simple pour les personnes ayant besoin d'un soutien, pour assurer plus d'équité dans l'accès aux droits, pour permettre un débat mieux éclairé sur l'efficience de l'effort public.

Mais il doit aussi ne pas empiéter sur les politiques de droit commun (l'éducation, l'emploi, les transports…), qui doivent répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées et en situation de handicap dans l'optique d'une société inclusive.

Le périmètre de départ est bien sûr celui du budget de l'actuelle CNSA, et **des transferts depuis d'autres branches de la sécurité sociale ou depuis le budget de l'État ne posent pas de difficultés juridiques.** En revanche, il sera plus difficile d'afficher dans la LFSS les contributions des départements aux mêmes dépenses que celles incluses dans le budget de la branche : prestations APA et PCH, financement des établissements et services. Cette inclusion aurait du sens (il s'agit de financements complémentaires, et l'affichage des parts respectives enrichirait le débat parlementaire), mais la libre administration des collectivités locales rend complexe un vote du Parlement sur un objectif de dépenses qui les inclue, même s'il n'est pas limitatif. *A minima*, pour 2021, l'annexe de la LFSS devra les retracer.

La mission préconise le **transfert de certaines prestations aujourd'hui dans le périmètre d'autres branches de la sécurité sociale**, et dont la finalité relève de la compensation de la perte d'autonomie : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (1 Md€) depuis la branche famille ; la composante « aide humaine » de l'invalidité (300 M€), l'allocation supplémentaire d'invalidité (260 M€) et les unités de soins de longue durée (1 Md€) depuis la branche maladie ; la part de l'action sociale de la CNAV consacrée aux aides à l'investissement et à l'aménagement du domicile (100 M€) depuis la branche vieillesse.

D'autres **transferts depuis le budget de l'État** sont aussi recommandés : l'allocation aux adultes handicapés (10,6 Md€, qui n'est pas seulement un minimum social, et qui rejoindrait ainsi l'allocation de solidarité aux personnes âgées dans le champ de la sécurité sociale), l'aide au poste des travailleurs en ESAT (1,3 Md€) et quelques financements mineurs aujourd'hui logés dans le programme 157. Depuis les opérateurs de l'État, le programme « habiter facile » de l'ANAH, spécifique aux personnes âgées et en situation de handicap, serait aussi intégré dans le budget de la branche, l'ANAH en restant l'opérateur.

En revanche, tout un ensemble de politiques qui sont les moyens particuliers d'accès au droit commun des personnes âgées ou en situation de handicap n'ont pas vocation à intégrer la branche autonomie, par exemple les compléments de mode de garde de la branche famille, les pensions d'invalidité (qui constituent un revenu de remplacement), ou le maintien et l'accès à l'emploi pour les personnes handicapées. L'annexe autonomie et le programme de qualité et d'efficience de la LFSS devront les retracer et, pour certaines, des systèmes d'information mieux interfacés devront permettre de mieux les appréhender (par exemple la dépense d'actes de soins infirmiers et d'aides techniques de l'assurance maladie relative à des bénéficiaires de l'APA et de la PCH).

Au total, **le périmètre de la branche passerait de 27 Md€ (l'actuelle CNSA) à 42 Md€.** Dès 2021 pour un ensemble de dispositifs où ce transfert peut se faire sans changements de modes de gestion, et pour le reste en 2022, là où des délais d'organisation du transfert sont nécessaire (l'AAH notamment). Ces transferts d'enveloppes **ne génèrent pas de coûts budgétaires.**

3. Quelle gouvernance locale de l'autonomie ?

La mise en œuvre de la politique de l'autonomie se fait au niveau des territoires, au plus près des usagers. La capacité de la CNSA à générer plus d'équité et des réponses plus efficientes aux besoins dépend donc de la structuration de la gouvernance locale du soutien à l'autonomie : il n'y aura pas de gouvernance nationale efficace sans gouvernance locale claire et stable.

L'hypothèse, avancée par certains, de création de **caisses locales de l'autonomie** induirait de retirer aux conseils départementaux leurs compétences en matière d'action sociale envers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, sauf de façon résiduelle et facultative : ce seraient les caisses locales de l'autonomie qui évalueraient le droit aux prestations (donc reprendraient les attributions des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), et des équipes d'évaluation APA des conseils départementaux) et les liquideraient, contractualiseraient avec l'ensemble des établissements et services et les financeraient. Ces caisses locales de l'autonomie pourraient, pour des raisons de rationalisation des moyens, être adossées au réseau d'une autre caisse nationale (CPAM, CAF ou CARSAT).

Un tel bouleversement, au rebours des orientations du gouvernement en matière de décentralisation, est peu réaliste politiquement et nécessiterait des redéploiements de moyens complexes, sans gain certain d'efficience ou d'une meilleure égalité.

Des schémas de **« tout à l'ARS » ou de « tout au département »,** aussi soutenus par certains, portent un risque de disjonction entre le sanitaire, le médico-social et le social, alors même que la nécessité de parcours coordonnés est affirmée. L'hypothèse du rapport Libault d'une CNSA qui comme aujourd'hui s'appuie sur deux réseaux, les ARS et les départements, est donc celle retenue aussi par ce rapport.

Mais les instruments de coordination entre ARS et conseils départementaux, tels qu'ils existent aujourd'hui (projets régionaux de santé et schémas départementaux établis « au regard » l'un de l'autre, commission médico-sociale régionale) n'ont pas fait la preuve de leur opérationnalité. Il faut créer **un contrat départemental pour l'autonomie** entre les ARS et les départements (avec l'association des communes) qui décline pratiquement à ce niveau de proximité un programme commun d'organisation de l'offre, depuis le domicile jusqu'aux établissements : le modèle des schémas territoriaux de service aux familles pourrait servir d'inspiration.

La CNSA devra définir les outils de cette contractualisation (état des lieux, contenu, indicateurs de pilotage…), et suivre leur mise en œuvre, y compris par des audits de terrain. Il faut aussi que les délégations territoriales des ARS disposent des moyens et compétences suffisants pour être de réels partenaires des départements dans l'élaboration et le suivi de ces contrats.

Une gouvernance locale efficiente suppose aussi de **supprimer les doubles tarifications** ARS/départements : par le regroupement des sections dépendance et hébergement des EHPAD (financées intégralement via les ARS comme préconisé par le rapport Libault), mais aussi en unifiant dans le secteur du handicap le financement des foyers d'accueil médicalisés (qui ne se distinguent plus des maisons d'accueil spécialisé, déjà intégralement financées via les ARS) et des centres d'action médico-sociale précoce (où les départements financent sans vraie justification une part minoritaire).

Dans le même esprit de simplification, il serait légitime d'ouvrir la **possibilité de délégations de compétences** en matière d'autorisation et de tarification des ARS vers les départements volontaires. Le droit actuel le permet puisqu'il ne s'agirait pas d'une différenciation des normes. Pour en juger les effets, ces délégations – qui n'exonèrent pas de la nécessité d'une contractualisation – devraient dans un premier temps être limitées en nombre, pour pouvoir être évaluées.

Une meilleure lisibilité pour les citoyens est enfin nécessaire, ce qui suppose de bien distinguer différentes fonctions qui ne relèvent pas des mêmes réponses : l'information de premier niveau, qui peut revêtir des formes variées selon les territoires ; l'évaluation des situations individuelles (qui peut être unifiée entre personnes âgées et handicapées) ; l'ouverture des droits (où le modèle des MDPH et CDAPH cohabite aujourd'hui avec l'admission à l'APA sur un modèle différent) ; et l'accompagnement des situations complexes. Pour l'évaluation et l'ouverture des droits, une **généralisation des maisons départementales de l'autonomie**, sous un statut d'établissement public local préservant la présidence du département et la place des associations dans sa gouvernance, marquerait positivement la création de la branche autonomie, comme celle des MDPH a symbolisé la loi de 2005.

L'accompagnement suppose **une bonne articulation des parcours** entre santé, médico-social et social, donc une coordination. Les dispositifs ayant vocation à relier les trois dimensions se sont succédés dans le temps sans grand succès et ne sont pas moins nombreux s'agissant de la coordination des parcours de santé. La création de la branche autonomie n'est pas par elle-même de nature à surmonter cette approche « en silos », mais la CNSA peut aider à passer de la théorie de la coordination des parcours à la pratique de leur organisation territoriale, grâce à ses missions d'animation, d'audit, et de production de recommandations.

4. Quelle architecture financière et quelle gouvernance nationale de la branche autonomie ?

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a confié à la CNSA la gestion de la nouvelle 5ème branche autonomie, mais n'a rien modifié de son organisation actuelle.

- **Le budget de la CNSA**, aujourd'hui organisé par des dispositions de nature législative en sept sections et sous-sections, est trop rigide, rigidité renforcée par l'affectation fléchée de recettes à chacune d'entre elles ;

Le schéma retenu pour les branches historiques de la sécurité sociale est beaucoup plus simple, sans recettes affectées, et avec des fonds en nombre limité dédiés à des types de dépenses. La future structure du budget de la CNSA doit s'en inspirer, avec sans doute un fonds de financement des établissements et services, un fonds relatif aux prestations et concours aux départements, un fonds de gestion administrative et un fonds d'intervention qui regroupe l'ensemble des autres dépenses. Source de rigidités, le maintien au niveau du vote en LFSS d'enveloppes spécifiques pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées dans ces fonds ne devrait pas perdurer, cette partition étant retracée seulement au niveau du budget de la caisse.

La création de la 5ème branche induit que les prévisions globales de recettes et de dépenses de la branche figurent comme celles des quatre autres dans le PLFSS (mais plus dans l'ONDAM, dont ce n'est pas l'objet). Si la structure du budget est simplifiée et que l'on renonce à l'affectation détaillée de recettes aux dépenses, **il est néanmoins nécessaire que ce soit la représentation nationale, et non le seul conseil de la CNSA, qui se prononce sur les montants affectés aux différents fonds**. Les crédits pour les établissements et services, de même que les crédits fléchés vers les allocations et les concours aux départements seraient ainsi votés en recettes et en dépenses lors de l'examen de la LFSS.

La disparition des sous-objectifs « personnes âgées » et « personnes handicapées » de l'ONDAM assurance maladie, qui constituent le principal des recettes de l'actuelle CNSA (21,6 Md€ en prévision initiale 2020), rend nécessaire d'affecter à l'avenir des recettes issues de cotisations ou de l'impôt à hauteur des prévisions de dépenses. Vue la finalité universelle des politiques de soutien à l'autonomie, il serait logique de **recourir, outre la CSA et la CASA, principalement à la CSG**, ce que son produit pour la sécurité sociale (102 Md€ en LFSS 2020, dont 73 Md€ pour la branche maladie) permet par redéploiements.

Comme pour l'ensemble de la protection sociale, il est indispensable de s'assurer de la **soutenabilité à terme des dépenses au regard des charges**. Si les propositions de ce rapport sont suivies, les dispositifs des autres caisses et de l'État intégrées dans le périmètre en 2021 (+ 3,985 Md€) ne devraient pas globalement connaître une progression supérieure aux autres composantes déjà incluses dans le budget de la CNSA. Pour 2022, la CNSA absorberait 10,7 Md€ de dépenses supplémentaires dont l'essentiel est constitué par les 10,6 Md€ de l'AAH, et devra donc pouvoir maîtriser sa dynamique, aujourd'hui supérieure (+ 6 % par an) à celle de la CSG.

- la création de la branche devrait s'accompagner dès la LFSS 2021 **d'une révision de la liste des missions de la CNSA** telle qu'elle figure dans le code de l'action sociale et des familles, actuellement trop nombreuses (17), mal pondérées entre elles et sur certains sujets incomplètes ;

- le modèle du **conseil de la CNSA**, qui a été voulu comme un « parlement de l'autonomie », composé de 52 membres et où l'État ne dispose pas d'une majorité automatique (45 % des voix), est très différent du modèle paritaire des autres branches, où l'État n'est représenté que par des commissaires du gouvernement. Il n'existe pas de consensus pour faire évoluer dans un sens ou dans l'autre cette composition, et elle n'a jamais été depuis 15 ans un obstacle à la gouvernance. Il ne paraît donc pas utile, à quelques ajustements près, de la remettre en cause. La répartition actuelle des fonctions entre ce conseil, son président et le directeur de la caisse peut aussi rester inchangée ;
- le principal enjeu de la gouvernance nationale est de **donner à la CNSA de nouveaux leviers d'action pour agir sur la gestion du risque et l'équité territoriale** des politiques qu'elle finance ou cofinance. Cela suppose en premier lieu une capacité d'analyse de sa consistance et de son évolution, avec des moyens statistiques et d'étude renforcés.

Dans sa dimension d'agence la CNSA n'a aujourd'hui qu'un rôle d'échanges d'expériences, d'animation et de diffusion de bonnes pratiques et dans son rôle de financeur, elle répartit les concours aux départements sur des critères réglementaires sans possibilités de modulation.

Plusieurs leviers doivent être mobilisés pour **étendre et renforcer la capacité de la caisse à faire évoluer les réseaux sur lesquels elle s'appuie** : des moyens d'audits de terrain, le développement de systèmes d'information harmonisés et interconnectés, une gestion plus exigeante des conventions avec les départements, un financement direct des MDPH/MDA, et un lien entre montants des concours, équité et respect de la légalité. Sur ce dernier point, qui constituerait une solution de dernier recours après une procédure contradictoire, une évolution législative est nécessaire.

La future COG de la CNSA devra préciser les moyens, nécessairement plus importants qu'aujourd'hui, dont la caisse aura besoin pour mieux piloter le risque.

5. Les mesures de financement

À partir des propositions faites lors des consultations et débats antérieurs, la mission a examiné cinq sources potentielles permettant d'atteindre les objectifs indiqués, soit 1 Md€ dès 2021 et 3 à 5 Md€ à horizon 2024. Les choix à l'intérieur de cette palette sont évidemment de nature politique.

- **des transferts** :
  - la possibilité d'anticiper le transfert d'une part de CSG **de la CADES** vers la branche autonomie, sans attendre 2024, paraît devoir être écartée, car elle impacterait la crédibilité de celle-ci sur les marchés de capitaux ;
  - en revanche, compte tenu des **versements prévus du FRR à la CADES** (2,1 Md€ par an jusqu'en 2023, puis 1,45 Md€/an jusqu'en 2033), l'écart entre la valeur des actifs et celle du passif actualisé permettant au FRR d'atteindre ses objectifs s'établit à 2,5 Md€. Il serait donc possible de mobiliser cette ressource, à raison de 420 M€ par an de 2021 à 2025, pour financer les aides à l'investissement consacrées à la rénovation des EHPAD ;
  - une mission récente de l'IGF a montré qu'**Action Logement** disposait de ressources et réserves importantes, mais que les emplois prévus étaient critiquables quant à leur utilité sociale, et souvent redondants avec d'autres programmes. Il serait possible de réaffecter à la branche autonomie la part de taxe sur les contrats d'assurance qui lui a été allouée en 2019 (300 M€), et d'abaisser le taux de la participation des employeurs de plus de 50 salariés à l'effort de construction de 0,10 %, en créant un prélèvement pour l'autonomie équivalent (400 M€) ;

- la **branche famille**, du fait de l'évolution de la démographie et de l'écart entre ses recettes assises sur les revenus et de ses dépenses liées à l'évolution des prix, devient structurellement excédentaire, nonobstant les effets de la crise sanitaire actuelle (1,5 Md€ d'excédent en 2019, prévision de déficit de 3,1 Md€ en 2020). Une fois ce choc conjoncturel passé, il serait possible d'effectuer en 2024 un transfert de l'ordre de 150 M€ vers la branche autonomie. Mais c'est un choix politique sensible entre soutien à la natalité et aux familles et besoins des personnes âgées.

- **des mesures d'économies** :
  - la dynamique de **l'allocation aux adultes handicapés** (+ 6 % par an, soit environ + 400 M€) s'explique pour une part par les revalorisations décidées, mais aussi pour l'AAH2 (taux d'invalidité entre 50 % et 80 % et restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi) par un processus d'attribution mal maîtrisé, avec un risque important de transfert depuis le RSA (30 % des entrants) du fait d'un montant supérieur d'un tiers. Il pourrait être assigné à la CNSA, si l'AAH est incluse dans son périmètre, un objectif d'économie tendancielle de 400 M€ d'ici à 2024 ;
  - **l'allocation personnalisée d'autonomie**, contrairement à d'autres allocations comme le RSA, ne prend pas en compte de loyer fictif pour la propriété principale, et applique des règles de calcul de la conjugalité plus favorables. Conjugué à un recours systématisé à la télégestion pour les services d'aide à domicile, une économie globale de 440 M€ au bénéfice des départements est possible.

- **une réduction de certaines niches sociales et fiscales** :
  - le bénéfice de **l'exonération totale de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile** bénéficie à toutes les personnes de plus de 70 ans, même autonomes. Une suppression de la possibilité de bénéficier de l'exonération du seul fait de l'âge aurait un rendement net de 180 M€, et permettrait d'aligner la situation des personnes âgées qui ne connaissent pas de perte d'autonomie sur celle de l'ensemble des autres catégories de la population qui ont recours à des services d'aide à domicile, lesquels bénéficient par ailleurs d'un ensemble d'autres mesures sociales et fiscales pour en diminuer le coût ;
  - le **crédit d'impôt au titre de l'emploi d'une personne à domicile** s'applique dans la limite d'un plafond annuel de 12 000 €, qui peut être majoré en fonction des caractéristiques du foyer. Un abaissement à 6 000 € du plafonnement de droit commun du crédit d'impôt (en conservant les majorations existantes pour les ménages ayant des enfants en bas âge et les personnes âgées ou handicapées) pourrait dégager 400 M€ ;
  - la **réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement** pour les personnes âgées accueillies en établissement bénéficie par construction aux personnes imposables, alors que l'aide sociale à l'hébergement et les allocations logement visent les revenus modestes. De ce fait, ce sont les revenus moyens, entre 1000 € et 1600 € par mois, qui sont les moins aidés. L'abaissement du plafond de la réduction d'impôt de 10 000 € à 5 000 € contribuerait à un meilleur équilibre des taux d'aides en fonction des revenus, et procurerait une économie de 110 M€.

- **les financements privés :**
  - la fédération française des assurances (FFA) et la fédération nationale de la mutualité française (FNMF) ont fait part à la mission d'une proposition commune d'un **dispositif d'assurance complémentaire généralisé** pour la prise en charge de la perte d'autonomie (en GIR 1 et 2). Mais ce dispositif, systématiquement adossé à la complémentaire santé à partir d'un âge à déterminer, aurait un double effet de transfert intergénérationnel des actifs vers les retraités âgés, et d'enchérissement de la complémentaire santé (+ 15 % à 25 % selon les hypothèses). Il parait donc devoir être écarté. En revanche, **les assurances volontaires** pourraient être rendues plus lisibles à l'image des contrats santé responsables, et bénéficier d'une taxation plus favorable ;
  - la **mobilisation du patrimoine immobilier** privé (70 % des personnes de plus de 60 ans, pour une valeur moyenne de 202 000 €) se fait aujourd'hui par la vente en viager (de gré à gré, ou par des fonds mutualisés), ou par des prêts viager hypothécaires. Du fait des incertitudes combinées sur l'évolution de l'espérance de vie et les prix de l'immobilier, ils sont peu diffusés et resteront des produits de niche, même si quelques améliorations sont possibles. Une solution innovante d'un prêt immobilier dépendance, qui n'interviendrait qu'à partir de l'admission à l'APA et évoluerait en fonction de la perte d'autonomie a été présentée à la mission et mériterait d'être explorée.

- **d'éventuels prélèvements obligatoires :**
  - en 2020 (montant non réévalué consécutivement à la crise sanitaire), la **journée de solidarité** devrait générer 2,132 Md€ au titre de la CSA (et 817 M€ au titre de la CASA). Une deuxième journée de solidarité procurerait une recette équivalente, mais avec des effets incertains sur l'économie et sur l'emploi et un effet intergénérationnel. Les partenaires sociaux y sont dans l'ensemble hostiles ;
  - si les **réductions de cotisations** sociales se sont beaucoup développées depuis 2012, de récents travaux d'évaluation montrent que l'effet sur l'emploi et la compétitivité est très incertain quand elles ne sont pas ciblées sur les niveaux de rémunérations les plus faibles. C'est le cas pour la réduction de 1,8 point de la cotisation famille qui s'applique jusqu'à 3,5 SMIC. Un abaissement à 2,5 SMIC permettrait d'affecter au financement de la branche autonomie 1,1 Md€ (net d'IS), avec une montée en charge sur deux années (2022 et 2023), sans effet notable sur l'emploi et la croissance (mais avec un accroissement des charges sociales, à rebours des mesures récentes) ;
  - **l'abattement de 1,75 % sur l'assiette de la CSG–CRDS au titre des frais professionnels** est calculé sur le montant brut des rémunérations inférieures à quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) (soit dans la limite de 164 544 € bruts annuels pour 2020), et de fait bénéficie plus aux rémunérations élevées. Le plafonnement à 1 PASS au lieu de 4 PASS de l'abattement pour frais professionnels procurerait une recette complémentaire de 150 M€ ;

- la LFSS pour 2018 avait porté le **taux normal de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité** de 6,6 % à 8,3 % (les titulaires de petites retraites ou pensions d'invalidité peuvent soit être exonérés de CSG soit se voir appliquer un taux réduit de 3,8 %). La loi du 24 décembre 2018 a rétabli le taux de 6,6 %, pour les personnes dont le montant de pension est inférieur à 2 000 € nets en 2019. Le taux normal de CSG des retraités (8,3 %), à revenus identiques, est ainsi inférieur de 0,9 point à celui des actifs (9,2 %) alors même que la logique de la CSG est de taxer de façon uniforme les revenus, quelle qu'en soit l'origine. L'alignement du taux normal de CSG des retraités sur celui des actifs en contrepartie de la suppression de la cotisation maladie de 1 % applicable sur la retraite complémentaire (mesure qui pourrait s'effectuer avec une montée en charge sur trois ans) et la neutralisation des gains liés à la suppression de cette cotisation pour les pensions assujetties au taux de 6,6 %, générerait une recette pour les finances publiques de 780 M€ ;
- **les pensions et retraites font l'objet d'un abattement de 10 %** pour le calcul de l'impôt sur le revenu (identique à la déduction forfaitaire de 10 % pour les salariés représentatif des frais professionnels, dès lors qu'ils n'ont pas opté pour les frais réels) alors que les retraités n'ont plus à supporter de frais professionnels. Une réduction de moitié du plafond de cet abattement (de 3 850 € par foyer à 1 925 €) génèrerait une hausse du produit de l'impôt sur le revenu de l'ordre de 1,5 Md€ ;
- l'application d'une **déductibilité de la CSG de l'impôt au taux de 3,8 % sur tous les revenus de remplacement** conduirait à augmenter l'imposition des seuls retraités redevables de la CSG aux taux de 6,6 % et 8,3 %, ne toucherait pas les retraites inférieures à 1 700 € par mois et induirait un gain de 800 M€ (pour une augmentation limitée de l'imposition de 20 € en moyenne jusqu'à 2 300 € par mois) ;
- la CSA, au taux de 0,3 %, repose sur la même assiette que les cotisations patronales des régimes de base de l'assurance maladie. De ce fait, **la CSA ne s'applique pas à certains éléments sur les revenus d'activité qui font partie de l'assiette de la CSG**. L'extension de la CSA aux revenus d'activité des travailleurs indépendants (qui bénéficient des prestations comme l'APA) à un taux identique à celui des salariés entrainerait un gain de l'ordre de 250 M€. Une extension de l'assiette de la CSA aux compléments de salaires aujourd'hui exonérés (épargne salariale, etc.) générerait un gain d'environ 240 M€. L'assujettissement à la CASA de revenus de remplacement aujourd'hui exonérés (indemnités journalières ou allocations chômage notamment) générerait un rendement de 100 M€ ;
- **le patrimoine** net des français a été multiplié par trois entre 1980 et 2015, passant de 3 500 à 10 600 Md€, et les 10 % des ménages les plus fortunés en possèdent la moitié. Le montant des transmissions atteint 280 Md€ en 2019, et représente 19 % du revenu disponible net des ménages, contre 8,5 % en 1980. Un prélèvement sur la même assiette que les droits de mutation actuels à un taux faible de 0,8 % ou de 1,0 % procurerait un rendement de 400 M€ ou 500 M€. La création d'une nouvelle tranche de 25 % pour des transmissions dont la part taxable se situe entre 284 128 € et 552 324 € (à mi-chemin des actuelles tranches à 20 % et 30 %) générerait un produit de 200 M€.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **1**

1. UNE BRANCHE AUTONOMIE, POURQUOI FAIRE ? **3**

1.1. La revendication légitime d'une équité d'accès aux aides à l'autonomie n'est pas aujourd'hui satisfaite 3

1.1.1. Les données disponibles font apparaître d'importants écarts territoriaux . *3*

1.1.2. Le caractère individualisé des prestations et la complémentarité des services sont inévitablement facteur d'écarts *4*

1.1.3. Mais au-delà, les études explicatives des écarts constatés sont insuffisantes *5*

1.2. La complexité des prestations et des organisations est un frein à une optimisation des parcours des personnes âgées et en situation de handicap 5

1.3. Face à des besoins croissants, une meilleure efficience des réponses est indispensable 7

2. QUEL PÉRIMÈTRE ? **10**

2.1. Les lois financières pour 2021 peuvent opérer les transferts depuis les autres branches de la sécurité sociale et l'État 10

2.2. L'inclusion des dépenses des départements améliorerait la visibilité du total des financements publics, mais est juridiquement plus complexe 10

2.2.1. Les enjeux juridiques liés à l'intégration des dépenses des départements relatives à l'autonomie dans la LFSS *11*

2.2.2. Objectifs et scénarios envisageables pour l'intégration des dépenses des départements *12*

2.3. Les transferts depuis les autres branches de la sécurité sociale 13

2.3.1. Depuis la branche famille *13*

2.3.2. Depuis la branche maladie *15*

2.3.3. Depuis la branche vieillesse *20*

2.4. Les transferts depuis le budget de l'État 23

2.4.1. L'allocation aux adultes handicapés (AAH) *23*

2.4.2. L'aide au poste des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) *24*

2.4.3. Les autres dispositifs financés par le programme 157 ..... *25*

2.4.4. Les entreprises adaptées (EA) *26*

2.4.5. La protection juridique des majeurs *26*

2.5. Les transferts depuis d'autres opérateurs publics 27

2.5.1. Le maintien et l'accès à l'emploi : l'AGEFIPH et le FIPHFP *27*

2.5.2. La prévention : les dispositifs relatifs à l'adaptation du logement *27*

3. QUELLE GOUVERNANCE ? **30**

3.1. La structure de la gouvernance locale conditionne un pilotage efficace par la branche autonomie 30

3.1.1. L'hypothèse de caisses locales de l'autonomie nécessiterait des bouleversements profonds sans gain d'efficience *30*

3.1.2. L'effectivité des modalités actuelles de coordination entre agences régionales de santé et départements ne repose que sur les bonnes volontés ... 31
3.1.3. Une contractualisation opérationnelle à l'échelle du département est nécessaire ... 33
3.1.4. Les doubles financements doivent être autant que possible supprimés ... 35
3.1.5. Une possibilité de délégation de l'enveloppe médico-sociale des ARS vers les conseils départementaux devrait être envisagée ... 35
3.1.6. Une structure de proximité plus lisible pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap est indispensable ... 37
3.1.7. La quête du Graal ou la coordination des parcours ... 40
3.2. L'architecture financière et la gouvernance nationale doivent être en cohérence avec les ambitions de la création de la branche autonomie ... 41
3.2.1. L'architecture financière doit s'inspirer de celles des autres caisses nationales ... 42
3.2.2. La gouvernance nationale de la CNSA doit être adaptée à son nouveau statut de caisse de sécurité sociale ... 47

4. QUEL FINANCEMENT ? ... 58

4.1. Les mesures de transfert ... 58
4.1.1. La caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ... 58
4.1.2. Le fonds de réserve des retraites (FRR) ... 59
4.1.3. Action Logement ... 60
4.1.4. La branche famille ... 61
4.2. Les mesures d'économies ... 61
4.2.1. Sur la dynamique de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ... 61
4.2.2. Sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ... 63
4.3. Une réduction des niches fiscales ou sociales ... 63
4.3.1. Suppression ou report de l'âge pour le bénéfice de l'exonération totale de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile ... 63
4.3.2. Restriction du plafond applicable du crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile ... 64
4.3.3. Rationalisation de la réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes accueillies en établissement ... 65
4.4. Les financements privés ... 65
4.4.1. L'assurance privée ... 66
4.4.2. La mobilisation du patrimoine immobilier ... 67
4.5. Le recours aux prélèvements obligatoires ... 68
4.5.1. Instauration d'une deuxième journée de solidarité ... 69
4.5.2. Recentrage à 2,5 SMIC des allègements de cotisations patronales ... 69
4.5.3. Limitation à un plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) de l'abattement de 1,75 % pour frais professionnels applicable sur la CSG ... 70
4.5.4. Alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs ... 71
4.5.5. Réduction de l'abattement de 10 % pour le calcul de l'impôt sur le revenu des retraités et interaction avec la CSG ... 72
4.5.6. La CSG déductible de l'impôt sur le revenu des retraités ... 72
4.5.7. Extension de l'assiette de la CSA et/ou de la CASA ... 73
4.5.8. Instauration d'un prélèvement sur les transmissions de patrimoine ... 74

INTRODUCTION

À la suite de la canicule de 2003 et de ses conséquences dramatiques M. Jean-Pierre Raffarin, Premier ministre, déclarait le 6 novembre 2003, que « *la reconnaissance de la dépendance et les besoins nouveaux qu'elle occasionne doivent conduire à la création d'une nouvelle branche de la protection sociale* ».

La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'installation de son conseil le 2 mai 2005 ont concrétisé cette nouvelle « branche de la protection sociale », sans pour autant qu'elle ne soit qualifiée de « branche de la sécurité sociale ». L'autonomie – pour ne plus parler de dépendance – n'était d'ailleurs pas le seul domaine de la protection sociale qui ne se traduisait pas dans une branche de la sécurité sociale : la perte d'emploi, la pauvreté et l'exclusion sociale par exemple sont aussi reconnus comme des risques sociaux qui relèvent de dispositifs publics de solidarité.

L'ordonnance fondatrice du 4 octobre 1945 ne parle pas de branches de la sécurité sociale, mais déclare que : « *Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent* », et elle ne prévoit qu'une caisse nationale de sécurité sociale et des caisses régionales et locales. Le code de la sécurité sociale, avant la loi organique du 7 août 2020, listait neuf risques susceptibles d'affecter les assurés sociaux : maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, veuvage, famille. Dans ce même code, la branche traduit l'organisation institutionnelle de la sécurité sociale, et en prévoit cinq : maladie, AT-MP, retraite, famille et recouvrement.

L'autonomie, ou la perte d'autonomie, n'est donc au sens strict pas un « 5ème risque ». Mais la loi organique du 7 août 2020 fait bien de l'autonomie un risque de sécurité sociale (« *La prise en charge contre le risque de perte d'autonomie et la nécessité d'un soutien à l'autonomie sont assurées à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé*»). Et la loi ordinaire du même jour complète la liste des branches du régime général, en y ajoutant l'autonomie.

Le texte initial du projet de loi relatif à la dette sociale et à l'autonomie ne tranchait pas entre risque de protection sociale ou branche de la sécurité sociale, puisqu'il prévoyait dans son article 4 que « *Au plus tard le 30 septembre 2020, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de création d'un nouveau risque* ***ou*** *une nouvelle branche de sécurité sociale relatifs à l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap* ». C'est lors de l'examen du projet de loi que le Parlement, avec l'accord du Gouvernement, a tranché en faveur d'une nouvelle branche et a désigné la CNSA comme gestionnaire de ce risque.

Cette question sémantique entre risque de protection sociale et branche de la sécurité sociale peut paraître un débat de spécialistes, mais il n'en est rien : d'abord parce que le choix du Parlement traduit l'ambition d'un soutien accru à l'autonomie, ensuite parce qu'une branche de la sécurité sociale doit satisfaire tout un ensemble de règles budgétaires et d'organisation prévues par le code de la sécurité sociale. Et maintenant que la loi est entrée en vigueur par sa publication le 7 août 2020, il est impératif que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, qui doit être déposé au Parlement au plus tard le 15 octobre, en tire toutes les conséquences.

C'est à cette fin que la même loi prévoit que le rapport que le Gouvernement doit déposer au Parlement le 15 septembre « *présente les conséquences de la création de cette branche en termes d'architecture juridique et financière et en termes de pilotage, gouvernance et gestion de ce nouveau risque* ».

La lettre de mission du 24 juin 2020 qui m'a été confiée (pièce jointe n° 1) demande en conséquence la formulation de recommandations « *sur les principes et l'architecture générale de la branche autonomie et sa gouvernance* », appuyées sur une large concertation avec les parties prenantes.

Elle demande aussi d'identifier « *des sources de financement à mobiliser prioritairement pour couvrir la réforme du Grand âge à compter de 2021* ». Les paramètres envisagés dans le rapport « Grand âge et autonomie » (réaffectation d'une part de la contribution au remboursement de la dette sociale en 2024, mobilisation d'excédents des autres branches de la sécurité sociale) sont en effet devenus obsolètes avec la crise sanitaire et ses conséquences économiques, et l'équilibre financier de la nouvelle branche doit être assuré. Il n'est pas demandé à la mission de se prononcer sur les mesures de réforme elles-mêmes, mais « *d'examiner quels pourraient être les leviers à mobiliser pour assurer le financement équilibré d'une enveloppe définie a priori et de façon conventionnelle à 1 Md€ pour 2021 et 3 ou 5 Md€ à horizon 2024* », horizon à partir duquel s'ajoutera 0,15 point de CSG attribué jusqu'alors à la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

Au total, ce rapport doit donc répondre à quatre questions :

- au-delà des aspects juridiques, quel sens donner à la création de cette nouvelle branche ?
- quel doit en être le périmètre, au-delà de celui de l'actuelle CNSA ?
- comment articuler sa gouvernance locale et nationale, et en traduire les principes, pour ce qui relève d'elle, dans la loi de financement de la sécurité sociale ?
- quelles sont les sources de financement mobilisables pour atteindre la cible indiquée d'ici à 2024 ?

Les quatre parties du rapport répondent à ces quatre questions, complétées chacune par une annexe.

Les délais de ce travail sont évidemment contraints, faute d'avoir pu être anticipés, mais le sujet à traiter, pour la plupart de ses aspects, a pu s'appuyer sur les nombreux rapports et travaux récents ou plus anciens : la « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » de 2011, le rapport « Grand âge et autonomie » de 2019, les contributions du Conseil de l'âge et du Conseil économique, social et environnemental, les travaux du Conseil national consultatif des personnes handicapées et de la Conférence nationale du handicap, ceux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, les travaux parlementaires, et les rapports de l'IGAS, de l'IGF et de la Cour des comptes ou d'experts.

Pour conduire la concertation, deux questionnaires, l'un relatif au périmètre de la branche et à sa gouvernance, l'autre relatif aux pistes de financement ont été largement diffusés, et des séances de travail ont été organisées avec les directions d'administration centrale et avec une partie du conseil de la CNSA. La mission a par ailleurs rencontré les caisses nationales de sécurité sociale avec lesquelles des questions de périmètre existent, la DGOS, l'Assemblée des départements de France, et divers experts et parties prenantes. Une cinquième annexe retrace cette consultation.

1. Une branche autonomie, pourquoi faire ?

Aux termes de l'article L. 116-2 du code de l'action sociale des familles, « *l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire* ».

En cohérence avec ces principes, le rapport « plus simple la vie »[1] de 2018 fixait trois objectifs, qui restent pleinement pertinents autant pour les personnes en situation de handicap que pour les personnes âgées ayant besoin d'un soutien à l'autonomie :

- comment garantir à chaque citoyen une égalité de traitement, quelle que soit sa situation et l'endroit où il se trouve sur le territoire ?
- comment mieux accompagner les personnes, pour éviter les ruptures de parcours et de droits qu'elles connaissent aujourd'hui ?
- comment assurer l'efficience de cette politique publique, partagée entre l'État et les départements ?

C'est dans cette voie que la création de la branche autonomie doit permettre de progresser, au-delà de la simple architecture institutionnelle et financière.

1.1. La revendication légitime d'une équité d'accès aux aides à l'autonomie n'est pas aujourd'hui satisfaite

C'est la première revendication et le premier espoir exprimés par les associations représentatives des personnes âgées et en situation de handicap que la mission a rencontrées : la création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie doit permettre de progresser dans ce qui est un symbole de la sécurité sociale française : un même droit pour tous, partout.

1.1.1. Les données disponibles font apparaître d'importants écarts territoriaux

Toutes les études statistiques font apparaître des écarts territoriaux souvent importants, qu'il s'agisse des taux d'équipements en établissements et services médico-sociaux, ou de bénéficiaires de prestations comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH) ou l'allocation adultes handicapés (AAH) (cf. annexe 1) :

- le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile en 2014[2] parmi les plus de 60 ans varie selon les départements de 2,6 % à 9,4 %, et le montant moyen des plans d'aide de 340 € à 430 € du 1er décile de départements au 9ème décile[3] ;
- le taux de bénéficiaires de la PCH parmi les 20-59 ans varie selon les départements de 2,5 à 7,6 pour 1 000 (donnée 2013) ; le montant moyen mensuel de l'aide humaine pour la PCH varie de 502 € pour le 1er décile de départements à 884 € pour le 9ème décile[4] ;
- le taux d'adultes de 20 à 59 ans vivant à domicile et bénéficiant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) varie de 12,7 pour 1 000 à 39,45 pour 1 000 (2013) ;

[1] Rapport « plus simple la vie », MM. Adrien Taquet et Jean-François Serres, avec la participation de la délégation interministérielle de la transformation publique (DITP).

[2] Dossiers de la DREES n° 37, juillet 2019.

[3] DREES, l'aide et l'action sociales, 2017.

[4] HCFEA, annexe à la note « premiers éléments sur un cinquième risque de sécurité sociale », 6 décembre 2018.

- à fin 2017, le nombre de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par habitant de plus de 75 ans varie de 52 pour 1 000 à 212 selon les départements (DOM compris, hors Mayotte) ;
- à fin 2017, pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, le nombre de places en établissements et services pour personnes handicapées va selon le département de 6 à plus de 22.

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

Et selon une étude de la DREES[5], si l'on mesure le nombre d'heures de présence humaine auprès des personnes âgées, les écarts territoriaux sont moindres pour la part financée par les départements que pour la part financée par la sécurité sociale.

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

1.1.2. Le caractère individualisé des prestations et la complémentarité des services sont inévitablement facteur d'écarts

La particularité du champ médico-social tient à ce qu'une grande partie des prestations sont liées à une évaluation de la situation individuelle et de l'environnement de vie de la personne, et non à de simples paramètres financiers (les revenus et le patrimoine) ou objectivables (l'isolement par exemple).

C'est ce que traduit le choix de prestations en nature pour les plus récentes comme l'APA et la PCH (et non de prestations en espèces comme l'allocation compensatrice de tierce personne ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé dont l'attribution résulte de l'examen de la situation de la personne par une équipe pluridisciplinaire. Quel qu'en soit l'opérateur, et quel que soit le périmètre territorial, l'harmonisation des évaluations individuelles est toujours difficile : la CNSA en a l'expérience, par exemple pour l'utilisation des outils AGGIR et Pathos[6] par les médecins coordonnateurs des EHPAD.

Le raisonnement par dispositif pour tracer les inégalités est également sujet à caution, car ils sont largement complémentaires, par exemple entre infirmiers libéraux, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) : la même étude de la DREES[7] montre qu'il existe une répartition de l'activité de ces professionnels hétérogène mais globalement équilibrée sur les territoires au regard des besoins des personnes administrativement « reconnues dépendantes », à domicile et en établissement.

---

[5] Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées - Les dossiers de la DREES, mars 2020. Cette étude analyse le nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011 par les professionnels, par rapport aux besoins de la population administrativement reconnue dépendante, écarts mesurés par l'indice de Gini (l'indice de Gini varie entre 0 et 100 %, plus il est élevé, plus l'inégalité est grande). L'indice de Gini est de 6,64 % pour les heures financées par les départements et de 15,64 % pour les heures financées par la sécurité sociale.

[6] Grille AGGIR : autonomie gérontologie, groupes iso-ressources ; Pathos : Outil d'évaluation des besoins de soins techniques pour les personnes âgées (du grec πάθος qui signifie « souffrance, passion, affect, douleurs »).

[7] Cf. note de bas de page n° 5.

1.1.3. Mais au-delà, les études explicatives des écarts constatés sont insuffisantes

Les écarts bruts mesurés en taux d'allocataires ou d'équipements et services par rapport à la population cible sont trompeurs : il est normal qu'il existe des écarts en fonction des caractéristiques socio-démographiques et économiques des territoires (si par exemple la proportion de retraités anciens ouvriers et employés est plus importante, il est avéré que la perte d'autonomie sera proportionnellement plus importante, donc le nombre d'allocataires de l'APA).

Se fixer comme cible une égalité mathématique entre les territoires serait donc une erreur, qui induirait aussi in fine des inégalités, d'autant que certains des dispositifs entrant dans le champ médico-social sont, comme il a été noté, en concurrence ou complémentaires avec d'autres réponses aux mêmes besoins.

Mais les études permettant d'objectiver les différences constatées et leurs facteurs sont aujourd'hui peu nombreuses. Une étude comme celle de la DREES sur les disparités d'APA à domicile entre départements[8] permet ainsi grâce au croisement avec les données de l'enquête « vie quotidienne et santé » de 2014, de montrer que la prévalence de la dépendance[9], telle que mesurée par cette enquête, permet d'expliciter 38 % des écarts. En introduisant les facteurs socio-économiques, l'explicitation des écarts passe de 38 % à 53 %, et la part de variabilité expliquée passe à 57 % lorsqu'on prend en compte les différences d'offres d'équipements et de services. D'autres études peuvent permettre de s'interroger sur le poids des politiques départementales dans ces taux d'attribution de l'APA[10], ou de décrire les pratiques d'évaluation[11].

Plutôt qu'une recherche d'une égalité formelle mesurée en taux, c'est ce type de démarche que la branche autonomie doit pouvoir porter sur l'ensemble des prestations : explicitation des écarts constatés par des études statistiques approfondies, parangonnage, études de terrain et comparaison des pratiques. L'actuelle CNSA le fait déjà, avec l'appui notamment de la DREES, mais à une échelle insuffisante et les résultats de ces travaux doivent être largement partagés et diffusés, au sein du Conseil de la CNSA au premier chef, pour éviter l'installation de fausses appréhensions de l'exigence légitime d'équité.

1.2. La complexité des prestations et des organisations est un frein à une optimisation des parcours des personnes âgées et en situation de handicap

« Parcours du combattant », « Organisation en silos » sont les deux qualificatifs qui reviennent le plus fréquemment dans les multiples rapports que la mission a exploités et dans ses entretiens. Ces complexités et difficultés ont été largement décrites dans de nombreux travaux.

---

[8] Dossiers de la DREES n° 37, juillet 2019.

[9] Terme utilisé par les auteurs de l'étude.

[10] « Les disparités départementales dans la mise en œuvre de l'APA à domicile, reflets des choix de politiques locales ? », Mme Cécile Bourreau-Dubois, Mme Quitterie Roquebert, Mme Agnès Gramain. 2015. « Pratiques départementales de tarification des services d'aide à domicile », Inspection générale des finances, 2015 (non public).

[11] Étude sur les conditions d'attribution de l'APA et de la PCH, CNSA, mars 2015.

Deux exemples emblématiques pour ce qui est des prestations :

- l'articulation entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation de compensation du handicap (PCH), depuis qu'un droit d'option a été ouvert en 2008. Le rapport de M. Daniel Lenoir en vue de la conférence nationale du handicap (CNH) de 2020 en résume la complexité : « *en réalité ce droit formel est rarement un droit réel, et ce d'autant moins que la faible comparabilité entre les deux prestations, qui couvrent, en partie seulement, des besoins similaires, mais ont été construites selon des logiques complètement différentes, sur la base de modes d'évaluation distincts, ce qui conduit aussi à un traitement socio-fiscal divergent. Cela génère une forte incertitude sur les conditions d'arbitrage des parents et à des difficultés considérables pour les MDPH pour jouer leur rôle d'orientation et de conseil auprès des familles. Dans les faits, ce sont finalement elles qui, le plus souvent, décident du choix pour les familles* » ;
- l'articulation entre pensions d'invalidité, allocation spéciale d'invalidité (ASI)[12] et allocation aux adultes handicapés (AAH). Si le montant des revenus du pensionné est inférieur au plafond de l'ASI (8 679 € par an pour une personne seule), une allocation différentielle est servie dans la limite d'un montant de 415,98 € par mois. Comme le montant maximum de l'AAH (902 €) est nettement supérieur à celui de l'ASI, il est possible à un bénéficiaire de l'ASI de demander l'AAH à titre complémentaire, mais ses conditions d'éligibilité (barème d'évaluation de l'incapacité et des capacités à travailler) sont différentes de celle de la reconnaissance de l'invalidité par les services médicaux de l'assurance maladie.

La CNSA, dans sa nouvelle configuration de caisse nationale de sécurité sociale et dans son périmètre élargi (cf. annexe 2), devra pouvoir proposer une mise en cohérence des prestations, ce qui nécessite une capacité technique de réingénierie et de simulation des effets sur les bénéficiaires actuels et futurs : des travaux comme ceux menés par l'IGAS et la CNAF sur l'AAEH pour la CNH 2020, ou ceux menés par l'IGAS et l'IGF sur l'allocation spécifique de solidarité (ASS) en 2014[13] en montrent les prérequis (connaissance statistique, outils de simulation) et la complexité. Les travaux en cours du projet SERAPHIN de refonte des modalités de financement des ESMS du handicap montrent aussi les moyens et les délais nécessaires pour mener à bien ces chantiers.

Outre la complexité des prestations, l'accès pratique aux accompagnements peut également être un « parcours du combattant ». Deux illustrations là aussi :

- l'accès à une solution d'accueil pour les personnes en situation de handicap, une fois la décision d'orientation de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) prise en ce sens. Les notifications sont générales, pour une catégorie d'établissements et services médico-sociaux (Maison d'accueil spécialisé, Foyer d'accueil médicalisé, Établissement et service d'aide par le travail, etc.), mais c'est ensuite à la famille de contacter les établissements listés, sans garantie de place, et même dans ce cas l'admission est conditionnée à une nouvelle évaluation afin d'assurer la compatibilité des besoins avec le projet de l'établissement ;
- le recours à un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour la personne âgée une fois le plan d'aide approuvé. Le département étant tenu de rester neutre par rapport à l'offre disponible, l'équipe APA ne peut pas proposer directement le service qui pourra mettre en œuvre le plan d'aide. Là aussi, c'est à la personne et à sa famille de trouver l'offre adéquate.

[12] L'ASI est accordée sans condition d'âge minimal. Le bénéficiaire peut la percevoir jusqu'à ce qu'il puisse prétendre à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), L'ASI peut être attribuée aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité, d'une pension de retraite versée avant l'âge légal et sous conditions d'une pension de réversion ou de vieillesse de veuf ou veuve.

[13] « Scénarios de réforme de l'allocation spécifique de solidarité », IGAS, juin 2014.

Les règles administratives rendent aussi l'accès à des prestations de même nature inégal selon le type de réponse aux besoins : pour l'aide à la toilette par exemple, l'intervention est sur prescription et financée par l'assurance maladie si c'est un infirmier libéral ou un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui l'effectue ; conditionnée à l'accès à l'APA et financée par le département si c'est un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) qui intervient (pour une aide moins technique en théorie). En conséquence, du fait notamment des fortes disparités de densité des infirmiers libéraux, les parts respectives financées par la sécurité sociale et le département sont, de la même manière, inégales sur le territoire.

Ces complexités sont connues, et elles ne doivent pas masquer les efforts qui ont été réalisés pour surmonter ces obstacles : sites d'information comme « pour les personnes âgées.fr » (un site similaire pour le handicap est en cours d'élaboration) ; dispositifs d'organisation des parcours des personnes handicapées consécutifs au rapport « zéro sans solution[14] » ; amélioration des systèmes d'information; accompagnement des parcours complexes avec les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie) ; organisation de la continuité des parcours de soin des personnes âgées avec les PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) et bientôt les nouveaux « dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe » ; aides au retour à domicile après une hospitalisation des caisses de retraite[15] ; etc.

La CNSA devra aussi être force de proposition pour améliorer l'accompagnement des parcours et éviter les ruptures : c'est une fonction de description des pratiques et de promotion des bonnes pratiques qu'elle exerce déjà, mais qui devrait être confortée par une capacité d'observation et d'intervention de terrain renforcée (cf. 3.2.2.4.1).

1.3. Face à des besoins croissants, une meilleure efficience des réponses est indispensable

Les moyens publics du soutien à l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap ont déjà significativement progressé ces dernières années : le budget de la CNSA a doublé de ses débuts en 2006 (14,159 Md€) à 2020 (27,858 Md€ en budget prévisionnel). Les départements ont également presque doublé leurs financements d'action sociale, nets des concours CNSA[16], en faveur des personnes âgées et en situation de handicap entre 2006 (6,670 Md€) et 2018 (11,955 Md€).

Les facteurs démographiques, avec le vieillissement de la population, vont accroître les besoins : le rapport de M. Dominique Libault chiffre à 9,2 Md€ supplémentaires les besoins d'ici à 2030 (par rapport à la base 2018), 45 % du fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées ayant besoin d'un soutien à l'autonomie, et 55 % du fait de l'amélioration de la réponse à ces besoins. Et dans sa contribution au présent rapport, l'APF France Handicap évalue entre 10 Md€ et 12 Md€ supplémentaires les besoins en 2030, notamment pour assurer une couverture intégrale du risque par des financements publics.

Comme pour toutes les dépenses publiques, la recherche d'une meilleure efficience est indispensable. Mais ce ne peut pas être une simple économie de moyens, il faut rechercher en même temps une amélioration de la qualité des accompagnements et des parcours.

---

[14] « Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Denis Piveteau, juin 2014.

[15] Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) de la CNAV. L'assurance maladie a étendu en 2020 son dispositif PRADO d'aide au retour à domicile, qui était jusqu'ici ciblé sur des pathologies, aux personnes âgées de plus de 75 ans. L'utilité de ce double dispositif n'apparait pas clairement…

[16] Observatoire national de l'action sociale (ODAS), 2019.

- **la prévention** est bien sûr la première piste à privilégier, dont l'importance a été maintes fois soulignée par des résolutions et travaux de l'organisation mondiale de la santé (dernièrement au travers du programme ICOPE[17]). Des réponses concrètes ont déjà été proposées[18], par le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie de 2015 et la mise en place des conférences des financeurs : repérage des fragilités, formation des intervenants, aménagement du logement et aides techniques pour prévenir les chutes et faciliter l'autonomie des personnes, actions collectives, dépistage précoce de l'autisme ou des troubles « dys », etc. ;
- le deuxième enjeu est celui de **la cohérence entre parcours de santé et accompagnement social et médico-social**, qui peut et doit générer des économies globales et une meilleure qualité de vie : les rapports du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de 2010 et 2011 restent d'actualité[19]. Cela implique une coordination des interventions, qui, malgré ou à cause de la multiplication des dispositifs de coordination, reste inégale, mal connue et maîtrisée (cf. 3.1.7) ;
- le troisième enjeu est celui **des systèmes d'information** : l'information en ligne et la dématérialisation des demandes et de leur suivi, les simulateurs de droits, l'articulation des systèmes d'information existants[20], des nouveaux SI permettant des comparaisons nationales et des croisements avec les autres branches (APA notamment : on est dans l'incapacité de mesurer la dépense de soins des allocataires de l'APA à domicile et ses caractéristiques[21]). Les moyens de la CNSA sont aujourd'hui trop limités pour mener à bien ces multiples chantiers dans des délais suffisamment rapides (cf. 3.2.2.4.2) ;
- la quatrième piste est celle **d'une meilleure maîtrise des conditions et des processus d'attribution des prestations**. Le cas de l'allocation adultes handicapés en est la meilleure illustration, avec des enjeux financiers très importants (10,6 Md€ en loi de finances initiale pour 2020, et une augmentation de 2,5 Md€ par rapport à l'exécution 2018,), mais aussi une absence de maîtrise du processus d'attribution, et un risque d'arbitrage entre RSA et AAH du fait de la différence des montants (cf. 2.4.1 et annexe 2) ;

---

[17] *Integrated Care for Older People*. Le Gérontopôle du CHU de Toulouse a développé une application « ICOPE Monitor » qui permet de mesurer les capacités de la personne âgée nécessaires à la prévention de la dépendance.

[18] Le rapport de la concertation « grand âge et autonomie » liste 18 propositions pour mieux prévenir la perte d'autonomie et augmenter l'espérance de vie sans incapacité.

[19] « Vieillissement, longévité et assurance maladie », HCAAM, Avril 2010 ; « assurance maladie et perte d'autonomie », HCAAM, juin 2011 : « *Ainsi, différents besoins, sanitaires et sociaux, soignants et non soignants, s'expriment tout au long du « trajet de santé » des personnes : l'efficience des réponses apportées sera d'autant plus grande que ces besoins auront été appréhendés dans leur globalité et leurs interactions* ».

[20] Comme le SI partagé des MDPH en cours de déploiement, qui doit permettre de croiser pertes d'autonomie diagnostiquées, prestations et décisions d'orientation ; d'automatiser les échanges avec les CAF ; de suivre les décisions d'orientation et leur mise en œuvre …

[21] Le HCAAM demandait dans son rapport du 27 janvier 2011 que soit possible : « *la connaissance chaînée des coûts de santé, autrement dit le total cumulé des dépenses et restes à charge d'une même personne, qu'il s'agisse de soins de ville, de soins hospitaliers, de soins médico-sociaux, voire même d'aides sociales liées à l'autonomie* ».

- enfin la **diversification des réponses et du décloisonnement de l'offre,** constat déjà posé à maintes reprises. Il faut sortir de l'alternative domicile/institutions, et mutualiser les moyens. Le développement de lieux de vie intermédiaires (résidences autonomie, accueil familial, habitats regroupés, logements HAPI[22]) constitue une réponse plus souple aux besoins, et une source d'efficience. Les EHPAD pourraient être un pôle de ressources pour l'aide à domicile ; l'hospitalisation à domicile[23] pourrait (la crise de la Covid-19 l'a montré) renforcer la médicalisation des EHPAD, y compris de façon permanente (infirmières d'astreinte) et éviter des hospitalisations en urgence[24].

[22] HAPI pour « Habitat Accompagné, Partagé et Inséré dans la vie locale ». « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous » MM. Denis Piveteau et Jacques Wolfromm, juin 2020.

[23] Proposition maintes fois formulée, mais qui peine à se concrétiser. À titre encore expérimental, on peut citer les projets M@do en Corrèze, et d'Ehpad@dom à Sartrouville. Cf. sur ce sujet le rapport du CREAI Pays de la Loire « l'EHPAD de demain : vers la création de pôles de ressources gérontologiques locaux » 2018.

[24] Le taux d'hospitalisation constaté en 2017 des résidents en Ehpad varie de 0,58 % pour le 1er décile à 1,94 % pour le 9ème décile. « La situation des EHPAD en 2017 », CNSA, avril 2019.

2. Quel périmètre ?

Le périmètre de la branche autonomie ne doit pas se limiter à celui de l'actuelle CNSA. Non seulement parce que le sens de la création d'une 5ème branche n'apparaîtrait plus, mais surtout parce que la dispersion actuelle de dispositifs qui se sont développés de façon indépendante nécessite cet effort de recomposition. Il faut rendre l'ensemble plus lisible et plus simple pour les personnes ayant besoin d'un soutien à l'autonomie, assurer plus d'équité dans l'accès aux droits, et permettre un débat mieux éclairé sur l'efficience de l'effort public.

Mais la branche autonomie doit aussi ne pas empiéter sur les politiques de droit commun, qui doivent être inclusives et donc prendre en compte les besoins spécifiques des personnes âgées et des personnes situation de handicap : la frontière n'est pas toujours évidente à tracer.

2.1. Les lois financières pour 2021 peuvent opérer les transferts depuis les autres branches de la sécurité sociale et l'État

La totalité des dépenses actuellement dans le périmètre de la CNSA (objectif global de dépenses et dépenses hors OGD, notamment les concours aux départements au titre de l'APA et de la PCH) a évidemment vocation à faire partie du périmètre de la branche. Au-delà de ce socle, d'autres dispositifs actuellement inclus dans les périmètres des autres branches de la sécurité sociale, de l'État ou de ses opérateurs devraient être intégrés, afin d'apporter plus d'équité, de simplifier les parcours, et de rendre plus efficiente la gestion du risque.

L'avis du Conseil d'État du 26 mai 2020 relatif aux projets de loi organique et de loi « dette sociale et autonomie » rappelle la décision 2001-453 DC du Conseil Constitutionnel, qui a posée comme seule limite à des transferts de recettes et de charges entre les branches de la sécurité sociale ceux qui « *compromettraient manifestement la réalisation de leurs objectifs et remettraient ainsi en cause tant l'existence des branches que les exigences constitutionnelles qui s'attachent à l'exercice de leurs mission* ». Des transferts de charges antérieurement inscrites au budget de l'État vers la sécurité sociale ont déjà été effectués en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), par exemple les dépenses de fonctionnement des ESAT par l'article 74 de la LFSS 2016. Les transferts recommandés ici ne posent donc pas de difficulté de nature juridique pour être inscrits en LFSS.

2.2. L'inclusion des dépenses des départements améliorerait la visibilité du total des financements publics, mais est juridiquement plus complexe

La création d'une branche autonomie au sein de la sécurité sociale conduira à y intégrer *a minima* les concours financiers de la CNSA aux départements. Toutefois, dans ce schéma proche de la situation actuelle, seule la part des dépenses financées par la CNSA et en particulier seule la fraction des concours au financement des prestations sociales individuelles de soutien à l'autonomie (APA et PCH) seraient visibles dans les comptes de la sécurité sociale. La création de la branche autonomie soulève donc la question de l'inclusion ou de l'identification des dépenses des départements dans la LFSS, en tant que les départements participent pleinement à la politique de soutien à l'autonomie.

Sur les 66,3 Md€ de dépenses publiques liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées en 2018 telles qu'identifiées dans le programme de qualité et d'efficience « invalidité et dispositifs gérés par le CNSA », les dépenses des départements s'élèvent à 11,8 Md€, dont 4,6 Md€ sur le champ des personnes âgées et 7,2 Md€ sur le champ des personnes handicapées, soit de l'ordre de 18 % des dépenses totales (21 % pour les personnes âgées et 16 % pour les personnes handicapées).

Les dépenses des départements recoupent deux principales catégories :

- les prestations sociales individuelles, allocation personnalisée d'autonomie (APA) et prestation de compensation du handicap (PCH). La CNSA concoure au financement de ces prestations, dans une logique de péréquation. Ainsi, sur les 5,956 Md€ d'APA (à domicile et en établissement), les départements assument 3,574 Md€ et la CNSA participe à hauteur de 2,382 Md€ (40 %). De même, sur les 2,525 Md€ de PCH, les départements assument 1,774 Md€ et la CNSA participe à hauteur de 751 M€ (30 %) ;
- le financement des frais de séjour : 1,062 Md€ de dépenses dans les établissements pour personnes âgées (principalement l'aide sociale à l'hébergement) et 5,409 Md€ de frais de séjours dans les établissements et services pour adultes handicapés. Le budget de la CNSA finance les établissements et services pour personnes handicapées à hauteur de 11,813 Md€, et ceux pour personnes âgées à hauteur de 10,758 Md€.

La CNSA a augmenté le montant de sa participation aux dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie avec la création en 2016 du concours APA 2, qui compense principalement la revalorisation des plafonds de l'APA à domicile, améliore le reste à charge des bénéficiaires de l'APA à domicile et finance le droit au répit des aidants.

Les concours de la CNSA couvrent aussi le financement des MDPH et la modernisation des services d'aide à domicile, et se sont diversifiés ces dernières années. Avec la mise en œuvre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, la CNSA verse deux nouveaux concours financiers aux départements depuis 2016 : le forfait autonomie pour renforcer les missions de prévention des résidences autonomie, et le concours « autres actions de prévention » pour soutenir les programmes des conférences des financeurs.

2.2.1. Les enjeux juridiques liés à l'intégration des dépenses des départements relatives à l'autonomie dans la LFSS

L'intégration des dépenses des départements dans les comptes de la sécurité sociale pose la question de la compatibilité de cette approche avec la libre administration des collectivités territoriales et les exigences constitutionnelles et organiques de la loi de financement de la sécurité sociale.

Dans une note d'analyse juridique annexée au rapport de novembre 2019 du Haut conseil au financement de la protection sociale (HCFIPS) sur les lois de financement de la sécurité sociale, M. Nicolas Polge, maître des requêtes au Conseil d'État, suggère qu'une interprétation extensive des dispositions organiques permettrait « *d'en étendre le périmètre à différentes autres composantes de la protection sociale, en l'état de leurs modalités d'organisation et de financement* ».

S'agissant des risques dont la prise en charge repose en grande partie sur les financements apportés par les collectivités locales, M. Nicolas Polge précise que le respect du principe de libre administration des collectivités locales « *paraît assuré s'agissant des objectifs de dépense, par le caractère prévisionnel, et non limitatif, des montants approuvés par le Parlement* ».

Sur la base de cette analyse, le rapport « grand âge et autonomie » admet ainsi que le périmètre d'un « 5ème risque » autonomie pourrait présenter les dépenses des conseils départementaux. Le rapport du HCFIPS recommande également « *de voter dans le cadre des LFSS l'intégralité des recettes et des objectifs de dépenses relatives à ce risque, y compris pour ce qui relève de la compétence des conseils départementaux. S'agissant uniquement du vote d'un objectif de dépenses, et pas de crédits limitatifs, un tel vote ne serait pas incompatible avec la règle constitutionnelle de libre administration des collectivités locales* ».

Les contours de la libre administration des collectivités territoriales ont été définis par la jurisprudence du Conseil constitutionnel, principalement autour de quelques grandes conditions de principe, parmi lesquelles figure l'autonomie financière désormais prévue à l'article 72-2 de la Constitution[25]. Dans le commentaire de sa décision[26] du 18 janvier 2018, le Conseil constitutionnel juge ainsi, sur le fondement des articles 34 et 72 de la Constitution, que le législateur peut définir des catégories de dépenses qui revêtent pour une collectivité territoriale un caractère obligatoire. Cet assujettissement se réalise uniquement « *à la condition que celles-ci répondent à des exigences constitutionnelles ou concourent à des fins d'intérêt général, qu'elles ne méconnaissent pas la compétence propre des collectivités concernées, qu'elles n'entravent pas leur libre administration et qu'elles soient définies de façon suffisamment précise quant à leur objet et à leur portée* ».

S'agissant des recettes, la portée reconnue à ce jour par la jurisprudence du Conseil constitutionnel à la notion d'autonomie des collectivités territoriales se concentre sur la préservation d'une part déterminante de ressources propres dans l'ensemble de leurs ressources, par référence aux dispositions organiques prises en 2004. Mais, au-delà, le Conseil constitutionnel juge que, s'il est loisible au législateur de réduire les recettes des collectivités territoriales, cette réduction ne doit pas atteindre des proportions telles qu'elle affecterait l'autonomie financière au point d'entraver la libre administration.

2.2.2. Objectifs et scénarios envisageables pour l'intégration des dépenses des départements

L'intégration des dépenses des départements dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale donnerait une visibilité accrue à la politique de soutien à l'autonomie dans son ensemble. Une telle intégration permettrait en outre de faire de la LFSS le lieu du débat démocratique annuel sur les priorités et les résultats de la politique du grand âge et du handicap, et de la répartition de l'effort entre l'État et les départements. Enfin, il est difficile de concevoir une nouvelle branche de sécurité sociale qui ne contiendrait pas toutes les dépenses des prestations sociales légales individuelles qui sont au cœur de ce qu'incarne historiquement la sécurité sociale.

Compte tenu de ces éléments, trois scénarios peuvent être envisagés :

- le premier scénario consisterait à ne pas inclure les dépenses des départements dans les agrégats votés en loi de financement de la sécurité sociale mais à prévoir dans l'annexe 7 *bis* nouvellement créée par la loi organique[27] un état consolidé contenant les dépenses des départements. Cette logique impliquerait de renforcer les données financières présentes actuellement en annexe puisque le programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » ne fournit que des données rétrospectives (données 2018 en PLFSS 2020) sans prévision de l'évolution des dépenses de l'année en cours ni des années à venir. Avantage comme inconvénient, ce scénario s'inscrit dans la continuité et il serait sécurisé puisqu'il améliore les informations annexées au PLFSS mais non votées ;

[25] Décision n° 90-277 DC du 25 juillet 1990, loi relative à la révision générale des évaluations des immeubles retenus pour la détermination des bases des impôts directs locaux.

[26] Décision n° 2017-760 DC relative à la conformité à la Constitution de l'imposition aux collectivités territoriales d'un effort de maîtrise de dépenses dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques.

[27] La loi organique du 7 août 2020 a prévu à l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale une annexe 7 *bis* à la LFSS : « *Présentant, pour le dernier exercice clos, l'exercice en cours et l'exercice à venir, les dépenses et les prévisions de dépenses de sécurité sociale relatives au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, en analysant l'évolution des prestations financées ainsi que celles consacrées à la prévention, à l'apprentissage de l'autonomie et à la recherche. Cette annexe indique également l'évolution de la dépense nationale en faveur du soutien à l'autonomie ainsi que les modes de prise en charge de cette dépense* ».

- le second scénario consisterait à prévoir, en dehors des tableaux d'équilibre de la LFSS, dans un article spécifique, le vote d'un engagement de l'effort national en faveur de l'autonomie comprenant les dépenses des départements. Cette hypothèse permettrait de faire la distinction entre d'une part l'agrégat voté pour la branche et d'autre part un engagement indicatif de dépenses qui ne correspondrait pas à des crédits limitatifs : une telle solution aurait le mérite d'inclure directement dans le débat démocratique, et non seulement en annexe, les enjeux de la politique de soutien à l'autonomie au sens large. Toutefois, le vote d'un tel article dans le champ de la LFSS serait vraisemblablement mieux sécurisé s'il était explicitement prévu par la loi organique en tant qu'article obligatoire, ce que ne prévoit pas le texte tel qu'il vient d'être adopté ;
- un troisième scénario consisterait à inclure les dépenses des départements dans la LFSS en tant que ces derniers constitueraient désormais, par la création de la branche autonomie, des « *organismes concourant au financement de la sécurité sociale* » au sens de la loi organique. En effet, l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que les tableaux d'équilibres votés en LFSS concernent ceux « *des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes* ». À l'heure actuelle, seul le fonds de solidarité vieillesse (FVS) figure dans les comptes de la sécurité sociale à ce titre, dans la mesure où il assure par ses recettes la prise en charge de dépenses pour le compte de la branche retraite.

Il n'y a pas de définition organique de cette notion « d'organisme concourant » et il est permis de penser que rien n'interdit d'y inclure des collectivités territoriales qui participent au financement de dépenses d'une branche de la sécurité sociale, d'autant qu'une décision de la CJUE[28] a reconnu à l'APA et à la PCH le caractère de prestations de sécurité sociale. Une telle intégration dans le champ de la sécurité sociale ne préjugerait pas d'une contradiction de principe avec la libre administration des collectivités locales : elle maintiendrait les compétences des départements, mais en les inscrivant désormais dans une politique de sécurité sociale, sans que cette inscription (qui au demeurant serait un agrégat des 101 départements) ne constitue un plafond de dépenses.

Le troisième scénario est le plus séduisant, compte tenu de la transformation ambitieuse qu'il implique, à la hauteur de la création d'une nouvelle branche, mais un tel schéma ne pourrait vraisemblablement être réalisé par la voie d'une simple LFSS. Le second schéma semble plus fragile juridiquement car non soutenu par une justification organique tandis que le premier représente la continuité, avec les avantages et inconvénients associés. Pour la LFSS 2021, cette seule inscription en annexe parait la solution d'attente à retenir.

2.3. Les transferts depuis les autres branches de la sécurité sociale

2.3.1. Depuis la branche famille

2.3.1.1. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

Le budget de l'AEEH est de 1 Md€ en 2019, pour 316 000 familles bénéficiaires (cf. encadré 1).

Le code de la sécurité sociale n'est pas explicite sur la finalité de l'AEEH (L. 541-1 : « *Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation spéciale, si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux déterminé* »), mais on en comprend que l'AEEH a pour vocation la compensation des frais et pertes de rémunération des parents du fait du handicap de leur enfant. À la différence de la PCH

[28] Arrêt du 14 mars 2019 *Ministre de l'Action et des Comptes publics contre M. et Mme Raymond Dreyer* (C-372/18).

(prestation en nature), l'AEEH est une prestation en espèces. Du fait de cette différence, et parce que certains volets de la PCH (aide humaine, aménagement du logement et du véhicule…) permettent une meilleure compensation pour certaines situations, un droit d'option a été ouvert en 2008. 6,3 % des bénéficiaires de la PCH, soit environ 21 000, ont moins de 20 ans.

Encadré 1 : L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

Le montant de base de l'AEEH s'élève à 132,61 € par mois. Ce montant peut être majoré par un complément accordé par la CDAPH qui varie en fonction de plusieurs facteurs : l'éventuelle cessation d'activité professionnelle (totale ou partielle) et/ou l'embauche ou non d'une tierce personne rémunérée et/ou le montant des dépenses engagées du fait de l'état de santé de l'enfant.

Les six catégories de supplément s'étagent de 99,46 € mensuels à 1125,29 €, complétés éventuellement par une majoration parent isolé. Deux tiers des familles allocataires ne perçoivent que l'AEEH de base. Globalement, le nombre de bénéficiaires de l'AEEH progresse sur un rythme de l'ordre de +6% par an : de 236 000 familles bénéficiaires en 2015 à 316 000 en 2019.

La dépense globale est passée de 735 M€ en 2015 à 1 Md€ en 2019 ; un tiers pour l'AEEH de base (336 M€), deux tiers pour ses compléments (684 M€).

Cette superposition des deux prestations AEEH/PCH enfants est un facteur de complexité majeur pour les familles, et de charge de travail pour les équipes des MDPH, décrits et dénoncés dans deux rapports récents déjà cités (« Plus simple la vie » en 2018, et le rapport IGAS sur l'AEEH et la PCH pour la CNH 2020).

Il était proposé dans le rapport « plus simple la vie » de maintenir l'allocation d'éducation de base dans le champ Familles, au motif qu'elle ne vise pas la compensation explicite de charges liées à la compensation du handicap, contrairement aux compléments. L'hypothèse du rapport de l'IGAS était de redéfinir le champ même des compléments pour distinguer ce qui relève plus précisément de l'aide à l'autonomie et une « allocation de présence parentale », mais n'est pas accessible dans les délais de création de la branche autonomie.

L'AEEH, même pour l'allocation de base, vise par nature à compenser les conséquences du handicap de l'enfant, sinon les familles concernées ne seraient éligibles qu'aux allocations familiales de droit commun**.** Et le *statu quo* du droit d'option n'est pas tenable. **Il est donc proposé de transférer l'intégralité de l'AEEH à la branche autonomie, soit 1 Md€.**

Le circuit d'ouverture des droits (MDPH) et de versement (CAF) n'est pas affecté par ce redécoupage. En termes de gestion du risque et d'amélioration du service rendu, il induit une obligation pour la branche autonomie d'abord de réviser la PCH pour qu'elle prenne mieux en compte les besoins spécifiques des enfants, ensuite de fusionner en une seule les deux prestations pour la rendre plus compréhensible pour les familles, et plus simple à instruire pour les MDPH. C'est un chantier indispensable, qui aurait dû dès 2008 accompagner l'ouverture de la PCH aux enfants.

2.3.1.2. L'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

L'allocation journalière de présence parentale (AJPP) bénéficie à 10 000 personnes, pour un coût de 96 M€. Elle permet de compenser partiellement, pour un quantum (310 jours) et une durée limitée, la perte de revenus liée à l'obligation pour les parents de réduire ou arrêter temporairement leur activité professionnelle pour se consacrer à leur enfant malade, accidenté ou handicapé.

Elle ne vise donc pas que les situations de handicap, et d'ailleurs le système d'information ne permet pas de savoir quelle est la part de parents d'enfants handicapés parmi le total des bénéficiaires. Elle est instruite et versée par les CAF.

De ce fait, **il est proposé de maintenir l'AJPP dans le champ de la branche famille.** À terme, il faudra être en mesure d'enrichir l'annexe 7 *bis* autonomie en retraçant la part de l'AJPP qui vise les familles d'enfants handicapés, ce que le système d'information des MDPH en cours de développement devrait permettre.

2.3.1.3. Le complément de libre choix du mode de garde handicap et les majorations des dotations des lieux d'accueil de la petite enfance

Depuis le 1er novembre 2019, le montant maximum du Complément de libre choix du mode de garde (CMG) est augmenté de 30 % pour les familles dont l'un des enfants bénéficie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Cette mesure a pour objectif de favoriser la garde de jeunes enfants en situation de handicap, en tenant compte des surcoûts.

Cette majoration est directement liée à la prestation socle et **il n'y a pas d'enjeu**, outre le faible montant (1,8 M€), **pour la branche autonomie en termes de gestion du risque** puisqu'elle est réservée aux allocataires de l'AEEH. Son inclusion dans l'annexe autonomie est à prévoir.

De la même façon, les majorations relatives à l'accueil d'enfants handicapés en crèche (jusqu'à 1300€ par place et par an) ou en accueil de loisirs sans hébergement (ALSH), qui relèvent de la politique générale de développement des modes de garde, n'ont pas vocation à rejoindre la branche autonomie, mais devraient être récapitulées dans l'annexe 7 *bis*.

2.3.2. Depuis la branche maladie

2.3.2.1. L'invalidité

Les dépenses de prestations de l'ensemble des régimes de base avant l'âge légal de la retraite peuvent être estimées à 7,4 Md€. En tenant également compte des pensions servies au-delà de l'âge légal de la retraite, elles dépassaient 11 Md€. L'impact des avantages liés aux pensions d'invalidité sur la retraite (validation de trimestres non cotisés, taux plein automatique à l'âge légal de retraite) est estimée à 4,2 Md€, toujours pour le seul régime général[29]. Si l'invalidité est prise en charge par une pluralité de régimes, les quatre cinquièmes de ses bénéficiaires et des enjeux financiers associés se concentrent au régime général.

La France est le seul pays de l'OCDE à connaître un nombre de régimes d'invalidité aussi important : une vingtaine, là où les autres pays ont un régime unique ou deux régimes (secteur privé et fonctionnaires). La logique est aussi très différente en France entre régimes privés et public : compensation de la perte de revenus pour les premiers, mise à la retraite anticipée pour le second.

[29] « Les pensions d'invalidité, une modernisation indispensable », Chapitre IV du rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, 2019.

Encadré 2 : Les pensions d'invalidité

Dans les régimes de base de sécurité sociale, le nombre d'assurés n'ayant pas atteint l'âge légal de la retraite et bénéficiant d'une pension d'invalidité s'élevait à 820 000 fin 2017, en progression de 3 % par an en moyenne depuis 2011.

Une fois l'invalidité reconnue, l'assuré est classé en fonction de sa distance à l'emploi dans une catégorie qui détermine son taux d'indemnisation. La pension servie est le produit du taux d'indemnisation par la moyenne des salaires perçus au cours des 10 meilleures années d'activité, sous limite du plafond de la sécurité sociale. La pension est réduite, voire supprimée en cas de cumul avec d'autres revenus.

Dans la première catégorie (capacité à exercer une activité rémunérée, 166.000 bénéficiaires, 1,1 Md€ de pensions servies en 2018), la pension mensuelle moyenne est de 522 €. Dans la deuxième catégorie (incapacité à exercer une profession quelconque, 498 000 bénéficiaires, 4,8 Md€ de pensions) elle est de 813 € mensuels. Dans la troisième catégorie (incapacité à exercer une profession quelconque et nécessité de recourir à une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne, 13 300 bénéficiaires, 300 M€ de pensions), elle est de 1 801 € mensuels.

Le régime d'invalidité est particulièrement complexe dans son articulation avec les minima sociaux : l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI, financée par l'État sur le programme 157 pour 256 M€ en 2020), peut compléter les revenus des titulaires d'une pension d'invalidité jusqu'à 8 679 € annuels, et une AAH différentielle, du fait de son plafond supérieur (mais avec un système d'éligibilité différent) peut s'y ajouter : c'est le cas de 12 % des pensionnés selon l'évaluation de la Cour des comptes.

La reconnaissance de l'invalidité par le service médical de l'assurance maladie requiert une perte de capacité permanente et substantielle de l'assuré d'au moins deux tiers à exercer, dans une profession quelconque, un emploi à la mesure de ses capacités et rémunéré plus du tiers d'une rémunération normale. Cette définition théorique ne correspond pas à la situation constatée : malgré une incapacité jugée totale à exercer une profession quelconque, 24 % des pensionnés de deuxième catégorie et 9 % de ceux de troisième catégorie étaient également en emploi.

Constaté dans un rapport de l'IGAS de 2010, rappelé par la Cour des comptes en 2019, le risque invalidité, malgré les montants en jeu est aujourd'hui très insuffisamment piloté : en témoigne le fait qu'il n'apparait pas dans l'ONDAM, mais seulement dans le PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », avec comme seul indicateur le nombre et la proportion de bénéficiaires de l'ASI. La COG de la CNAM est quasi-muette sur ce sujet. La reconnaissance de l'invalidité est peu harmonisée entre les médecins conseil, et selon un système d'évaluation non conforme aux standards de l'OMS et différent de celui de l'AAH. Et les médecins conseil, du fait de leur position et par méconnaissance du marché de l'emploi, sont très peu capables d'estimer les capacités de reconversion professionnelle comme en témoigne le taux de pensionnés de 2ème et 3ème catégories qui ont une activité.

Une réforme a été initiée par la LFSS 2020. Afin de favoriser une appréciation plus équitable de l'invalidité par les médecins conseils, la perte de capacité de travail ou de gain n'est désormais plus définie par rapport à une profession mais par rapport à la catégorie de travail exercée par l'assuré concerné. Elle a aussi prévu une expérimentation dans deux organismes du service médical de la CNAM et de la CCMSA visant à une réforme globale du dispositif d'invalidité autour de la constitution d'une « prestation de compensation maladie ». Cette expérimentation propose également la suppression de la catégorie 3 de l'invalidité (en prévoyant toutefois qu'une majoration pour tierce personne (MTP) pourrait toujours être octroyée selon l'appréciation du médecin-conseil. Cette MTP serait forfaitaire mais pourrait être progressive en fonction des besoins).

La forte adhérence avec les dispositifs d'évaluation et d'accompagnement du handicap, plaiderait pour un rattachement à la branche autonomie. Toutefois, deux obstacles doivent être pris en compte : la logique de base des pensions est un revenu de remplacement fonction des salaires antérieurs (ce n'est donc pas une compensation du handicap lui-même) et surtout l'évaluation est faite par les médecins conseils de l'assurance maladie, dont il serait compliqué de faire piloter une partie de leur activité par une autre branche. Et la diversité des régimes d'invalidité fait qu'une partie resterait hors champ si l'on rattachait le seul régime général.

Ces considérations amènent à recommander :

- de **rattacher à la branche autonomie l'ASI (256 M€)** dont la logique est identique à celle de l'AAH, et partiellement articulée avec elle ;
- de **supprimer la catégorie 3 des pensions d'invalidité et de transférer le budget correspondant (300 M€) à la branche autonomie**. Cette évolution devrait être actée à horizon 2022, pour permettre la reprise des situations correspondantes (13 300) par les MDPH dans le cadre de la PCH (qui permettra une meilleure appréciation globale des besoins des intéressés au-delà de la seule aide humaine)[30]. Le budget correspondant viendrait alimenter le concours PCH aux départements ;
- de **maintenir les pensions d'invalidité de catégories 1 et 2 dans le régime général**, mais avec une obligation de gestion réelle du risque, que l'expérimentation lancée en 2020 devrait amorcer : harmonisation des méthodes d'évaluation de la perte d'autonomie alignée sur celle de l'AAH, articulation avec la médecine du travail et le service public de l'emploi pour une évaluation réaliste des capacités de reconversion professionnelle, suivi des situations individuelles dans le temps.

2.3.2.2. Les unités de soins de longue durée

Les unités de soins de longue durée (USLD, 1 Md€ et 32 000 places) « *accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie* ». La distinction théorique d'avec les EHPAD consiste dans les besoins de soins médicotechniques importants (SMTI).

La loi du 11 février 2005 avait prévu leur intégration dans le champ des établissements financés par la CNSA, mais dès la LFSS 2006 ils ont été réintégrés dans le champ sanitaire. À partir d'une coupe « PATHOS » permettant en théorie de distinguer les publics ayant un besoin de SMTI, une partition des USLD a été effectuée de 2007 à 2010. À l'issue, 32 000 lits sont restés sous statut d'USLD, et 41 000 ont été reconvertis en EHPAD.

Un rapport de l'IGAS de 2016[31] constate que la partition n'a pas été réellement effectuée sur la base de la coupe PATHOS, et que les caractéristiques des résidents en USLD ne diffèrent pas significativement de celles des résidents en EHPAD. La moitié seulement des personnes hébergées nécessitent des SMTI. La principale différence de départ entre les deux structures tenait à la présence infirmière permanente en USLD, et à l'encadrement médical. La médicalisation progressive des EHPAD, la présence qui se généralise d'infirmières de nuit, rendent les deux types de structures encore plus proches.

[30] Il serait aussi possible de maintenir la situation des actuels bénéficiaires de cette majoration pour tierce personne, et de ne supprimer l'accès à la 3ème catégorie que pour les nouveaux entrants, à l'image de ce qui a été fait pour l'allocation compensatrice de tierce personne (ACTP) lors de la création de la PCH.

[31] « Les unités de soins de longue durée », IGAS, mars 2016.

En réalité, le maintien d'une part de lits sous statut d'USLD s'explique principalement par des raisons financières. Si sur le principe la tarification est sur le même modèle tripartite que celui des EHPAD, les enveloppes des USLD maintenues étaient supérieures à celles des EHPAD, et la réalité des tarifications effectuées depuis par les agences régionales de santé (ARS), sans réévaluation systématique de la coupe PATHOS, a largement évité une convergence tarifaire, notamment en Ile de France.

Le rapport de l'IGAS conclue également que le positionnement des USLD comme structure d'aval des soins de suite et de réadaptation (SSR), des courts séjours hospitaliers voire de structures psychiatriques ne correspond pas à un besoin réel, et qu'on ne peut pas considérer les USLD comme une solution de désengorgement de structures de soins d'amont[32]. Les projets d'intégration accrue des USLD dans l'offre de soins sont motivés surtout par une logique de périmètre hospitalier, ce qui est contradictoire avec l'objectif d'en faire des lieux de vie, avec les mêmes exigences que pour les EHPAD (évaluation, conseil de la vie sociale…).

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

2.3.2.3. Le fonds d'intervention régionale (FIR)

Le fonds d'intervention régional (FIR), géré par l'ARS, créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, regroupe des moyens auparavant dispersés et destinés à des politiques proches ou complémentaires dans le domaine de la performance, de la continuité et de la qualité des soins ainsi que de la prévention.

Dans le cadre de la LFSS pour 2014, un sous-objectif retraçant les dépenses d'assurance maladie relatives au FIR a été créé au sein de l'ONDAM. Le sous-objectif présenté dans le projet de loi de financement 2019 s'élevait à 3 511 M€, en augmentation de 4 % par rapport à l'objectif 2018, et est de 3 580 M€ en PLFSS 2020. Les ressources du FIR sont constituées d'une dotation de l'assurance maladie, d'une dotation de la CNSA et le cas échéant d'autres sources de financement. La dotation de la CNSA au FIR est de 164,1 M€ en 2020, dont 25 M€ au titre de l'habitat inclusif, 42,8 M€ au titre des groupes d'entraide mutuelle, et 96,3 M€ pour les MAIA.

L'ARS a la latitude d'une fongibilité dans la répartition des crédits, mais ceux destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

Les crédits du FIR du champ médico-social sont répartis entre trois des missions[33]. Deux des programmes de l'action n° 2, quoique relevant de crédits « soins », visent les personnes âgées ou en situation de handicap (financement des équipes mobiles gériatrie ; unités consultations dédiées pour personnes handicapées).

---

[32] Quelques exceptions marginales en nombre existent d'USLD spécialisées en aval d'une filière de soins particulière.

[33] Trois missions : n° 1 : promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ; n° 2 : organisation et promotion du parcours de santé coordonnées et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ; et n° 4 : efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels

La création de la branche autonomie ne doit pas isoler ou recentraliser les crédits médico-sociaux inclus aujourd'hui dans le FIR, sous réserve de maintien de la fongibilité asymétrique actuelle. Par contre, du fait de la finalité proche et complémentaire des dispositifs MAIA et PAERPA, il est logique de globaliser leur enveloppe (respectivement de 100 M€ et 20 M€) dans le périmètre de la branche autonomie.

Les deux dispositifs visent à une meilleure articulation des réponses aux situations complexes, à domicile comme en amont ou en aval d'une hospitalisation, en intégrant les dimensions sociales et sanitaires de l'accompagnement, les premiers financés par la CNSA, le second par l'assurance maladie. Le fait que l'article 23 de la loi du 24 juillet 2019 prévoit leur inclusion dans les nouveaux dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes renforce la logique de cette globalisation (cf. 3.1.7).

2.3.2.4. Les actes infirmiers de soins (AIS)

La dépense en secteur libéral en actes infirmiers de soins (AIS)[34] pour les personnes âgées et handicapées est financée sur l'enveloppe des soins de ville, elle vient compléter l'offre médico-sociale des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2019, les dépenses des soins de ville infirmiers s'adressant aux personnes âgées de plus de 75 ans s'établissent à 2 Md€. Et selon la DREES[35], ils réalisent 16 % du total des heures d'intervention à domicile, là où les SSIAD en effectuent 4% : une vision globale est donc très nécessaire.

Si les conditions d'exercice ne sont pas strictement identiques (les SSIAD assurent une fonction de coordination des soins, en interne et avec les autres intervenants), de facto l'offre libérale et l'offre en SSIAD se complètent, en fonction notamment de l'accessibilité à l'offre libérale, qui varie fortement (de 1 à 4 entre le 1er décile de la population et le dernier, cf. annexe 1).

Il est logique que la négociation conventionnelle avec les infirmiers reste globale au niveau de la branche maladie. En revanche, l'indicateur du PQE de la dépense en AIS pour les personnes âgées de plus de 75 ans – même s'il fait référence par une nomenclature spécifique à une aide à la déambulation et à la restauration de l'autonomie - ne permet pas une réelle gestion du risque et de la complémentarité entre SSIAD et AIS libéraux. On ne sait pas combien des 21 % des personnes âgées de 75 ans éligibles à l'APA reçoivent des AIS, ni combien d'AIS « hors APA » sont effectués, et la dépense pour les bénéficiaires de la PCH ou de l'AEEH (moins de 75 ans) n'est pas tracée.

Pour gérer sur ce point le risque de son périmètre, il faut donc que la branche autonomie dispose d'un croisement entre les données des fichiers APA et PCH (aujourd'hui au niveau de chaque département) et celles du SNIIRAM. Ce devrait être un chantier prioritaire des futurs systèmes d'information (cf. 3.2.2.4.2), et il faudra une disposition législative qui prévoie la certification des NIR et l'obligation de transmission des fichiers par les départements.

---

[34] Les actes infirmiers de soins (AIS) dans la nomenclature correspondent à des soins d'hygiène et de nursing, associés à une cotation particulière. Le contenu de ces actes est lié à la qualification professionnelle infirmière, il est donc assimilable à celui effectué en SSIAD par des aides-soignants encadrés par un infirmier, et en théorie différent de ce qu'une aide à domicile peut réaliser, par exemple en matière d'aide à la toilette. La part des AIS dans le total des actes infirmiers libéraux était de 54% en 2011.

[35] « Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées », Dossiers de la DREES, mars 2020.

2.3.2.5. Les aides techniques

Le financement des aides techniques est aujourd'hui très dispersé, et la connaissance de leur utilisation et des besoins insuffisante. Selon les données rassemblées par M. Philippe Denormandie[36], hors lits médicalisés et aides auditives, l'assurance maladie y contribue pour 384 M€, la PCH pour 17 M€, le fonds départemental de compensation pour 5,1 M€, et la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie pour 8,8 M€. Les mutuelles apportent aussi des financements complémentaires.

Le recours aux aides techniques est complexe[37], et donc source de délais lorsqu'il faut mobiliser plusieurs financements, par exemple pour des fauteuils roulants électriques. Surtout, et contrairement à d'autres pays, il n'existe pas d'accompagnement des personnes pour leur bonne utilisation ni lors de l'achat, ni dans la durée[38]. L'évaluation du besoin est très souvent déléguée de fait aux fournisseurs eux-mêmes, et l'achat neuf est presque systématique, sans réutilisation des aides. Dans l'ensemble des moyens de compensation de la perte d'autonomie, c'est un sujet où de réels progrès sont indispensables, et seraient possibles par un pilotage national renforcé comme l'IGAS le recommandait déjà en 2013.

L'absence d'intégration des système d'information fait qu'il n'est pas possible, comme pour les AIS, de croiser les données des personnes éligibles à l'APA et la PCH avec celles du SNIIRAM. C'est une étape indispensable pour assurer une meilleure cohérence entre la liste des produits et prestations de santé remboursables (LPPR) par l'assurance maladie et les prises en charge par la compensation, soit pour des produits non inclus, soit à titre complémentaire.

2.3.3. Depuis la branche vieillesse

2.3.3.1. Les avantages relatifs à la retraite

2.3.3.1.1. L'assurance vieillesse des proches aidants

Depuis 1975, le dispositif de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)[39] a été progressivement étendu aux aidants de personnes handicapées, malades ou dépendantes. Les affiliations à l'AVPF aidants représentent une part très minoritaire (4,5%, 54 000 personnes) des bénéficiaires de l'AVPF.

La CNAF prend en charge les cotisations d'assurance retraite de ces personnes, et bénéficie d'un remboursement de la CNSA pour les seules cotisations acquittées pour les personnes assurant la prise en charge d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Le montant remboursé est aujourd'hui très limité (12 426€ en 2019), le congé de proche aidant n'étant pas rémunéré. La création de l'allocation journalière proche aidant en 2020 devrait faire augmenter cette contribution.

---

[36] M. Philippe Denormandie a été chargé à l'issue du comité interministériel du handicap de décembre 2019 d'une mission relative aux aides techniques.

[37] « Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées », IGAS, avril 2013.

[38] Les études citées par M. Philippe Denormandie évoquent une non-utilisation à terme de 30 % des aides techniques.

[39] L'AVPF est un dispositif d'affiliation au régime général de retraite pour les personnes qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper de leurs enfants ; il concerne 1,185 million de personnes, principalement des allocataires des prestations familiales de base.

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

2.3.3.1.2. Les majorations de durée d'assurance.

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites permet aux assurés du régime de base ayant élevé un enfant handicapé de bénéficier d'une majoration de leur durée d'assurance à raison d'un trimestre par période d'éducation de 30 mois, dans la limite de 8 trimestres. La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a également créé une majoration de durée d'assurance pour les aidants familiaux d'adultes handicapés dans les mêmes conditions.

Le nombre total de trimestres stockés à ce titre dans l'ensemble des régimes de retraite, pour le dispositif de la loi de 2003, est de 26 436. Ce n'est que lors du départ à la retraite des personnes bénéficiaires que le coût deviendra apparent, il n'est donc pas possible de construire un dispositif de compensation par la branche autonomie de cette charge. Seul un rappel du dispositif, et du stock des trimestres constitué, pourrait être inclus dans l'annexe 7 *bis*.

2.3.3.1.3. Le dispositif de retraite anticipée des travailleurs handicapés

La loi du 21 août 2003 a aussi créé un dispositif de retraite anticipée des travailleurs handicapés (RATH) qui permet aux assurés ayant effectué une large part de leur carrière en situation de handicap de bénéficier d'un départ à partir de 55 ans. Leur retraite est calculée au taux plein et peut être majorée pour compenser les incidences du handicap sur l'activité professionnelle. Le nombre de personnes concernées tous régimes confondus est faible, environ 3500 personnes en 2018. Depuis la loi de réforme des retraites de 2010, les parents d'enfants handicapés bénéficient aussi par dérogation d'un âge d'annulation de la décote pour retraite à taux plein à 65 ans, au lieu de 67 ans. Et les fonctionnaires parents d'un enfant handicapé bénéficient aussi, sous conditions, d'une possibilité de retraite anticipée, avantage qui ne touche lui aussi qu'un faible effectif, 2 300 personnes tous régimes publics confondus.

Outre la difficulté de calculer le coût de ces avantages, les faibles effectifs concernés font qu'il n'est pas utile de chercher à construire un système de remboursement par la branche autonomie à la branche vieillesse.

2.3.3.1.4. Les dispositifs au titre de l'invalidité et de l'inaptitude

Au-delà d'une validation des périodes d'invalidité au titre de la retraite sous la forme d'acquisition de trimestres, l'invalidité ou l'inaptitude peut conduire à des dérogations sur les conditions de départ : les salariés du secteur privé et ceux du secteur public qui partent en retraite au titre de l'inaptitude bénéficient d'une pension de retraite à taux plein même s'ils ne justifient pas de la durée d'assurance requise ; et les bénéficiaires de pensions d'invalidité se voient accorder des règles facilitant la transition entre l'invalidité et la retraite.

Les différents régimes de retraite étant responsables de la gestion et du financement de ces dispositifs de retraite, le rattachement à la branche autonomie créerait des flux financiers avec l'ensemble de ces régimes et complexifierait fortement l'architecture financière. En l'état, **le maintien de ces droits à retraite dans les différents régimes les gérant apparait plus cohérent**.

2.3.3.2. L'action sociale de la CNAV

L'action sociale de la CNAV, pour un total de 344 M€, qui vise la prévention de la perte d'autonomie pour les retraités du régime général et de la fonction publique (les autres régimes et les complémentaires ont aussi des fonds d'action sociale, non analysés ici, dont le total hors CNAV est de 630 M€, dont 445 M€ pour l'Agirc-Arrco), est organisée pour les dépenses d'intervention selon trois axes :

- l'aide individuelle au maintien à domicile, au travers notamment des « PAP » (plans d'actions personnalisés) : services d'aide à domicile (203 000 bénéficiaires); aides techniques pour sécuriser le logement (24 000 bénéficiaires); aides aux déplacements; aides spécifiques lors d'une situation de rupture (soit 242 M€ en 2019, pour 82 % du total) ;
- des actions collectives de prévention et de promotion de la participation sociale (informations, conseil, programmes d'actions collectives), pour 12 M€ (4 % du total en 2019) qui ont touché 291 000 personnes ;
- des aides à l'adaptation des logements au vieillissement (habitat et cadre de vie pour 42,5 M€ en 2019, soit 14 % du total).

S'y ajoutent les dépenses d'investissement (prêts et subventions) pour le logement intermédiaire (résidences autonomie, solutions alternatives) et pour les EHPAD, pour 48 M€ (2019). Les subventions relatives à des petits équipements (12 M€ en 2018) sont imputées sur les aides individuelles.

Depuis février 2019, la CNAV a aussi créé le pôle Vivalab – Valoriser l'innovation pour vivre en autonomie – en partenariat avec la Banque des Territoires, France Active, la MSA et l'Agirc-Arrco.

Les actions collectives de prévention s'inscrivent depuis la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) dans le cadre des conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, qui permettent d'éviter la dispersion et la superposition des actions de prévention, notamment collectives.

Les plans d'action personnalisés visent les GIR 5 et 6[40]. Pendant longtemps, le problème a été la non articulation des évaluations faites par les CARSAT (en direct ou par délégation) avec celles effectuées par les équipes APA des départements, avec le risque d'une double évaluation et d'une non concordance autour de la frontière GIR5/GIR 4. Cette difficulté est en voie de résolution avec la reconnaissance réciproque systématique des évaluations, conformément au principe établi par l'article L. 113-2-1 du code de l'action sociale et des familles (introduit par la loi ASV). Un formulaire unique de demande doit être testé d'ici à fin 2020, et un télé-service de demande est en cours de réalisation par la CNAV. La COG de la CNAV prévoit d'atteindre 100 % de reconnaissance réciproque en 2022. Si la logique de deux financeurs n'est pas optimale, ces progrès permettent au moins de ne pas reporter la complexité sur le demandeur.

La cible effective de ces PAP est très réduite dans la population générale des retraités éligibles du régime général et de la fonction publique (200 000 bénéficiaires, 2 à 3 % des populations de plus de 75 ans exonérées de CSG). Un point mineur à régler est relatif aux personnes relevant des GIR 5 et 6, mais dont les ressources sont inférieures à l'allocation de solidarité pour personnes âgées (ASPA)[41] : dans le droit actuel (L. 231-1 du code de l'action sociale et des familles), elles relèvent non de l'aide sociale facultative des caisses de retraite, mais de l'aide sociale légale des départements. Le transfert de ces situations à l'action sociale des caisses de retraite permettrait d'unifier la réponse aux situations relevant des GIR 5 et 6.

[40] Groupes iso-ressources de la Grille AGGIR, la perte d'autonomie est graduée de 6 à 1.

[41] Le plafond de l'ASPA est de 903,20 € par mois pour une personne seule.

Les aides « Habitat et cadre de vie » (42,5 M€) ont concerné 19 000 personnes en 2019, et l'aide d'un maximum de 3 500€ peut se cumuler avec celles du programme Habiter Facile de l'ANAH (cf. 2.5.2). Les prêts et subventions à l'investissement des résidences autonomies, EHPA et solutions d'habitat intermédiaire (48 M€) et d'aide à l'équipement des résidences autonomie (12 M€) ont également la même finalité que le plan d'aide à l'investissement de la CNSA (242 M€ en 2019).

La superposition de ces dispositifs de l'action sociale de la CNAV, de faibles montants et de faible diffusion par rapport aux besoins tant pour **l'aménagement de logements individuels que pour la rénovation des EHPAD et résidences autonomie**, génère des doubles circuits d'instruction du côté des bénéficiaires comme des financeurs, sans plus-value. **Il faut donc transférer cette composante de l'action sociale de la CNAV à la branche autonomie**.

Pour ce qui est du pôle Vivalab, un rapprochement avec les actions de recherche et d'innovation portées par le budget de la CNSA (environ 20 M€), sans transfert de budget, est souhaitable pour mieux prioriser les actions et éviter les doublons.

2.4. Les transferts depuis le budget de l'État

2.4.1. L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'allocation adulte handicapé (AAH, 10,6 Md€ en 2020) est l'une des principales prestations versées par les organismes de sécurité sociale (CAF et MSA) pour le compte de l'État. Les personnes âgées d'au moins 20 ans (et n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite) et aux revenus modestes peuvent prétendre à l'AAH. Elle est accordée dans deux cas : si on reconnaît au demandeur un taux d'incapacité d'au moins 80 % (AAH-1) ou bien un taux compris entre 50 % et 79 % assorti d'« une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi » (AAH-2).

Encadré 3 : L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Les personnes bénéficiaires de l'AAH sont 1,16 million fin 2017, dont 1 million âgées de moins de 60 ans. Le nombre d'allocataires augmente chaque année, sur un rythme passant de +1,8 % en 2014 à +3,0 % en 2017. Cette accélération est uniquement imputable à la hausse du nombre d'allocataires de catégorie 2 (ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 %), de +4,6 % en 2014 à +7,2 % en 2017. La prise en compte du handicap psychique depuis 2005 est un des facteurs d'explication de cette augmentation. Fin 2017, les allocataires de l'AAH représentaient 2,2 % de la population de 18 ans ou plus, contre 1,6 % dix ans plus tôt, et 1,2 % fin 1990.

En 2018, les montants versés ont été respectivement de 4,382 Md€ pour l'AAH-2 (501 000 bénéficiaires) et de 4,951 Md€ pour l'AAH-1 (628 000 bénéficiaires), auxquels s'ajoutent 351 M€ au titre des compléments (complément de ressources et majoration vie autonome, fusionnés au 1er décembre 2019).

Conformément aux engagements du Président de la République, l'AAH a fait l'objet d'une revalorisation exceptionnelle en deux temps : son montant à taux plein a été porté à 860 € en novembre 2018, il a été fixé à 900 € en novembre 2019. Cette mesure constitue un effort de près de 2,5 Md€ sur l'ensemble du quinquennat. Le crédit inscrit au budget du programme 157 pour 2020 est de 10,560 Md€.

La décision d'attribution est prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), et donc échappe grandement à l'État qui la finance sur le programme 157.

Les taux d'attribution de l'AAH varient fortement entre départements, sans que l'on dispose d'études suffisantes et concordantes pour expliquer ces écarts, entre caractéristiques sociodémographiques et pratiques des MDPH[42] : par rapport au nombre d'adultes de 20 à 59 ans, le taux de bénéficiaires de l'AAH à domicile en France métropolitaine variait en 2013 de 12,70 pour 1 000 à 39,45 pour 1 000 (cf. annexe 1).

Le fait qu'il s'agisse d'un minimum social financé par l'État implique que son rattachement à la branche autonomie ne va pas de soi. Trois considérations mènent cependant à le préconiser :

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

Le fait que la dépense soit fortement croissante, du fait de l'augmentation du nombre des allocataires (997 000 en 2012, 1 190 000 en 2019 soit + 19 %) et de la revalorisation de l'allocation, nécessitera une recette de la branche ayant la même dynamique à court terme, donc un transfert du budget de l'État plutôt qu'une part de TVA ou de CSG. À terme, la maîtrise par la branche des conditions d'attribution devra permettre de rééquilibrer le rythme de croissance (cf. 4.2.1). **Pour donner à la CNSA un temps pour mettre en œuvre ce pilotage renforcé de l'AAH, il est proposé de l'intégrer au périmètre de la branche en 2022.**

2.4.2. L'aide au poste des établissements et services d'aide par le travail (ESAT)

Le programme 157 finance également l'« aide au poste » versée par l'État aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT), au titre de la garantie de rémunération des travailleurs handicapés (GRTH). Cette aide bénéficie à quelques 120 000 personnes employées en ESAT, pour un montant de 1,375 Md€ en loi de finances 2020, et permet d'amener au minimum au niveau du SMIC leur rémunération. Elle est servie par l'agence de services et de paiement (ASP). Plus des trois-quarts des travailleurs en ESAT bénéficient par ailleurs de l'AAH.

Les dotations de fonctionnement, l'autre composante du financement public des ESAT ont déjà été transférées à l'ONDAM personnes handicapées par la loi de finances de 2016, avec effet au 1er janvier 2017, pour un montant de 1,47 Md€.

Le rapport de l'IGF et de l'IGAS de 2019[43] a souligné l'inadaptation du modèle actuel de financement des ESAT. Il conclue qu'une réflexion beaucoup plus systémique s'impose sur la tarification. Même si l'aide au poste est plus attachée à la personne qu'à la structure, les doubles financements sont sources de complexité : pour qu'une ARS crée de nouvelles places au sein de son enveloppe médico-sociale, il faut que les crédits d'aide au poste correspondants soient disponibles, or ces derniers sont plafonnés par la loi de finances au niveau des effectifs actuels.

Il est donc recommandé de transférer les crédits et le financement de l'aide au poste à la branche autonomie.

[42] « Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine », Laboratoire Population Environnement Développement (LPED) et Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI) Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Corse, janvier 2018.

[43] « Les établissements et services d'aide par le travail », IGF, 2019.

2.4.3. Les autres dispositifs financés par le programme 157

2.4.3.1. Les instituts nationaux pour jeunes sourds et jeunes aveugles

Les cinq instituts nationaux des jeunes sourds et des jeunes aveugles (INJ), qui accueillent un millier d'élèves, sont financés pour l'essentiel sur l'OGD de la CNSA, mais la rémunération des personnels enseignants (14,5 M€ en PLF 2020), qui relèvent d'un statut spécial, est restée logée dans le programme 157. Le Centre national de formation des enseignants intervenant auprès des déficients sensoriels (CNFEDS) de Chambéry (0,2 M€), qui assure la formation initiale et continue des enseignants de l'ensemble des établissements médico-sociaux publics et privés accueillant les jeunes déficients sensoriels, relève aussi du programme 157, ainsi que le centre national d'information sur la surdité (CNIS, 0,30 M€).

L'organisation et le fonctionnement des instituts nationaux ont fait l'objet d'un rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales, l'inspection générale de l'éducation nationale et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche en 2017[44].

La mission a notamment constaté une adaptation insuffisante à l'évolution de l'éducation vers le milieu ordinaire, une faible inscription des INJ dans l'offre médico-sociale régionale, et un cadre de gestion obsolète. Le rapport préconise un renforcement de la qualité et de la pertinence de l'enseignement comme de l'accompagnement apportés par les instituts nationaux, en prenant en compte les orientations nationales relatives à l'école inclusive et à l'évolution de l'offre médico-sociale.

La mission recommandait notamment que les INJ s'inscrivent dans la planification médico-sociale régionale, et un regroupement des dotations accordées aux INJ au sein de l'ONDAM médico-social, afin de simplifier le dialogue budgétaire et de clarifier les modes de financement.

Dans la continuité de ces recommandations, **il est proposé de transférer l'enveloppe de financement des INJ, du CNFEDS et du CNIS dans le périmètre de la branche autonomie**.

2.4.3.2. L'accompagnement dans l'emploi des personnes en situation de handicap

L'emploi accompagné (9,92 M€, 1 228 bénéficiaires à fin 2018) a été créé par la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Il combine accompagnement médico-social et accompagnement à visée d'insertion professionnelle. Le dispositif d'emploi accompagné est mobilisé en complément de l'offre existante de services, aides et prestations d'accompagnement proposées notamment par les structures relevant du service public de l'emploi (Cap emploi, pôle emploi, SAMETH etc.). Il est cofinancé par l'État, par le fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et l'association générale du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH).

Les crédits du programme 157 consacré à l'emploi accompagné ont été presque doublés (+ 4 M€) en 2018-2019 dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme.

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

---

[44] « Scénario d'évolution des instituts nationaux des jeunes sourds et des jeunes aveugles », IGAS, IGAENR et IGEN, mai 2018.

2.4.4. Les entreprises adaptées (EA)

Les entreprises adaptées (403 M€, 33 000 bénéficiaires) sont depuis la loi du 11 février 2005 des entreprises ordinaires, et les personnes qui y travaillent sont sous contrat de travail de droit commun, à la différence des travailleurs en ESAT : « *elles mettent en œuvre pour ces salariés un accompagnement spécifique destiné à favoriser la réalisation de leur projet professionnel, la valorisation de leurs compétences et leur mobilité au sein de l'entreprise elle-même ou vers d'autres entreprises* ». Ces salariés se sont vus reconnaître au préalable la qualité de travailleurs handicapés par la CDAPH. Pour être agréée comme telle, l'entreprise adaptée doit accueillir entre 55 % et 100 % de travailleurs handicapés.

Elles sont financées par le programme 102 qui relève de la compétence du ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion dans le cadre du fonds d'inclusion dans l'emploi, qui regroupe également les moyens consacrés aux emplois aidés et à l'insertion par l'activité économique.

Suite à un rapport de l'IGF et de l'IGAS de septembre 2016[45], une réforme de fond du fonctionnement et du financement des entreprises adaptées a été effectuée par la loi du 5 septembre 2018. À l'horizon 2022, il est prévu qu'elles puissent accueillir 40.000 personnes de plus.

Du fait du statut de salariés de droit commun des travailleurs qu'elles accueillent, de leur modèle économique et de leur vocation à faciliter l'accès à un emploi ordinaire, les entreprises adaptées relèvent clairement de la politique générale de l'emploi, comme pour d'autres publics en difficulté. **Elles n'ont donc pas vocation à être intégrées dans le périmètre de la branche autonomie,** mais à être reprises dans l'annexe 7 *bis* autonomie.

2.4.5. La protection juridique des majeurs

Près de 800 000 personnes sont placées sous mesure de protection juridique dont 483 000 prises en charge par des professionnels, les mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM), le reste l'étant par des membres de la famille. Ce régime a été refondé par la loi du 5 mars 2007, entrée en vigueur le 1er janvier 2019. Les mesures de protection juridique des majeurs, prononcées par le juge des tutelles, concernent les personnes qui ne sont pas en mesure de pourvoir à leurs intérêts en raison d'une altération médicalement constatée de leurs facultés mentales ou corporelles de nature à empêcher l'expression de leur volonté, donc de fait des personnes âgées et en situation de handicap.

Après le rapport de l'IGAS de juillet 2014[46] relatif aux modalités de financement de ces mesures, le financement qui était antérieurement partagé entre l'État et les organismes de sécurité sociale selon des règles compliquées (au-delà de l'autofinancement par la personne, il relevait de celui qui finançait la prestation la plus importante) a été intégralement repris en 2016 par l'État sur le programme 304, pour un montant de 688,5 M€ en loi de finances 2020.

La complémentarité de ces tutelles avec les autres mesures d'accompagnement des personnes en situation de handicap ou âgées plaide pour que ces financements, qui sont pour les services professionnels (essentiellement les UDAF) alloués par les directions régionales ou départementales de la cohésion sociale, soient récapitulés dans l'annexe 7 *bis* autonomie.

---

[45] « Les entreprises adaptées », IGAS et IGF, septembre 2016.

[46] « Financement par les organismes de sécurité sociale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs », IGAS, juillet 2014.

2.5. Les transferts depuis d'autres opérateurs publics

2.5.1. Le maintien et l'accès à l'emploi : l'AGEFIPH et le FIPHFP

L'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) mènent des actions visant la promotion de l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Le financement de ces acteurs est assuré par les contributions des employeurs privés et publics qui n'atteignent pas le taux obligatoire d'emploi de personnes en situation de handicap pour un montant de 588 M€ en 2019 (108,5 M€ pour le FIPHFP, 479,6 M€ pour l'AGEFIPH).

Du fait de leur origine, la gestion des fonds est paritaire (plus des représentants associatifs et des personnalités qualifiées), ce qui rendrait leur intégration dans le périmètre de la branche autonomie difficile.

Par ailleurs, les actions financées et menées par ces deux fonds sont très liées à l'emploi et au marché du travail, notamment pour l'AGEFIPH : presque 60 % du budget des actions sont consacrés à l'accompagnement vers l'emploi, et 35 % à l'accompagnement dans l'emploi. Il s'agit donc plus de la déclinaison des politiques générales d'accès et de maintien dans l'emploi que d'une politique de compensation de la perte d'autonomie, et **l'intégration de ces crédits dans la branche autonomie** –outre la difficulté due à la nature des recettes et à la gestion paritaire des fonds- **n'est pas souhaitable.**

2.5.2. La prévention : les dispositifs relatifs à l'adaptation du logement

Pour développer la dimension essentielle de prévention de la perte d'autonomie dans les actions de la CNSA, au-delà des financements délégués aux conférences départementales des financeurs de la perte d'autonomie (dotation aux départements pour 140 M€, forfait autonomie pour 40 M€), une cible à privilégier concerne les aides à l'adaptation du logement. Celles-ci, notamment pour les personnes âgées, sont une composante importante de cette prévention (30 % des plus de 65 ans à domicile chutent au moins une fois par an, et les chutes sont à l'origine de 30 % des pertes d'autonomie) et partant, de la possibilité du maintien à domicile.

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

- pour les personnes en situation de handicap, la PCH mais aussi le fonds départemental de compensation, et le programme « Habiter facile » de l'ANAH ;
- pour les personnes âgées, l'action sociale (à géométrie variable) des caisses de retraite, l'APA, à nouveau l'ANAH et depuis peu, le programme d'Action Logement de transformation des baignoires en douches, extrêmement important pour ce qui est de la cible affichée (1 Md€ d'ici à 2022) ;
- Le crédit d'impôt des travaux d'équipement pour personne âgée ou handicapée (article 200 *quater* A du CGI) pour un cout fiscal de 52 M€ (prévision 2020).

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

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

- le budget du programme ANAH à la branche autonomie, qui en maîtrisera ainsi l'enveloppe et la conception, tout en déléguant la gestion à l'ANAH comme aujourd'hui ;
- la part du budget d'action sociale de la CNAV consacré à l'adaptation du logement des retraités du régime général (cf. 2.3.3.2).

Si l'on recherche l'efficience, il faut aussi renégocier le contenu du programme d'investissement volontaire (PIV) d'Action Logement pour sa composante de transformation des salles de bains, dont le principal effet sera d'aubaine pour le secteur du bâtiment (grâce à la délégation des dossiers de demande aux entreprises elles-mêmes, et à un plafond de 5 000 € par opération cumulable avec les autres aides, ce qui favorise l'inflation des devis). Cette renégociation devrait induire la délégation d'au moins une part de cette ressource à l'ANAH, pour augmenter les moyens du programme Habiter Facile.

******

Comme déjà mentionné, l'élargissement du périmètre de la branche autonomie par rapport à celui de l'actuelle CNSA doit viser trois objectifs :

- assurer plus d'équité et de lisibilité à l'ensemble des dispositifs qui concourent aujourd'hui à cette politique ;
- engager une simplification de l'accès aux droits pour les usagers, en regroupant et redonnant de la cohérence aux instruments complémentaires qui se sont stratifiés au cours du temps ;
- permettre une gestion plus efficiente du risque et de la dépense publique, en rassemblant les responsabilités chez un seul opérateur.

Les recommandations formulées aboutiraient à passer d'un périmètre en gestion de 27 Md€ pour l'actuelle CNSA à un périmètre de 41 Md€ pour la branche autonomie. La nouvelle annexe 7 *bis* prévue par la loi organique et le nouveau PQE « autonomie » devraient présenter un périmètre plus large, au-delà des 66 Md€ aujourd'hui recensés dans le PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » et recenser un total de dépenses de 78,5 Md€ (cf. annexe 2).

Cette recomposition entre branches de la sécurité sociale nécessitera une coopération interbranches renforcée, pour gérer la transition et au-delà renforcer l'efficience, là où la politique de soutien à l'autonomie croise les politiques de santé, de la famille et de la vieillesse.

L'appréhension d'un champ de compétences élargi demandera aussi un renforcement des moyens de pilotage et d'animation de l'actuelle CNSA, à inscrire dans la future convention d'objectifs et de gestion 2021-2024.

Il est recommandé **d'amorcer et d'acter dès la LFSS 2021 le périmètre futur de la branche** pour manifester l'ambition de la réforme et éviter les tentatives de chaque organisme et administration concernés de conserver leur pré carré. Sinon, on risque de créer une 5ème branche qui en réalité se limitera, de renoncement en renoncement, au périmètre de l'actuelle CNSA.

Il est aussi préconisé de **décaler sur 2022 le transfert effectif d'une partie des dispositifs**, dans les cas où ils requièrent des mesures d'organisation plus importantes, ce qui est le cas de l'AAH, de la part de l'action sociale de la CNAV, de la 3ème catégorie des pensions d'invalidité et des aides à l'adaptation du logement. **Les autres transferts** (AEEH, ASI, USLD, enveloppe des PAERPA du FIR, aide au poste des ESAT, instituts nationaux, accompagnement vers l'emploi) **peuvent être actés dès le PLF et le PLFSS pour 2021**, car ils n'impliquent aucune modification directe et immédiate de leur contenu et de leur mode de gestion.

Tableau 1 : Récapitulatif du périmètre de la branche autonomie

Périmètre actuel	Transfert vers la branche autonomie (O/N)	Échéance	Montant (en M€, arrondi)
Objectif global de dépense - CNSA	O	2021	22 600
Autres dépenses du budget - CNSA	O	2021	4 250
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	O	2021	1 000
Allocation journalière de présence parentale (AJPP)	N	/	/
CMG Handicap et majorations EAJE	N	/	/
Pensions d'invalidité 1 et 2	N	/	/
Pensions d'invalidité 3 (tierce personne)	O	2022	300
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	O	2021	260
Unités de Soins de Longue Durée (USLD)	O	2021	1 000
Actes infirmiers de soins (AIS) hors SSIAD	N	/	/
Aides techniques de la LPP	N	/	/
FIR enveloppe des PAERPA et MAIA	O	2021	120
Avantages handicap liés à la retraite	N	/	/
CNAV, plans d'action personnalisés et actions collectives	N	/	/
CNAV, résidences autonomie et EHPA	O	2022	60
CNAV, adaptation du logement	O	2022	42
Allocation adultes handicapés (AAH)	O	2022	10 600
Aide au poste des ESAT (GRTH)	O	2021	1 375
Instituts nationaux jeunes sourds et jeunes aveugles (INJ)	O	2021	15
Accompagnement vers l'emploi (programme 157)	O	2021	10
Entreprises adaptées (programme 102)	N	/	/
Protection juridique des majeurs (programme 304)	N	/	/
AGEFIPH et FIPHFP	N	/	/
Aides à l'adaptation du logement (ANAH)	O	2022	80
Total – Périmètre cible de la branche autonomie			**41 712**

Source : Mission.

3. Quelle gouvernance ?

La mise en œuvre de la politique de l'autonomie se fait au niveau des territoires, et de façon assez identique à la politique familiale au plus près des usagers. La capacité de la CNSA à générer plus d'équité dans l'accès au droit et des réponses plus efficientes aux besoins dépend donc de la structuration de la gouvernance locale du soutien à l'autonomie : il n'y aura pas de gouvernance nationale efficace sans gouvernance locale claire et stable[47].

3.1. La structure de la gouvernance locale conditionne un pilotage efficace par la branche autonomie

Le constat posé par les vice-présidents de l'atelier « gouvernance » de la concertation « grand âge et autonomie » montre la nécessité d'une refonte : « *L'épuisement institutionnel paraît très profond. Il est largement illustré par le désarroi des acteurs de terrain, gestionnaires de services à domicile et d'établissements… il faut rebâtir le système de pilotage et de gouvernance en partant de principes simples, qualité de prise en charge, réponse aux besoins, attention et écoute aux attentes des personnes âgées* ». L'élargissement au champ des personnes handicapées ne change pas ce constat.

3.1.1. L'hypothèse de caisses locales de l'autonomie nécessiterait des bouleversements profonds sans gain d'efficience

Pour certains des acteurs consultés par la mission, la création d'une caisse nationale de sécurité sociale au plan national induit automatiquement la création en miroir d'un réseau de caisses locales de l'autonomie qui lui seraient rattachées, et qu'elle piloterait directement. Ces caisses locales de l'autonomie pourraient, pour des raisons de rationalisation des moyens, être adossées au réseau d'une autre caisse nationale, CPAM, CAF ou CARSAT.

Une telle hypothèse induit de fait de retirer aux conseils départementaux leurs compétences en matière d'action sociale envers les personnes âgées et en situation de handicap, sauf de façon résiduelle et facultative : ce seraient les caisses locales de l'autonomie qui évalueraient le droit aux prestations (donc reprendraient les attributions des MDPH, et des équipes d'évaluation APA des conseils départementaux) et les liquideraient, contractualiseraient avec l'ensemble des établissements et services y compris à domicile et les financeraient. C'est le « *risque de l'effacement du département et le transfert de la gestion des prestations à un des réseaux existants de caisses locales* » qu'évoquait le rapport de M. Dominique Libault. Le rapport liait ce risque à la création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale – et pas d'un 5ème risque intégré à la LFSS. Mais si la loi organique relative à la dette sociale et à l'autonomie a franchi le pas, il n'y a pas d'obligation mécanique de lier 5ème branche et effacement des départements.

Alors que l'Assemblée des départements de France revendique une pleine responsabilité sur le bloc médico-social et social, un tel basculement est politiquement irréaliste, et à rebours des orientations du gouvernement en matière de décentralisation. Et il impliquerait des opérations de transfert, notamment de personnels, dont on a déjà expérimenté la complexité lors d'autres réorganisations territoriales, par exemple lors de la loi NOTRe.

[47] Lors de son échange avec la mission, M. Denis Piveteau a insisté sur la nécessité de stabiliser cette répartition des compétences, qui est débattue depuis plus de dix ans et finit par paralyser l'action.

Une hypothèse moins radicale a aussi été avancée : transférer au nom de l'efficience les seuls paiements de l'APA et de la PCH, toujours décidées par les CDAPH et les départements, à un réseau existant de caisses de sécurité sociale, en l'espèce aux CARSAT si l'on suit ce que la CNAV a proposé. Là aussi, ce serait une opération difficile, du fait de l'hétérogénéité des systèmes d'information des conseils départementaux, et des spécificités du mode de règlement de ces prestations en nature qui sont fonction de la consommation effective des plans d'aide, et donc ne peuvent pas être paramétrées lors de la décision d'attribution qui ne fixe qu'un volume théorique, notamment pour les aides humaines. Et il est peu probable que les conseils départementaux adhèrent à une telle hypothèse.

Il est donc raisonnable de ne pas poursuivre cette voie de caisses locales de l'autonomie, ou d'un bouleversement des systèmes d'instruction et de paiement des aides individuelles. Ce qui ne veut pas dire qu'une évolution des réseaux sur lesquels s'appuie la CNSA, et de sa relation avec eux, n'est pas nécessaire.

Des schémas de « tout à l'ARS » ou de « tout au département » sont aussi soutenus par certains acteurs[48], mais ils portent un risque de disjonction entre le sanitaire, le médico-social et le social, alors même que la nécessité de parcours coordonnés est affirmée.

Les analyses qui suivent s'inscrivent donc dans la continuité du rapport Libault et de son « scénario 1 » en matière de gouvernance (élargi pour l'ensemble du champ de l'autonomie), qui était aussi celui retenu par réalisme par le HCFEA, donc avec le maintien, pour la CNSA, de l'animation d'un double réseau territorial de mise en œuvre de la politique de l'autonomie, ARS et départements.

3.1.2. L'effectivité des modalités actuelles de coordination entre agences régionales de santé et départements ne repose que sur les bonnes volontés

Lors de la création des ARS par la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) du 21 juillet 2009, deux modalités de concertation et de mise en cohérence des compétences exercées par les conseils départementaux et les ARS ont été mises en place :

- une commission médico-sociale[49] au niveau régional, associant les conseils départementaux ;
- une coordination des schémas territoriaux établis par le département avec le projet régional de santé.

Par ailleurs, la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie émet un avis sur le volet médico-social du projet régional de santé, sur le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et son actualisation, et sur la qualité des accompagnements et sur les principes de contractualisation de l'ARS avec les établissements et services.

---

[48] Par de nombreux acteurs associatifs au nom de l'équité territoriale pour la 1ère hypothèse, et pour la 2ème hypothèse par Territoires Unis (qui rassemble l'Assemblée des départements de France, l'AMF et l'ARF) dans son document du 8 juillet 2020 qui demande de « *limiter le rôle des agences régionales de santé au secteur sanitaire et confier aux Départements le rôle de pivot des politiques médicosociales et sociales* ».

[49] Article L. 1432-1 du code de la santé publique : « *Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées… trois commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions sont compétentes pour coordonner les actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :… dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.* ».

Les exercices de planification aux niveaux régional et départemental ne sont pas naturellement cohérents :

- les ARS établissent tous les cinq ans un projet régional de santé, qui définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre[50]. Il est arrêté par le Directeur général de l'ARS pour cinq ans, après avis du Préfet de région, du Conseil régional, des conseils départementaux, des conseils municipaux et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;
- les schémas d'organisation sociale et médico-sociale des départements[51] sont établis « en cohérence » avec le projet régional de santé. Mais le périmètre de ces schémas varie selon les départements (un schéma personnes âgées et un schéma personnes handicapées, un seul schéma PA/PH, voire un schéma relatif à l'ensemble des politiques, y compris l'aide à l'enfance et l'insertion[52]), et leur calendrier n'est pas coordonné avec celui du projet régional de santé.

Ces schémas sont donc trop divers dans le champ des politiques visées, les territoires cibles et les calendriers d'élaboration pour être superposables. Ce qui n'induit pas cependant une différence d'objectifs stratégiques : selon le secrétariat général des ministères sociaux, ceux-ci sont aujourd'hui partagés. Par contre, il est plus difficile d'aboutir à une programmation commune :

- dans son champ de compétences, l'ARS doit rechercher une meilleure répartition des moyens entre départements. Mais la capacité de la commission médico-sociale régionale à générer une vision commune des besoins, des évolutions de l'offre nécessaires et les modalités d'une mise en œuvre harmonisée des réponses est, selon tous les avis recueillis, très diverse selon les territoires et dans l'ensemble dépendante de la bonne volonté des parties prenantes ;
- il n'existe pas d'exercice conjoint au niveau départemental, voire infra-départemental, de programmation de l'offre et de son évolution, qui inclurait l'ensemble des réponses financées par l'ARS et le département, notamment l'aide à domicile et la coordination des parcours.

Au total, rien ne garantit donc dans le dispositif actuel une bonne coordination entre ARS et départements pour la programmation de l'offre et de sa recomposition.

---

[50] Dans sa dernière génération issue de la loi de modernisation du système de santé, il fusionne dans un schéma unique les schémas d'organisation des soins (SROS) et les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS).

[51] Article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles : « *Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, (sont) établis pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec les schémas mentionnés aux articles L. 6121-1 et L. 6121-3 du code de la santé publique* ».

Article L. 312-5 4° du code de l'action sociale et des familles: « *Le président du conseil départemental élabore les schémas, adoptés par le conseil départemental, pour les établissements et services, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux …Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil départemental, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission prévue au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique* ».

[52] Par exemple dans le département du Nord, qui a établi un « schéma unique des solidarités humaines 2018-2022 ». La Haute Garonne à l'inverse a élaboré un « schéma départemental en faveur des personnes âgées 2019-2023 » et un « schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2019-2023 ».

S'est ajouté avec la loi ASV de 2015 le dispositif de la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Celle-ci est présidée par le Président du Conseil Départemental avec l'ARS comme vice-président, et réunit les caisses de retraites des trois régimes, l'assurance maladie, l'ANAH, AGIRC-ARRCO et la mutualité, plus d'autres acteurs selon la situation locale. Les premiers bilans et retours sur le fonctionnement de ces conférences sont plutôt positifs, mais elles ne sont concernées que par une partie très limitée de la réponse aux besoins.

3.1.3. Une contractualisation opérationnelle à l'échelle du département est nécessaire

Dès lors qu'il s'agit de définir un mode de relation entre l'État ou une caisse de sécurité sociale et des collectivités locales, en l'espèce le département, la contractualisation est la seule voie possible. C'est celle qui a été retenue pour la mise en œuvre du plan pauvreté (cf. encadré 4).

Encadré 4 : La contractualisation du plan pauvreté

Le préfet de département propose au Président du conseil départemental l'engagement d'une négociation visant à définir le contenu de la convention au regard du diagnostic économique et social local, des actions déjà mises en œuvre, en particulier financées dans le cadre du fonds d'appui aux politiques d'insertion. Il lui indique les crédits de l'État susceptibles d'être alloués à cette convention.

Le suivi et l'évaluation de l'exécution de la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi sont effectués de façon conjointe par le département et l'État, avec une périodicité au moins annuelle. Le préfet de département et le président du conseil départemental déterminent conjointement, dès l'élaboration de la convention, les modalités de pilotage départemental de la convention, en lien avec le préfet de région, sur une périodicité au moins annuelle.

Le département établit un rapport annuel d'exécution de la convention qui détaille l'atteinte des objectifs. L'octroi des crédits est conditionné par les résultats obtenus.

C'est aussi celle que la branche famille a privilégiée pour les actions du fond national d'action.

C'est aussi celle que la branche famille a privilégiée pour les actions du fond national d'action sanitaire et sociale, au travers des schémas départementaux des services aux familles et des conventions territoriales globales. Ces schémas ont englobé une approche antérieurement par dispositif (petite enfance, parentalité, jeunesse, action sociale), et sont élaborés puis pilotés de façon partenariale entre les CAF, les départements et les communes, sous la présidence du Préfet ; ce peut être un modèle pour de futurs contrats départementaux de l'autonomie, qu'il faudrait créer.

Dans le même esprit, le rapport de la concertation « Grand âge et autonomie » recommande de créer des « conférences départementales du grand âge », qui regrouperaient les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, et les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), et auraient vocation à définir une stratégie départementale de l'offre d'accompagnement et de soin aux personnes âgées, et d'initier et de renforcer des dynamiques partenariales locales.

La CNSA devant piloter l'ensemble du champ de l'autonomie, la contractualisation doit bien sûr couvrir le champ du handicap comme celui du grand âge. L'association des parties prenantes est déjà prévue par le biais des CDCA, même si le texte du CASF qui les concerne[53] détaille longuement leur composition, mais est peu explicite sur leur rôle, limité à un avis sur les schémas départementaux et une participation à la conférence régionale de santé.

[53] Décret 2016-1206 du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.

Ces contrats territoriaux de l'autonomie devraient principalement organiser la programmation de l'offre. C'est déjà l'objet (PRIAC)[54], établis par l'ARS sur la base des projets régionaux de santé avec une programmation glissante sur quatre ans. C'est cette déclinaison opérationnelle des projets de création et de transformation de l'offre, à domicile, en solutions intermédiaires et en institutions, qui doit être le cœur d'une contractualisation départementale, plutôt que des schémas qui ne sont guère des instruments pour l'action.

Les partenaires des départements pour cette contractualisation devraient être les ARS, comme émanation de l'État. Elles sont en capacité d'intégrer le lien entre besoins de santé et soutien à l'autonomie, primordial pour les personnes âgées (cf. avis du HCAAM du 22 novembre 2018). Et elles peuvent, à travers les enveloppes de crédits déléguées par la CNSA, orienter la nécessaire recomposition de l'offre sur une trame territoriale plus large que le département, vers plus d'égalité territoriale et de fluidité des parcours. Les départements pour leur part, outre leurs compétences propres et notamment le soutien à domicile, peuvent entrainer dans cet exercice les autres collectivités territoriales pour que les politiques de droit commun (logement, mobilité, culture, etc…) contribuent à cette organisation des parcours.

Pour que cette contractualisation devienne effective, deux prérequis sont nécessaires :

- que la CNSA, dans sa fonction de maîtrise d'œuvre définisse les outils de cette contractualisation (état des lieux, contenu, indicateurs de pilotage[55]…), et suive leur mise en œuvre y compris par des audits de terrain (cf. 3.2.2.4.1) ;
- que les délégations territoriales (DT) des ARS aient les moyens humains d'un dialogue avec les départements, et un cadre de délégation suffisant de la part du siège régional : surtout depuis la loi NOTRe et la diminution de nombre de régions, la préparation et le suivi de la mise en œuvre d'une contractualisation doit se faire à l'échelon du département.

Les délégations territoriales des ARS ont connu une diminution continue de leurs effectifs ces dernières années. Selon les données du secrétariat général, elles comptaient à fin 2018, pour la fonction médico-sociale, hors fonctions d'inspection-contrôle, 700 équivalents temps plein, à égalité pour la partie personnes âgées (366) et la partie personnes handicapées (334). Pour l'ensemble des ARS, siège régional et DT, la fonction médico-sociale mobilise 1160 ETP, mais avec une répartition très variable selon les régions : pour la partie PH, en France métropolitaine, la répartition siège/DT va de 22/78 % à 81/19 % ; pour la partie PA de 24/76 % à 79/21 %.

Au-delà de ces choix d'organisation des ARS, et donc de la capacité numérique des DT à être de réels interlocuteurs pour les conseils départementaux, une contractualisation au niveau départemental demandera une évolution des métiers : tarifer des établissements et négocier et suivre la réalisation d'un contrat ne requiert pas les mêmes compétences.

---

[54] Article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles. Le PRIAC « *dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional.* »

[55] La CNSA a fusionné en 2015 dans l'outil SEPPIA le suivi de la programmation des PRIAC (e-Priac) et de l'installation de places (SELIA). À l'avenir, il faudrait qu'une base partagée avec le département puisse suivre l'ensemble de la programmation de l'offre prévue par la contractualisation et des réalisations, quel que soit le financeur.

3.1.4. Les doubles financements doivent être autant que possible supprimés

Une bonne part de la complexité actuelle vient de la double tarification d'une même structure par l'ARS et le département : les EHPAD dans le secteur des personnes âgées, les Foyers d'accueil médicalisés (FAM), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dans le secteur du handicap, et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) pour les deux publics. Ces doubles tarifications sont une source de complexité pour les gestionnaires qui doivent négocier et rendre compte à deux administrations, et de perte d'efficience pour ces dernières. C'est aussi un obstacle à l'évolution de l'offre, puisque la création ou la transformation d'un établissement ou d'un service est tributaire des contraintes budgétaires des deux financeurs.

Il est donc essentiel de mettre fin à cette double tarification. Dans son rapport du 2 juillet 2020[56], le Sénat propose de confier aux départements un pouvoir de tarification unique pour les établissements sociaux et médico-sociaux. Mais la nature mixte du secteur médico-social nécessite de prendre en compte le poids de la dimension médicale et de soins, différente selon les catégories d'établissement, pour assurer la fluidité des parcours.

Du fait de leur médicalisation accrue et de l'articulation indispensable avec l'hôpital, les EHPAD devraient être financés uniquement par la branche autonomie via les ARS. De même, les FAM, qui globalement ne se distinguent pas des maisons d'accueil spécialisées, devraient être financés comme ces dernières par la branche autonomie, et la contribution des départements au financement des CAMSP devrait disparaître[57]. Pour les SPASAD par contre, qui combinent financement de l'aide à domicile (départements) et de service de soins infirmiers (ARS), la solution d'une dotation globale versée par l'ARS dans le cadre du CPOM a été retenue pour l'expérimentation des SPASAD dits « intégrés »[58].

Ces transferts entre financeurs accroitraient significativement le périmètre de la branche autonomie, de 41,6 Md€ tel que proposé ci-dessus par la mission à 45,5 Md€ : selon la CNSA, la part des départements dans le financement des EHPAD (hors aide sociale à l'hébergement) est de 2,4 Md€, pour les FAM de 1,5 Md€ et pour les CAMSP de 60 M€. Des recettes complémentaires seront donc nécessaires, de même qu'une négociation avec les départements sur le recyclage des économies qui en résulteraient.

Cette clarification des champs de compétence en matière de financement ne diminue en rien la nécessité d'une contractualisation globale entre ARS et départements, le besoin de cohérence de la réponse aux besoins demeure identique.

3.1.5. Une possibilité de délégation de l'enveloppe médico-sociale des ARS vers les conseils départementaux devrait être envisagée

Le droit applicable permet déjà une délégation de compétences aujourd'hui exercées par les ARS au bénéfice des départements.

---

[56] « Pour le plein exercice des libertés locales : 50 propositions du Sénat pour une nouvelle génération de décentralisation », Sénat, juillet 2020

[57] Cette orientation avait déjà été proposée par le rapport de l'IGAS et de l'IGF « Établissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement » de 2012.

[58] La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) met en place des expérimentations d'une nouvelle forme de SPASAD (« SPASAD intégrés ») assurant des prestations d'aide, d'accompagnement et des soins au domicile des personnes fragiles. La loi donne également la possibilité aux SPASAD de mettre en place des actions de prévention financées dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Le SPASAD intégré signe un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les deux financeurs, et pour la partie soins reçoit une dotation globale de l'ARS

Dans sa rédaction actuelle suite à la révision constitutionnelle de 2003, le texte de l'article 72 de la Constitution dispose que : « *dans les conditions prévues par la loi organique*[59]*, et sauf lorsque sont en cause les conditions essentielles d'exercice d'une liberté publique ou d'un droit constitutionnellement garanti, les collectivités territoriales ou leurs groupements peuvent, lorsque, selon le cas, la loi ou le règlement l'a prévu, déroger, à titre expérimental et pour un objet et une durée limités, aux dispositions législatives ou réglementaires qui régissent l'exercice de leurs compétences* ».

Le projet de loi constitutionnelle « pour une démocratie plus représentative, responsable et efficace » déposé par le Gouvernement le 9 mai 2018 et retiré depuis prévoyait d'incorporer à l'article 72 de la Constitution[60] deux nouveaux alinéas, consacrant chacun une nouvelle possibilité de différenciation pour les collectivités territoriales[61] en matière de compétences et de normes.

Même en l'absence de cette révision constitutionnelle, une différenciation sous conditions des compétences est déjà envisageable.

Comme l'a souligné le Conseil d'État dans l'avis du 7 décembre 2017 que le Gouvernement avait sollicité préalablement à la rédaction du projet de loi constitutionnelle, si « l*es règles d'attribution des compétences et les règles d'exercice des compétences sont, en principe, les mêmes au sein de chaque catégorie de collectivités territoriales de droit commun, communes, départements, régions … il n'en résulte pas pour autant que les règles applicables aux compétences des collectivités territoriales doivent être identiques pour toutes les collectivités relevant de la même catégorie* » dès lors que « *le principe constitutionnel d'égalité, applicable aux collectivités territoriales … ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport avec l'objet de la loi qui l'établit* ».

Ce même avis indique que « *répondrait à l'objectif du Gouvernement un dispositif législatif qui aurait pour objet de permettre des attributions de compétences différentes à des collectivités territoriales d'une même catégorie, pour des raisons d'intérêt général ou pour des motifs tirés d'une différence de situation, dans le cadre de transferts de compétences précisément identifiés* ». Le Conseil d'État indique que cet éventuel dispositif législatif devrait s'assurer que « *le transfert de compétences envisagé [soit] de nature à permettre que les compétences en cause soient attribuées à l'échelon propre à permettre une mise en œuvre meilleure et plus efficace, au meilleur coût* » ; de l'accord des collectivités concernées et d'une compensation financière du coût des compétences confiées.

Les possibilités d'une différenciation des normes législatives et réglementaires applicables sont plus limitées :

- sauf pour les départements et collectivités d'outre-mer où cette possibilité est ouverte par l'article 73 de la Constitution, le texte précité ne permet pas aux collectivités territoriales de l'article 72 de déroger aux normes législatives et réglementaires, sinon à titre expérimental et pour une durée limitée ;

---

[59] Loi organique n° 2003-704 du 1er août 2003 relative à l'expérimentation par les collectivités territoriales.

[60] Voir l'analyse de cette question de différenciation dans le rapport d'information du 14 février 2019 sur « l'activité de délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation » de MM. Jean-René Cazeneuve et Arnaud Viala au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation de l'Assemblée Nationale.

[61] Dans les deux cas, le texte prévoyait que les possibilités de différenciation seraient encadrées par une loi organique, et que la différenciation serait exclue « *lorsque sont en cause les conditions essentielles d'exercice d'une liberté publique ou d'un droit constitutionnellement garanti* ».

- l'article 37-1 de la Constitution, prévoit également que « l*a loi et le règlement peuvent comporter, pour un objet et une durée limités, des dispositions à caractère expérimental* » : dans ce cas, c'est la loi ou le règlement lui-même qui comporte des dispositions expérimentales, alors que dans le cas de l'article 72 la loi et le règlement ne font qu'autoriser les collectivités à adopter des dispositions expérimentales dérogatoires, sans en comporter eux-mêmes.

Dans le cas d'espèce, c'est bien de la répartition des compétences qu'il s'agit, et pour reprendre les termes de l'avis du Conseil d'État d'une « *mise en œuvre meilleure et plus efficace, au meilleur coût » ;* et pas de l'application de normes différentes. Il est donc possible, sous réserve d'en démontrer l'intérêt général, d'envisager une délégation de compétences de l'ARS vers un conseil départemental, ou d'un département vers une ARS.

Si le projet de loi « Grand âge et autonomie » le prévoyait (la LFSS en tant que loi de finances ne peut pas être le vecteur d'une telle disposition), cette délégation serait de nature à satisfaire la demande de certains départements – et plus généralement de l'Assemblée des départements de France – d'exercer la compétence sur l'ensemble du champ médico-social de l'autonomie.

Il n'est cependant pas souhaitable qu'elle s'exerce sans « garde-fous » : une contractualisation préalable sur les objectifs et modalités de la réponse aux besoins est nécessaire (cf. 3.1.3), et il faudra prévoir un dispositif d'évaluation piloté par la branche autonomie (cf. 3.2.2.4.1). Un nombre limité d'expérimentations d'une telle délégation est souhaitable pour se donner le temps de cette évaluation, avant une éventuelle extension comme le Sénat l'a demandé dans son rapport du 2 juillet 2020.

3.1.6. Une structure de proximité plus lisible pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap est indispensable

La clarification des compétences entre ARS et départements est utile et nécessaire, et peut permettre une meilleure réponse aux besoins, mais elle ne porte par elle-même que peu de simplifications directement perceptibles par les personnes et leurs familles.

La volonté de rendre un service de proximité identifiable et unifié a déjà présidé à la création des MDPH par la loi du 11 février 2005[62].

La création des MDPH a sans conteste marqué un changement de logique et une meilleure réponse aux situations de handicap que les anciennes CDES et COTOREP. Mais face au flux croissant des demandes (3,7 millions en 2013, 4,5 millions en 2018), les MDPH peinent à assurer la fonction d'accompagnement prévue par la loi[63].

---

[62] Article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles : « *Afin d'offrir un accès unique aux droits et prestations mentionnés aux articles L. 241-3, L. 241-3-1 et L. 245-1 à L. 245-11 du présent code et aux articles L. 412-8-3, L. 432-9, L. 541-1, L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale, à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille, il est créé dans chaque département une maison départementale des personnes handicapées.* »

[63] Article L.146-3 du code de l'action sociale et des familles : « *La maison départementale des personnes handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap.* »

Dans le même objectif d'identification de la réponse aux besoins des personnes, le rapport de la concertation « grand âge et autonomie » a préconisé la création d'une marque « maison des aînés et des aidants » [64] : « *les acteurs locaux seraient libres de définir localement les modalités d'organisation de ce service mais une obligation de couverture du territoire serait posée. Les Maisons des aînés et des aidants se substitueraient aux dispositifs d'accueil et de coordination existants (CLIC, MAIA, Paerpa, PTA[65], plateformes de répit notamment).* »

Pour rapprocher les dispositifs relatifs aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées, l'article 82 de la loi ASV de 2015 a ouvert la possibilité pour le président du conseil départemental de constituer une maison départementale de l'autonomie (MDA) en mutualisant les fonctions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et le cas échéant d'instruction, d'évaluation des situations et des besoins, au profit des personnes âgées et des personnes handicapées.

Cette nouvelle organisation doit se faire en conservant le statut de groupement d'intérêt public des MDPH ; et un décret[66] définit la procédure de labellisation des MDA par la CNSA. La création d'une MDA ne modifie pas la gouvernance de la MDPH et de la CDAPH, et préserve la participation des associations de personnes handicapées dans sa commission exécutive : c'est donc une juxtaposition de deux institutions qui gardent leur spécificité.

En pratique cette possibilité a été peu exploitée : une seule MDA a été labellisée (celle de la Mayenne), et la CNSA au travers de son enquête annuelle sur les MDPH en recense 17 en 2018 (et 8 seraient en cours de mise en œuvre) mais les modèles sont très différents, parfois se limitant à un changement d'appellation de la MDPH. Manifestement, la sophistication des exigences d'une labellisation a été considérée sans intérêt par les départements, qui préfèrent se consacrer aux aspects pratiques de l'organisation. On peut craindre que l'idée d'une labellisation des « maisons des aînés et des aidants », si elle était poursuivie, rencontre le même désintérêt.

---

[64] L'appellation est reprise du réseau créé à Paris, qui sous cette dénomination reprend les finalités de CLIC de niveau 3. La circulaire de 2000 relative aux CLIC (centres locaux d'information et de coordination gérontologique) prévoyait déjà une labellisation de ceux-ci, du niveau 1 (information) au niveau 2 (évaluation des besoins) et niveau 3 (accompagnement). Le transfert de l'autorisation et du financement des CLIC aux départements a supprimé la base réglementaire de cette labellisation. En généralisant la création et la labellisation des CLIC à raison d'un au moins par département, avec l'ambition d'en créer 1 000 en cinq ans et de les faire évoluer rapidement vers un label niveau 3 l'État souhaitait instituer le CLIC comme lieu-ressource pour toutes les personnes âgées, *a fortiori* pour les demandeurs d'APA. D'après un enquête de 2016 de l'association nationale des CLIC, il existe environ 600 CLIC et assimilés, dont 70 % correspondent au niveau 3. 30 % déclarent avoir élargi leur fonction à l'accueil des personnes en situation de handicap.

[65] CLIC : centres locaux d'information et de coordination ; MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie ; PAERPA : parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ; PTA : Plateformes territoriales d'appui.

[66] Décret n° 2016-1873 du 26 décembre 2016 fixant le cahier des charges et la procédure de labellisation des maisons départementales de l'autonomie

Si l'on privilégie une approche fonctionnelle plutôt qu'une appellation ou une labellisation, on voit que quatre fonctions sont en jeu :

- un accueil et une information de premier niveau pour les personnes et les familles[67]. Les départements ont opéré ici des choix variés, souvent différenciés selon les territoires, que ce soit des CLIC (structures associatives), des maisons du handicap ou bien des maisons du département qui rassemblent toutes les politiques sociales, y compris le service social polyvalent et l'aide sociale à l'enfance. Ils peuvent aussi s'appuyer sur des partenariats, par exemple les Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les maisons France Service ou les agences de la Mutualité sociale agricole. Outre que cette organisation relève de leur libre administration, il est logique que chaque département adapte son organisation aux contraintes de son territoire et à l'existant[68] ;
- une mise en commun des moyens d'évaluation pluridisciplinaires entre équipes des MDPH et équipes APA : ce peut être un enrichissement réciproque, et une meilleure efficience de ressources humaines souvent difficiles à recruter, en particulier les médecins ;
- l'ouverture des droits, selon des modalités aujourd'hui différentes entre personnes âgées et handicapées : par décision du conseil départemental pour l'APA[69], par décision de la CDAPH pour l'ensemble des prestations destinées aux personnes en situation de handicap, qu'elles soient financées par le département (PCH, et dans ce cas le département est majoritaire pour la décision), par l'État (AAH) ou par la branche famille (AEEH) ; ou qu'il s'agisse d'une décision d'orientation vers l'emploi ou vers un ESMS ;
- un accompagnement des personnes, et notamment des cas complexes (cf. 3.1.7) : ce sont notamment les dispositifs des CLIC de niveau 3, des MAIA, des PAERPA et des plateformes territoriales d'appui pour les personnes âgées, les SAMSAH et les MDPH pour les personnes en situation de handicap, les SSIAD pour les deux publics.

Une généralisation des MDA serait un signal fort pour manifester sur le terrain – comme la loi de 2005 l'a fait avec les MDPH – la création de la branche autonomie. Elle implique nécessairement de revoir le cadre des MDPH, la simple juxtaposition avec les services APA du département n'étant que de peu d'effet en termes d'amélioration du service et d'efficience.

Les associations des personnes handicapées sont attachées aux acquis de la loi de 2005, et notamment à leur participation au comité exécutif des MDPH et à la CDAPH. Mais ces acquis sont à tort assimilés à la préservation du statut de GIP des MDPH, qui n'a plus le sens de mise en commun de moyens d'administrations différentes qu'il avait initialement (68 % des personnels étaient recrutés directement en 2017, et la part des personnels de l'État mis à disposition du GIP est devenue marginale, et en décroissance constante).

[67] Lors de la conférence nationale du handicap de 2020, a été annoncée la création d'un numéro d'appel national à destination des personnes en situation de handicap et de leurs familles, le 0800 360 360. Le numéro national renvoie sur des équipes territoriales, des « communautés 360 » composées des acteurs locaux, notamment associatifs, impliqués dans l'accompagnement des personnes handicapées, et de la Maison départementale des personnes handicapées. Ce dispositif devait être déployé en 2021 et 2022 (avec une cible de 400 équipes 360), mais à l'initiative du secrétariat d'État aux personnes handicapées il a été accéléré du fait de la crise de la Covid-19 dans certaines régions, la Nouvelle Aquitaine étant territoire pilote.

[68] Étude sur les conditions d'attribution de l'APA et de la PCH, commanditée par la CNSA en 2014.

[69] Sur avis de la commission d'attribution prévue à l'article L. 232-25 du code de l'action sociale et des familles.

Il serait tout à fait possible, sous statut d'un établissement public administratif, de prévoir la même participation associative au conseil d'administration –la CNSA en est l'illustration- et au sein d'une commission d'orientation et d'attribution des aides. Un EPA local maintiendrait aussi la présidence et la majorité du département. La généralisation des maisons de l'autonomie pourrait donc se faire sous ce statut, en associant également au conseil d'administration de l'EPA les associations de personnes âgées, les ARS et l'État, et en redéfinissant l'actuelle commission d'attribution de l'APA avec la même participation associative, ce qui serait aussi un progrès.

3.1.7. La quête du Graal ou la coordination des parcours

Surtout pour les personnes âgées et en situation de handicap, une bonne coordination des parcours, qui doivent intégrer les dimensions de santé, du médico-social et du social, est indispensable à la qualité de vie et à l'efficience des moyens mobilisés.

Cette nécessité est unanimement reconnue, mais les réponses se sont succédées et superposées, sans tirer suffisamment les enseignements des expériences précédentes : de CLIC en MAIA[70], de MAIA en PAERPA[71], pour ne citer que les dispositifs ciblés sur les personnes âgées, auxquels on pourrait ajouter le réseau MONALISA de lutte contre l'isolement[72]. Et, en parallèle, les tentatives de réponse dans le domaine du soin sont aussi nombreuses : réseaux de santé, médecin traitant, équipes de soins primaires, communautés territoriales des professionnels de santé[73], tous chargés d'une fonction de coordination des parcours sans que l'intégration des trois dimensions soin/médico-social/social ne progresse réellement.

Comme le notait l'IGAS en 2014[74] *« au total le thème de la coordination se répand sans véritable perspective d'ensemble et … sans coordination* ». Les évaluations de ces dispositifs montrent que sous une même appellation, la réalité est extrêmement diverse (territoire concerné, fonctionnement des partenariats, actions retenues, état de lieux préexistants), ce qui fait qu'une mesure globale de leur efficience est impossible[75]. Ce n'est donc qu'au niveau de chaque territoire qu'une évaluation est pertinente, et peut ensuite servir de référence.

Dernière innovation, l'article 23 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a créé les « dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe », qui ont pour vocation d'assurer une réponse globale aux demandes d'appui des professionnels, de contribuer à une réponse coordonnée aux besoins des personnes et de leurs aidants, et de participer à la coordination territoriale des parcours de santé[76].

---

[70] « Évaluation des MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations », CNSA, janvier 2017.

[71] Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Les MAIA ont été créées lors du 3ème plan Alzheimer en 2009 et financées par la CNSA, les PAERPA par l'article 48 de la LFSS pour 2013 et sont financés jusqu'ici sur crédits assurance maladie.

[72] « Les personnes âgées à l'heure du déconfinement. Quelles perspectives territoriales ? » Gérontopôle Pays de la Loire Juillet 2020.

[73] Articles L. 6321-1, L. 4130-1, article L. 1411-11-1 et L. 1434-12 du code de la santé publique,

[74] « Évaluation de la coordination d'appui aux soins », IGAS, décembre 2014.

[75] « Évaluation de l'impact de l'expérimentation parcours santé des aînés », IRDES, n°567, juin 2018 ; « Évaluation qualitative PAERPA », document de travail de la DREES, mai 2017.

[76] Article L. 6327-2 du code de la santé publique.

Ces dispositifs d'appui « *disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment les représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé* ». Les CLIC « *peuvent intégrer le dispositif* » et le décret d'application prévoit une intégration des MAIA dans les trois ans, de même que les réseaux de santé et les plates-formes territoriales d'appui.

Ces nouveaux dispositifs ont le mérite de rationaliser le paysage des différents instruments financés dans le cadre des FIR. Mais conçus dans une optique « parcours de soins » et dans le seul périmètre des financements ARS, malgré la mention d'une « gouvernance équilibrée » ouverte aux conseils départementaux, la difficulté récurrente à intégrer accompagnement social, médico-social, et parcours de santé va perdurer[77]. La rédaction des textes réglementaires[78], qui ne parle que de patients et réserve l'accès à la plate-forme territoriale d'appui au médecin traitant confirme cette approche purement clinique des soins, alors que l'accompagnement d'un parcours complexe concerne aussi les services sociaux, les SAAD, les SSIAD, les SAMSAH, les SPASAD, etc.

La création de la branche autonomie n'est pas par elle-même de nature à surmonter cette approche « en silos ». Comme elle finance les crédits des FIR consacrés à une partie de ces dispositifs (cf. 2.3.2.3) mais aussi les autres services médico-sociaux avec les départements avec qui elle conventionne, elle peut cependant aider à passer de la théorie de la coordination des parcours à la pratique de leur organisation territoriale, grâce à ses missions d'animation, d'audit, et de recommandations de bonnes pratiques.

3.2. L'architecture financière et la gouvernance nationale doivent être en cohérence avec les ambitions de la création de la branche autonomie

La loi du 7 août 2020 a confié à l'actuelle CNSA la gestion de la nouvelle 5ème branche autonomie, par l'ajout d'une mention à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)[79]. Ce faisant, cette loi n'a rien modifié aux dispositions actuelles relatives à la CNSA : ni ses missions (L. 14-10-1), ni sa gouvernance (L. 14-10-3), ni la structure de ses recettes (L. 14-10-4), ni l'architecture de son budget (L. 14-10-5).

Une réécriture de l'ensemble de ces dispositions législatives est indispensable : les missions, dont la rédaction est aujourd'hui à la fois trop détaillée et incomplète ; l'origine des recettes et l'architecture du budget du fait du vote de ceux-ci en LFSS ; la gouvernance pour permettre une meilleure gestion du risque dont la branche aura la charge. De plus, son nouveau statut de caisse nationale de la sécurité sociale fait qu'un certain nombre de dispositions générales du code de la sécurité sociale devraient s'appliquer automatiquement, créant un conflit potentiel de normes à régler avec les articles précités du CASF.

À court terme, pour le PLFSS 2021, seules les modifications essentielles (financement, missions) devront être effectuées, et elles devront l'être dans le CASF : un transfert immédiat dans le code de la sécurité sociale poserait des problèmes, notamment de renvois de textes, impossibles à gérer dans les délais. Ensuite, l'ensemble des dispositions relatives à la caisse de l'autonomie devront être réécrites et transférées dans le code de la sécurité sociale, comme pour les autres caisses.

---

[77] « Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, médico-social et social » Mme Marie-Aline Bloch et Mme Léonie Hénaut, Dunod, 2014, qui retrace les multiples, et généralement non abouties, tentatives de coordination au fil des décennies.

[78] Articles D. 6327-1 et suivants du code de la santé publique.

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

3.2.1. L'architecture financière doit s'inspirer de celles des autres caisses nationales

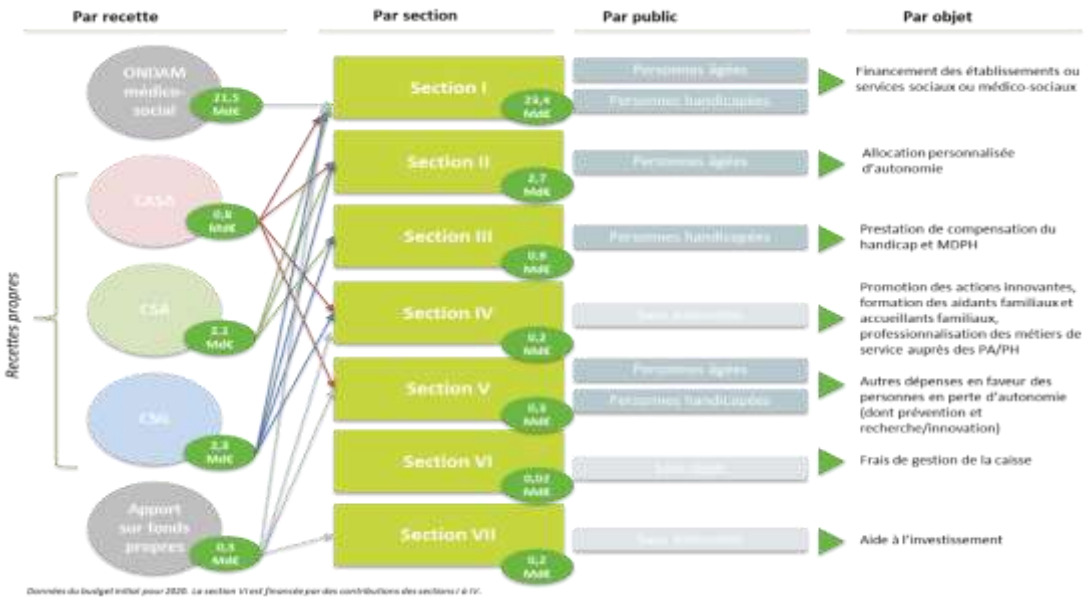
3.2.1.1. La structure actuelle du budget est excessivement rigide et pourrait évoluer vers une structuration par fonds

Le budget de la CNSA est aujourd'hui présenté en sept sections et sous-sections.

La part principale est constituée par l'ONDAM médico-social voté avec les crédits de l'assurance maladie, qui finance la plus grande partie de la section I (financement des établissements et services médico-sociaux, avec deux sous-sections relatives aux ESMS PA et PH). L'article L. 14-10-4 du CASF précise les recettes propres affectées à la CNSA, à savoir la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) « part activité », la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG). L'article L. 14-10-5 affecte une part de chacune de ces fractions de recettes à une dépense spécifique, couverte par une section ou une sous-section du budget de la CNSA, avec la mention d'un plancher et/ou d'un plafond.

À chacune de ces sections est ainsi adossée une structure de recettes fléchées, dont la complexité et la rigidité sont illustrées par le schéma suivant :

Graphique 1 : Affectation des recettes aux différents sections du budget de la CNSA



Source : CNSA.

Ce principe d'encadrement de l'affectation des recettes aux sections fait obstacle aux possibilités de réallocations entre sections :

- plusieurs sections étant alimentées par différentes recettes, le calcul du volume global attendu pour chaque section est une addition d'hypothèses de rendements et d'hypothèses d'affectations ;
- cet encadrement ne permet toutefois pas de sanctuariser des financements puisqu'il est fondé sur des fourchettes larges ou des seuils faibles d'affectation de recettes aux sections, des arrêtés déterminant les répartitions des recettes entre sections ;
- le principe d'équivalence entre les ressources allouées au financement de l'APA et de la PCH et les montants de ces concours rend impossible un prélèvement sur fonds propres pour maintenir leur niveau en cas de baisse des recettes propres.

Dans les articles du code de la sécurité sociale relatifs aux missions des caisses nationales du régime général[80], le 1° est rédigé dans les mêmes termes et prévoit simplement que chaque caisse nationale a pour mission de veiller à l'équilibre financier de la branche qu'elle gère et, à ce titre, d'établir les comptes combinés de la branche.

La partie réglementaire du code de la sécurité sociale relative au régime financier du régime général précise ces dispositions, liste pour chaque caisse nationale les fonds qu'elle gère, et prévoit les recettes affectées et les dépenses couvertes. Les dispositions relatives à la CNAM listent ainsi sept fonds, celles relatives à la CNAV trois, et celles relatives à la CNAF trois également.

La structuration par fonds retenue pour les autres branches, et particulièrement pour celle de branche famille offre ainsi une grande lisibilité et simplicité. La branche famille distingue le Fonds national des prestations familiales (FNPF), assurant le financement de l'ensemble des prestations familiales, le Fonds national d'action sociale (FNAS), qui finance les interventions d'action sociale des organismes de base, et un Fonds national de gestion administrative (FNGA), qui finance l'investissement et les charges de fonctionnement des mêmes organismes.

La structure du budget de la CNSA devra être mise en cohérence avec cette logique de fonds, au niveau réglementaire et non dans la loi.

Plusieurs hypothèses sont possibles quant au nombre et au périmètre des fonds ; la recherche à la fois d'une simplification et d'un affichage des différentes missions pourrait conduire à :

- un fonds de financement des établissements et services médico-sociaux soit l'actuelle section 1 du budget de la CNSA ;
- un fonds relatif au financement des prestations et des concours aux départements au titre de l'APA et de la PCH (les actuelles sections 2 et 3 du budget et les allocations incluses dans le périmètre) ;
- un « fonds d'intervention national », qui fusionnerait les sections 4 et 5 actuelles (prévention, actions innovantes, formation des aidants et accueillants familiaux, formation des intervenants, autres dépenses) ;
- un fonds national de gestion administrative (FNGA) comprenant la section actuelle relative aux frais de gestion de la CNSA et la contribution au fonctionnement des MDPH/MDA, qui constituent (pour partie) le « réseau local » de la branche.

Les aides à l'investissement de l'actuelle section 7 pourraient être rattachées soit au fonds de financement des établissements pour des raisons de cohérence de cible, soit au fonds d'intervention national pour y regrouper toutes les dépenses non obligatoires.

3.2.1.2. La distinction par sous-objectifs relatifs aux deux publics devrait relever du budget de la caisse

Une des particularités du budget de la CNSA, qui s'explique par l'histoire de sa création, consiste en une sanctuarisation des budgets relatifs respectivement aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap : la section 1 (financements des ESMS) est découpée en deux sous-objectifs correspondant à chacun des publics, de même que la section 5 (autres concours), avec des recettes affectées. De même, les sections 2 et 3 sont relatives respectivement aux concours aux départements pour l'APA et la PCH.

[80] Articles L. 221-1 du code de la sécurité sociale pour la CNAM et L. 222-1 du code de la sécurité sociale pour la CNAV par exemple.

S'il est utile de distinguer les charges par destinataires dans le budget de la caisse, il n'est pas nécessaire de rigidifier cette structure dans le vote de la LFSS elle-même. Il est donc proposé que la loi de financement de la sécurité sociale prévoie le vote d'un agrégat global, sans distinction des populations et de la nature des dispositifs déployés.

3.2.1.3. La nouvelle structure doit préserver via le vote en LFSS les financements des établissements et services, des allocations et des concours

La création de la 5ème branche induit que les prévisions globales de recettes et de dépenses de la branche figurent, comme celles des quatre autres branches dans le PLFSS (article 27).

L'ONDAM actuel cumule les dépenses d'assurance maladie au sens strict, et les montants des sous objectifs PA et PH inscrits au budget de la CNSA pour le financement des établissements et services (20,935 Md€ en 2019). Mais cela ne représente qu'une part de leur financement, puisque s'y ajoute une part des recettes propres de la CNSA, pour constituer l'objectif global de dépenses (22,336 Md€). Et ce dernier n'est pas non plus assimilable au budget de la CNSA, puisqu'il n'inclut pas la totalité de la section I du budget de la CNSA (22,571 Md€), ni les concours aux départements ni les autres dépenses d'intervention et de gestion administrative, ni les aides à l'investissement.

Outre que l'intitulé d'un objectif « de l'assurance maladie » est trompeur s'il inclut l'autonomie (et ne paraît plus convenable sur le plan juridique depuis les modifications apportées par la loi organique du 7 août 2020), le maintien d'une partie des dépenses de la branche autonomie dans l'ONDAM, envisagé initialement par la direction de la sécurité sociale (DSS) du fait du caractère symbolique de la « maîtrise de l'ONDAM », n'a pas de réelle utilité en termes de pilotage de la dépense. Cela constituerait au demeurant un mécanisme comptable compliqué qui ne permettrait pas de retracer la réalité budgétaire avec précision. Il est donc préférable de sortir complètement les dépenses de la branche autonomie de la construction de l'ONDAM, et de les tracer en tant que telles dans les tableaux d'équilibre de la LFSS. Le pilotage financier serait réalisé par le respect de l'équilibre de la branche autonomie, et se traduirait par le vote en LFSS des dépenses, des recettes et du solde de celle-ci, à l'instar des autres branches de la sécurité sociale (notamment la branche famille, la branche retraite et la branche AT-MP).

Si la structure du budget est simplifiée et que l'on renonce à l'affectation détaillée de recettes aux dépenses, il est néanmoins nécessaire que ce soit la représentation nationale, et non le seul conseil de la CNSA, qui se prononce sur les montants affectés aux différents fonds qui le composeront.

Les dépenses de l'actuel objectif global de dépenses (« fonds de financement des établissements et services médico-sociaux ») seraient ainsi votées par le Parlement dans la LFSS[81], et feraient l'objet d'une présentation détaillée par types d'ESMS lors de la présentation du PLFSS au conseil, sur le modèle des fonds nationaux d'assurance maladie ou d'assurance vieillesse.

De même, les crédits fléchés vers les allocations (AEEH, AAH, ASI, qu'il est proposé d'intégrer au périmètre de la branche) et les concours aux départements seraient votés en recettes et en dépenses lors de l'examen de la LFSS dans un fonds particulier, ce qui rendrait plus explicite l'objectif du taux de couverture de l'APA et de la PCH (cf. 2.2).

[81] L'OGD constitue une enveloppe fermée. S'il n'est pas aujourd'hui voté par le Parlement, il est déjà très encadré et la CNSA et son conseil ne disposent d'aucune latitude dans sa construction qui est pilotée de fait par l'État. En effet, sa composante principale est issue des deux sous-objectifs PA et PH de l'ONDAM voté par le Parlement dans le PLFSS et les règles d'affectations des recettes à la section 1 déterminent son autre composante. Il fait l'objet d'un arrêté annuel.

La présentation en LFSS du budget de la branche autonomie devra aussi respecter toutes les dispositions de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale (gestion de trésorerie, affectation des excédents et couverture des déficits, objectifs pluriannuels de gestion, mesures de simplification etc…).

Pour la trésorerie en particulier, elle devra être gérée par l'ACOSS, comme l'est celle des autres branches du régime général. Le périmètre des flux sera plus large que celui de l'actuel CNSA, qui ne fait que retracer dans ses comptes les ONDAM médico-sociaux, mais n'en gère par les besoins de trésorerie. L'ACOSS garantira ainsi l'équilibre du besoin en fonds de roulement de la caisse, indépendamment de ses flux de recettes.

3.2.1.4. Une nouvelle annexe 7 bis *est nécessaire, et le PQE autonomie doit être rénové*

La loi organique du 7 août 2020 a ajouté à l'article LO 111-4 un article 7 *bis* qui requiert une annexe : « *Présentant, pour le dernier exercice clos, l'exercice en cours et l'exercice à venir, les dépenses et les prévisions de dépenses de sécurité sociale relatives au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, en analysant l'évolution des prestations financées ainsi que celles consacrées à la prévention, à l'apprentissage de l'autonomie et à la recherche. Cette annexe indique également l'évolution de la dépense nationale en faveur du soutien à l'autonomie ainsi que les modes de prise en charge de cette dépense* ».

Cette annexe devra donc préciser, pour l'année N-1, l'année N et l'année N+1 l'évolution des prestations relatives au soutien à l'autonomie, au-delà du rapport prévu au I de ce même article LO 111-4[82]. Elle ne fait pas l'objet d'un vote en tant que telle (d'où la possibilité d'y retracer dès la LFSS 2021 les dépenses des départements relatives à l'APA, à la PCH et aux établissements et services médico-sociaux PA et PH, cf. 2.2).

Par ailleurs, un programme de qualité et d'efficience[83] rénové par rapport à l'actuel PQE « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » devra figurer en annexe de la LFSS. Il est souhaitable qu'il soit à la fois plus exhaustif sur l'ensemble des politiques publiques de droit commun qui concourent au soutien à l'autonomie, et plus explicatif sur les finalités et les résultats obtenus.

Actuellement, les objectifs nationaux fixés en matière de soutien à l'autonomie et les indicateurs de résultat associés, peuvent différer selon les cadres considérés :

- parmi les indicateurs du PQE « invalidité et autres dispositifs gérés par la CNSA », seul un[84] est commun avec la Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2016-2019 de la CNSA[85] ;

---

[82] Le I de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale : « *Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir ».*

[83] Le III de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale : « *III.- Sont jointes au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année des annexes :*

1° Présentant, pour les années à venir, les programmes de qualité et d'efficience relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale ; ces programmes comportent un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours. »

[84] Écarts d'équipements interrégionaux et interdépartementaux en établissements et services médico-sociaux en nombre de places et en euros pour 1 000 personnes âgées.

[85] Indicateur n° 32 de la COG 2016-2019.

- l'indicateur 1.1 du programme « handicap et dépendance »[86] de l'État associé à l'objectif « accroître l'effectivité et la qualité des décisions prises au sein des MDPH »[87], n'est pas repris dans la COG de la CNSA ;
- parmi les indicateurs relatifs au champ médico-social du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les ARS, dans sa version adoptée en 2019, aucun ne se recoupe avec ceux de la COG de la CNSA[88].

Un meilleur alignement stratégique de ces objectifs et des indicateurs associés est nécessaire. La mission IGAS/IGF d'évaluation de la COG de la CNSA, qui doit être lancée à l'automne 2020, devra proposer cette mise en cohérence.

3.2.1.5. Les recettes doivent être en cohérence avec le périmètre et la vocation de la branche

La disparition des sous-objectifs « personnes âgées » et « personnes handicapées » de l'ONDAM assurance maladie, qui constituent le principal des recettes de l'actuelle CNSA (21,6 Md€ en prévision initiale 2020), induit la nécessité d'affecter à l'avenir des recettes issues de cotisations ou de l'impôt à hauteur des prévisions de dépenses.

Outre les recettes propres actuelles que constituent la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA, 2,1 Md€ en prévision initiale 2020), la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA, 0,8 Md€ en prévision initiale 2020), et la CSG sur les revenus du capital allouée (2,2 Md€ en prévision initiale 2020), il faut donc affecter à la CNSA des recettes complémentaires, à hauteur de 25,580 Md€ en LFSS 2021 (21,6 Md€ de l'ONDAM + 3,980 Md€ d'élargissement du périmètre, compte non tenu des mesures nouvelles, notamment issues du « Ségur de la Santé », et des éventuels transferts de compétence de financement avec les départements) si les propositions de la mission quant au périmètre de la branche sont retenues.

Vue la finalité des politiques de soutien à l'autonomie, qui ont vocation à fournir une couverture universelle indépendamment de l'affiliation à un régime particulier de sécurité sociale, il serait logique de recourir à la CSG qui a cette même vocation d'universalité. Le total du produit de CSG pour la sécurité sociale en 2020 était prévu avant la crise de la Covid-19 à hauteur de 102 Md€ (FSV inclus) en LFSS 2020, dont 73 Md€ pour la branche maladie.

Le fait de recourir principalement à la CSG permettra aussi d'affecter clairement cette contribution au soutien à l'autonomie, et donc de faire évoluer la part qui lui en revient en fonction de l'évolution future des besoins. Dans le cadre des dépenses qui seront transférées de l'État à la branche autonomie, un transfert de CSG pourra être réalisé avec les autres branches de la sécurité sociale qui récupéreront de la TVA vis-à-vis de l'État[89].

---

[86] Programme 157 annexé à la loi de finances pour 2020.

[87] Soit l'écart type des taux départementaux des premiers accords d'AAH pour mille habitants de 20 à 62 ans.

[88] Instruction n° SG/POLE SANTE-ARS/2019/201 du 16 septembre 2019 relative aux modalités de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre le ministère et les ARS pour la période 2019-2023. Parmi les indicateurs de ce CPOM relatifs au champ médico-social on peut relever : le taux d'EHPAD ayant accès à la téléconsultation (4.c) ; le nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Créton (4.d) ; le nombre de résidents accueillis sur des places d'hébergement temporaire en Ehpad avec une durée de séjour inférieure à trois mois (4.h.1) ; le taux d'occupation temporaire des places d'hébergement en Ehpad (4.h.2) ; le pourcentage d'ESMS n'ayant pas déclaré d'EIGS sur l'année (5.2.2) ; le nombre d'ESMS (et d'ES) participant à un cluster régional QVT (6.a) ; le taux d'ESMS ayant engagé une action de coopération (7.c).

[89] En 2020, la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale en PLF augmente de 26,00 % à 27,75 %. Cette fraction représente un montant total prévisionnel de 50,3 Md€, soit une majoration de 3,2 Md€ par rapport à 2019. Cette fraction, constitue le support de transferts financiers de diverse nature entre l'État et la sécurité sociale.

3.2.1.6. La soutenabilité des dépenses doit être assurée

Comme pour l'ensemble de la protection sociale, il est indispensable de s'assurer de la soutenabilité à terme des dépenses au regard des charges. C'est l'objet du I de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale qui dispose que « l*e projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir ».*

Cette soutenabilité était jusqu'ici essentiellement assurée par les arbitrages à l'intérieur de l'ONDAM en faveur des sous ONDAM médico-sociaux, et par des prélèvements sur les réserves de la CNSA. La dynamique de la dépense médico-sociale pour les établissements et services médico-sociaux, notamment dans le secteur des personnes âgées avec les mesures du Ségur de la Santé, seront pour les années à venir supérieures à la progression de la CSG. Outre l'actuel OGD, cette obligation de soutenabilité est à relier aussi aux propositions faites en matière d'élargissement du périmètre de la branche autonomie en 2021 et 2022.

Si les propositions de ce rapport sont suivies, les charges nouvelles incluses dans le périmètre en 2021 (+ 3,985 Md€ pour les prestations[90]) ne devraient pas globalement connaître une progression supérieure aux autres composantes déjà incluses dans le budget de la CNSA. Pour la plupart d'entre elles (notamment les USLD, 1 Md€, l'aide au poste des ESAT 1,375 Md€, l'ASI 300 M€), elles n'ont pas une dynamique supérieure à celle de l'actuel OGD. Seule l'AEEH (1 Md€) a connu un taux de croissance élevé (+ 4 à 6% de bénéficiaires entre 2013 et 2018 ; + 7% en 2018 et + 6,4% en montant en 2019), mais le montant en proportion du périmètre global de la branche reste absorbable.

Pour 2022 – et c'est une des raisons de la proposition de décaler à cette échéance la deuxième partie de l'élargissement du périmètre de la branche – la CNSA absorberait 10,7 Md€ de dépenses supplémentaires (base 2020) dont l'essentiel est constitué par les 10,6 Md€ de l'AAH. Cette prestation, dont les conditions d'attribution sont aujourd'hui mal pilotées (cf. 4.2.1) a fortement progressé ces dernières années : 9,4 Md€ en 2017 ; 9,7 Md€ en 2018 ; 10,2 Md€ en 2019 ; et 10,6 Md€ en budget prévisionnel 2020 du programme 157. Le report à 2022 doit permettre à la branche, avec des moyens de gouvernance nouveaux, d'être en mesure d'infléchir ce rythme de progression à partir de cette date.

3.2.2. La gouvernance nationale de la CNSA doit être adaptée à son nouveau statut de caisse de sécurité sociale

3.2.2.1. Les missions de la CNSA

La création de la branche autonomie constitue une opportunité pour mettre en cohérence les missions de la CNSA, telles que rédigées actuellement dans le code de l'action sociale et des familles, avec celles exercées aujourd'hui et celles qui pourraient lui être confiées à l'avenir.

Dans la rédaction actuelle du code de l'action sociale et des familles (CASF), le nombre de missions attribuées à la CNSA (16) est nettement plus élevé que celui associé dans le code de la sécurité sociale aux autres caisses nationales de sécurité sociale (11 pour la CNAM, 8 pour la CNAF et 5 pour la CNAV).

[90] Les 3,960 Md€ liés à la suppression des doubles financements, telle que proposée, ne seraient inclus qu'en 2022 ou 2023, après la négociation à conduire avec les départements et l'organisation de ce transfert de compétences.

Les missions de la CNSA ayant été modifiées depuis 2005 à six reprises au niveau législatif, il en résulte une stratification avec :

- un éclatement entre des actions qui pourraient être rattachées à des mêmes fonctions (expertise technique, allocation de financements, animations de réseaux…) ;
- une absence de pondération entre des missions dont les enjeux sont pourtant d'importance inégale.

La description des missions est également souvent trop restrictive par rapport aux objectifs stratégiques :

- les termes « numérique » ou « innovation » ne sont jamais employés (sauf pour les aides techniques), la contribution de l'opérateur à la modernisation du secteur médico-social étant limitée dans le texte à la modernisation des locaux ;
- le terme « qualité » n'est utilisé qu'à une reprise, sans être associé plus globalement aux missions d'appui menées par l'opérateur vis-à-vis des différents réseaux et sans lien avec sa contribution à l'élaboration de réformes nationales ;
- le rôle d'accompagnement et d'appui de la CNSA vis-à-vis d'autres réseaux que les maisons départementales des personnes handicapées, y compris à travers la contribution à la formation des professionnels de l'autonomie, est absent.

Les missions de la CNSA devraient être ramenées à cinq ou six, et être plus génériques que ne l'est la rédaction actuelle : l'équilibre financier, le pilotage du risque, le financement des établissements et services et des prestations, l'information des personnes âgées et en situation de handicap, la prévention la recherche et l'innovation, la réflexion prospective. Il est souhaitable qu'une réécriture de l'article L. 14-10-1 du CASF intervienne dès la LFSS 2021, car il serait paradoxal de créer la branche autonomie sans afficher d'emblée les missions dont elle sera chargée.

3.2.2.2. La composition du conseil de la CNSA

La composition et les équilibres du conseil de la CNSA diffèrent fortement du « modèle » des autres branches de la sécurité sociale, fondé sur une représentation paritaire des partenaires sociaux (avec quelques aménagements, par exemple la présence des associations familiales au conseil d'administration de la CNAF) ; et où l'État n'y est représenté que par des commissaires du gouvernement, sans droit de vote.

Le conseil de la CNSA a été voulu comme un « parlement de l'autonomie »[91], et est composé de 52 membres : représentants de l'État, des assurés sociaux et des employeurs, des conseillers départementaux, d'institutions compétentes, d'associations, de parlementaires. Tous ne sont pas égaux en voix : l'État ne possède que 10 sièges sur les 52 du conseil mais dispose de 41 voix, soit presque 45 % du total des voix du conseil[92].

[91] Extrait du discours de M. Jean Pierre Raffarin, Premier ministre, lors de l'installation du conseil de la CNSA en 2005 : « *Votre conseil reflète, par sa composition, la recherche d'un équilibre entre l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire et l'accompagnement de terrain, qui seul permet une évaluation très personnalisée des besoins individuels. Cette composition s'efforce de concilier l'exigence, souvent rappelée par nos concitoyens d'une régulation nationale confiée à l'État, avec la responsabilité des élus dans le cadre d'une décentralisation désormais avancée dans le domaine social, avec la force d'initiative des associations et des partenaires sociaux, ainsi qu'avec l'expertise d'institutions et de personnalités qualifiées* ».

[92] Là aussi, cette solution diffère de celle de la plupart des établissements publics administratifs nationaux, où l'État a une majorité des voix.

Les retours de la concertation font état de propositions variées et divergentes pour faire évoluer la composition du conseil (plus ou moins de représentation de l'État, des associations, des organisations syndicales, etc.). Sans consensus sur le sens d'une réforme de fond, la majorité des parties prenantes s'accorde in fine sur un statu quo comme la meilleure des solutions (ou la moins mauvaise, la taille du conseil n'étant pas la plus propice à la gouvernance opérationnelle), qui évite de bousculer des équilibres qui n'ont jamais empêché le fonctionnement de la CNSA depuis 15 ans.

Quelques ajustements pourraient améliorer la représentativité des parties prenantes du conseil : la CNAF[93] et l'UNAF pourraient y siéger pour assurer un lien avec la politique familiale et le rôle des familles dans le soutien de leurs proches. Du côté de l'État, sans changer la pondération des voix, la représentation du ministère chargé du logement permettrait une meilleure transversalité dans la mise en œuvre des actions visant l'adaptation de l'habitat ; de la même manière, la présence d'un représentant du ministère en charge des transports permettait une meilleure prise en compte des enjeux de mobilité[94].

3.2.2.3. Les pouvoirs du conseil, de son président et du directeur

3.2.2.3.1. Le conseil de la CNSA

L'article L. 121-1 du code de la sécurité sociale (CSS) dispose que « *sauf dispositions particulières propres à certains régimes et à certains organismes, le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme* ». Le conseil de la CNAM est le seul à être l'objet de dispositions particulières, l'article L. 221-3 énumérant une liste limitative de ses compétences. De même, l'article L. 14-10-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) énumère limitativement les compétences du conseil de la CNSA.

Encadré 5 : Dispositions juridiques relatives au conseil de la CNSA

Article L. 14-10-3 du code de l'action sociale et des familles :

« III. - *Le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie détermine, par ses délibérations :*

1° La mise en œuvre des orientations de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée au II de l'article L. 14-10-1 et des orientations des conventions mentionnées au III du même article ;

2° Les objectifs à poursuivre, notamment dans le cadre des conventions avec les départements mentionnées à l'article L. 14-10-7, pour garantir l'égalité des pratiques d'évaluation individuelle des besoins et améliorer la qualité des services rendus aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes ;

3° Les principes selon lesquels doit être réparti le montant total annuel de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 ;

4° Les orientations des rapports de la caisse avec les autres institutions et organismes, nationaux ou étrangers, qui œuvrent dans son champ de compétence.

Le conseil est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en œuvre des orientations qu'il a définies et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement.

Le conseil délibère également, sur proposition du directeur :

1° Sur les comptes prévisionnels de la caisse, présentés conformément aux dispositions de l'article L. 14-10-5 ;

2° Sur le rapport mentionné au VI du présent article. »

[93] En substitution au représentant du régime social des indépendants, désormais adossé à la CNAM.

[94] Cette entrée de deux ministères pourrait être compensée numériquement par une réduction du nombre de représentants du ministère des solidarités et de la santé, qui peuvent être associés dans les « pré-CA ».

Le texte actuel du CASF peut donc être maintenu sans qu'il y ait de conflit avec la norme générale posée par le code de la sécurité sociale.

Le texte législatif relatif aux caisses nationales prévoie la possibilité de délégation de compétences du conseil à des commissions spécialisées comprenant des personnalités extérieures, ce qui n'est pas le cas pour la CNSA ; mais cela ne crée pas de difficulté puisque la disposition législative en cause vise nommément les quatre caisses actuelles. Le texte de nature réglementaire (R. 14-10-11) relatif à la CNSA prévoit la possibilité de constitution par le conseil de commissions, mais il est plus restrictif que le texte du CSS (R. 224-3) en ce qu'il ne prévoit pas la présence de personnalités extérieures, et est moins précis sur leur composition[95]. Une harmonisation des textes pour la partie réglementaire sera nécessaire.

Même si dans la pratique cela est réalisé, il n'est pas aujourd'hui prévu formellement un avis préalable du conseil de la CNSA sur les textes ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans leur domaine de compétences : c'est une disposition à ajouter.

La partie réglementaire du CSS (R. 121-1) énumère également un certain nombre d'actes sur lesquels les conseils d'administration (sauf le conseil de la CNAM) a compétence pour délibérer, mais cet article n'a de portée que sauf dispositions particulières pour d'autres régimes.

3.2.2.3.2. Le président du conseil

Dans les actuelles caisses nationales de sécurité sociale, le CSS dispose que le Président du conseil d'administration (du conseil pour la CNAM) est élu par les membres de ce dernier. Pour la CNSA, l'article L. 14-10-3 du CASF prévoit que le président du conseil est « *désigné par le conseil parmi les personnalités qualifiées…. Il est nommé par arrêté du ministre chargé de la protection sociale* ».

Les attributions du président sont semblables dans les autres caisses nationales et à la CNSA. Dans tous les cas il signe la convention d'objectifs et de gestion avec le directeur général et l'État. A la CNAM comme à la CNSA, il est précisé qu'il arrête l'ordre du jour du conseil, et qu'il dispose d'une voix prépondérante en cas de partage des votes.

La principale différence est que dans les autres caisses nationales, sauf la CNAM[96], le président émet un avis sur la nomination du directeur général, ce qui n'est pas le cas à la CNSA, mais cela se justifie par le fait qu'il n'émane pas de la représentation paritaire, mais est obligatoirement désigné parmi les trois personnalités qualifiées désignées par l'État.

Le conseil de la CNSA élit également trois vice-présidents choisis respectivement parmi les représentants des conseils départementaux, les représentants des associations de personnes âgées et les représentants des associations de personnes handicapées. Leur mandat est de quatre ans et n'est pas synchronisé avec celui du président.

[95] Pour les actuelles caisses de sécurité sociale, du fait de leur gouvernance paritaire, l'article R 224-3 du code de la sécurité sociale prévoit également une représentation paritaire dans ces commissions, ce qui n'a pas de raison de s'appliquer à la CNSA.

[96] Dans ce cas, c'est le conseil qui peut s'opposer à la majorité des deux tiers à la nomination du directeur général. Mais cela s'explique par le statut particulier du directeur général de la CNAM, inamovible pendant cinq ans.

3.2.2.3.3. Le directeur

Les modalités de nomination du directeur de la CNSA sont d'ores et déjà identiques à celle des directeurs des autres caisses, sauf la CNAM. Le directeur de la CNSA est nommé par décret pour une durée de trois ans[97] et même si les textes ne prévoient pas la nature du décret, en pratique il est nommé par décret en conseil des ministres.

Tout comme les directeurs des caisses du régime général, il est responsable du bon fonctionnement de la caisse, prépare les délibérations du conseil et met en œuvre leur exécution. Le directeur conclut au nom de la caisse, tous les contrats, conventions et marchés. Il peut par ailleurs recevoir délégation du conseil.

En application de l'article L. 14-10-3 du CASF « *le directeur prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité* » ce qui lui confère une forme de clause de compétence générale, à l'instar du directeur général de la CNAM qui «*dirige l'établissement et a autorité sur le réseau des caisses locales. Il est responsable de leur bon fonctionnement. À ce titre, il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.* Les textes relatifs aux autres caisses sont plus restrictifs pour ce qui est des compétences du directeur qui « *assure le fonctionnement de la caisse nationale sous le contrôle du conseil d'administration*» et de ce fait plus détaillés sur les actes sur lesquels le conseil d'administration délibère, mais l'article R. 121-1 du CSS en cause ne s'applique que « *sauf dispositions particulières propres à certains régimes et à certains organismes* ».

3.2.2.4. L'articulation entre animation, pilotage et contrôle

Le principal enjeu de la gouvernance nationale est de donner à la CNSA de nouveaux leviers d'action sur la gestion du risque et pour l'équité territoriale des politiques qu'elle finance ou cofinance.

La gestion du risque suppose en premier lieu une capacité d'analyse de sa consistance et de son évolution. Si les données statistiques et les études se sont développées depuis la création de la CNSA, les ingrédients nécessaires d'une prospective stratégique font parfois défaut ou sont trop anciens, comme le HCFEA l'a souligné dans son avis de décembre 2018[98]. Le Conseil d'État, dans son étude annuelle 2020 consacrée à l'évaluation des politiques publiques préconise notamment de « *évaluer en priorité les politiques publiques qui engagent de façon significative les finances publiques ou visent à produire des effets sur une part importante de la population* » et de « *renforcer l'évaluation des politiques décentralisées* ». La branche autonomie fait clairement partie de cette cible.

En deuxième lieu, cette gestion du risque nécessite d'accroître la capacité de la CNSA à orienter la mise en œuvre des politiques de l'autonomie par chacun des deux réseaux qu'elle anime.

Pour ce qui est du réseau des ARS, la CNSA est membre du comité national de pilotage (CNP) et peut, par cet intermédiaire et avec l'appui du secrétariat général des ministères sociaux, diffuser des instructions comme une caisse nationale le fait vis-à-vis des caisses locales. Un dialogue de gestion spécifique sur le secteur médico-social (CNSA – DGCS/ARS) est déjà conduit annuellement de façon distincte du dialogue de gestion général État/ARS. Il serait utile de conforter cette pratique en créant, au sein du CNP ARS, une commission présidée par la CNSA et l'État et dédiée au dialogue de gestion avec les ARS.

---

[97] IV de l'article L. 14-10-3 et article R. 14-10-15 du code de l'action sociale et des familles

[98] Avis du 6 décembre 2018 sur les notes « Contribution du Conseil de l'âge à la concertation Grand âge et autonomie ».

La loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) de 2009 a déjà intégré le médico-social dans le champ des ARS. La création de la branche autonomie, et le fait que les ARS soient un des deux réseaux sur lesquels s'appuie le déploiement de cette politique, pourrait justifier symboliquement qu'elles deviennent des « agences régionales santé autonomie », à l'identique des « conférences régionales de la santé et de l'autonomie ».

Pour les départements, et les MDPH dont l'exécutif dépend aussi d'eux, la relation est obligatoirement différente. Dans sa dimension « agence », la CNSA n'a aujourd'hui qu'un rôle d'échanges d'expériences, d'animation et de diffusion de bonnes pratiques[99].

Dans son rôle de financeur, les concours qu'elle répartit le sont sur des critères réglementaires sans possibilité de tenir compte des pratiques réelles et les conventions qu'elle signe avec les départements sont jusqu'ici sans objectifs chiffrés, peu évaluées en cours d'exécution, et sans conséquences si les objectifs ne sont pas atteints.

Plusieurs leviers doivent être mobilisés pour étendre et renforcer la capacité de la caisse à faire évoluer les réseaux sur lesquels elle s'appuie.

3.2.2.4.1. Une capacité d'audit des pratiques de terrain.

À la demande de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, l'IGAS a expertisé l'hypothèse de création d'une mission nationale d'audit et de contrôle des MDPH[100]. La lettre de mission indiquait qu'une telle mission devait contribuer à « *renforcer les garanties d'égalité des personnes sollicitant les prestations délivrées par les MDPH, l'équité d'appréciation des situations individuelles sur l'ensemble du territoire, le respect des réglementations, et enfin l'efficience de gestion de ce dispositif administratif organisé par les MDPH* ». Parmi les hypothèses de moyens et de rattachement examinées par l'IGAS, la création de la 5ème branche conduit à recommander que cette mission lui soit intégrée, afin d'éviter une dispersion des moyens et des responsabilités.

Plus que de contrôle[101], au sens de sanctions potentielles, c'est la fonction d'audit qui doit être privilégiée, et elle doit couvrir toutes les missions de la CNSA : le fonctionnement des MDPH[102], mais aussi les conditions d'attribution de l'APA, la contractualisation entre ARS et départements, les CPOM entre tarificateurs et gestionnaires, l'organisation territoriale des services à domicile, la coordination des parcours, etc. Il faut que la CNSA puisse demain appuyer sa fonction d'animation des réseaux non seulement sur des réunions d'acteurs et des partages d'expériences, mais aussi sur des audits de terrain pour valider et diffuser les bonnes pratiques, ou demander des mesures de réorganisation pour des situations qui révèlent des dysfonctionnements.

---

[99] Article L.14-10-1 du code de l'action sociale et des familles : « *La CNSA a pour missions… 6° D'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3, les services des départements chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie et les conférences des financeurs mentionnées à l'article L. 233-1, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins, d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations, et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie ».*

[100] « Scénarios de création d'une mission d'audit et de contrôle des MDPH ». IGAS, décembre 2019.

[101] Pour ce qui est des contrôles, la question de la compétence de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale se pose également. Celle-ci contrôle la légalité des actes, et du bon fonctionnement des caisses locales, et évalue leurs directeurs. Mais cette fonction de contrôle se justifie car il s'agit d'organismes de droit privé.

[102] L'accord de méthode entre l'État et les départements du 11 février 2020 relatif au pilotage et au fonctionnement des MDPH évoque la création de cette mission comme un des moyens de l'amélioration de la qualité « *dans une gouvernance partagée avec les départements* ».

3.2.2.4.2. Le développement de systèmes d'information harmonisés et interconnectés.

Le système d'information (SI) harmonisé des MDPH, attendu depuis longtemps, est en phase de déploiement : selon la CNSA, le « palier 1 » était déployé dans 81 des MDPH au 12 mai 2020, et le télé-service « MaMDPHenligne » était opérationnel dans 44 départements. Les travaux de réalisation de la première brique du « palier 2 » qui permettra notamment d'interfacer le télé-service dédié à la transmission des demandes et le SI MDPH sont en voie d'achèvement. La CNSA a également réalisé et déployé de nouveaux outils permettant un meilleur pilotage des enveloppes régionales de l'OGD (HAPI) et de remontée des données (SELLIA). Le SI MDPH est une bonne illustration des potentialités d'une intégration des SI (remontées nationales automatiques dans un entrepôt de données permettant de suivre les indicateurs de qualité, automatisation des échanges entre les MDPH et leurs partenaires comme les CAF, dépôt et suivi des demandes en ligne …), mais aussi de l'investissement nécessaire dès lors que la mise en œuvre est décentralisée.

Les priorités futures – qui devront être précisées dans la future COG – sont relatives aux personnes âgées et à l'APA, pour laquelle la compétence et donc l'investissement de la CNSA sont plus récents que pour le champ du handicap. Comme pour les MDPH, l'informatisation de l'APA dans les départements[103] repose principalement sur trois éditeurs, et les enjeux d'une harmonisation sont identiques : remontées de données de pilotage national, interfaçage avec les autres acteurs territoriaux (notamment pour la coordination des parcours) et la DGFIP (pour les ressources), simplification du service. Pour un pilotage efficient du risque, il faudra aussi développer une capacité d'interfaçage des données individuelles des MDPH et de l'APA avec celles du SNIIRAM via le NIR (cf. 2.3.2.4), et préparer l'intégration des bénéficiaires des diverses allocations de soutien à l'autonomie dans le répertoire commun national de la protection sociale (RNCPS)[104].

3.2.2.4.3. Une gestion plus exigeante des conventions avec les départements.

L'article L.14-10-7-2 du CASF prévoit la signature d'une convention pluriannuelle entre chaque président de Conseil départemental et la CNSA afin de définir leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

La CNSA verse trois types de concours : pour le financement de l'APA et de la PCH (respectivement 2,970 Md€ et 686 M€ en 2019), pour le fonctionnement des MDPH (76,8 M€ en 2019) et au titre des conventions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA, 180 M€ en 2019 forfait autonomie inclus).

Ils peuvent être complétés de crédits de la section IV du budget de la CNSA s'agissant de la modernisation et de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile, du soutien aux aidants (en complément de la mobilisation du concours CFPPA), de la formation des accueillants familiaux, ou de crédits de la section V du budget de la CNSA s'agissant du financement de projets innovants.

---

[103] La CNSA a réalisé avec l'appui de l'Agence française de la santé numérique (ASIP santé) un premier diagnostic de l'informatisation de l'APA dans les départements en septembre 2019. 82% des départements ayant répondu à l'enquête expriment un besoin d'un soutien national sur l'accompagnement de l'informatisation de l'APA.

[104] Le RNCPS recense outre le NIR les données d'état civil de tous les assurés, et a vocation à regrouper les données d'affiliation aux différents régimes, les prestations servies et les adresses. Outre les branches famille, maladie, vieillesse, il inclut aussi les allocataires de pôle emploi et des caisses de congés payés.

Le processus de renouvellement de ces conventions pour la période 2021-2024 a été engagé dès 2018 dans le cadre d'un groupe de travail CNSA/Assemblée des départements de France (ADF), et sa production a fait l'objet d'une validation intermédiaire en commission de l'ADF et au conseil de la CNSA du 18 avril 2019. La crise sanitaire a ralenti le calendrier de mise en œuvre, et il est prévu d'abord une convention-socle qui permettra la poursuite de versement des concours pour la période 2021-2024, puis dans un second temps, la formalisation d'une feuille de route stratégique et opérationnelle plus globale négociée en 2021 précisant les ambitions du département relatives à l'ensemble des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et le soutien éventuel de la CNSA à ces actions.

3.2.2.4.4. Une relation plus directe de la CNSA avec les MDPH/MDA

Le projet de convention socle communiqué à la mission ne détaille pas à ce stade les éléments relatifs au pilotage et au suivi de la convention, sauf en annexe les indicateurs relatifs à l'activité de la MDPH, et ne prévoit pas de lien entre ces résultats et le montant du concours pour le fonctionnement de la MDPH, qui dépend d'une formule de calcul fixée réglementairement[105].

Depuis 2017, la CNSA attribue également les crédits de l'État aux MDPH pour financer les postes vacants suite au départ de personnel mis à disposition des GIP par l'État, ainsi que leurs dépenses de fonctionnement. En 2019, la CNSA a ainsi versé à ce titre 76,8 M€ aux MDPH, montants qui sont basés sur des éléments historiques – les personnels mis à disposition lors de la création des GIP – et non sur les charges de fonctionnement relatives.

Une réflexion est en cours pour fusionner les deux concours, et revoir les paramètres de calcul d'un concours unifié afin de mieux prendre en compte le niveau d'activité et les besoins de chaque MDPH.

Plutôt que le versement aux départements, ce financement devrait être alloué directement aux MDPH/MDA, qui comme il a été proposé passeraient sous statut d'établissement public. La CNSA pourrait ainsi avoir un dialogue de gestion direct avec elles, ce qui renforcerait sa capacité de pilotage. Une possibilité de réduction du concours ne serait qu'une arme de dernier recours, postérieure à un audit et à une procédure contradictoire, et faite pour ne pas être utilisée, mais elle pourrait néanmoins être prévue réglementairement pour manifester que le financement est lié à la qualité des résultats[106].

La CNSA devrait aussi pouvoir émettre un avis sur la nomination des directeurs des MDPH/MDA[107].

---

[105] Article R 14-10-34 du code de l'action sociale et des familles. Le mécanisme de répartition de ce concours entre les départements repose sur deux critères variables - le nombre de personnes âgées de 20 à 59 ans (pour 120 % dans le calcul de la dotation du département) et le potentiel fiscal (- 20 %) - et une part fixe.

[106] Le HCFEA s'est prononcé en faveur d'un tel lien.

[107] L'idée parfois évoquée d'une nomination des directeurs de MDPH par la CNSA n'est pas réaliste : elle exigerait un bouleversement de la gouvernance actuelle qui prévoit (article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles) que *« La maison départementale des personnes handicapées est administrée par une commission exécutive présidée par le président du conseil départemental »*. Même si elles deviennent des MDA et des établissements publics, la CNSA est trop éloignée du terrain pour gérer un processus de recrutement des directeurs. Un peu plus de la moitié des directeurs de MDPH (54 % sur un échantillon de 100 MDPH) sont directeurs au sein du département, principalement directeurs de l'autonomie.

3.2.2.4.5. Un lien entre montants des concours, équité et respect de la légalité.

Les concours APA et PCH versés par la CNSA aux départements le sont mécaniquement sur des critères populationnels et socioéconomiques[108], fixés réglementairement[109]. Les rapports relatifs aux conditions d'attribution de l'APA et de la PCH de la CNSA de 2014/2015[110] avaient montré que sous la diversité des pratiques certaines pouvaient être non conformes aux conditions d'attribution de ces prestations : délai d'attribution (en 2012) de la PCH compris entre 6,7 et 15,9 mois dans un quart des départements[111], inexistence de l'APA d'urgence[112] dans la moitié des départements, visite à domicile[113] non systématique dans 19 % des départements.

Des circonstances locales, notamment en matière de ressources humaines, peuvent justifier la difficulté à se conformer partout et toujours aux exigences légales et réglementaires ; mais un non-respect systématique et organisé serait contraire à l'objectif d'équité rappelé en exergue par l'article L. 116-12 du CASF. Au-delà du strict respect de la lettre des textes, les forts écarts territoriaux constatés dans les taux d'attribution et les montants moyens interrogent également (cf. annexe 1).

Il serait justifié de réaffirmer l'importance du respect du cadre légal national, même si ces allocations sont attribuées par une collectivité locale. Une modification législative devrait donc permettre en dernier recours à la CNSA, suite à un audit et à une procédure contradictoire, de réduire le montant des concours APA ou PCH en cas de non-respect du cadre légal par un département, et les nouvelles conventions avec les départements devraient le prévoir pour le concours aux MDPH.

---

[108] Le mécanisme de répartition du concours APA entre les départements repose sur la prise en compte de quatre critères : le nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans (variable entrant pour 50 % dans le calcul de la dotation du département), la dépense d'APA (20 %), le potentiel fiscal (- 25 %) et le nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active (5 %). La répartition du concours PCH repose sur la prise en compte de quatre critères : le nombre de personnes âgées de 20 à 59 ans (variable entrant pour 60 % dans le calcul de la dotation du département), les nombres cumulés de personnes bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de personnes bénéficiaires de l'allocation pour adultes handicapés et de personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité (30 %), le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation augmenté du nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice (30 %) et le potentiel fiscal (- 20 %).

[109] Pour la PCH, article R 14-10-32 du code de l'action sociale et des familles ; pour l'APA1, article R 14-10-38 du code de l'action sociale et des familles ; pour l'APA2, article R 14-10-38-1 du code de l'action sociale et des familles.

[110] Rapport APA, Compréhension de la diversité, mars 2015 et Rapport PCH, Compréhension de la diversité, décembre 2014.

[111] Article R. 241-33 du code de l'action sociale et des familles : « *le silence gardé pendant plus de quatre mois par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vaut décision de rejet* ».

[112] Article L. 232-12 du code de l'action sociale et des familles : « *En cas d'urgence attestée, d'ordre médical ou social, le président du conseil départemental attribue l'allocation personnalisée d'autonomie à titre provisoire, et pour un montant forfaitaire fixé par décret, à dater du dépôt de la demande et jusqu'à l'expiration du délai de deux mois prévu au quatrième alinéa de l'article L. 232-14.* » A l'époque, les départements qui n'appliquaient pas l'APA d'urgence avaient parfois mis en place une « procédure accélérée »,

[113] Article R 232-7 du code de l'action sociale et des familles : « *Au cours de son instruction, l'équipe médico-sociale consulte le médecin désigné, le cas échéant, par le demandeur. Si l'intéressé le souhaite, ce médecin assiste à la visite à domicile effectuée par l'un au moins des membres de l'équipe médico-sociale.* »

3.2.2.5. L'articulation avec les autres branches de la sécurité sociale

Selon des modalités qui peuvent varier en fonction du périmètre de la nouvelle branche, il faudra également prendre en compte les relations interbranches 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, dont le contenu est prévu par voie réglementaire[114]. La troisième convention CNSA/CNAM a été signée le 13 octobre 2016 et celle avec la CNAV et la CCMSA le 28 juin 2017.

Le même principe de conventionnement devrait être prévu avec la branche famille (CNAF et CCMSA), qui distribue une part des aides à l'autonomie et mène une politique d'accueil des enfants en situation de handicap.

En cohérence avec les COG des différentes caisses, l'échange automatisé d'informations interbranches devrait devenir une priorité. Du fait de l'évolution rapide des différentes prestations sociales, chaque caisse nationale a tendance légitimement à prioriser les développements informatiques internes, et à ne traiter que secondairement ceux qui concernent une autre branche de la sécurité sociale, encore plus lorsqu'il s'agit d'une « non caisse » comme l'était jusqu'ici la CNSA. Dans le périmètre de la CNSA, ces échanges automatisés de données sont encore complexifiés par le caractère diffus des réseaux sur lesquels elle s'appuie : les difficultés d'échange entre les MDPH et les CAF en sont une illustration, de même que la certification des NIR entre MDPH et CNAV. Les échanges à construire sur les bénéficiaires de l'APA rencontreront les mêmes difficultés, avec en point de départ 101 systèmes d'information non homogènes au niveau des départements.

Dans le cadre du schéma stratégique des systèmes d'information de la sécurité sociale (SSSI), la direction de la sécurité sociale aura un rôle important de pilotage si l'on veut faire progresser rapidement la capacité de la branche autonomie à piloter le risque.

L'actuel schéma stratégique couvre la période 2018-2022, et est décliné ensuite dans les schémas directeurs des systèmes d'information (SDSI) de chaque branche. Il est structuré autour de quatre axes stratégiques : l'automatisation des processus métier, la relation à 360° avec les usagers, la modernisation des outils des agents, et la transformation des organisations. Le SSSI a vocation à instaurer un cadre de coopération entre les organismes eux-mêmes, mais également avec l'État. Ce cadre de coopération vise à fédérer les acteurs de la Sécurité sociale autour d'une gouvernance, de bonnes pratiques et de règles partagées.

La création de la 5ème branche emporte l'inclusion de la CNSA dans cette gouvernance, notamment sa participation aux comités stratégiques et de pilotage animés par la DSS. Il faudra aussi que la CNSA aligne la construction de son propre schéma directeur sur les principes qui ont été définis dans le SSSI, et que la nouvelle COG traduise cette intégration de la branche autonomie dans le SSSI.

[114] Article D. 14-10-57 du code de l'action sociale et des familles. Aux termes de cet article, les conventions doivent porter sur la coordination des actions de prévention, des actions relatives aux aides techniques, des contributions au fonctionnement des MDPH, des opérations d'aide à l'investissement et à l'équipement des établissements et services, des actions expérimentales et assurer les échanges d'informations concernant les données financières, budgétaires et comptables des établissements et services et l'élaboration, la répartition et le suivi de la réalisation de l'objectif global de dépenses ; ainsi que des analyses et études communes sur les données sociodémographiques, physiques et financières.

******

La mission n'avait pas vocation à traiter des effectifs de la CNSA, ce sujet relevant du prochain bilan de la COG qui va être conduit par l'IGAS et l'IGF à l'automne 2020. Il est cependant évident que le format des ressources humaines de la caisse, déjà réduit par rapport à ses missions actuelles, est nettement insuffisant pour assurer les multiples chantiers relevant d'un pilotage national évoqués ici. Au moment où vont être créés plusieurs dizaines de milliers d'emplois dans les établissements et services financés sur crédits publics à la suite du « Ségur de la santé », il serait paradoxal que l'on ne puisse pas créer à la CNSA les quelques dizaines de postes indispensables, qui in fine seraient financés dans la même enveloppe.

Tableau 2 : Propositions relatives à la gouvernance de la branche autonomie

Gouvernance locale
Maintenir le double réseau local des ARS et des départements
Créer des contrats départementaux de l'autonomie déclinant de façon opérationnelle les objectifs des schémas, du soutien à domicile aux établissements et services
Supprimer les doubles financements des EHPAD, des FAM et des SAMSAH
Expérimenter une délégation de compétences en matière d'autorisations et de tarifications entre ARS et départements
Généraliser les maisons départementales de l'autonomie sous statut d'établissements publics, avec la participation des associations à leur gouvernance
Architecture financière de la branche autonomie
Simplifier la structure du budget de la CNSA autour de fonds peu nombreux et non subdivisés par publics PA/PH
Voter en LFSS les budgets des fonds relatifs au financement des établissements et services, des concours et des allocations
Aligner les objectifs stratégiques et les indicateurs du programme de qualité et d'efficience « autonomie », de la COG de la CNSA, et de la partie médico-sociale du CPOM des ARS
Privilégier la CSG comme recette principale de la CNSA, par transfert de la part des autres caisses de sécurité sociale compensé par des recettes fiscales équivalentes
Gouvernance nationale
Réécrire et simplifier dans la LFSS 2021 les missions de la CNSA
Maintenir la composition plurielle du conseil de la CNSA, avec quelques ajustements
Renforcer significativement les différents moyens de pilotage du risque par la CNSA
Investir massivement dans des systèmes d'information interconnectés, permettant notamment de croiser les données des aides aux PA et PH avec celles du SNIIRAM
Introduire une possibilité de modulation des concours APA et PCH
Unifier les dotations de la CNSA aux MDPH/MDA, et les verser directement à celles-ci

Source : Mission.

4. Quel financement ?

La crise sanitaire et ses conséquences économiques ont rendu le plan de financement envisagé par le rapport de la concertation « grand âge et autonomie » caduc, et il ne traitait que du grand âge, pas du handicap.

Il était demandé à la mission « *d'identifier des sources de financement à mobiliser prioritairement pour couvrir la réforme du Grand âge à compter de 2021* ». Sans préjuger des mesures que comportera cette réforme, l'enveloppe à identifier devait être de l'ordre de 1 Md€ dès 2021, et entre 3 et 5 Md€ à l'horizon 2024, date à compter de laquelle la loi « dette sociale et autonomie » a prévu l'affectation à la CNSA de 0,15 point de CSG perçu d'ici cette échéance par la CADES (2,3 Md€ par an).

Pour mener ce travail d'identification, la mission a repris les différentes mesures de financement qui avaient été évoquées dans le rapport de la concertation « Grand âge et autonomie » ou dans d'autres travaux (rapport de M. Bertrand Fragonard de 2011, travaux parlementaires, HCFEA, etc.) et à établi sur cette base un questionnaire largement diffusé auprès des différentes parties prenantes. L'annexe 5 synthétise les retours de cette consultation.

L'annexe 4 détaille l'ensemble de ces mesures potentielles de financement et leur chiffrage. Sans préjuger des choix politiques qui seront faits, chacune des mesures a été évaluée en fonction de sa faisabilité juridique et pratique, de son impact sur les assurés sociaux, de son équité, de son impact économique et de son acceptabilité.

Ces mesures de financement, si elles étaient retenues, n'ont pas vocation à être des recettes directes de la branche autonomie, sauf lorsqu'il s'agit de CSG ou de CSA/CASA. En fonction de leur nature, elles constitueraient des recettes de l'État ou de la Sécurité sociale, recyclées ensuite dans la part de CSG affectée à la branche.

4.1. Les mesures de transfert

Quatre pistes de transfert de recettes ont été examinées : celles allouées à la CADES, les réserves du FRR, les réallocations de recettes aujourd'hui allouées à Action Logement[115], et depuis la branche famille.

4.1.1. La caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

La loi organique du 7 août 2020 prévoit de reporter la date de fin de remboursement de la dette sociale au 31 décembre 2033, afin de permettre de nouveaux transferts de dettes pour un montant de 136 Md€ dans la loi ordinaire du 7 août 2020 qui accompagne la loi organique.

La reprise de dette de 136 Md€ permettra de financer 31 Md€ d'euros de déficits sociaux cumulés non repris constatés au 31 décembre 2019, 13 Md€ de dette hospitalière, et 92 Md€ au titre des déficits futurs 2020-2023.

Pour amortir cette dette, les financements affectés à la CADES seront désormais les suivants :

- 0,5 point de CRDS jusqu'à la fin de l'amortissement de la dette ;
- 0,6 point de CSG jusqu'en 2023 puis 0,45 point de CSG de 2024 à 2033 ;
- 2,1 Md€ de versement annuel du FRR jusqu'à 2024 puis 1,45 Md€ à partir de 2025.

[115] Cette voie de financement, qui n'avait pas été identifiée au début de la mission, n'avait pas été incluse dans le questionnaire.

La réaffectation d'une fraction de 0,15 point de CSG (2,3 Md€) à la CNSA est donc prévue à compter de 2024. Une montée en charge progressive de la réaffectation de cette fraction de CSG aurait pu être anticipée avant 2024, par exemple en affectant 0,05 point en 2021 (750 M€), 0,10 point en 2022 (1,5 Md€) et 0,15 point en 2023 (2,3 Md€) ; des amendements avaient été présentés en ce sens lors des débats au Parlement sur la loi « dette sociale et autonomie ».

Une telle montée en charge génèrerait toutefois une perte de financement pour la CADES (ici, pour l'exemple, de 4,3 Md€) sur la période 2021-2023, et nécessiterait donc un prolongement pour celle-ci de l'amortissement de la dette sur une période équivalente à un trimestre (elle amortit actuellement de l'ordre de 16,0 Md€ de dette sociale chaque année). Un nouvel allongement de l'horizon de la CADES nécessiterait de revoir la loi organique.

D'après les informations de la CADES transmise à la mission, l'hypothèse d'une nouvelle modification du modèle de financement de la CADES est à écarter, dans la mesure où elle mettrait certainement en cause la crédibilité de la caisse sur les marchés. La CADES n'est en effet pas en tant que telle garantie par l'État et l'attractivité de son taux de refinancement repose sur la lisibilité et la solidité de ses recettes et la pérennité de son horizon d'amortissement.

Dès lors, la mission considère qu'**un ajustement du mécanisme de financement sur la période de remboursement de la dette sociale fragiliserait l'équilibre obtenu par la loi organique relative à la dette sociale et à l'autonomie**. Seul un changement positif des paramètres (une dette sociale inférieure à 92 Md€ sur la période 2020-2022 ou l'existence d'excédents pour la sécurité sociale) serait susceptible de rendre possible une réaffectation plus rapide ou plus importante de recettes de la CADES vers la CNSA.

4.1.2. Le fonds de réserve des retraites (FRR)

Au 31 décembre 2019, l'actif net du FRR s'établissait à 33,7 Md€.

Dans le cadre du prolongement de la dette sociale, la participation du FRR au financement de la CADES a été prolongée jusqu'en 2033, avec toutefois un abaissement du niveau des versements annuels de 2,1 Md€ à 1,45 Md€ à partir de 2024. Ces versements supplémentaires ont porté le passif actualisé du fonds à 21,6 Md€ et réduit le surplus, c'est-à-dire l'écart entre la valeur des actifs et celle du passif actualisé permettant au FRR d'atteindre ses objectifs, à 2,5 Md€.

Le surplus du FRR est mobilisable sans hausse de prélèvements obligatoires mais il ne constitue pas une ressource pérenne. Un décaissement du FRR engendrerait une dépense en comptabilité nationale et dégraderait le solde maastrichtien, sauf si le prélèvement était affecté au désendettement de l'État ou placé dans un autre fonds de réserve.

Dans le cadre des annonces du Ségur de la santé et de la préparation de la réforme « grand âge et autonomie », il est prévu des dépenses d'investissement pour la rénovation des établissements médico-sociaux à hauteur de :

- 3,5 Md€ d'investissement immobilier sur 10 ans, dont 2,5 Md€ portés par la CNSA et 1,0 Md€ par les départements. Sur les 5 premières années (2021-2025), la dépense serait de 1,25 Md€ pour la CNSA (250 M€ par an) ;
- 250 M€ d'aides à l'équipement portées par la CNSA sur 5 ans (50 M€ par an) ;
- 600 M€ d'investissements numériques portés par la CNSA sur 5 ans (120 M€ par an).

La mobilisation du FRR pourrait constituer une piste pour le financement des dépenses d'investissement liées à la prise en charge de l'autonomie, à raison de 420 M€ par an sur la période 2021-2025.

La conséquence pour le FRR serait une remise en cause progressive de son portefeuille d'actifs, pour privilégier des investissements moins risqués, cette réallocation devant pouvoir se faire sur la période considérée d'engagement supplémentaire.

4.1.3. Action Logement

Le groupe Action Logement gère paritairement la participation des employeurs à l'effort de construction (PEEC) afin de faciliter l'accès au logement pour les salariés et de favoriser leur accès à l'emploi. Pour atteindre ces objectifs, Action Logement propose des services et des aides financières. Il apporte également des financements aux bailleurs sociaux pour les aider à réaliser leurs activités de production et de réhabilitation de logements.

La loi Pacte du 22 mai 2019 a relevé à compter du 1er janvier 2020 de 20 à 50 salariés le seuil à partir duquel les entreprises sont redevables de la PEEC. L'impact budgétaire du relèvement du seuil a été estimé à 280 M€ en 2019 et 290 M€ en 2020. Il fait l'objet d'une compensation intégrale pour Action Logement, sous la forme d'une affectation d'une fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA), plafonnée à 290 M€ pour l'année 2020.

Action Logement est dans une situation financière confortable : le groupe dégage en 2018 un résultat net de 1,145 Md€, son niveau de trésorerie est élevé (8,3 Md€) tandis que le niveau d'endettement de la structure est faible, l'apport régulier de ressources propres permettant de limiter le recours aux emprunts bancaires (33 Md€ de fonds propres pour 35 M€ d'emprunts).

Le plan d'investissement volontaire (PIV) d'Action Logement prévoit de consacrer une enveloppe de 1 Md€ de 2019 à 2022 pour aménager le logement des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, sous forme d'une subvention plafonnée à 5 000 euros pour adapter les sanitaires et prévenir le risque de chute, le montant de l'aide individuelle étant cumulable avec celles de l'agence nationale d'amélioration de l'habitat (ANAH). Le PIV prévoit également une enveloppe de 550 M€ destinée à la rénovation des ex logements foyers (résidences autonomie).

Dans un rapport confidentiel de l'Inspection générale des finances de 2020, les emplois prévus dans la convention quinquennale et le programme d'investissement volontaire suscitent de nombreuses critiques sur le plan de leur utilité sociale. L'évolution des interventions d'Action Logement nourrit un risque de doublon, particulièrement marqué s'agissant de l'intervention dans le champ des aides à l'adaptation du logement des personnes en perte d'autonomie, puisque des subventions peuvent déjà être obtenues via l'ANAH ou par l'intermédiaire de l'action sociale des caisses de retraite, notamment la CNAV (cf. 2.3.2.4).

Une réorientation des ressources d'Action Logement pourrait participer au financement des besoins en matière de prévention et de soutien à l'autonomie, permettant d'apporter une contribution plus durable, plus claire et plus directe que ne l'est le dispositif de subventions actuellement proposées par Action Logement, largement redondant avec d'autres dispositifs.

Il serait possible de réaffecter dès 2021 à la sécurité sociale la fraction de TSCA compensant la hausse du seuil d'éligibilité à la PEEC (300 M€).

À compter de 2023, il serait possible de créer une contribution autonomie additionnelle de 0,10 % pour les employeurs de plus de 50 salariés, neutre car en contrepartie d'un abaissement de 10 points de base de la PEEC (400 M€) et qui n'obérerait pas les capacités d'Action Logement à remplir ses missions.

4.1.4. La branche famille

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoyait un excédent de la CNAF de 0,8 Md€ en 2019. L'exercice 2019 a in fine affiché un excédent de 1,5 Md€, soit un écart favorable de 0,7 Md€, sur un total de charges de 49,9 Md€. En 2020, compte tenu de la crise sanitaire, les comptes de la CNAF passeraient d'un excédent de 1,5 Md€ à un déficit de 3,1 Md€, soit une dégradation de 4,6 Md€. Elle s'explique en très grande partie par la baisse des recettes (- 4,8 Md€) alors que les dépenses diminueraient quant à elles légèrement (- 0,2 Md€).

Le taux de fécondité français est le plus élevé d'Europe, mais le nombre de naissances en France métropolitaine a significativement diminué depuis 2010, passant de 802 000 en 2010 à 719 000 en 2018. Selon les dernières projections démographiques de l'Insee, la diminution du nombre de naissances devrait se poursuivre jusqu'en 2025, où il atteindrait 708 000 en France métropolitaine, pour remonter par la suite.

Dans son rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale (juin 2017), le Haut conseil au financement de la protection sociale a montré que l'évolution baissière des dépenses de la branche famille, du fait des évolutions démographiques de long terme, était de l'ordre de 0,2 point de PIB à horizon 2030 et respectivement, de 0,3 et de 0,5 point en 2040 et 2060.

Au-delà de l'effet volume, la branche famille apparaît structurellement excédentaire[116], puisque ses dépenses sont indexées sur l'inflation alors que ses recettes le sont sur le PIB (20 % des produits de la branche famille sont des recettes fiscales) ou la masse salariale (60 % des recettes de la branche famille sont des cotisations sociales).

Une trajectoire de transfert des recettes pourrait être envisagée, entérinant une baisse tendancielle des dépenses famille et servant à financer la dynamique inverse des dépenses de la branche autonomie. **Cette logique peut concerner en priorité les dépenses d'action sociale du FNAS qui restent plus dynamiques que les prestations légales, et pourrait générer un transfert à la branche autonomie de 150 M€ à échéance de 2024** (pour tenir compte du délai de rétablissement des comptes de la CNAF)**.**

4.2. Les mesures d'économies

Si les besoins supplémentaires documentés par le rapport grand âge et autonomie -et compte non tenu des revendications du secteur du handicap- sont importants, des mesures d'économie ont aussi été évoquées par différents travaux.

4.2.1. Sur la dynamique de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Depuis 2008, la croissance moyenne annuelle des dépenses d'AAH (+ 5,8 % par an) est nettement supérieure à celle des dépenses du budget de l'État à périmètre constant (+ 0,2 % par an). L'AAH a vu ainsi son poids augmenter régulièrement dans le budget de l'État, de 2,8 % en 2008 à 4,5 % en 2017. Entre 2007 et 2017, son coût a connu une augmentation d'environ 400 M€ en moyenne par an, soit + 70 % en dix ans.

Le coût global de l'AAH était de 9,7 Md€ en 2018, et est prévu à hauteur de 10,6 Md€ en 2020 notamment du fait des revalorisations décidées par le Président de la République.

[116] L'Union nationale des associations familiales (UNAF), lors de son audition par la mission, a souligné que c'était au prix d'une réduction continue des prestations familiales et de contributions accrues de la branche famille au financement des avantages retraite.

La Cour des comptes a fait réaliser par la CNAF des simulations permettant de quantifier les facteurs de progression de l'AAH[117]. Elle peut s'expliquer à hauteur d'un tiers par les revalorisations de l'allocation, tandis que les deux tiers de l'évolution sont liés à la démographie et à des nouvelles modalités d'attribution de l'allocation, notamment depuis la réforme de 2005. En particulier, la notion de « restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi » qui est la condition d'attribution de l'AAH-2 pour les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 80 %, reste complexe et mal maîtrisée. Et les écarts territoriaux d'attribution sont importants (cf. annexe 1).

Les tentatives depuis 2011 d'harmoniser son attribution (modification du formulaire de demande et du certificat médical, guide pratique d'attribution de 2017, expérimentation « potentiel emploi ») et de renforcer la présence de l'État dans les CDAPH, voire de lui donner un pouvoir décisionnel comme c'est le cas des départements pour la PCH, ont échoué. D'abord parce que le nombre de demandes fait que ces allocations sont approuvées sur liste sans examen, sauf exception, des dossiers individuels, ensuite parce que les services de l'État n'ont plus les ressources humaines nécessaires, notamment médicales. La Cour des comptes indique que « *le phénomène d'affaiblissement de l'État dans cette organisation a plusieurs causes structurelles qui rendent l'objectif d'un réel pilotage de l'AAH illusoire à court terme et à organisation inchangée* ».

30 % des nouveaux bénéficiaires de l'AAH-2 sont d'anciens allocataires du revenu de solidarité active (RSA), dont le niveau est inférieur d'un tiers, et cette différence de 350 € de plafonds entre le RSA et l'AAH crée un risque d'arbitrage implicite vers l'allocation la plus généreuse tout au long de la chaine, de la demande à la décision. Dans son commentaire du guide pratique d'attribution, la Cour des comptes note que « *le cumul d'explications nécessaires et la profusion des cas types montrent que la frontière est naturellement brouillée entre le champ du handicap et celui des conséquences médico-sociales de la précarité sociale. C'est donc ce brouillage qui rend possible, au plan statistique, les passages observés du RSA vers l'AAH-2* ».

La procédure d'attribution présente des risques, notamment du fait de sa dématérialisation, de l'absence d'entretien direct avec les demandeurs, du faible temps consacré à l'instruction (de 5 à 20 minutes) et du poids déterminant des certificats médicaux qui peuvent être rédigés par tous les médecins libéraux sans contrôle de deuxième niveau[118]. Le volume des demandes fait que la quasi-totalité des dossiers sont approuvés sur liste par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), sans examen individuel.

La création de la branche autonomie, où la CNSA est en prise directe avec les MDPH, et dont les moyens de gouvernance nationale doivent être renforcés (cf. 3.2.2.4) est l'occasion de recentrer la responsabilité du pilotage de l'AAH et ce faisant d'améliorer la régulation de la dépense. **Un objectif de régulation de la dépense d'AAH par la nouvelle branche pourrait être proposé, à hauteur de 400 M€ en tendanciel d'ici à 2024.**

[117] « L'allocation aux adultes handicapés ». Rapport public thématique, Cour des comptes, septembre 2019.

[118] Ce certificat, qui a été réformé en mai 2017, peut être établi par tout médecin, traitant ou non. Les MDPH, contrairement à ce que pratique l'assurance maladie pour les arrêts de travail, n'ont pas de suivi de la fréquence de délivrance de ces certificats par médecin. La solution d'une réévaluation du diagnostic par la MDPH, préconisée par la Cour des comptes dans son rapport de 2019, est difficilement praticable au vu des effectifs médicaux dans les équipes pluridisciplinaires. La solution la plus efficace serait de constituer un réseau de médecins accrédités, ce qui permettrait une unification des pratiques de diagnostic. Cette unification serait particulièrement utile pour le handicap psychique qui, selon une étude sur un échantillon de 4 départements, constitue la première catégorie de diagnostic. Le coût d'un contrôle de deuxième niveau est estimé entre 9 et 16 M€ par la CNSA, ce qui est à mettre au regard de l'augmentation annuelle de l'AAH de 400 M€ en moyenne.

4.2.2. Sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Contrairement à certaines prestations ou aides sociales, l'APA ne tient pas compte dans sa base ressources d'une évaluation des revenus tirés de la résidence principale sous la forme d'un loyer fictif. Le revenu de solidarité active (RSA) quant à lui tient compte du patrimoine sous la forme d'une évaluation du capital sur la base de la valeur locative ou de la taxe foncière. L'allocation de solidarité des personnes âgées (ASPA), l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et l'allocation de veuvage tiennent compte du patrimoine en calculant un loyer fictif correspondant à 3 % de la valeur du capital ou 3 % de la valeur vénale du bien immobilier.

Sur le modèle d'autres prestations sociales, il serait possible de recourir à un loyer fictif dans le calcul de base ressource de l'APA (économie de 300 M€) afin de mieux tenir compte du patrimoine (proposition 132 du rapport Libault).

S'agissant des règles de conjugalité, le rapport Libault (proposition 131) a repris une proposition précédente du rapport de Bertrand Fragonard visant à faire passer de 1,7 à 1,5 ou 1,6 le coefficient par lequel on partage le revenu d'un couple pour déterminer l'APA d'un de ses membres, afin d'en aligner les modalités de calcul sur celles de l'ASPA (1,55) et de l'allocation logement (1,5). **Il en résulterait une augmentation de l'assiette APA des ménages concernés, et une augmentation de leur participation financière (entre 40 M€ et 60 M€).**

La généralisation de la télégestion de l'APA à domicile pour favoriser des contrôles d'effectivité des plans d'aides[119] pourrait quant à elle générer une économie annuelle de 100 M€.

L'ensemble de ces économies seraient au bénéfice des départements.

4.3. Une réduction des niches fiscales ou sociales

Dans le champ de l'autonomie comme pour toutes les politiques sociales, une multitude de niches fiscales et sociales ont été créées au fil du temps, et se cumulent avec les aides directes sans grande visibilité ni cohérence. Des réductions de ces niches pourraient donc être envisagées.

4.3.1. Suppression ou report de l'âge pour le bénéfice de l'exonération totale de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile

L'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale prévoit une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale pour l'embauche d'une aide à domicile pour des publics fragiles. Cette exonération est notamment ouverte aux personnes de 70 ans et plus, sans qu'il y ait besoin d'une reconnaissance d'une perte d'autonomie. Lorsque le salarié intervient auprès d'une personne âgée d'au moins 70 ans et non dépendante, l'exonération de cotisations est limitée à 65 fois le SMIC horaire par mois (651,95 € en 2019). Hors publics fragiles, les particuliers employeurs sont d'ores et déjà compensés de façon générale par la déduction forfaitaire patronale de 2 € par heure (3,70 € en outre-mer).

[119] En télétransmission, le service d'aide à domicile transmet directement au conseil départemental les données relatives au nombre d'heures d'aide à domicile effectuées, qui pour des raisons diverses (disponibilité du service, contraintes de la personne aidée) sont en moyenne inférieures aux heures théoriques du plan d'aide. Seules les heures réalisées sont alors facturées. La généralisation d'une télétransmission permettrait un gain en ramenant la facturation au niveau de la consommation effective, ce qui a déjà été constaté là où elle est pratiquée.

Le rendement d'un relèvement à 75 ans du critère d'âge (estimé à 103 M€) serait amoindri par la hausse des allègements généraux qui en résulterait pour les organismes prestataires (60 M€), se traduisant par une perte de recettes pour la sécurité sociale. L'effet net global est évalué à 43 M€. Cet effet est évalué à 78 M€ si l'âge était relevé à 80 ans. Une augmentation de l'âge de cette exonération avait déjà été proposée en 2014 par la Cour des comptes et par un rapport parlementaire[120], l'idée a été reprise dans le rapport Libault (proposition 134). Une suppression avait été envisagée lors du PLFSS 2020, sans aboutir

Une suppression complète de la possibilité de bénéficier de l'exonération du seul fait de l'âge aurait un rendement de 180 M€, et permettrait d'aligner la situation des personnes âgées qui ne connaissent pas de perte d'autonomie sur celle de l'ensemble des autres catégories de la population qui ont recours à des services d'aide à domicile.

4.3.2. Restriction du plafond applicable du crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile

Le code général des impôts prévoit un crédit d'impôt au titre de l'emploi d'une personne à son domicile, correspondant au remboursement de 50 % des dépenses de services à la personne effectivement engagées, dans la limite d'un plafond annuel de 12 000 €, qui peut être majoré en fonction des caractéristiques du foyer.

Le coût de ce crédit d'impôt s'élève à 4,9 Md€ en 2019. Il bénéfice très largement aux services de la vie quotidienne et dans une minorité de cas aux services à destination des publics fragiles. Environ 20% des dépenses sont destinées à ces publics vulnérables.

Cette répartition du crédit d'impôt correspond aux deux objectifs qui lui sont assignés : réduire le recours au travail non déclaré et solvabiliser la demande de services essentiels pour des personnes vulnérables et en perte d'autonomie.

Une étude du LIEPP[121] indique que le nombre d'emplois créés grâce à ce crédit est faible, pour un coût budgétaire unitaire supérieur à celui de l'emploi créé et précise également qu'il bénéficie essentiellement (43,5 % de la dépense fiscale) aux personnes du décile supérieur de revenus, alors que la moitié la plus modeste des ménages n'en bénéficie que marginalement (6,6 %).

Face à ce constat, le rapport Libault (proposition n° 135) a proposé de recentrer le crédit d'impôt sur les besoins sociaux en différenciant les plafonds de dépense sur la base de critères d'âge, pour favoriser les ménages ayant des enfants en bas âge et les personnes âgées ou handicapées.

Selon le Trésor, **un abaissement de 12 000 € à 6 000 € du plafonnement de droit commun du crédit d'impôt** (en conservant les majorations de plafond existantes pour les ménages ayant des enfants en bas âge et les personnes âgées ou handicapées) **pourrait dégager 400 M€.**

---

[120] « Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes » Cour des comptes, juillet 2014 ; « L'évaluation du développement des services à la personne », Mme Pinville et Poletti, Assemblée Nationale, décembre 2014

[121] « Étude sur les exemptions sociales et fiscales pour les services à la personne » policy brief n° 38 octobre 2018. Le Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP) est une plateforme de recherche de Sciences Po.

La complexité des schémas d'aides actuellement existantes devrait conduire à une réforme plus fondamentale consistant, sur le champ des publics fragiles, à transformer le crédit d'impôt en aides directes, sous la forme d'une prestation (ou de l'ajustement de prestations existantes), plus équitable en fonction des revenus. Un rapport (non publié) de l'IGF avait recensé, en 2014, 28 dispositifs de soutien au secteur (onze mesures fiscales, sept mesures sociales et dix aides directes) et 16 évolutions entre 2005 et 2014.

4.3.3. Rationalisation de la réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes accueillies en établissement

Le code général des impôts prévoit une réduction d'impôt au bénéfice des personnes qui vivent en EHPAD ou en USLD à hauteur de 25 % du montant des dépenses qu'ils supportent et dans la limite de 10 000 € par personne. Par construction, une telle réduction d'impôt bénéficie uniquement aux personnes imposées, pour un montant total de 302 M€ en 2019. Selon le rapport du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge de 2018, 462 000 personnes en bénéficient.

Une étude de la DREES montre qu'au total l'aide publique à l'hébergement est ciblée sur les faibles revenus et les revenus élevés, mais que les revenus intermédiaires sont les moins aidés. En effet, l'aide sociale à l'hébergement des départements solvabilise les plus faibles revenus, l'aide au logement bénéficie aux ménages très modestes tandis que la réduction d'impôt bénéficie aux ménages aisés, redevables de l'impôt. Par conséquent, les personnes âgées en établissement dont les ressources sont comprises entre 1 000 € et 1 600 € par mois sont les moins aidées.

Le rapport Libault, (proposition 128) préconisait de créer une prestation spécifique dégressive en fonction des ressources et qui remplacerait l'allocation logement[122] et la réduction d'impôt. Si cette réforme d'ensemble n'est pas retenue, une autre piste consisterait à supprimer la réduction d'impôt et à revoir le barème de l'APL en établissement pour réduire le reste à charge des personnes aux ressources comprises entre 1 000 et 1 600 €.

Comme étape préalable d'amélioration de la proportionnalité des aides, il est possible de réduire le plafond de dépenses éligibles à la réduction d'impôt de 10 000 € à 5 000€ ; le gain serait de 110 M€.

4.4. Les financements privés

Qu'il s'agisse de santé ou de retraite, le système français de protection sociale comporte déjà une couverture complémentaire au socle public. En matière d'autonomie, comme une part des aides publiques (essentiellement à destination des personnes âgées) est déjà fonction des ressources, il est logique de favoriser des solutions de financement privé pour ceux qui bénéficieront peu de celles-ci. Elles contribueraient à la solvabilisation du reste à charge, mais par nature ne constituent pas des recettes de la branche.

[122] La suppression de l'allocation logement en EHPAD aurait un effet sur le conventionnement de ces établissements et partant sur leur éligibilité aux financements du logement social et leur décompte dans la part de logements sociaux dans les communes.

4.4.1. L'assurance privée

Selon la fédération française des assurances (FFA), 7,41 millions de personnes disposent à fin 2019 d'une couverture contre le risque de dépendance[123]. Les cotisations versées s'élèvent à 814 M€ en 2019, pour 6 Md€ de provisions techniques. La cotisation annuelle moyenne est de 390 € ; la rente mensuelle moyenne versée est de 576 €.

Pour améliorer la qualité de l'offre assurantielle, la FFA a initié en 2013 la mise en place d'un label dit GAD (garantie assurance dépendance) s'articulant autour de dix engagements clés permettant de garantir la qualité et l'intérêt pour l'assuré de l'offre proposée.

La FFA et la fédération nationale de la mutualité française (FNMF) ont fait part à la mission d'une proposition commune relative à la mise en place d'un dispositif d'assurance complémentaire généralisé pour la prise en charge de la perte d'autonomie (limitée aux GIR 1 et 2[124]). Ce dispositif constituerait un mécanisme d'assurance obligatoire en répartition provisionnée qui serait arrimé aux couvertures complémentaires santé responsables[125]. Dès sa mise en place, les personnes âgées devenant dépendantes seraient couvertes, contrairement à une assurance en capitalisation.

Le financement de cette assurance complémentaire serait organisé via un pool de coassurance qui garantit et provisionne les sinistres, pool composé d'une participation de l'ensemble des organismes complémentaires qui collecteraient une ressource qu'ils lui reverseraient. Il assurerait le versement des rentes (en GIR 1 et 2) et piloterait à long terme le dispositif.

Le niveau des cotisations et des garanties obtenues pourrait être calibré selon l'âge à partir duquel commencerait l'affiliation à cette assurance obligatoire. Selon la FFA et la FNMF, à titre illustratif, l'ampleur du dispositif pourrait varier de la façon suivante :

- pour la mutualisation la plus large (garantie dépendance arrimée aux contrats santé à partir de 22 ans), avec la garantie la plus élevée (500 € par mois), la cotisation représenterait environ 9,1 € par mois soit 16 % de la cotisation santé moyenne ;
- si le choix était fait d'ajouter la garantie dépendance aux contrats santé à partir de 62 ans, toujours avec une garantie de 500 € par mois, la cotisation représenterait 23,3 € par mois et 25 % de la cotisation santé moyenne ;
- si le choix était fait d'ajouter la garantie dépendance aux contrats santé à partir de 62 ans, mais avec une garantie limitée à 300 € par mois, la cotisation représenterait 14 € par mois et 15 % de la cotisation santé moyenne.

L'International Longevity Center France propose une alternative, également par répartition, mais qui serait basée sur une cotisation obligatoire à une assurance publique.

La mission rejoint le rapport Libault sur le fait que la création d'une assurance privée obligatoire présente des inconvénients importants. Adossée à la complémentaire santé responsable, une telle mesure conduirait à renchérir significativement les contrats d'assurance santé, au risque d'accroître la non-assurance. Ce type de dispositif entrainerait un transfert de charges intergénérationnel au détriment des actifs. Par ailleurs, s'agissant d'un dispositif par répartition, rien ne démontre que l'acceptabilité sociale d'une cotisation privée obligatoire soit supérieure à celle d'un prélèvement obligatoire.

---

[123] Le terme de dépendance est utilisé systématiquement sur ces marchés, et donc repris dans les développements qui suivent.

[124] Les assureurs considèrent qu'à ce niveau de perte d'autonomie, il leur est possible de reconnaître automatiquement le « Girage » effectué par les départements.

[125] Seuls les non souscripteurs d'une complémentaire santé ne cotiseraient pas et ne seraient pas couverts. 95% de la population est couverte par une complémentaire santé.

Une amélioration du cadre existant de la couverture complémentaire facultative actuelle apparaît toutefois nécessaire, même si celle-ci restera relativement limitée dans sa couverture**.** Cette logique va dans le sens des travaux initiés par la FFA qui envisage de faire évoluer le label GAD pour améliorer les engagements en la matière.

Sur une logique similaire aux contrats santé responsables, il pourrait être prévu un mécanisme d'incitation fiscale à la souscription de contrats labellisés et encadrés réglementairement (déductibilité totale ou partielle des cotisations du revenu imposable, taux réduit de TSCA).

En matière de soutien aux aidants, des produits complémentaires à des contrats existants pourraient être proposés (notamment en garantie collective) afin de compenser la perte de revenus en cas de cessation ou de réduction d'activité, que cette baisse intervienne dans le cadre d'un congé de proche aidant ou non, à l'instar de certaines garanties proposées par les mutuelles santé en cas d'arrêts maladie.

Le rapport Libault proposait également d'étudier **l'introduction dans les contrats d'assurance multirisque habitation d'une offre de financement de l'adaptation du logement.** Les analyses tant de la FFA que de la direction du Trésor ne confortent pas l'intérêt de cette piste.

Une piste plus prometteuse serait relative à **la mobilisation des contrats d'assurance vie.** L'encours des contrats d'assurance-vie s'élevait fin 2019 à 1 788 Md€, en progression de 6 % sur un an. Aujourd'hui, lorsqu'une assurance-vie est transformée en rente, une fraction de la rente viagère est soumise à l'imposition sur le revenu et aux prélèvements sociaux en fonction de l'âge de l'assuré au moment de la conversion (de 70 % à moins de 50 ans à 30 % à partir de 70 ans). Afin d'inciter à transformer en rente les montants épargnés en assurance-vie au moment de l'entrée en dépendance, il pourrait être prévu un mécanisme permettant de réduire ou annuler la fiscalisation lorsque l'entrée en jouissance de la rente correspond à l'entrée en dépendance.

4.4.2. La mobilisation du patrimoine immobilier

Le taux de détention du patrimoine immobilier est de 69,6 % pour les personnes de 60 à 69 ans et de 73,9 % pour les personnes de 70 ans et plus. Le montant du patrimoine immobilier croît sensiblement avec l'âge : il atteint 202 300€ pour les personnes de 60 à 69 ans (188 700 € pour les personnes de 70 ans et plus).

Outre la vente, deux solutions permettent de retirer des rentes de biens immobiliers et de continuer à en disposer, la vente en viager et le recours au prêt viager hypothécaire :

- dans le viager traditionnel sur les marchés de gré à gré, le vendeur ne conserve que l'usufruit et perçoit un capital et des rentes viagères jusqu'à son décès. À sa mort, le bien revient au particulier acheteur. L'acheteur paye sur une durée inconnue pour recevoir un montant aléatoire (valeur du logement à la date du décès) ;
- le prêt viager hypothécaire est un prêt gagé sur le logement contracté par un ménage qui reste chez lui et reste propriétaire. Le ménage reçoit un capital et éventuellement des rentes jusqu'à son décès, remboursés à la banque lors de la vente du logement ou du rachat par les enfants.

Aucune des deux formules ne s'est développée de façon significative. La vente en viager reste un marché de niche (entre 5 000 et 8 000 ventes par an en France). Les prêts viagers hypothécaires introduits en 2008 et distribués par le seul Crédit Foncier se sont avérés très coûteux pour l'emprunteur notamment en raison de la difficulté de diversifier le risque de longévité dans l'environnement prudentiel bancaire. Leur distribution a depuis été arrêtée par le Crédit Foncier.

Les fonds viagers mutualisés (Certivia et Viagénérations), agissant comme intermédiaires entre des investisseurs et les vendeurs, aident à dépasser l'obstacle moral qui limite le recours au viager et à mutualiser le risque de longévité, encourageant les investissements sur ce marché, mais ils restent peu développés.

Le Trésor a formulé un ensemble de propositions utiles pour encourager le développement (ouvrir l'acquisition en viager aux SCPI, création d'un observatoire, labellisation à dimension sociale pour favoriser l'inclusion dans le portefeuille de biens des institutionnels gestionnaires d'actifs d'une proportion minimale de logements modestes, viager solidaire), mais **le viager restera un marché de niche**.

Une proposition plus novatrice a été avancée par la SOFIPAD (Société de financement pour l'autonomie et de la dépendance) visant à la création d'un « prêt immobilier dépendance »[126].

Ce prêt immobilier dépendance serait distribué par les banques uniquement à l'entrée en dépendance et garanti par le bien immobilier : le bien ne serait pas aliéné, le conjoint pouvant continuer à y vivre, et en cas de transfert en établissement, les héritiers pourraient le conserver au décès. La connaissance plus fine de l'espérance de vie de la personne au moment de son admission en dépendance permettrait de proposer des taux significativement inférieurs aux taux pratiqués sur le prêt viager hypothécaire. Pour garantir la solidité du produit, il est prévu que les mensualités du prêt soient plafonnées annuellement à une fraction de la valeur du bien en cas de dépendance partielle puis totale. Les mensualités du prêt pourraient évoluer en fonction de la perte d'autonomie.

Au décès, seuls les montants effectivement versés seraient à rembourser. Le remboursement du prêt serait assuré par la vente du bien ou par les héritiers sur la succession ou leurs disponibilités. Les études réalisées par la SOFIPAD montrent que dans le cas central, le mécanisme serait calculé de sorte que les héritiers conserveraient entre 60 % et 65 % du capital.

Un tel mécanisme nécessite toutefois une garantie dans les situations où la valeur du prêt n'est pas intégralement couverte par la vente du bien (en cas de sur-longévité ou de très forte baisse du marché immobilier). Un schéma de garantie est proposé par la SOFIPAD qui prendrait en charge la différence dans ce type de situations et couvrirait le risque de longévité, émettrait des titres obligatoires pour assurer le financement de cette garantie et serait financée par un pourcentage de la valeur des emprunts. Une garantie de dernier ressort via le fonds de garantie de l'accession sociale à la propriété[127] (FGAS) est envisagée, et reste à expertiser.

4.5. Le recours aux prélèvements obligatoires

Si le financement du soutien à l'autonomie devait pour partie recourir à des prélèvements obligatoires, les possibilités sont par nature très nombreuses. Celles listées dans cette partie le sont de par leur lien avec le sujet de la perte d'autonomie, notamment parce qu'elles ont été évoquées lors des différentes concertations. Deux d'entre elles (4.5.2 et 4.5.3) n'avaient pas été listées dans le questionnaire relatif au financement, mais ont été ajoutées suite aux entretiens avec les administrations.

[126] La proposition n° 165 du rapport Libault l'envisageait pour les seuls GIR 1 et 2.

[127] Le FGAS a été créé par les pouvoirs publics en 1993, en même temps qu'ils supprimaient le circuit spécialisé de prêts aidés (les PAP) distribués par des établissements spécialisés (Crédit foncier et Crédit immobilier de France) pour s'assurer que les emprunteurs modestes auraient toujours accès au crédit à des conditions identiques à celles accordées aux autres emprunteurs. En cas de difficulté de paiement, la garantie du FGAS intervient au profit de la banque quel que soit le motif de non-paiement. La société de gestion du FGAS (la SGFGAS) est une société anonyme dont les seuls actionnaires sont les banques de la place accordant des prêts garantis.

4.5.1. Instauration d'une deuxième journée de solidarité

La journée de solidarité a été instituée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Depuis la loi du 16 avril 2008, les modalités d'accomplissement de cette journée, initialement le lundi de Pentecôte, sont fixées par accord d'entreprise ou d'établissement ou à défaut par accord de branche.

En contrepartie de cette journée travaillée mais non payée, les employeurs publics et privés versent une contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) à hauteur de 0,3 % de la masse salariale (ce montant correspondant au surcroît estimé de valeur ajoutée d'un jour de travail). La LFSS 2013 a institué une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) identique de 0,3 % assise sur les préretraites et sur les pensions de retraite et d'invalidité.

En 2020 (montant non réévalué consécutivement à la crise sanitaire), la journée de solidarité devait permettre de collecter 2,948 Md€ au bénéfice des personnes âgées et des personnes handicapées, dont 2,132 Md€ au titre de la CSA et 817 M€ au titre de la CASA.

La suppression d'un jour férié, en augmentant le temps de travail par salarié, augmente la productivité par tête. Cette hausse de productivité, équivalente à sept heures de travail, serait de 0,46 % sous l'hypothèse que la productivité horaire reste inchangée. Toutefois, l'amélioration à court terme de la productivité dépend de la position de l'économie dans le cycle : en bas de cycle, les entreprises sont contraintes sur leurs débouchés, et pas sur leurs facteurs de production.

Si la suppression d'un jour férié était accompagnée, sur le modèle de 2004, d'un doublement du taux de la CSA pour le porter à 0,6 point, **l'impact brut supplémentaire sur les finances publiques serait à court terme de l'ordre de 2,3 Md€, et l'effet net sur les finances publiques de l'ordre de 1,9 Md€** (toutes administrations publiques (APU), en neutralisant la prise en compte de la hausse du taux de CSA pour les employeurs publics). Si le doublement de la CSA ne portait que sur les revenus d'activité (et non aussi sur ceux du capital), l'effet net serait de 1,6 Md€.

L'instauration d'une deuxième journée de solidarité pèserait principalement sur les actifs, avec donc un fort effet de redistribution intergénérationnelle vers les retraités personnes âgées (même si ceux-ci pourraient aussi être touchés par une augmentation équivalente de la CASA, qui rapporterait environ 800 M€ à assiette identique), dont le niveau de vie est plus élevé que celui des actifs.

Le rapport Libault indiquait que cette mesure avait été débattue mais « *n'est pas apparue opportune à ce stade dans la mesure où sont privilégiées les options de financement sans hausse de prélèvements obligatoires* ». Les partenaires sociaux consultés par la mission sont dans l'ensemble défavorables à une deuxième journée de solidarité. Côté employeurs, une des fédérations (cf. annexe V) demande qu'à tout le moins sa contrepartie soit la suppression d'un jour férié, et pas à nouveau dépendante de négociations de branche ou d'entreprise.

4.5.2. Recentrage à 2,5 SMIC des allègements de cotisations patronales

Le coût des différents dispositifs d'allègement du coût du travail s'élèverait à 60,5 Md€ en 2020 (prévisions de juin 2019), soit près de 2,5 points de PIB (hors dispositifs d'exonération spécifiques). Si les réductions de cotisations se sont beaucoup développées depuis 2012, de récents travaux d'évaluation montrent que l'effet de ces dispositifs sur l'emploi et la compétitivité est très incertain quand ils ne sont pas ciblés sur les niveaux de rémunérations les plus faibles.

Dans une note d'analyse de 2019, le Conseil d'analyse économique propose notamment de revenir sur les réductions du coût du travail au-delà de 2,5 voire 1,6 SMIC. Sur la base de cette proposition, la direction générale du Trésor analyse qu'un recentrage sur les bas salaires permettrait de dégager des marges de manœuvre budgétaires, tout en limitant les conséquences sur l'emploi.

Une analyse macroéconomique a été réalisée consistant à supprimer les allègements de cotisations employeur au-delà de 2,5 SMIC. La réduction de 1,8 point du taux de cotisation famille s'appliquerait ainsi jusqu'à 2,5 SMIC au lieu de 3,5 SMIC comme actuellement, en revenant sur l'extension qui avait été réalisée par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2016.

Selon le Trésor, la hausse induite du coût du travail entrainerait certes une hausse des prix de production qui réduirait légèrement la compétitivité, mais, toutes choses égales par ailleurs, elle n'aurait que peu d'impact sur l'activité, qui reculerait très légèrement de - 0,01 pt de PIB, à horizon de 5 ans. À long terme, la dégradation de l'activité serait d'environ 0,02 pt de PIB. Au-delà de son effet macroéconomique, elle représente néanmoins une augmentation des cotisations, à rebours des orientations générales de baisse des charges et impôts pesant sur les entreprises.

La mise en œuvre de cette mesure pourrait se faire de façon progressive (passage de 3,5 SMIC à 2,5 SMIC en deux années) et si elle était décidée devrait être mise en œuvre à une échéance probablement éloignée de l'actuel bas de cycle. **La réduction de l'exonération de 1,8 point du taux de cotisations famille de 3,5 SMIC à 2,5 SMIC permettrait d'affecter au financement de la branche autonomie 1,1 Md€ (net d'IS)**.

4.5.3. Limitation à un plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) de l'abattement de 1,75 % pour frais professionnels applicable sur la CSG

L'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale prévoit un abattement au titre des frais professionnels sur le calcul de l'assiette de la CSG et de la CRDS des salariés. Il a été institué pour assurer l'égalité devant les charges publiques entre salariés et indépendants, compte tenu du fait que ces derniers peuvent déduire leurs frais professionnels de l'assiette sociale.

Cet abattement de 1,75 % est calculé sur le montant brut des rémunérations inférieures à quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale (4 PASS soit dans la limite de164 544 € bruts annuels pour 2020). Le plafonnement à 4 PASS a été introduit en loi de finances pour 2011 et le taux d'abattement est passé de 5 % à 1,75 % au 1er janvier 2012. Selon le PLFSS pour 2020, cet abaissement du taux d'abattement est « *la contrepartie de la prise en charge croissante des frais professionnels des salariés directement par leurs employeurs, notamment en matière de transport, de frais de repas et de téléphonie mobile* ».

Le plafonnement à 4 PASS de cet abattement pour frais professionnels conduit à offrir un avantage en réduction de la CSG et de la CRDS pour des salariés ayant des rémunérations élevées, même si l'avantage financier est limité, puisqu'il peut aller jusqu'à 279 € par an.

Une limitation à 1 PASS de cet abattement conduirait à restreindre l'avantage pour les actifs rémunérés au-delà de 41 136 € bruts annuels. L'abattement serait ainsi plafonné à 70 € annuels pour les salariés rémunérés au-delà d'1 PASS. La perte serait au maximum de 209 €, soit 0,13 % de diminution du salaire net. Compte tenu de la répartition des salaires chez les actifs, la mesure ne toucherait pas aux salaires inférieurs à 3 428 € bruts par mois (soit 87 % des salariés).

Elle ferait toutefois peser ce financement de la branche autonomie sur les actifs en emploi, donc avec un effet intergénérationnel. Il faudrait également pouvoir le justifier sur le plan juridique.

La réduction à 1 PASS du plafond de l'abattement pour frais professionnels de 1,75 % applicable sur la CSG-CRDS procurerait une recette complémentaire de 150 M€.

4.5.4. Alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs

La LFSS pour 2018 a porté le taux normal de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité de 6,6% à 8,3%. Ce taux de 8,3 % est applicable en fonction d'un seuil de revenu fiscal de référence : les bénéficiaires de petites retraites ou de pensions d'invalidité de faible montant peuvent, selon leur RFR, soit être exonérés de CSG, soit se voir appliquer un taux réduit (3,8 %).

La loi du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales a rétabli le taux de CSG applicable antérieurement au 1er janvier 2018, soit 6,6 %, pour les personnes dont le montant de pension (pour un retraité seul et sans autre revenu) est inférieur à 2 000€ nets en 2019[128]. Cette mesure a permis que près de la moitié des personnes qui avaient supporté la hausse de CSG de 1,7 point en 2018 en soient exonérées à partir du 1er janvier 2019. L'introduction du taux intermédiaire a eu un coût de 1 462 M€ sur les retraites et de 33 M€ sur l'invalidité en 2019. Désormais, le barème des prélèvements sur les retraites et l'invalidité comprend donc quatre étages selon le niveau de revenu fiscal de référence du ménage.

Le taux normal à 8,3 % de la CSG des retraités, à revenus identiques, reste inférieur de 0,9 point à celui des actifs (9,2 %) alors même que la logique de la CSG est de taxer de façon identique les revenus d'un même montant, quelle qu'en soit l'origine.

Malgré la hausse de CSG intervenue en 2018, le niveau de vie des retraités est en moyenne plus élevé que celui de l'ensemble de la population, et a été préservé dans la crise sanitaire actuelle, à l'inverse de celui de beaucoup d'actifs. Le conseil d'orientation des retraites[129] analyse que la rémunération moyenne nette des actifs baisserait de 5,3 % entre 2019 et 2020 alors que la pension moyenne nette serait quant à elle en hausse de 1,2 % sur la période. Le niveau de vie moyen des retraités serait ainsi de 110 % de celui des actifs.

Si l'on fait l'hypothèse que les taux réduit et intermédiaire resteraient inchangés, respectivement à 3,8 % et 6,6 %, l'alignement de la CSG sur le taux normal viserait ainsi les foyers fiscaux retraités concernés par le taux de 8,3 %, dont le revenu fiscal de référence est supérieur à 22 941 €. D'après les études d'impact conduites sur les réformes précédentes, la part des foyers fiscaux retraités concernés par ce taux serait de l'ordre de 29 %.

Cette mesure conduirait à rehausser de nouveau le taux de CSG pour les retraités après celle de 2018 et poserait une question d'acceptabilité politique, malgré les éléments rappelés ci-dessus sur leur niveau de vie relatif.

Pour réduire les effets de la mesure sur les pensions nettes, il pourrait être proposé plusieurs ajustements :

- une montée en charge progressive de cette mesure sur plusieurs années (par exemple en trois années à raison de 0,3 points par an) permettant d'éviter une baisse des pensions puisqu'elles seraient parallèlement revalorisées chaque année sur l'inflation ;
- une suppression en parallèle de la cotisation d'assurance maladie de 1 % applicable sur les retraites complémentaires. Cette cotisation dont le rendement est de 850 M€ est applicable aux retraités dont les pensions sont assujetties aux taux de CSG de 6,6 % et de 8,3 % ;

[128] Le critère retenu est le revenu fiscal de référence.

[129] « Retraite et Covid 19, point de situation », Conseil d'orientation des retraites, juin 2020.

- l'intégration de la CASA dans l'objectif d'alignement du taux de CSG sur le taux normal. Les 0,3 % de CASA dont sont redevables les retraités dont les pensions sont assujetties au taux de CSG de 6,6 % et de 8,3 % seraient transformés en 0,3 % de CSG et l'effort à réaliser pour parvenir à l'alignement de la CSG pour les retraités serait donc de 0,6 point et non plus de 0,9 point.

L'alignement du taux normal de CSG des retraités sur celui des actifs en contrepartie de la suppression de la cotisation de 1 % applicable sur la retraite complémentaire, mesure qui pourrait s'effectuer avec une montée en charge sur trois ans, **et la neutralisation des gains liés à la suppression de cette cotisation maladie pour les pensions assujetties à 6,6 %, générerait une recette pour les finances publiques de 780 M€.**

4.5.5. Réduction de l'abattement de 10 % pour le calcul de l'impôt sur le revenu des retraités et interaction avec la CSG

Les pensions et retraites font l'objet d'un abattement de 10 % pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Cet abattement ne peut être inférieur à 393 €, sans pouvoir excéder le montant des pensions ou des retraites et il s'applique dans la limite d'un plafond de 3 850 €. L'abattement bénéfice à 14,5 millions de ménages pour un coût total de 4,515 Md€ pour l'année 2019.

Cet abattement fait le parallèle avec la déduction forfaitaire qui prévoit pour les salariés un abattement de 10 % représentatif des frais professionnels, dès lors qu'ils n'ont pas opté pour la justification sur frais réels.

Ce parallèle entre ces deux abattements ne se justifie pas, dans la mesure où les retraités n'ont plus à supporter des frais professionnels. Cette situation a été particulièrement critiquée par la Cour des comptes[130] qui a ainsi estimé que « *l'abattement de 10 % sur les pensions, qui n'a guère de justifications et réduit la progressivité de l'impôt sur le revenu des retraités, devrait être réexaminé*».

L'avantage accordé par l'abattement de 10 % a non seulement des effets sur l'impôt sur le revenu mais aussi sur d'autres avantages fiscaux ou sociaux dont le bénéfice ou le montant dépendent du caractère imposable des personnes ou du niveau du revenu fiscal de référence. C'est notamment le cas du bénéfice de certaines prestations comme l'APA. Plus fondamentalement, cela peut également jouer sur le taux de CSG applicable aux pensions (cf. 4.5.6) compte tenu du fait que le RFR détermine le taux de CSG applicable.

L'impact actuel serait d'environ 4,5 Md€ en cas de suppression totale. Toutefois, du fait de la réforme du barème de l'IR en 2020, cet impact devrait être un peu moindre. La mise à contribution des retraités pourrait aussi être envisagée, à travers l'abaissement progressif du plafond de l'abattement fiscal de 10 %.

Une autre option serait de cibler la mesure en réduisant de moitié le plafond de cet abattement (qui passerait alors de 3 850 € par foyer à 1 925 €), ce qui génèrerait une hausse d'impôt sur le revenu de l'ordre de 1,5 Md€.

4.5.6. La CSG déductible de l'impôt sur le revenu des retraités

S'agissant de l'articulation entre la CSG et l'impôt sur le revenu, une option consisterait à appliquer le même niveau de CSG déductible (3,8 points) pour tous les taux de CSG remplacement. Cela conduirait à augmenter l'imposition des seuls retraités redevables de la CSG au taux de 6,6 % et 8,3 % et aurait pour effet d'augmenter la non-déductibilité respectivement de 0,4 point et de 2,1 points.

[130] « Situation et les perspectives des finances publiques », Cour des comptes, juin 2011.

L'augmentation de la non déductibilité serait neutre dès lors que la pension brute est inférieure à 1 700 € par mois (pour une personne seule ayant pour unique revenu une pension de retraite) et impliquerait une augmentation de l'imposition de 20 € en moyenne jusqu' à 2 300 € par mois de pension, pour un gain de 800 M€.

4.5.7. Extension de l'assiette de la CSA et/ou de la CASA

La contribution de solidarité pour l'autonomie, au taux de 0,3 %, repose sur la même assiette que les cotisations patronales affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. De ce fait, la CSA ne s'applique pas à certains éléments de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité : il existe en effet un écart entre l'assiette des cotisations patronales maladie prévue à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et l'assiette de la CSG prévue à l'article L. 136-2 du même code. Ainsi :

- sont notamment incluses dans l'assiette de la CSG, mais exclues de l'assiette des cotisations sociales (donc de la CSA), les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement, de la participation, et de la participation de l'employeur aux plans d'épargne et au financement des prestations de protection sociale complémentaire. Ces sommes sont en effet assujetties à un forfait social au taux de droit commun de 20 % (par dérogation, des taux de 8 %, 10 % et 16 % peuvent trouver à s'appliquer). D'autres assiettes (retraite chapeau, attribution gratuite d'action et stock-option) présentent des prélèvements spécifiques à la charge de l'employeur ;
- la CSA fait souvent partie des prélèvements qui font l'objet d'exonération dans le cadre des nombreux dispositifs de niches sociales. C'est notamment le cas depuis 2014 dans le cadre de la réduction générale de cotisations et contributions sociales (allègements généraux). Les moindres recettes associées à la prise en compte de la CSA dans le calcul des exonérations sociales est chiffré à 285 M€ dans le PLFSS pour 2020 ;
- depuis 2004, la CSA était également applicable aux revenus de patrimoine et de placements. Toutefois, la LFSS pour 2019 a refondu cette contribution dans le prélèvement de solidarité (prévu par l'article 235 *ter* du code général des impôts) notamment pour permettre que les personnes qui ne résident pas fiscalement en France mais perçoivent des revenus de source française y soient assujetties. Dans le cadre de cette réforme, les prélèvements sociaux sur les revenus du capital, à l'exception de la CRDS et de la CSG, ont été réaffectés à l'État et ont été simplifiés. Le taux de CSG a été aligné sur celui des revenus d'activité, la CSA a été supprimée et un nouveau prélèvement de solidarité au taux de 7,5 % a été créé et affecté au budget de l'État ;
- par ailleurs, sont exonérées de la CASA au taux de 0,3 % les prestations de retraite versées sous forme de rente ou de capital issues d'un plan d'épargne retraite lorsque ces prestations correspondent à des versements volontaires. Et la CASA ne s'applique par sur les autres revenus de remplacement (indemnités journalières maladie, chômage).

En étendant la CSA aux revenus de remplacement, le législateur a rapproché cette contribution de la CSG ou de la CRDS, assises sur une assiette universelle au sens où l'ensemble des revenus contribuent au financement de la protection sociale.

En conséquence, par équité avec les salariés**, l'extension d'une contribution de solidarité aux revenus d'activité des travailleurs indépendants (qui bénéficient des prestations comme l'APA) pourrait être proposée. L'application d'un taux unique de 0,3 %,** identique au taux applicable aux salariés **entrainerait un gain de l'ordre de 250 M€.** Pour tenir compte de l'impact de la crise sanitaire sur les revenus des indépendants, cette mesure pourrait être progressive sur 3 ans ; et il serait également possible de faire varier le taux de CSA en fonction du revenu des travailleurs non-salariés.

Une option, plus ambitieuse, constituerait à asseoir l'assiette de la CSA sur la même assiette de revenus d'activité que la CSG et la CRDS. Le développement ces dernières années des formes de rémunération alternative et leur importance grandissante dans la rémunération des salariés justifierait leur assujettissement à la CSA dans le cadre d'un financement global de la perte d'autonomie. Néanmoins cet assujettissement pourrait aller à l'encontre des réformes récentes sur l'épargne salariale qui ont eu pour but d'alléger le forfait social dû sur ces sommes afin d'en inciter le recours. L'ampleur du prélèvement demeurerait toutefois limitée.

Une extension de l'assiette de la CSA sur ces compléments de salaires (uniquement pour les salariés), dont le taux reste faible et aurait donc peu d'impact individuel, **générerait un gain d'environ 240 M€. Si par parallélisme la CSA des travailleurs indépendants était également assise sur l'assiette de CSG, le gain serait de l'ordre de 360 M€.**

S'agissant de la CASA, l'absence d'assujettissement à cette contribution pour certains revenus de remplacement (bénéficiaires des indemnités journalières ou des allocations chômage notamment) remet en cause la logique d'universalité qui s'applique à cette contribution. **Une extension de la CASA à ces revenus générerait un rendement de 100 M€.**

L'ensemble de ces mesures d'extension de la CSA ou de la CASA pourrait être mises en place progressivement sur trois ans, pour lisser l'effort demandé.

4.5.8. Instauration d'un prélèvement sur les transmissions de patrimoine

Selon une note d'analyse de France Stratégie de 2017[131], entre 1980 et 2015, le patrimoine net des français a été multiplié par trois, passant de 3 500 à 10 600 Md€, et il représente huit années de revenu disponible des ménages, contre quatre années et demie en 1980. Cette augmentation du patrimoine s'est accompagnée d'une concentration accrue de la richesse : les 10 % des ménages les plus fortunés possèdent la moitié du patrimoine. L'augmentation de la valeur du patrimoine n'a pas été non plus uniforme : en 1986, le patrimoine net médian des trentenaires était 45 % plus élevé que celui des plus de 70 ans, et en 2015, il est trois fois plus faible.

Le vieillissement de la population conjugué à l'augmentation des prix de l'immobilier ont conduit à une augmentation annuelle du nombre de transmissions, pour un montant qui atteint 280 Md€ en 2019. Ces flux représentent 19 % du revenu disponible net des ménages, contre 8,5 % en 1980. L'âge moyen à l'héritage en ligne directe est de 50 ans, à un moment où les charges des enfants sont moindres.

Les transmissions sont taxées en moyenne à un taux de 5,5 %, par l'intermédiaire des droits de mutation à titre gratuit (DMTG) dont le rendement de 15,3 Md€ reste limité par rapport à l'assiette car seule une petite minorité des successions donne lieu à un prélèvement : sur les 280 Md€ d'assiette de transmission, seuls 55 Md€ représentent la part taxable.

Les successions et les donations font l'objet d'une fiscalité spécifique et complexe, selon un barème progressif qui fait intervenir de nombreux critères ; les abattements d'assiette et de taux varient avec le degré de parenté entre l'individu décédé et son héritier. Le barème tient compte des donations du défunt reçues par l'héritier sur les quinze dernières années, et de la nature de certains actifs qui sont exonérés totalement ou partiellement de droits de succession.

[131] « Comment réformer la fiscalité des successions ? », France Stratégie, janvier 2017.

Le barème actuel concentre les prélèvements obligatoires sur les successions en ligne collatérale qui représentent 10 % des flux de transmissions du patrimoine mais 50 % du rendement des DMTG. Le barème en ligne directe compte sept tranches, mais avec des ampleurs très importantes pour certaines (la tranche à 20 % concerne les transmissions dont la part taxable se situe entre 15 932 € et 552 324 €, la tranche à 30 % celles dont la part taxable se situe entre 552 324 € et 902 838 €).

Les donations aux enfants en ligne directe bénéficient d'une exonération de droits à hauteur de 100 000 €, de 80 724 € entre époux et partenaires d'un PACS, et de 31 865 € pour les petits enfants. Ces abattements peuvent profiter à une même personne plusieurs fois de suite, dès lors que les donations sont faites avec un intervalle de temps minimum, fixé à 15 ans

Lors des débats sur le projet de loi « dette sociale et autonomie » en commission sociale à l'Assemblée Nationale, un amendement a proposé d'instaurer une taxe de 1 % sur tous les actifs successoraux, ce qui rejoint une proposition de la CFDT. Alternativement, la base pourrait être celle des droits de mutation à titre gratuit pour ne pas impacter les petites successions. Cette éventualité a aussi été débattue dans le cadre de la concertation « Grand âge et autonomie » en visant les successions d'un montant important.

Un prélèvement social, à taux très faible, assis sur les transmissions de capital à titre gratuit (successions et donations) pourrait s'appliquer selon les mêmes modalités et sur la même assiette que les DMTG existants, ce qui permet de garantir une cohérence avec le système fiscal actuel, de préserver les faibles successions ou donations et de rendre la mesure facilement réalisable sur le plan opérationnel.

Ce prélèvement pourrait être de 0,8 % ou de 1,0 % pour un rendement de 400 M€ ou 500 M€.

Cette augmentation de la fiscalité aurait des effets limités in fine : les taux de droits les plus importants jouent sur des montants de faible niveau en valeur absolue et s'imputent sur des héritages et donations bénéficiant déjà des abattements les plus favorables. Par exemple, dans l'hypothèse d'un héritage de 120 000 € après abattements, pour un enfant en ligne directe le prélèvement de 1 % supplémentaire s'élèverait à 200 €, soit une progression 0,2 % par rapport à l'héritage. Pour un neveu, les prélèvements augmenteraient de 700 €, ce qui représente une hausse de 1,82 % de la fiscalité.

Pour rendre plus progressif le barème des DMTG, il serait aussi possible de créer une nouvelle tranche de 25 % pour des transmissions dont la part taxable se situe entre 284 128 € et 552 324 € (à mi-chemin des actuelles tranches à 20% et 30%)**. Le gain serait de 200 M€.**

******

Les choix relatifs au financement du soutien à l'autonomie sont par nature politiques, et fonction de leurs effets intergénérationnels, de leur impact macroéconomique, et de leur sensibilité. Le tableau 3 récapitule les mesures examinées, leur chiffrage et les principaux avantages ou inconvénients de chacune d'entre elles.

Pour se conformer à la demande de la lettre de mission, le tableau 4 qui suit synthétise à titre illustratif ce que pourrait être un ensemble de mesures (hors financements privés) dont le produit serait conforme aux enveloppes qui avaient été demandées : de l'ordre de 1 Md€ dès 2021, et entre 3 et 5 Md€ à l'horizon 2024, auxquels s'ajouterait en 2024 le transfert de 0,15 point de CSG depuis la CADES.

Tableau 3 : Liste des mesures envisageables

Dispositifs	Gain	Calendrier	Avantage	Inconvénient
1. Mesures de réaffectation de recettes				
Affectation anticipée de CSG et allongement de la CADES	4 300	2021-2024	Hausse limitée du poids de la dette sociale	Révision du modèle de la CADES
Versement du FRR pour financer le pan d'investissement	420	2021-2025	Pas d'impact sur les assurés	Réorientation du rôle du FRR
Récupération de la TSCA affectée à Action Logement	300	Dès 2021	Utilisation des réserves	Lien indirect avec la perte d'autonomie
Swap de taux de 0,10 % entre la PEEC et une contribution additionnelle	400	À partir de 2023	Neutralité sur le coût du travail	Révision du modèle d'Action Logement
Transferts de branche famille	150	À horizon 2024	Dépenses faiblement dynamique compte tenu de la natalité	Articulation avec les enjeux de la politique familiale
2. Économies et réduction de niches				
Régulation de la dynamique de l'AAH	400	À horizon 2024	Dynamique forte non régulée aujourd'hui	Bénéficiaires de minimum social
Économies sur l'APA (base ressources, conjugalité et télégestion de l'APA)	440	Uniquement en flux	Plus grande justice et efficience dans le bénéfice de l'APA	Enjeu du reste à charge
Suppression du bénéfice de l'exonération « public fragile » sur seul critère d'âge	180	Dès 2021	Mise en cohérence du dispositif avec le critère de perte d'autonomie	Mesure à rendement limité compte tenu des allègements de droit commun
Plafonnement à 6 000 € du crédit d'impôt services à la personne pour les activités de « confort »	400	En quatre ans	Recentrage des soutiens et mise en cohérence	Effet possible sur l'emploi à domicile
Plafonnement à 5 000 € de la réduction d'impôt pour l'hébergement en EHPAD	110	En cinq ans	Recentrage des soutiens et mise en cohérence	Effet sur le reste à charge des personnes redevables de l'IR

Dispositifs	Gain	Calendrier	Avantage	Inconvénient
3. Mesure de prélèvements obligatoires				
Instauration d'une deuxième journée de solidarité	2 300	Dès 2021	Rendement et cohérence avec le financement actuel	Effet sur l'emploi et complexité
Plafonnement à 2,5 SMIC du bandeau famille	1 100	En deux ans	Pas d'effet emploi	Hausse du coût du travail
Plafonnement à 1 PASS (au lieu de 4 PASS) de l'abattement de 1,75 % de CSG	150	En trois ans	Cible les hauts revenus	Perte de pouvoir d'achat
Extension de la CSA aux revenus d'activité des indépendants	250	En trois ans	Universalité et équité du financement	Hausse des prélèvements sur les indépendants
Extension de la CSA aux compléments de salaires (épargne salariale, PERCO, participation de l'employeur aux complémentaires)	240	En trois ans	Universalité et équité du financement	Hausse des prélèvements sur l'assiette du forfait social
Extension de la CASA aux revenus de remplacement (indemnités journalières et allocations chômage)	100	En trois ans	Universalité et équité du financement	Hausse des prélèvements sur des revenus limités
Alignement du taux de CSG des retraités en contrepartie de la suppression du 1% maladie	780	En trois ans	Universalité et équité du financement	Effort déjà réalisé par les retraités en 2018
Réduction de l'abattement de 10 % à l'impôt sur le revenu pour les retraités	1 500	Possible en plusieurs fois	Correction d'un avantage des retraités à l'IR	Enjeu d'équité entre actifs et inactifs
Alignement de la part non déductible de la CSG sur les retraités	800	Possible en plusieurs fois	Vise les retraités imposables et rétablit une équité entre eux	Paiement de l'IR sur une part de CSG
Application d'une contribution de solidarité pour l'autonomie de 0,8 % sur les successions	400	Dès 2021	Taux limité et redistribution de l'effort intra-générationnel	Impact sur les successions déjà fiscalisées
Révision du barème par l'ajout d'une tranche à 25 % pour les successions	200	Dès 2021	Taux limité et redistribution de l'effort intra-générationnel	Impact sur les successions déjà fiscalisées

Source : Mission.

Tableau 4 : Chronique de financement envisageable

Mesures envisageables	2021	2022	2023	2024	2025	Pérenne
1. Mesures de réaffectation de recettes	**720**	**770**	**1 220**	**1 270**	**1 270**	**850**
Versement du FRR	420	420	420	420	420	0
Récupération de la TSCA d'Action Logement	300	300	300	300	300	300
Swap de taux de 0,10 % avec la PEEC	0	0	400	400	400	400
Transfert de la branche famille	0	50	100	150	150	150
2. Économies et réduction de niches	**180**	**490**	**800**	**1 110**	**1 420**	**1 530**
Régulation de la dynamique de l'AAH	0	100	200	300	400	400
Économies sur l'APA	0	88	176	264	352	440
Suppression exonération sur seul critère d'âge	180	180	180	180	180	180
Plafonnement à 5 000 € du RI en EHPAD	0	22	44	66	88	110
Plafonnement à 6 000 € du CI SAP	0	100	200	300	400	400
3. Mesures de prélèvements obligatoires	**600**	**1 653**	**2 713**	**3 220**	**3 220**	**3 220**
Bandeau famille à 2,5 SMIC	0	550	1 100	1 100	1 100	1 100
Plafonnement à 1 PASS de l'abattement de CSG	0	150	150	150	150	150
Extension de la CSA - indépendants	0	83	167	250	250	250
Extension de la CSA - compléments de salaires	0	80	160	240	240	240
Extension de la CASA - IJ et chômage	0	33	67	100	100	100
CSG retraités en contrepartie du 1% maladie	0	157	469	780	780	780
Prélèvement de 0,8 % sur les transmissions	400	400	400	400	400	400
Tranche à 25 % sur les transmissions	200	200	200	200	200	200
Total	**1 500**	**2 913**	**4 733**	**5 600**	**5 910**	**5 600**

Source : Mission.

À Paris, le 15 septembre 2020

L'inspecteur général des finances

Laurent Vachey

Avec la collaboration de :

L'inspectrice des affaires sociales

Florence Allot

L'inspecteur des finances

Nicolas Scotté

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : **ÉCARTS TERRITORIAUX DANS L'ACCÈS AUX POLITIQUES DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE ET À L'OFFRE DE SANTÉ**

ANNEXE II : **PÉRIMÈTRE DE LA BRANCHE AUTONOMIE**

ANNEXE III : **GOUVERNANCE NATIONALE ET LOCALE DE LA BRANCHE AUTONOMIE**

ANNEXE IV : **MESURES DE FINANCEMENT**

ANNEXE V : **MÉTHODE ET RÉSULTATS DE LA CONCERTATION**

ANNEXE I

Écarts territoriaux dans l'accès aux politiques de soutien à l'autonomie et à l'offre de santé

Cette annexe a été réalisée avec le concours de Mme Yamilé ZEMIRLI (CNSA)

SOMMAIRE

1. LES MINIMA SOCIAUX EN LIEN AVEC LE SOUTIEN À L'AUTONOMIE 1

1.1. Les minima sociaux dans leur ensemble 1
1.2. L'allocation adulte handicapée (AAH) 2
1.3. L'allocation supplémentaire d'invalidité 3

2. LES PRESTATIONS DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE 4

2.1. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) 4
2.1.1. L'APA en établissement 5
2.1.2. L'APA à domicile 6
2.1.3. La prestation de compensation du handicap (PCH) 7
2.2. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) 9
2.3. Les pensions d'invalidité 10

3. L'AIDE SOCIALE DES DÉPARTEMENTS 12

3.1. L'aide sociale des département, dans leur ensemble 12
3.2. L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées 12
3.3. L'aide sociale à l'accueil des personnes handicapées 13

4. L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE 15

4.1. établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées 15
4.1.1. Les établissements et services pour adultes handicapés 15
4.1.2. Les établissements et services pour enfants handicapés 16
4.1.3. Les établissements et services pour personnes âgées dépendantes 16
4.1.4. Les actes infirmiers de soins (AIS) 17
4.2. L'équipement en places dans les ESAT 18
4.3. La scolarisation des enfants handicapés 19

1. Les minima sociaux en lien avec le soutien à l'autonomie

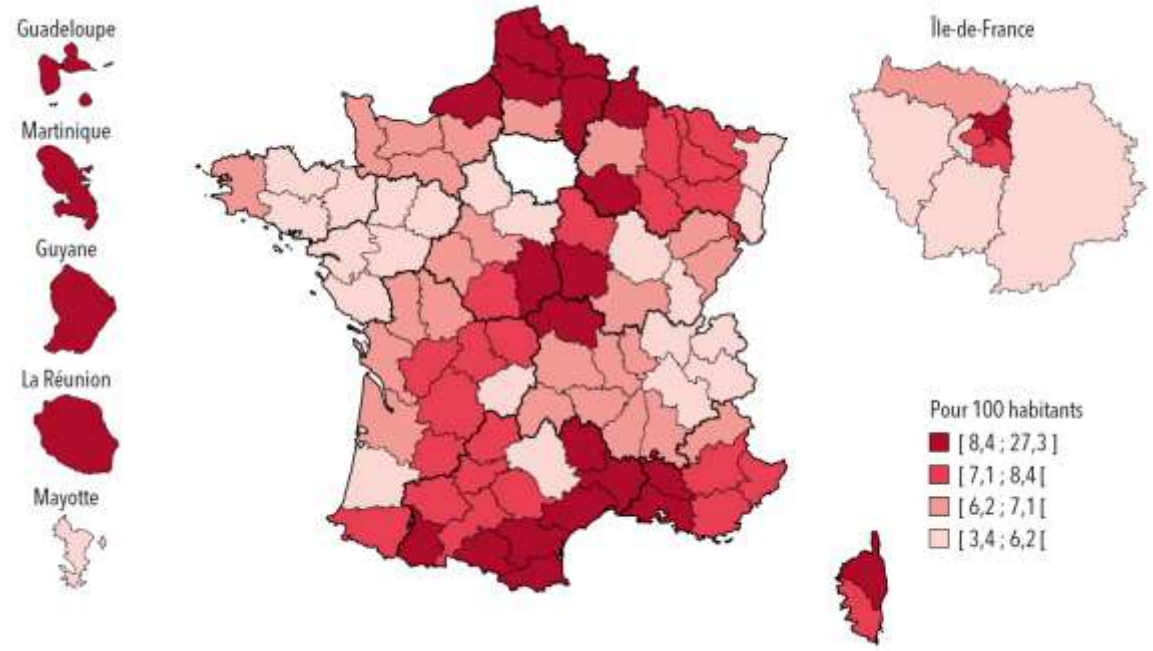
1.1. Les minima sociaux dans leur ensemble

Le graphique 1 présente la répartition géographique des allocataires de minima sociaux. Selon la DREES, en France, on compte en moyenne 7,7 allocataires de minima sociaux pour 100 habitants âgés de 15 ans ou plus.

La DREES note qu'une proportion élevée d'allocataires de minimas sociaux est présente dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), sur le pourtour méditerranéen et dans le Nord de la France :

- fin 2017, dans les DROM, près d'une personne de 15 ans ou plus sur quatre (21,4 %) est allocataire d'un minimum social, soit une part trois fois plus élevée qu'en France métropolitaine (7,3 %) ;
- en Métropole, la proportion d'allocataires est particulièrement élevée sur le pourtour méditerranéen où elle dépasse 9 %. Le cas de la Corse est spécifique du fait de sa pyramide des âges : un tiers de ses allocataires relèvent du minimum vieillesse ;
- les départements du nord de la France et celui la Seine-Saint-Denis concentrent aussi de fortes proportions d'allocataires, principalement d'âge actif. À l'inverse, les départements situés sur un axe Pays de la Loire-Île-de-France (hormis la Seine-Saint-Denis), ainsi que les départements du nord des Alpes, ont les taux d'allocataires les plus faibles (moins de 6 %).[1]

Graphique 1 : Part d'allocataires de minimas sociaux, fin 2017, parmi la population âgée de 15 ans ou plus



Source : DREES, Minima sociaux et prestations sociales, 2019.

[1] Minima sociaux et prestations sociales. Edition 2019, DREES.

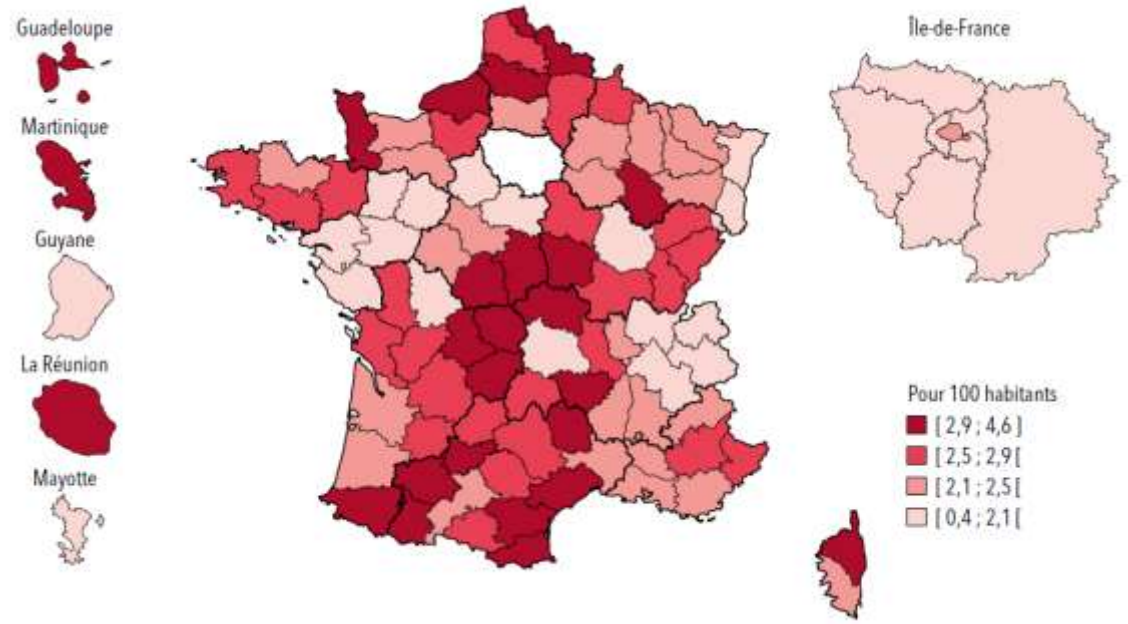
1.2. L'allocation adulte handicapée (AAH)

Le graphique 2 présente la répartition géographique des allocataires de l'allocation adulte handicapée (AAH). Selon la DREES, le nombre d'allocataires, rapporté à la population âgée de 20 ans ou plus, est de 2,3 % en 2017.

Cette part d'allocataires de l'AAH culmine dans les départements ruraux ou semi-urbains, notamment dans les départements du Centre et du Sud-Ouest. À l'opposé, elle est particulièrement faible en Île-de-France.

La DREES montre que trois-quarts des écarts entre départements s'expliquent par des facteurs sociodémographiques (âge, état de santé de la population, comportements à risques), sanitaires (offre d'hébergement dans les établissements dédiés aux personnes handicapées) et économiques (chômage, niveau de vie) du territoire. **Un quart des disparités peut relever de différences d'appréciations et de pratiques entre les acteurs locaux.**

Graphique 2 : Part d'allocataires de l'AAH parmi la population âgée de 20 ans ou plus

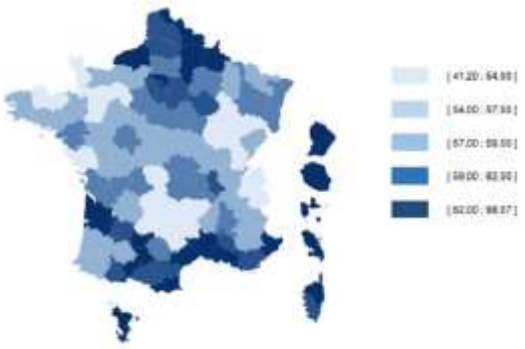


Source : DREES, Minima sociaux et prestations sociales, 2019.

Graphique 3 : Part des bénéficiaires de l'AAH à taux plein (2018)

Nombre de bénéficiaire pour1 000 personnes

Part des bénéficiaires à taux plein (en %)



Source : CNAF, MSA.

Selon le programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS pour 2020 (cf. graphique 3), la proportion de bénéficiaires de l'AAH à taux plein parmi l'ensemble des bénéficiaires, s'établit à 59,6 %. Elle est la plus faible en Lozère, dans le Cantal, en Mayenne, en Haute-Loire ou en Savoie et dépasse 70 % dans les DROM.

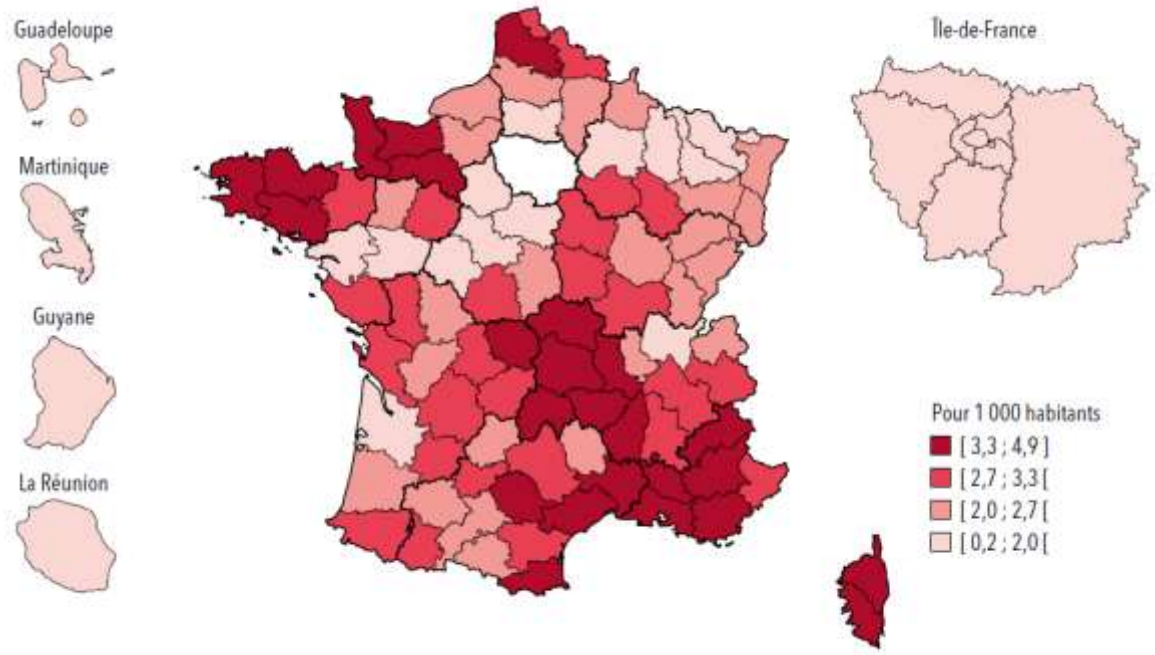
Les départements dans lesquels la part des bénéficiaires au taux plein est la plus élevée sont en moyenne davantage marqués par le chômage et de faibles niveaux de vie.

1.3. L'allocation supplémentaire d'invalidité

Le graphique 4 présente la répartition géographique des allocataires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). Selon la DREES, on compte en moyenne 2,4 allocataires de l'ASI pour 1 000 habitants âgés de 25 à 64 ans.

Leur part dans la population âgée de 25 à 64 ans est plus élevée dans les régions du pourtour méditerranéen (Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur), en Bretagne et dans le Massif central. Les taux d'allocataires les plus faibles se trouvent en région parisienne et dans les DROM.

Graphique 4 : Part d'allocataires de l'ASI parmi la population âgée de de 25 à 64 ans.



Source : DREES, Minima sociaux et prestations sociales, 2019.

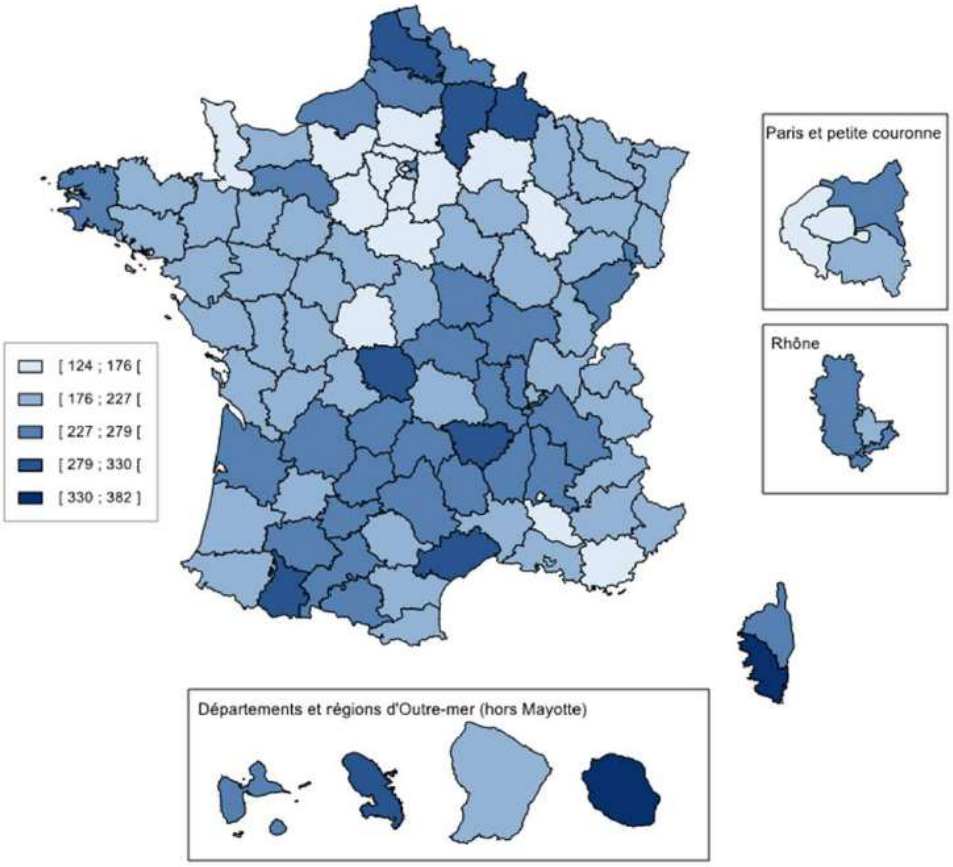
2. Les prestations de soutien à l'autonomie

2.1. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

D'après la DREES, parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 7,6 % bénéficient de l'APA. Selon les départements, ce taux varie de 3,6 % à 13,5 %. Dans deux-tiers des collectivités, il est compris entre 6 % et 9 %, soit entre environ 80 % et 120 % du taux national (cf. graphique 5).

Le programme de qualité et d'efficience rapporte quant à lui la part des bénéficiaires de l'APA parmi les plus de 75 ans. En effet, près de 90 % des bénéficiaires de l'APA ont 75 ans ou plus, fin 2017. Sur le territoire, le taux de bénéficiaires de l'APA (total des bénéficiaires de l'APA rapporté, pour chaque département, à la population des personnes âgées de 75 ans et plus) est variable d'un département à l'autre : de 124 à 382 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Cette disparité territoriale peut s'expliquer par différents facteurs : le niveau des ressources individuelles (l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, toutefois, une participation financière pouvant aller jusqu'à 90 % du plan d'aide reste à la charge des bénéficiaires lorsque leurs ressources sont supérieures à un plafond), l'hétérogénéité de l'état de santé par département, ou le plus ou moins grand isolement des personnes.

Graphique 5 : Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus, 2017



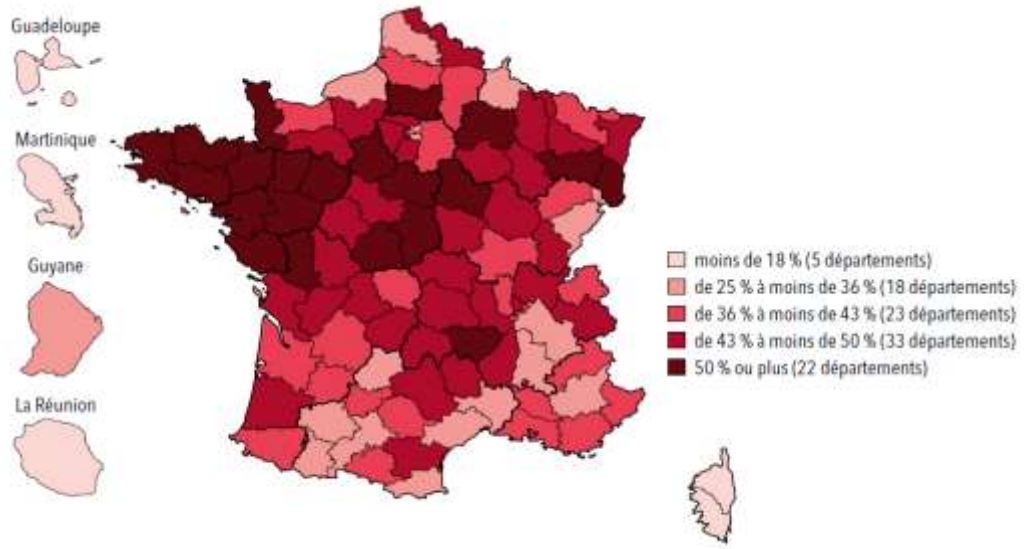
Source : DREES, l'aide et l'action sociales, 2019.

La répartition territoriale est cependant très différente entre les bénéficiaires de l'APA en établissements et ceux de l'APA à domicile.

2.1.1. L'APA en établissement

La DREES montre que la part de l'APA en établissement est très hétérogène puisque parmi les bénéficiaires de l'APA, la part de ceux résidant en établissement varie de 8 % à 70 % selon les départements. Cette part est prépondérante dans le nord-ouest de la France. À l'inverse, cette proportion est inférieure à 35 % dans le dernier cinquième des départements. Elle est particulièrement faible (inférieure à 18 %) en Corse et dans les DROM (cf. graphique 6).

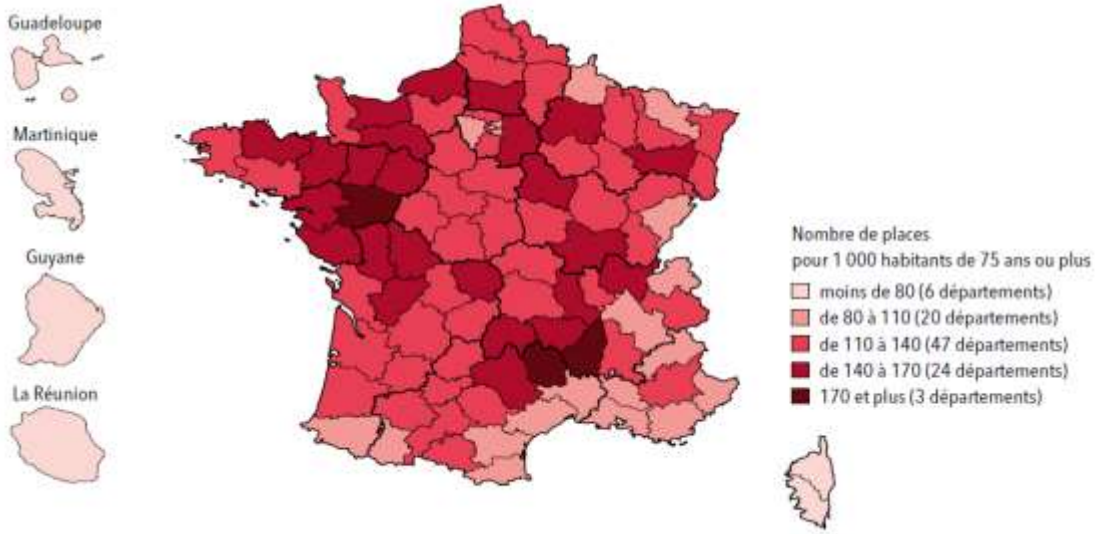
Graphique 6 : Part de l'APA en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires



Source : DREES, l'aide et l'action sociales, 2019.

La présence pondérant de bénéficiaires de l'APA en établissement dans le nord-ouest de la France est directement corrélée à la différence de taux d'équipement en place d'hébergement pour personnes âgées sur le territoire. Le taux d'équipement varie selon les départements : un quart d'entre eux disposent de moins de 110 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, un autre quart de plus de 140 places. Le quart nord-ouest regroupe une majorité de départements ayant les taux d'équipement les plus élevés (cf. graphique 7).

Graphique 7 : Taux d'équipement en place d'hébergement, fin 2015



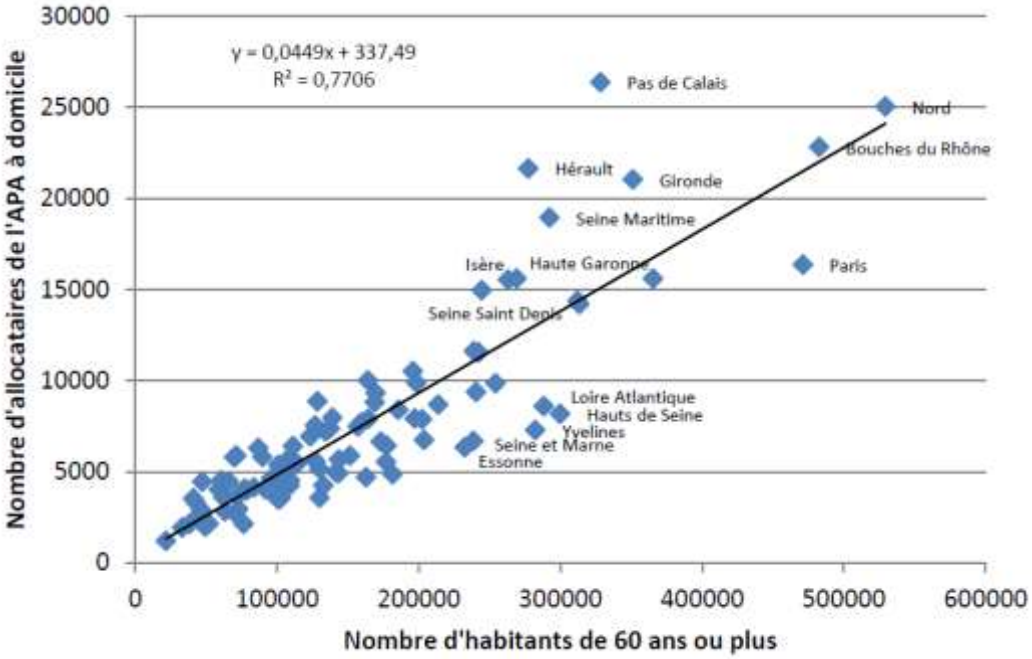
Source : DREES, l'aide et l'action sociales, 2019.

2.1.2. L'APA à domicile

Une étude de la DREES de juillet 2019[2] a analysé les disparités d'APA à domicile entre départements et permis de démontrer en partie les facteurs expliquant ces disparités (cf. graphique 8).

Le taux moyen de bénéficiaires de l'APA à domicile parmi les personnes de 60 ans et plus est de 4,9 %. Ce taux oscille entre 2,6 % (Yvelines) et 9,4 % (Haute-Corse). Le taux médian est de 4,8 %, et plus de la moitié des départements se situent dans une fourchette d'un point de plus ou de moins autour de cette médiane.

Graphique 8 : Nombre d'allocataires de l'APA à domicile en fonction du nombre d'habitants de plus de 60 ans dans le département considéré (2014)



Source : DREES, 2014.

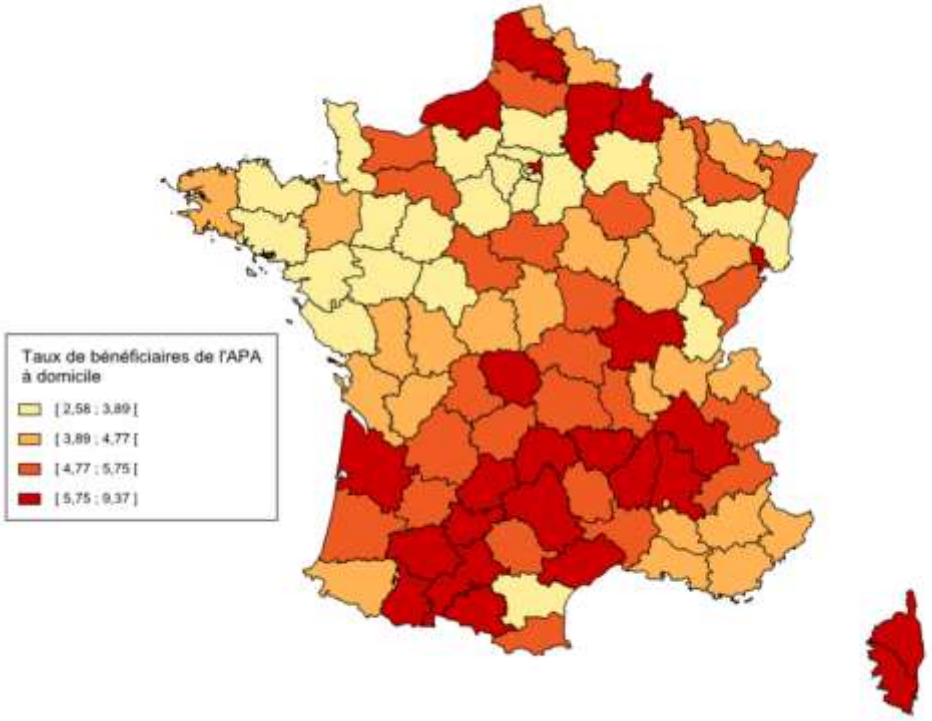
L'étude de la DREES distingue ainsi plusieurs groupes de départements :

- un groupe de départements ayant un faible taux de bénéficiaires (entre 2,5 % et 3,9 %) présentant les départements d'Île-de-France (sauf la Seine-Saint-Denis) et des départements du nord-ouest ou de la Bretagne ;
- des taux les plus élevés qui se trouvent :
  - dans le Nord de la France (Ardennes : 8,3 %, Pas-de-Calais : 8 %, et Aisne : 6,8 %) ;
  - en Occitanie avec trois départements (Aveyron : 7,2 %, Gers : 7,4 % et Hérault : 7,8 %) ;
  - en Corse (respectivement 9,4 % et 8,5 %) ;
  - la Gironde, et la Seine-Maritime.

[2] « Les disparités d'APA à domicile entre départements », Les dossiers de la DREES, juillet 2019.

Selon l'étude de la DREES les départements de l'Ouest (Bretagne et Pays de la Loire) et du Sud-Est du Massif Central sont ceux qui présentent l'offre de places en établissement la plus importante et leur taux de bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 ou 2 est faible. Ils peuvent accueillir davantage de personnes âgées en GIR 1 ou 2, qui ne seront donc plus bénéficiaires de l'APA à domicile mais de l'APA en établissement (cf. graphique 9).

Graphique 9 : Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile, tous GIR confondus (2014)



Source : DREES, l'aide et l'action sociales, 2019.

La DREES indique que les facteurs pouvant expliquer les variabilités d'APA à domicile sont la prévalence de la dépendance dans le département, des facteurs sociodémographiques (comme le taux de pauvreté ou la proportion d'anciens ouvriers ou d'anciens agriculteurs dans la population considérée) et l'offre locale (l'offre, dans chaque département, d'équipements et de services destinés à la prise en charge des personnes âgées) soit les taux d'équipement en SSIAD, en infirmiers libéraux, et en places d'établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ces facteurs n'expliquent toutefois qu'une partie du taux de bénéficiaires de l'APA à domicile puisque 40 % à 50 % de la variabilité entre départements des taux de bénéficiaires de l'APA à domicile ne sont pas expliqués.

2.1.3. La prestation de compensation du handicap (PCH)

Selon la DREES, en 2017 en France, 5,4 personnes sur 1 000 sont bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne). La répartition entre ces deux prestations est de 4,5 pour 1 000 pour la PCH et 0,9 pour 1 000 pour l'ACTP.

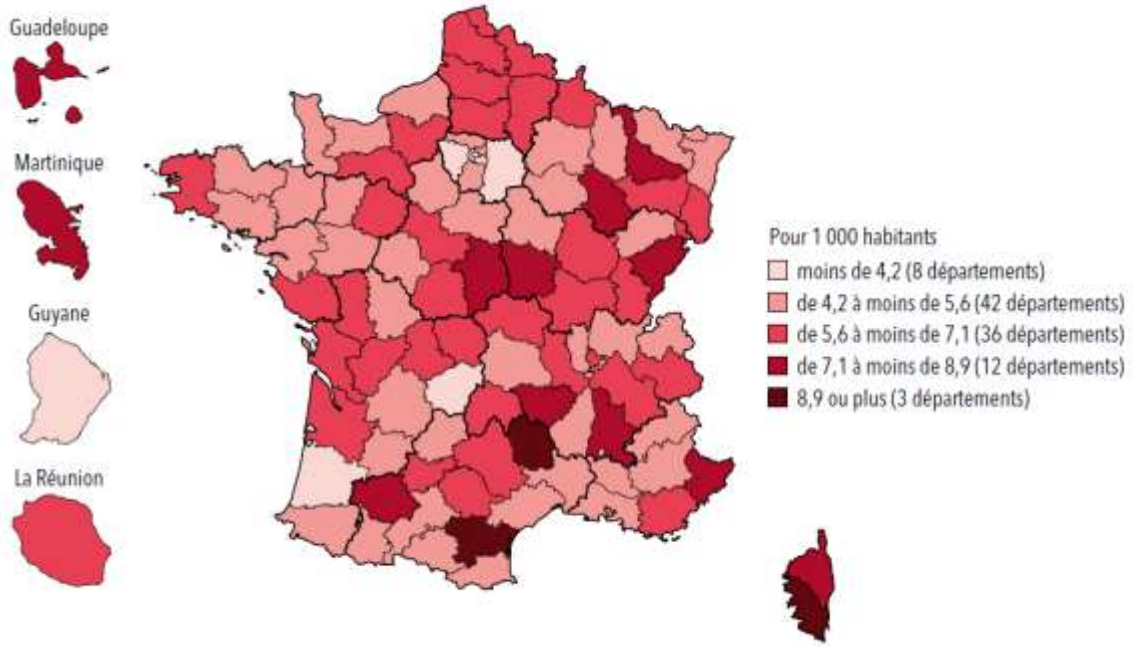
Elles se répartissent de façon inégale sur le territoire puisque la part des bénéficiaires va de 2,7 à 12,8 pour 1 000, selon les départements (cf. graphique 10). En effet, selon la DREES :

- 8 départements sur 10 ont un taux de bénéficiaires compris entre 4,2 et moins de 7,1 pour 1 000, soit entre 75 % et 125 % de la médiane qui s'élève à 5,6 pour 1 000 ;

- pour 12 collectivités, cette proportion est particulièrement élevée, puisqu'elle varie entre 7,1 et 8,9 pour 1 000, c'est-à-dire entre 125 % et 160 % de la médiane. Enfin, dans 3 départements, cette proportion dépasse 11 pour 1 000 ;
- à l'inverse, 8 collectivités se distinguent par des taux faibles, inférieurs à 4,2 pour 1 000 ;

La DREES explique ces disparités par plusieurs effets conjugués : des différences de prévalence du handicap, des différences de reconnaissance du handicap, une montée en charge différenciée dans les départements de la PCH et notamment en remplacement de l'ACTP, des effets de substitution entre APA et PCH pour les départements les plus vieillissants

Graphique 10 : Taux de bénéficiaires de la PCH (ou de l'ACTP) à fin 2017

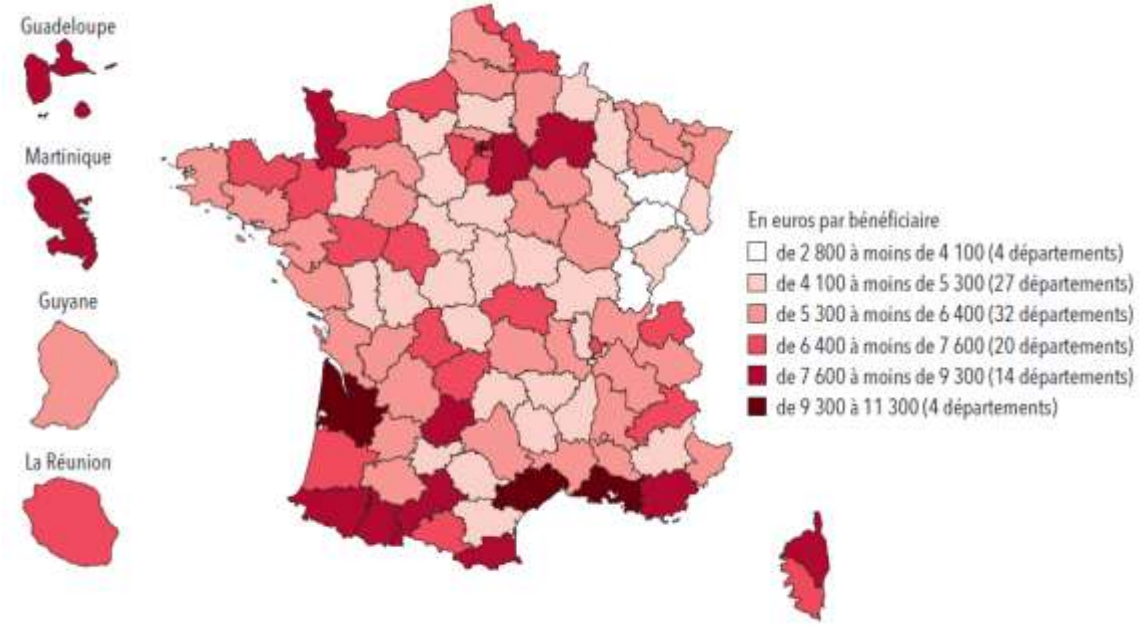


Source : DREES, l'aide et l'action sociales, 2019.

En termes de dépenses annuelles brutes de la PCH (ou de l'ACTP), on rencontre également une certaine disparité territoriale (cf. graphique 11). Les dépenses annuelles moyennes par bénéficiaire sont particulièrement hétérogènes sur le territoire et vont de 2 800 € à 11 300 € en 2017 avec une médiane à 5 900 € :

- dans un tiers des départements, ces dépenses annuelles varient entre 5 300 € et 6 400 € ;
- une trentaine de collectivités ont des dépenses plus faibles, dont 4 départements dont la dépenses est inférieure à 70 % de la médiane ;
- une vingtaine de collectivités ont une dépense comprise entre 6 400 et 7 600 €, et 14 dépensent de 7 600 et 9 400 €. Pour 3 départements les dépenses sont supérieures à 10 000 €.

Graphique 11 : Dépenses annuelles brutes de PCH et d'ACTP moyennes par bénéficiaire (2017)



Source : DREES, l'aide et l'action sociales, 2019.

2.2. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

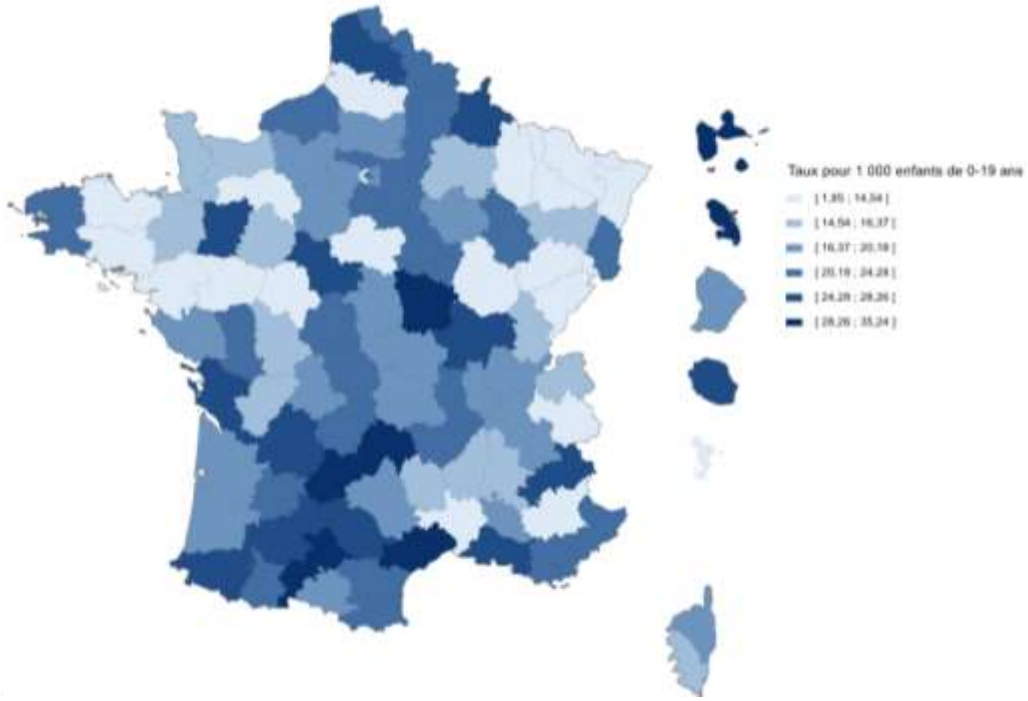
Le graphique 12 présente le taux de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) par département en France (taux pour 1 000 enfants de 0 à 19 ans).

- le nombre total de bénéficiaires de l'AEEH de base par département varie de 7,8 pour 1 000 pour l'Orne à 35,24 pour 1 000 dans le département de l'Hérault, soit un taux presque cinq fois supérieur. Le taux élevé du département du Nord n'est pas isolé, l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais et la quasi-totalité de l'ancienne Champagne-Ardenne ont un taux de bénéficiaires de l'AEEH supérieur à 19 pour 1 000. La Saône-et-Loire, la Nièvre, trois départements de l'Ouest de la France (Mayenne, Deux-Sèvres et Charente-Maritime) et les Hautes-Alpes affichent aussi un fort taux de bénéficiaires. De plus, un croissant se dessine autour de l'Aveyron et de la Lozère.
- les taux de bénéficiaires sont également élevés dans les DROM, à l'exception de Mayotte. Au contraire, les taux les plus faibles de bénéficiaires se trouvent au centre de la Bretagne (Côtes d'Armor et Morbihan), au sud et au Nord de la Mayenne (Orne et Maine-et-Loire) et sur la frontière Est de la France (Meuse, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Bas-Rhin, Territoire de Belfort, Doubs) ainsi qu'en Côte d'Or, Savoie et Gard.

À partir du test exact de Fisher[3], il n'est pas possible de conclure que les taux départementaux de bénéficiaires de l'AEEH varient selon le nombre d'enfants de 0 à 19 ans des départements.

[3] En statistique, le test exact de Fisher est un test statistique exact utilisé pour l'analyse des tables de contingence. Ce test est utilisé en général avec de faibles effectifs mais il est valide pour toutes les tailles d'échantillons. C'est un test qualifié d'exact car les probabilités peuvent être calculées exactement plutôt qu'en s'appuyant sur une approximation qui ne devient correcte qu'asymptotiquement comme pour le test du χ 2 utilisé dans les tables de contingence.

Graphique 12 : Part des bénéficiaires de l'AEEH en 2019 (taux pour 1 000 enfants de 0 à 19 ans)



Source : CNAF, 2019.

2.3. Les pensions d'invalidité

Dans son chapitre sur les pensions d'invalidité inséré au rapport public de 2019, la Cour des Comptes[4] a demandé à la CNAM de mener une analyse sur l'hétérogénéité territoriale dans les demandes et décisions d'attributions des pensions d'invalidité sur le territoire nationale. La CNAM a recensé l'ensemble des demandes et décisions d'attributions de pensions d'invalidité par CPAM entre 2010 et 2017 (cf. graphique 13). Pour 2017, le taux d'acceptation des demandes varie d'un à deux selon les départements (de 41 % à 86 % avec une moyenne nationale de 67 %).

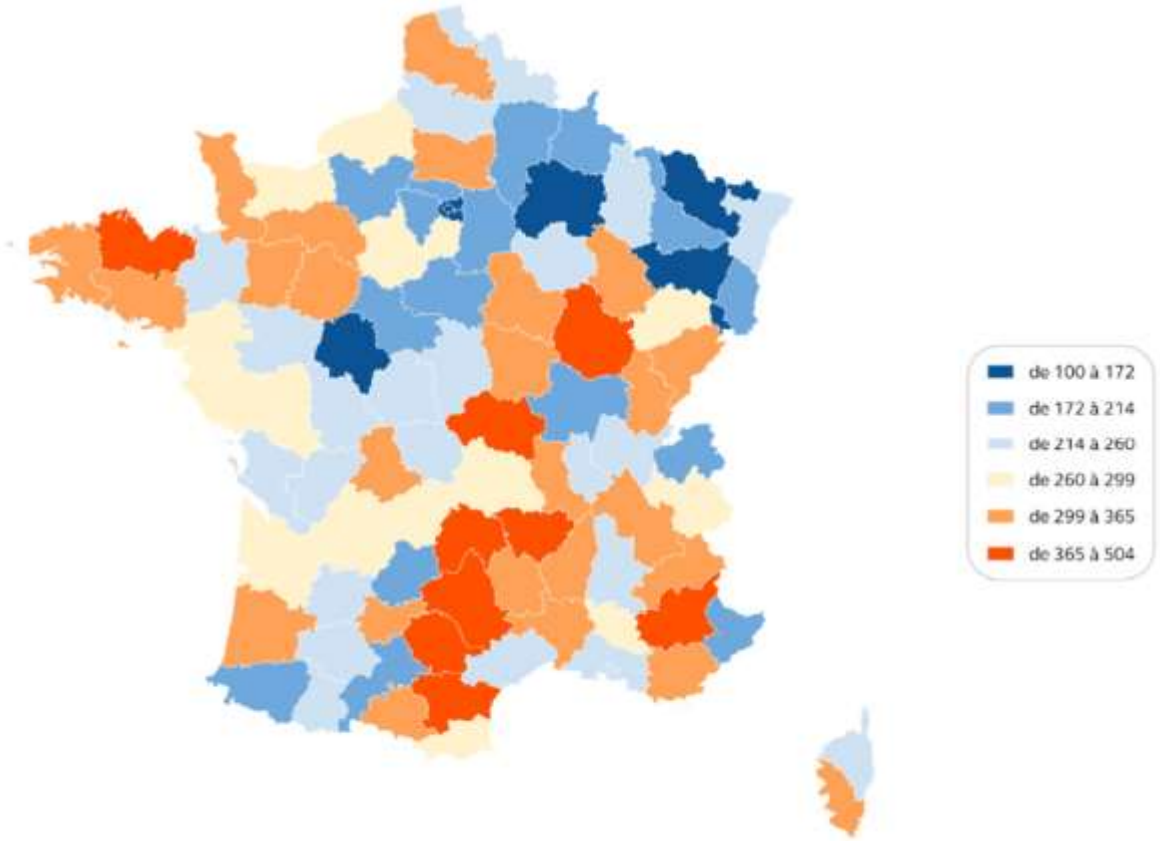
L'amplitude des écarts entre départements du nombre moyen d'attributions de pensions pour 100 000 assurés de 20 à 61 ans est encore plus forte : sur la période 2010-2017, elle va d'un à cinq (de 98 à 523 attributions pour 100 000 assurés, pour une moyenne nationale de 240).

La Cour des Comptes note que cette hétérogénéité s'observe aussi en matière de première attribution et de renouvellement de l'AAH.

[4] « Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés ». Chapitre IV au rapport annuel sur l'application de la LFSS, Cour des Comptes, 2019.

Annexe I

Graphique 13 : Nombre moyen d'entrées en invalidité pour 100 000 assurés du régime général (2010-2017)



Source : Cour des Comptes, d'après des données de la CNAM.

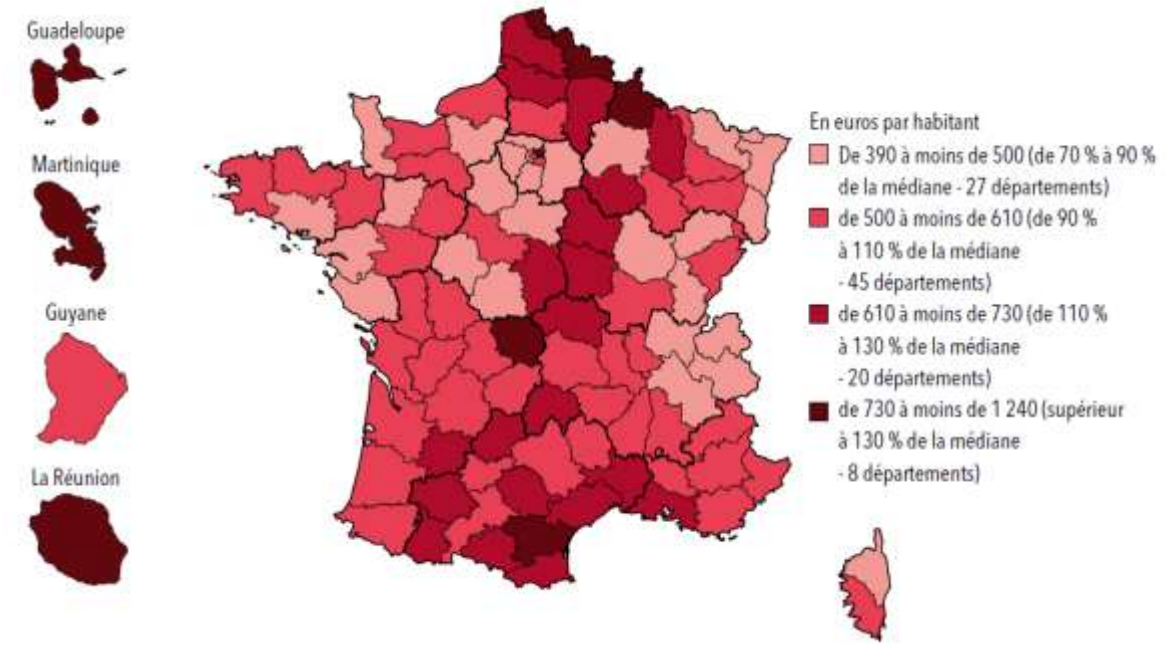
3. L'aide sociale des départements

3.1. L'aide sociale des départements, dans leur ensemble

Les mesures d'aide sociale comprennent les allocataires du RSA (hors RSA jeunes) et du RSO, les mesures d'aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées et d'aide sociale à l'enfance. Au niveau national, la dépense annuelle totale nette d'aide sociale des départements est de 570 € par habitant. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 560 € par habitant (cf. graphique 14).

Les dépenses relevant des domaines du RSA et des personnes âgées, pour lesquels les conditions d'attribution et le montant des aides sont fixés au niveau national, laissent relativement moins de marge de manœuvre aux départements : le rapport interdécile est de 1,1 pour les dépenses de RSA et 94 départements se situent à plus ou moins 10 % de la médiane. Pour les aides aux personnes âgées, les dépenses par bénéficiaire sont un peu plus variables (rapport interdécile de 1,3), mais moins que pour le handicap ou la protection de l'enfance pour lesquels les départements ont davantage de liberté (rapport interdécile de 1,6).

Graphique 14 : Dépenses annuelles totales d'aide sociale départementale, fin 2017



Source : DREES, aide et action sociales, 2019.

3.2. L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées

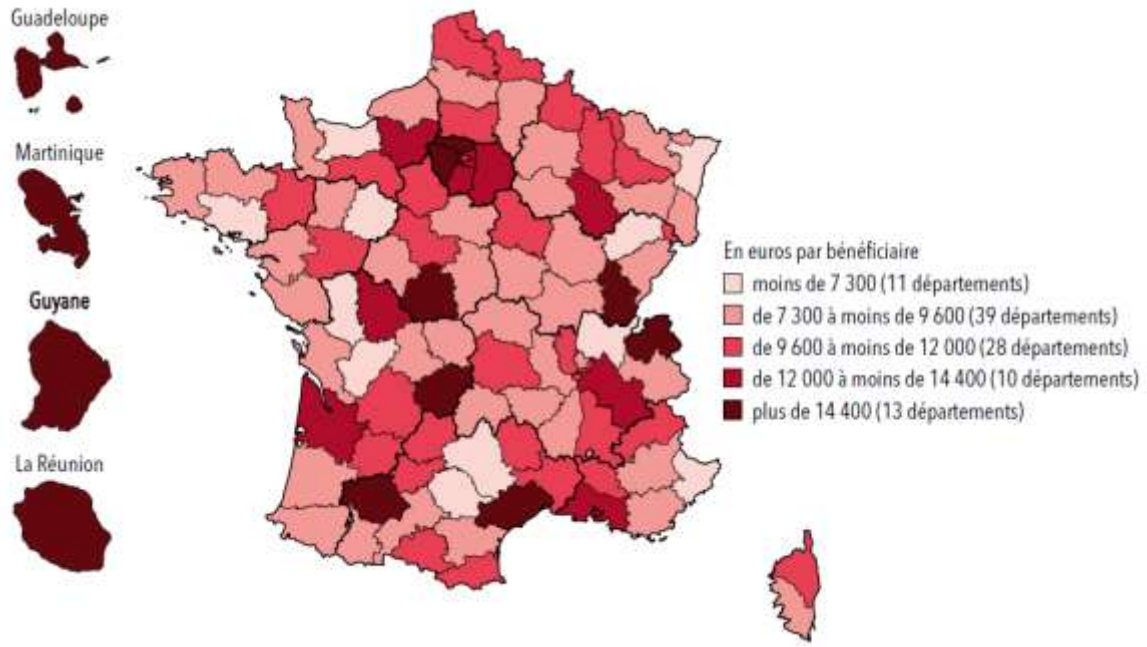
La dépense moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale à l'hébergement s'élève à 10 400 €, soit 870 € par mois, avec toutefois d'importantes différences selon les départements.

Selon la DREES, les deux tiers des collectivités présentent une dépense annuelle moyenne par bénéficiaire qui varie entre 7 300 € et 12 000 €, soit dans une fourchette assez large de plus ou moins 25 % autour de la médian. Onze départements se distinguent par des montants bien plus faibles (entre 40 % et 73 % de la valeur médiane).

L'ASH prend en charge la dépense d'hébergement de façon à ce que la personne conserve au moins 10 % de ses ressources initiales, une fois prise en compte sa participation à l'hébergement.

Certains départements vont plus loin et lui ajoutent un montant permettant de couvrir certaines autres dépenses (frais de tutelle et/ou d'assurance ainsi que d'autres charges ponctuelles ou exceptionnelles comme les frais d'obsèques, les dettes de loyer, les frais d'appareillage dentaire ou auditif non pris en charge par la sécurité sociale ou la mutuelle, la pension alimentaire…). Cette hétérogénéité de prise en charge explique une partie des disparités territoriales (cf. graphique 15).

Graphique 15 : Dépenses brutes annuelles moyennes d'ASH en établissement par bénéficiaire, en 2017



Source : DREES, aide et action sociales, 2019.

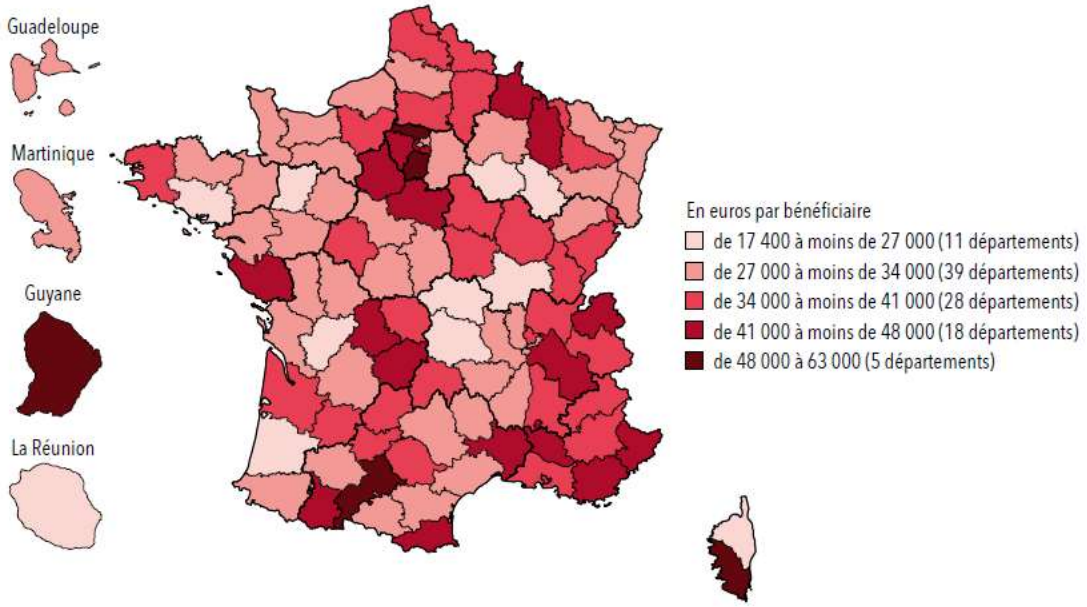
3.3. L'aide sociale à l'accueil des personnes handicapées

Les départements sont en charge de l'accueil des personnes handicapées adultes en foyer d'accueil médicalisé (où la sécurité sociale finance une dotation de soins), en foyers de vie et en familles d'accueil. Pour financer ces accueils, les personnes handicapées peuvent bénéficier, si leurs ressources personnelles ne sont pas suffisantes, d'une aide sociale procurée par les départements.

D'après les études de la DREES, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire varie du simple au quadruple d'un département à l'autre : d'environ 17 400 € à 63 000 € en 2017.

La moitié des départements consacrent moins de 34 000 € par an à leurs bénéficiaires alors qu'ils sont près du quart à leur attribuer plus de 41 000 €, soit au-delà de 120 % de la valeur médiane (cf. graphique 16).

Graphique 16 : Dépenses brutes annuelles d'aide sociale à l'accueil des personnes handicapées, en 2017



Source : DREES, aide et action sociales, 2019.

N.B : Les dépenses brutes d'aides à l'accueil comprennent celles liées à l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers. Les dépenses liées à l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), à l'aide à l'accompagnement en SAVS et Samsah et aux autres dépenses d'accueil ne sont pas prises en compte ici.

4. L'offre médico-sociale

4.1. établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées

Le programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées (2008-2012) prévoyait ainsi la création de 12 250 places pour les enfants et 29 200 pour les adultes (auxquelles s'ajoutaient 10 000 places d'établissements et services d'aides par le travail financées sur crédits d'État), soit 41 450 places. Le troisième plan Autisme entre 2013 et 2017 a permis l'autorisation de près de 6 600 places ainsi que l'installation d'environ 1 600 places.

4.1.1. Les établissements et services pour adultes handicapés

Le nombre de places installées en faveur des adultes handicapés progresse de façon soutenue sur la période 2014-2018.

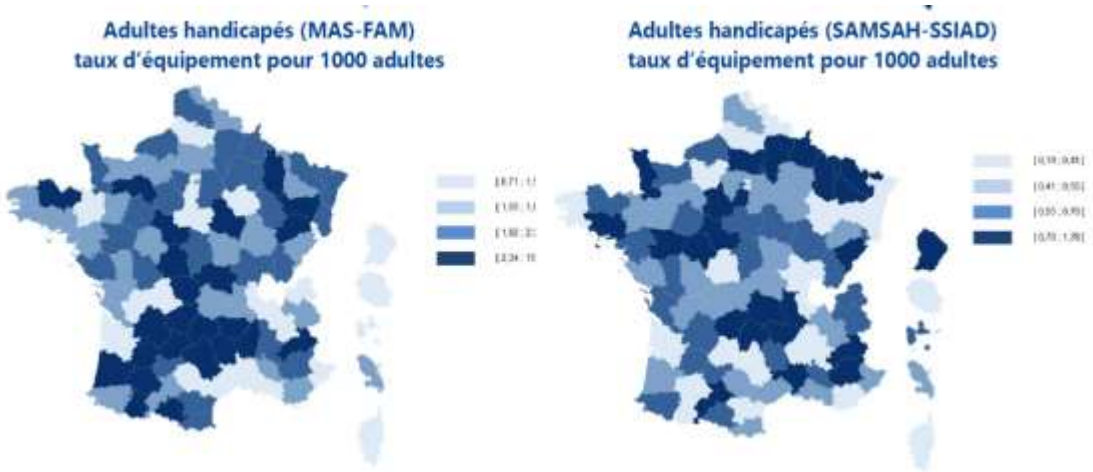
En 2018, apparaît une légère progression de la capacité en institution de + 1,1 % sur les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et sur les établissements spécialisés d'aide par le travail (ESAT) par rapport à 2017, institutions qui représentent au global, plus des trois quarts des capacités d'accueil du secteur PH.

Le taux d'équipement calculé sur le secteur des adultes concerne exclusivement les établissements et services médicalisés, ces données sont donc à analyser au regard de l'équipement non médicalisé qui constitue une offre complémentaire sur les territoires. La part de cet équipement est elle aussi très variable selon les départements (cf. graphique 17).

Pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans, on dénombre 3,13 places médicalisées.

À l'échelle départementale, les taux hors Mayotte et Lozère sont compris entre 1,7 place (Guyane, La Réunion et Charente) et 8,6 places pour 1 000 (Dordogne).

Graphique 17 : Taux d'équipement en établissement et services pour les adultes handicapés, en 2018



Source : Finess, traitements CNSA, Insee.

4.1.2. Les établissements et services pour enfants handicapés

Dans le secteur des enfants handicapés, près des deux tiers des départements présentent, en 2018, un taux d'équipement supérieur à la moyenne.

Selon le programme de qualité et d'efficience annexé au PLFSS 2020, il apparaît que pour les enfants handicapés, très peu de départements ont vu leur taux d'équipement diminuer par rapport à 2004.

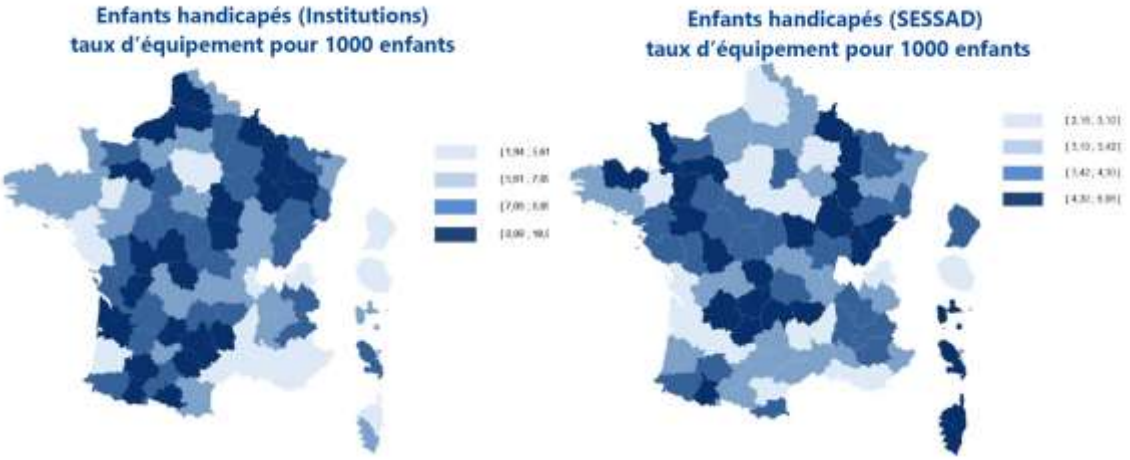
Cette diminution du taux d'équipement peut avoir plusieurs explications : une démographie particulièrement dynamique, des créations de places en internat (plus chères et donc moins nombreuses), ou enfin la baisse progressive des places antérieurement occupées par des enfants en provenance d'autres régions qui ont désormais la capacité d'offrir une solution à proximité du domicile de leurs ressortissants.

Pour les enfants, le taux d'équipement concerne exclusivement des établissements et services médicalisés (qui recouvrent l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les enfants) : il représente 9,85 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans.

À l'échelle départementale (cf. graphique 18), les taux sont compris entre 6 et près de 23 places pour 1 000 enfants (20 places, hors Lozère).

La Guyane et l'Île-de-France présentent les taux les plus faibles, plusieurs départements de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Mayotte et l'Ardèche ont également un équipement en structures médico-sociales relativement faible en comparaison de leur population.

Graphique 18 : Taux d'équipement en établissements et services pour les enfants handicapés, en 2018



Source : Finess, traitements CNSA, Insee.

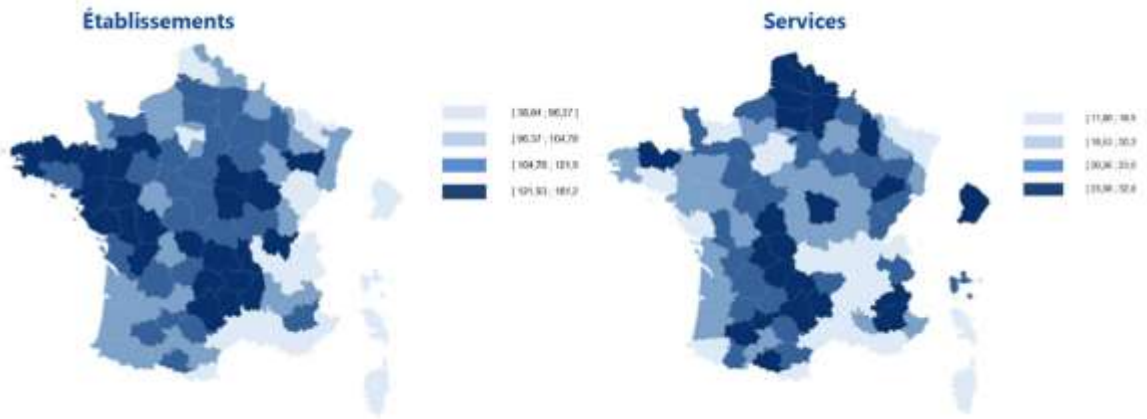
4.1.3. Les établissements et services pour personnes âgées dépendantes

Selon le programme de qualité et d'efficience, le taux d'équipement s'établit en 2018 à plus de 128,8 lits et places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans.

- les zones les mieux dotées en établissements, au regard du taux d'équipements pour 1000 personnes âgées, sont situés en grande partie dans l'Est et le Centre de la France. Les zones les moins dotées en établissements, au regard de ce même indicateur, sont en grande partie le Sud de la France, le Nord de la France ainsi que les DOM. On observe également une disparité en matière d'équipement en sein d'une même région par exemple en région Ile-de- France, où taux d'équipement varie de 35, 45 places à 106, 28 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans ;

- s'agissant des services, les zones les mieux dotées sont situées en grande partie dans le Nord de la France, une partie du Centre de la France et le Sud- Est de la France. Les zones les moins dotées en services sont en grande partie au Sud- Est de la France, où la densité de l'offre de soins infirmiers libéraux peut notamment expliquer cette situation. On observe également une disparité en matière d'équipement en Ile-de- France. La Guyane est, par ailleurs, bien dotée en services selon cet indicateur ;
- ainsi, en comparant les deux cartes (cf. graphique 19), on constate une disparité du nombre de places en établissements et du nombre des services en fonction des régions. Pour le Nord du territoire par exemple, la part des services est plus importante que celle des établissements. Une situation inverse est constatée dans le Centre de la France.

Graphique 19 : Taux d'équipement en établissement et services pour 1 000 habitants âgés de plus de 75 ans, en 2018



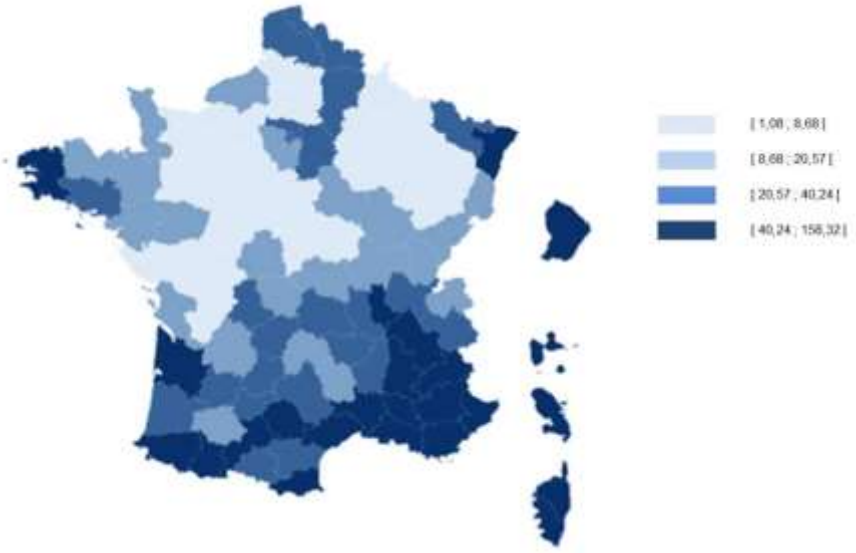
Source : Finess, traitements CNSA, Insee.

4.1.4. Les actes infirmiers de soins (AIS)

Selon le PQE, l'activité des infirmiers libéraux intervenant au domicile des personnes âgées dépendantes pour des actes infirmiers de soins (AIS) constitue un élément essentiel de l'offre de soins médicaux à domicile. Cette dépense continue d'apparaître très localisée en termes d'analyse géographique (cf. graphique 20), notamment dans le sud de la France :

- en termes d'analyse comparée, le rapprochement de l'offre libérale de soins infirmiers et des taux d'équipement médico-sociaux met en évidence que les régions ayant des taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux élevés sont caractérisés par un plus faible ratio d'AIS par habitant (c'est le cas en Centre Val-de-Loire, Pays-de-La-Loire, en Normandie et dans la région Grand Est, hors Alsace) ;
- inversement les régions du littoral méditerranéen et du bassin océanique sud (Corse, PACA et Occitanie) à fort volume d'AIS par habitant se caractérisent par des taux d'équipement bas. La dispersion du nombre d'AIS par habitant de 75 ans et plus est particulièrement importante et corrélée à la densité d'infirmiers libéraux.

Graphique 20 : Nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans par département, en 2018

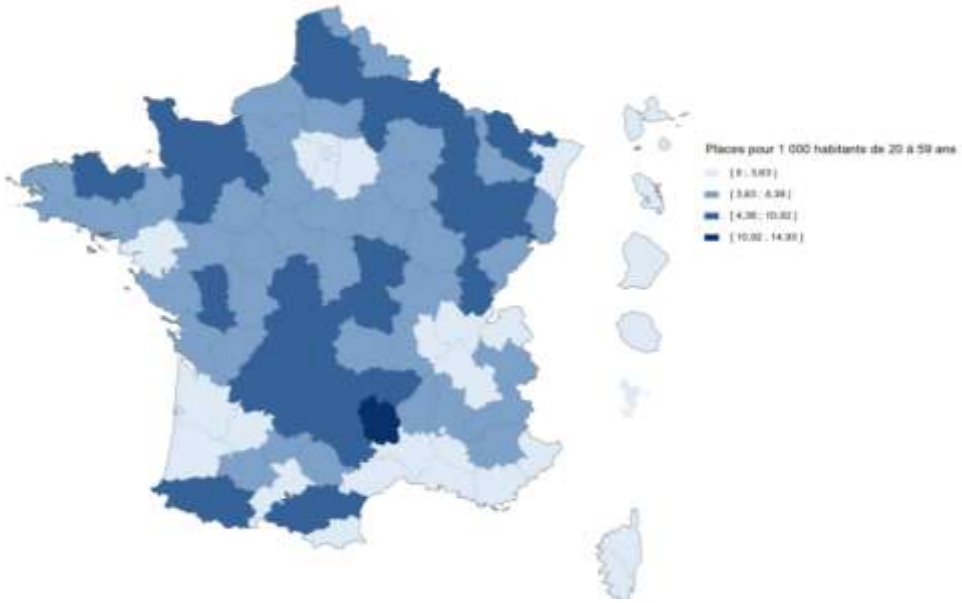


Source : Cnam, Insee.

4.2. L'équipement en places dans les ESAT

Les établissements et service d'aide par le travail (ESAT) ont une implantation variable selon le territoire (cf. graphique 21). D'après le PQE, les zones les mieux dotées, au regard du taux d'équipement en places dans les ESAT pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, sont situées en grande partie en Lozère, dans les Hautes-Pyrénées, dans le Pas-de-Calais, dans la région Normandie et dans la région Grand Est, hors Alsace. Les zones les moins dotées sont en grande partie situées en Loire Atlantique, en Gironde, en Ile de France, dans la région PACA, ainsi que dans les DROM.

Graphique 21 : Taux d'équipement en place dans les ESTA, fin 2017



Source : DREES, INSEE.

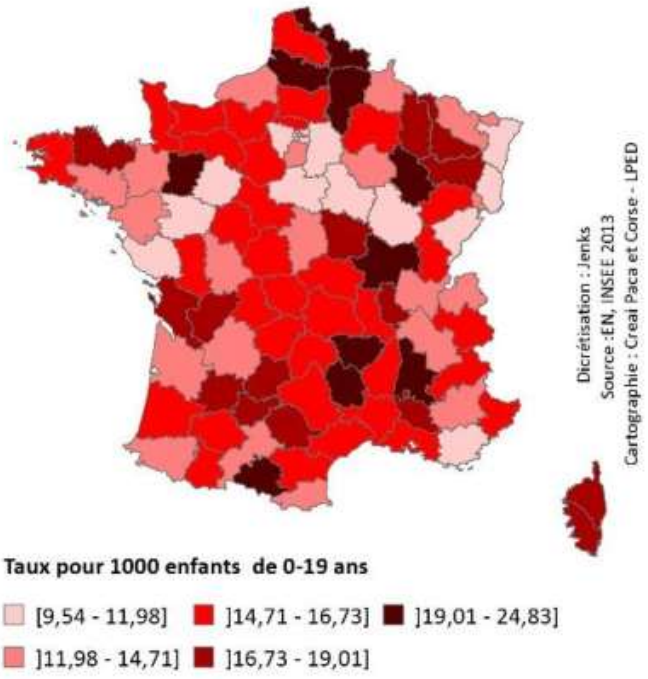
4.3. La scolarisation des enfants handicapés

Une étude a été conduite en 2018[5] sur la géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine. Il apparaît, selon l'étude, que la répartition des enfants en situation de handicap sur le territoire est actuellement mal appréhendée au moyen de données, qui ne permettent que des estimations approchantes basées, par exemple, sur la reconnaissance officielle du handicap ou la répartition d'allocataires et connaissant de fortes variations d'attributions entre départements.

En matière de scolarisation, le taux d'élèves handicapés augmente quand les taux des catégories socio-professionnels employés, ouvriers, agriculteurs et indépendants mais aussi de la population sans diplôme ou avec un BEPC, BEP, CAP et des décès des femmes de moins de 65 ans liés à l'alcool augmentent.

Au contraire, le taux d'élèves handicapés diminue quand les taux de cadres et professions intermédiaires mais aussi la valeur du premier quartile du revenu fiscal augmentent. Les départements faiblement peuplés présentent des taux d'enfants handicapés et scolarisés dans l'Éducation Nationale plus élevés. C'est l'inverse dans les départements très peuplés, où les taux ont tendance à diminuer (cf. graphique 22).

Graphique 22 : Taux d'enfants en situation de handicap dans les établissements scolaires ordinaires en 2013



Source : Éducation nationale, INSEE, 2013.

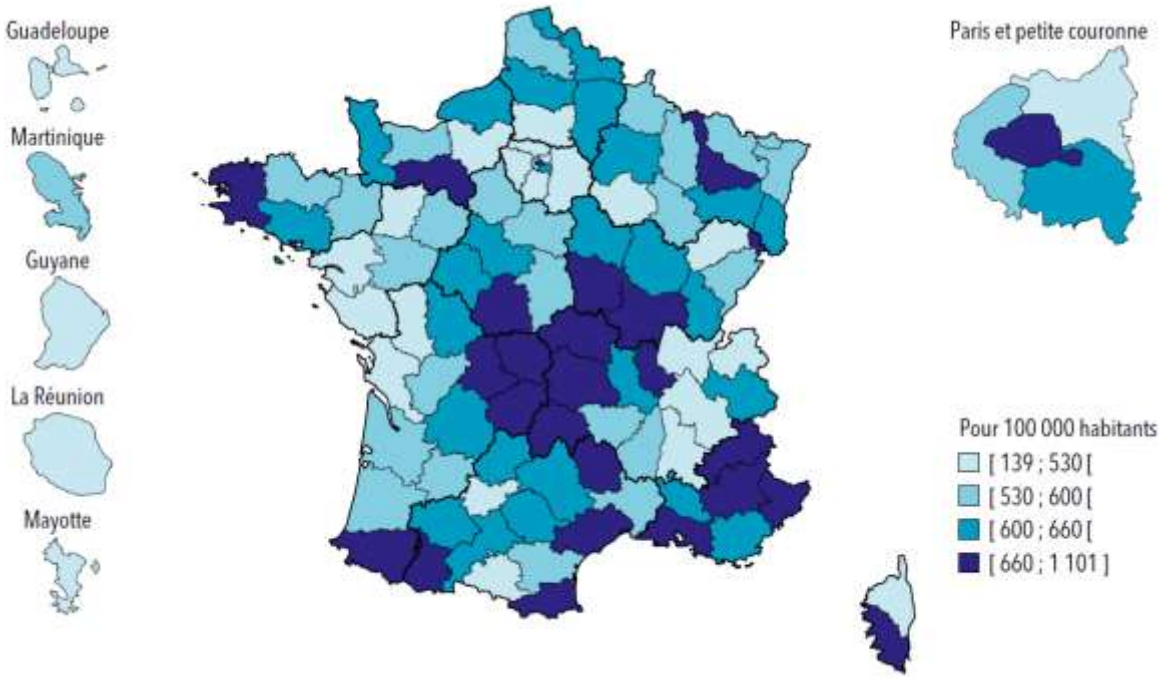
[5] « Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine », Laboratoire Population Environnement Développement (LPED) et Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI) Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Corse, janvier 2018.

5. L'offre de santé

5.1. Les lits d'hospitalisation

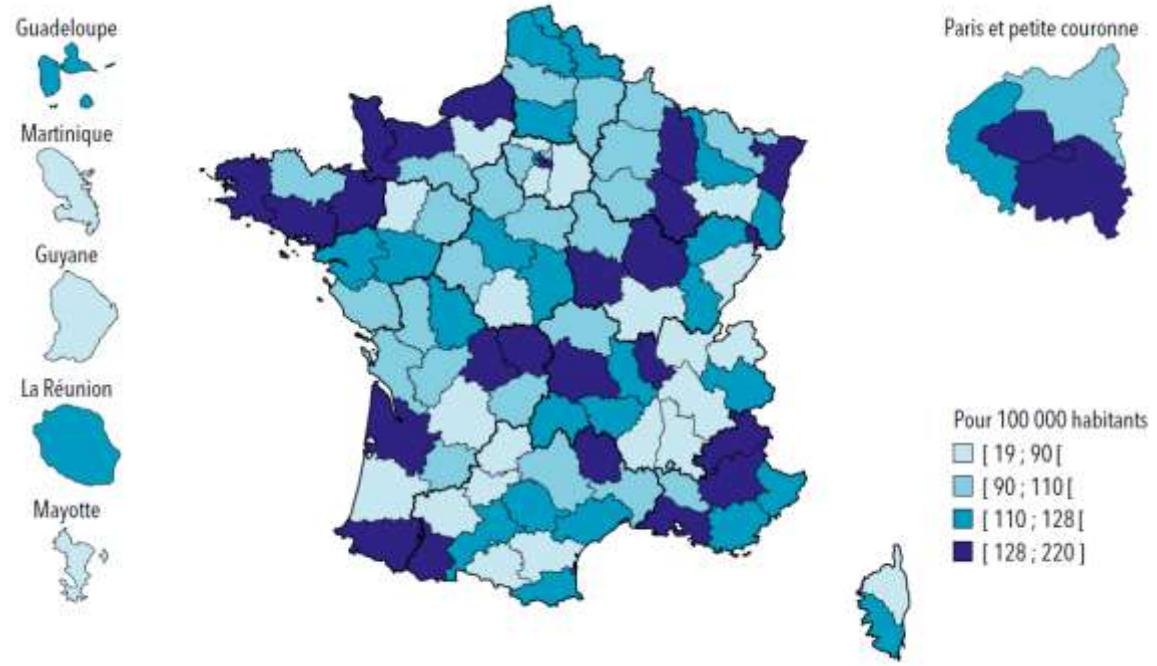
Selon la DREES, toutes disciplines confondues, le nombre de lits (hospitalisation complète) pour 10 000 habitants varie de 14,5 à Mayotte, à 95 ou plus dans les Hautes-Alpes, le Cantal et la Lozère (graphique 23). Cette hiérarchie n'est pas modifiée par la prise en compte ou non des soins de longue durée. Le nombre de places en hospitalisation partielle pour 10 000 habitants varie de 2 à Mayotte, à 18 en Haute-Vienne et 21 à Paris (graphique 24). Le Limousin et l'Auvergne se distinguent par une forte densité de lits comme de places. À l'opposé, Mayotte et la Guyane sont sous-dotées pour les deux types d'accueils. L'ampleur des disparités de nombre de lits et de places entre départements diffère selon la discipline : elle est plus faible en court séjour (coefficient de variation de 23 %, hors Mayotte) qu'en psychiatrie ou en moyen séjour (coefficient de variation de 28 % et de 38 %, hors Mayotte).

Graphique 23 : densité de lits d'hospitalisation par habitant, 2018.



Source : DREES, les établissements hospitaliers, 2020.

Graphique 24 : Densité de places d'hospitalisation partielle en 2018



Source : DREES, les établissements hospitaliers, 2020.

5.2. Accessibilité de l'offre médicale

En 2018, les Français ont accès, en moyenne, à 3,93 consultations par an par habitant (C/an/hab) chez un médecin généraliste, libéral ou salarié d'un centre de santé, exerçant dans une commune à moins de 20 minutes en voiture de leur lieu de résidence.

Ce nombre de consultations par an et par habitant, appelé indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), permet de rendre compte de l'accessibilité de la population aux médecins généralistes. Mesuré au niveau communal, l'APL moyen aux médecins généralistes se dégrade de 3,3 % entre 2015 et 2018. L'accessibilité se réduit sur l'ensemble du territoire, mais de manière plus prononcée dans les communes les moins bien dotées en médecins généralistes. Ainsi, la baisse d'accessibilité est d'abord liée à une démographie médicale peu dynamique La dégradation de l'APL s'explique par l'effet cumulatif d'une baisse du nombre total de consultations proposées par les médecins (effet de l'offre) et de besoins de soins croissants (effet de la demande).

Selon la définition retenue pour cette étude, la population en France vivant dans un territoire de vie-santé sous-dense, soit ayant accès à moins de 2,5 consultations par an et par habitant, s'élève à 3,8 millions de personnes (cf. graphique 25).

À l'échelle régionale, la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe sont les régions les plus touchées par la sous-densité médicale, suivies en métropole par l'Ile-de-France et le Centre Val-de-Loire. La situation est particulièrement dégradée en Guyane, dont la part de population vivant en zone sous-dense en 2018 s'élève à 44,2 % (soit environ 120 000 personnes). Cela s'explique essentiellement par une très forte croissance démographique (+10,3 %).

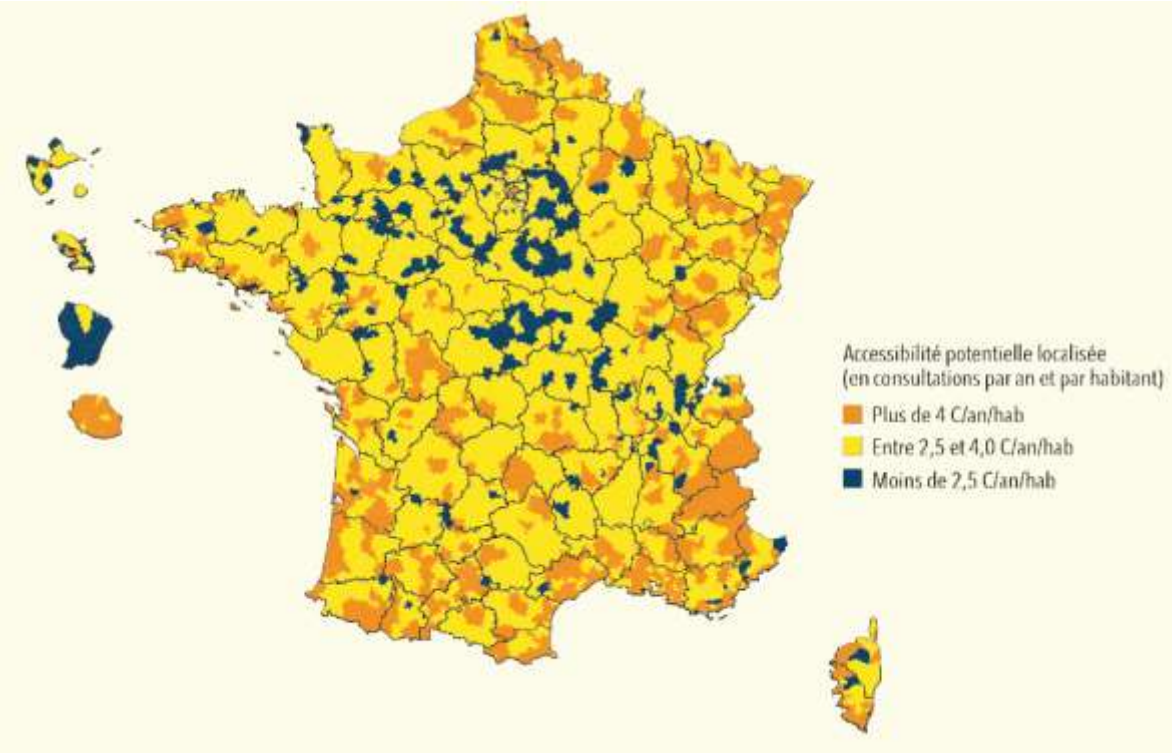
Les régions Île-de-France et Centre Val-de-Loire comptabilisent relativement à leur population, deux à trois fois plus d'habitants en zone sous-dense (respectivement, 14,6 % et 12,3 % de personnes vivant en zone sous-dense) par rapport à l'ensemble de la France (5,7 %) en 2018. Cela concerne environ 1,8 million de personnes en Île-de-France et 318 000 personnes en Centre Val-de-Loire. Le nombre de médecins généralistes a diminué respectivement de 4,2 % et de 5,8 % dans ces régions, alors que la croissance démographique y est positive (+1,3 % et + 0,3 % entre 2015 et 2018).

La Normandie compte 5,3 % de la population vivant en zone sous-dense (soit 175 000 personnes), un niveau à présent proche de la moyenne nationale. Cela s'explique essentiellement par une baisse de 4,2 % du nombre de médecins entre 2015 et 2018, tandis que la population est à peu près stable durant cette période.

Les régions Bretagne, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont aussi confrontées à une baisse importante de l'accessibilité, mais l'augmentation de la population en zone sous-dense n'est pas marquée, car l'accessibilité se maintient à des niveaux relativement élevés.

La région la mieux dotée en médecins généralistes est La Réunion, dont la population en zone sous-dense est nulle, malgré une légère dégradation de l'accessibilité (-1,7 %) entre 2015 et 2018. La situation s'améliore légèrement en Martinique et en Guadeloupe, seules régions où la part de population résidant en zone sous-dense recule sensiblement durant la période. Le nombre de médecins généralistes installés en Martinique a progressé de 6,5 % entre 2015 et 2018 et est resté stable en Guadeloupe, tandis que la croissance démographique a été négative dans chacune de ces régions (respectivement - 2,4 % et - 2,0 %).

Graphique 25 : accessibilité potentielle limité (APL) moyen aux médecins généralistes à l'échelle du territoire de vie-santé en 2018



Source : DREES, 2018.

ANNEXE II

Périmètre de la branche autonomie

SOMMAIRE

1. STRUCTURE DE LA BRANCHE 1

1.1. Construction juridique de la branche 1

1.2. Proposition de périmètre de la branche autonomie 3

1.3. Proposition d'élargissement de la nouvelle annexe 5

2. ANALYSE DÉTAILLÉE DU PÉRIMÈTRE DE LA BRANCHE 8

2.1. Le périmètre actuel de la CNSA 8

2.2. Les dépenses de la branche maladie 9

2.2.1. L'ONDAM médico-social 9

2.2.2. Les unités de soins de longue durée (USLD) 12

2.2.3. Le fonds d'intervention régional (FIR) 14

2.2.4. Les dépenses de soins de ville infirmiers des personnes âgées ou handicapées 16

2.2.5. Les autres dépenses d'assurance maladie 18

2.3. Les dépenses d'invalidité 20

2.4. Les dépenses de la branche famille 26

2.4.1. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) 26

2.4.2. L'allocation journalière de présence parentale (AJPP) 29

2.4.3. Les autres dépenses de la CNAF 30

2.5. Les dépenses de la branche retraite 32

2.5.1. L'allocation vieillesse des parents aux foyers (AVPF) des aidants 32

2.5.2. Les dispositifs spécifiques de retraite 33

2.5.3. Les dépenses d'action sociale des caisses de retraite 36

2.6. Les dépenses de l'État 39

2.6.1. L'allocation aux adultes handicapés (AAH) 39

2.6.2. Les autres dépenses du programme 157 41

2.6.3. Les dépenses des autres programmes budgétaires 44

2.7. L'AGEFIPH et le FIPHFP 54

2.8. Les dépenses des départements 55

1. Structure de la branche

1.1. Construction juridique de la branche

La prise en charge de la perte d'autonomie ne figure pas spécifiquement dans le champ de la sécurité sociale. L'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale fait déjà entrer dans le champ de la sécurité sociale un vaste ensemble de risques[1]. La notion de risque de sécurité sociale, ou plus largement de protection sociale, peut elle-même englober de nombreuses dépenses, y compris certaines relevant de l'État ou des collectivités locales voire de l'initiative privée : l'assurance chômage par exemple, qui ressemble beaucoup dans sa finalité et son financement à un risque de sécurité sociale, n'en fait pas juridiquement partie.

Actuellement, la sécurité sociale n'inclut pas la couverture d'un risque relatif au soutien à l'autonomie, dont les dispositions figurent dans le code de l'action sociale et des familles. Toutefois, la sécurité sociale comprend des éléments participant à la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie, soit via l'assurance maladie par le financement des dépenses de santé relatives aux personnes en situation de perte d'autonomie et par le financement des structures médico-sociales associées, soit via les assurances sociales dans le cadre de la prise en charge des risques associés à une notion d'incapacité, comme c'est le cas actuellement des risques invalidité et accident du travail et maladie professionnelles (AT-MP). La branche famille contribue également à des dépenses relatives à l'autonomie des personnes handicapées, via notamment l'allocation d'éducation des enfants handicapés (AEEH).

La prise en charge d'un risque de perte d'autonomie intègre toutefois des prestations de solidarité qui ne correspondent pas à une logique d'assurance sociale. Les prestations ou aides sociales versées en matière de dépendance ou de handicap ne sont pas directement liées à la contrepartie d'une affiliation à un régime de sécurité sociale et au paiement de cotisations sociales. Elles sont versées aux personnes présentes sur le territoire national et répondant à des critères objectifs (âge, situation de perte d'autonomie, conditions de ressources, régularité du séjour). En ce sens, la couverture de ce risque ne constitue pas une assurance sociale, mais est assimilable, compte tenu de la logique d'universalité qui la soutient, à la prise en charge des frais de santé (protection maladie universelle) ou au bénéfice des allocations familiales (universel depuis 1978).

Il n'y a pas de restriction juridique à l'intégration d'un nouveau risque social dans le champ de la sécurité sociale. La notion de sécurité sociale est présente à deux reprises à l'article 34 de la Constitution. D'une part, le 17ème alinéa de l'article 34 prévoit que la loi en fixe les principes fondamentaux et, d'autre part, le 19ème aliéna (ainsi que l'article 47-1 de la Constitution) définit les objectifs des lois de financements de la sécurité sociale. Toutefois, la Constitution ne détermine pas en tant que tel le périmètre des risques couverts par la sécurité sociale.

Le Conseil d'État (CE, 23 octobre 2003) rappelle que le 17ème aliéna de l'article 34 de la Constitution « *recouvre par ces termes l'ensemble des systèmes de protection sociale, quelles que soient leurs modalités de gestion administrative et financière et, notamment, sans distinguer suivant que la protection est aménagée au moyen de mécanisme d'assurance ou d'assistance* ».

Dans son avis du 20 janvier 2020 sur les projets de loi relatifs au système universel de retraite, le Conseil d'État estime que cet alinéa « *définit le périmètre au sein duquel le législateur organique peut déterminer le domaine d'intervention des lois de financements de sécurité sociale prévues par le 19ème alinéa de l'article 34 et de l'article 47-1 de la Constitution* ».

[1] L'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale prévoit que la sécurité sociale « *assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales* ».

L'avis du Conseil d'État du 26 mai 2020 sur le projet de loi organique et le projet de loi ordinaire relatifs à la dette sociale et à l'autonomie a précisé les possibilités offertes par le cadre constitutionnel et organique pour la création d'un nouveau risque ou d'une nouvelle branche au sein du régime général de la sécurité sociale, ayant pour objet la prise en charge des dépenses d'aide à l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap.

Le Conseil d'État précise ainsi que « *le législateur organique a retenu, depuis 1996, une conception plus restreinte du domaine des LFSS couvrant les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement* » et que depuis cette date : « *les LFSS comportent des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses pour quatre branches - maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse et famille - et pour le fonds de solidarité vieillesse* ».

Le Conseil d'État considère que la création d'une nouvelle branche ne relève pas, par nature, du législateur organique, mais une telle création requiert une adaptation du cadre organique si elle a pour effet d'affecter, par sa nature ou sa portée, le périmètre d'intervention des lois de financement de la sécurité sociale tel que défini depuis 1996.

En l'état, les dispositions organiques applicables aux lois de financement de la sécurité sociale ne font pas obstacle à ce que le législateur financier crée une nouvelle branche dès lors qu'elle a vocation à rassembler des dépenses et des recettes qui entrent d'ores et déjà dans le domaine des lois de financement de la sécurité sociale.

La création d'une branche autonomie a des implications limitées sur la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale dans la mesure où celle-ci renvoie aux régimes de sécurité sociale sans précision sur les risques couverts. Le projet de loi organique relatif à la dette sociale et à l'autonomie se contente ainsi de deux ajustements permettant de lever le verrou de la création de cette nouvelle branche :

- d'une part, à l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, le projet de loi organique prévoit de réduire le nombre minimal de sous-objectifs de l'ONDAM de cinq à trois, pour tenir compte de la création de la nouvelle branche et de la réaffectation des deux sous-objectifs de dépenses de l'ONDAM médico-social vers cette branche ;
- d'autre part, le projet de loi organique prévoit de clarifier la présentation des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale en créant une nouvelle annexe (7 *bis*) qui devra retracer les engagements financiers de la branche autonomie. Cette annexe devra désormais présenter : « *pour le dernier exercice clos, l'exercice en cours et l'exercice à venir, les dépenses et les prévisions de dépenses de sécurité sociale relatives à l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, en analysant l'évolution des prestations financées. Cette annexe indique également l'évolution de la dépense nationale en faveur de l'aide à l'autonomie ainsi que les modes de prise en charge de cette dépense* ».

La création d'un risque de sécurité sociale relatif à la perte d'autonomie imposerait donc d'élargir le champ de la sécurité sociale défini à l'article L.111-1 du code de la sécurité sociale pour y intégrer ce nouveau risque. Au sein de cet article, étant donné la logique universelle de la couverture de ce nouveau risque, il est donc recommandé que cet ajout se réalise au deuxième alinéa de l'article, qui définit l'étendue de la couverture applicable à toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, et qui se distingue du troisième alinéa évoquant les garanties applicables aux travailleurs et s'exerçant par leur affiliation à un ou plusieurs régimes obligatoires. Alternativement, et compte tenu de la spécificité de la prise en charge de la politique de soutien à l'autonomie, un alinéa spécifique pourrait être ajouté à cet article.

Enfin, la création en tant que telle de la branche autonomie au sein de la sécurité sociale devrait se faire par l'intermédiaire du régime général, comme c'est le cas pour l'ensemble des autres risques de sécurité sociale, y compris ceux qui ont été universalisés et dont la couverture s'applique à toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière.

L'article L. 200-1 du code de la sécurité sociale définit la couverture du régime général de sécurité sociale en visant spécifiquement les prestations et leurs bénéficiaire. La loi du 7 août 2020 y a ajouté un 4 ° mentionnant la prise en charge du soutien à l'autonomie. L'organisation du régime général en différentes branches, qui permet de répartir la gestion des différents risques pris en charge par la sécurité sociale entre les différentes caisses nationales, est quant à elle prévue à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. De même, la loi du 7 août y a ajouté un 5 ° « autonomie » après les quatre autres risques déjà listés.

1.2. Proposition de périmètre de la branche autonomie

Pour définir le périmètre de la branche, la mission a réalisé une analyse complète des dépenses relatives à la politique de soutien à l'autonomie et susceptible d'être intégrées dans son champ. Une grille d'analyse a été établie permettant d'apprécier l'intérêt de transférer les dépenses dans le giron de la branche autonomie, ou bien plus simplement d'intégrer cette dépense dans l'annexe 7 *bis* qui doit retracer l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie.

Les six critères utilisés par la mission ont été les suivants :

- **la recherche d'équité** : la mission 'est attaché à analyse si le rattachement permettrait d'améliorer l'équité entre les dispositifs ou sur les territoires des politiques menées ;
- **le pilotage financier** : l'intégration dans branche a vocation à assurer un meilleur pilotage des dépenses (ce qui suppose de pouvoir en connaître exactement le montant des dépenses et de pouvoir les suivre statistiquement et budgétairement ;
- **la faisabilité juridique** : le rattachement à la branche autonomie peut induire des contrainte juridique, du niveau de la loi ou de la loi organique, ou nécessiter de revoir l'articulation entre les lois financières ;
- **la faisabilité pratique** : l'intégration dans la branche doit simplifier et complexifier les circuits d'évaluation des demandes et de paiement des prestations ;
- **la cohérence de la politique menée** avec la logique transversale : la dépense doit relever spécifiquement de l'autonomie et non d'une politique générale ;
- **l'acceptabilité politique** : le transfert vers la branche autonomie peut contenir des obstacles à sa mise en œuvre du fait des parties prenantes.

Sur la base de cette grille, la mission considère que le périmètre de la branche autonomie ne doit pas se limiter à celui de l'actuelle CNSA. Non seulement parce que le sens de la création d'une 5ème branche n'apparaitrait plus, mais surtout parce que la dispersion actuelle de dispositifs qui se sont développés de façon indépendante nécessite cet effort de recomposition. Mais la branche autonomie doit aussi ne pas empiéter sur les politiques de droit commun, qui doivent être inclusives et donc prendre en compte les besoins spécifiques des personnes âgées et des personnes situation de handicap : la frontière n'est pas toujours évidente à tracer.

Les recommandations formulées aboutiraient à passer d'un périmètre en gestion de 27 Md€ pour l'actuelle CNSA à un périmètre de 41 Md€ pour la branche autonomie :

- il est recommandé d'amorcer et d'acter dès 2021 le périmètre futur avec certains transferts (AEEH, ASI, USLD, PAERPA, aide au poste ESAT, instituts nationaux, accompagnement vers l'emploi) qui n'impliquent aucune modification directe et immédiate de leur contenu ;
- il est préconisé de décaler à 2022 le transfert effectif d'une partie des autres dispositifs, qui requièrent des mesures d'organisation plus importantes (AAH, action sociale de la CNAV, 3ème catégorie des pensions d'invalidité, des aides à l'adaptation du logement).

Tableau 1 : récapitulatif du périmètre de la branche autonomie

Périmètre actuel	Transfert vers la branche autonomie (O/N)	Échéance	Montant (en M€, arrondi)
Objectif global de dépense - CNSA	O	2021	22 600
Autres dépenses du budget - CNSA	O	2021	4 250
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	O	2021	1 000
Allocation journalière de présence parentale (AJPP)	N	/	/
CMG Handicap et majorations EAJE	N	/	/
Pensions d'invalidité 1 et 2	N	/	/
Pensions d'invalidité 3 (tierce personne)	O	2022	300
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	O	2021	260
Unités de Soins de Longue Durée (USLD)	O	2021	1 000
Actes infirmiers de soins (AIS) hors SSIAD	N	/	/
Aides techniques de la LPP	N	/	/
FIR enveloppe des PAERPA et MAIA	O	2021	120
Avantages handicap liés à la retraite	N	/	/
CNAV, plans d'action personnalisés et actions collectives	N	/	/
CNAV, résidences autonomie et EHPA	O	2022	60
CNAV, adaptation du logement	O	2022	42
Allocation adultes handicapés (AAH)	O	2022	10 600
Aide au poste des ESAT (GRTH)	O	2021	1 375
Instituts nationaux jeunes sourds et jeunes aveugles (INJ)	O	2021	15
Accompagnement vers l'emploi (programme 157)	O	2021	10
Entreprises adaptées (programme 102)	N	/	/
Protection juridique des majeurs (programme 304)	N	/	/
AGEFIPH et FIPHFP	N	/	/
Aides à l'adaptation du logement (ANAH)	O	2022	80
Total – Périmètre cible de la branche autonomie			**41 712**

Source : Mission.

1.3. Proposition d'élargissement de la nouvelle annexe

La loi organique du 7 août 2020 a complété l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale et ainsi a créé une nouvelle annexe à la LFSS :

b) Après le même 7°, il est inséré un 7° bis *ainsi rédigé :*

« 7° bis *- Présentant, pour le dernier exercice clos, l'exercice en cours et l'exercice à venir, les dépenses et les prévisions de dépenses de sécurité sociale relatives au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, en analysant l'évolution des prestations financées ainsi que celles consacrées à la prévention, à l'apprentissage de l'autonomie et à la recherche. Cette annexe indique également l'évolution de la dépense nationale en faveur du soutien à l'autonomie ainsi que les modes de prise en charge de cette dépense ; ».*

La mission propose d'élargir le périmètre de cette nouvelle annexe (et du programme de qualité et d'efficience à construire parallèlement) à l'ensemble des financements relevant du champ de l'autonomie qu'elle a identifiés, pour un montant supplémentaire de 9,3 Md€, amenant l'enveloppe totale à 78,5 Md€[2].

Le PQE autonomie devrait retracer les mêmes dépenses, et comme le prévoit le même article LO 111-4 III 1° présenter « *un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours.* ».

Tableau 2 : Périmètre actuel du programme de qualité et d'efficience Invalidité

Prestations et financements de l'actuel PQE Invalidité	Origine	Montants (M€)
OGD Personnes handicapées	CNAM	11 800,00
OGD Personnes âgées	CNAM	10 800,00
FIR budgets de prévention dans le champ médico-social	CNAM	137,00
Soins de ville infirmiers des personnes dépendantes hors SSIAD	CNAM	2 000,00
Financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT)	CNAM	*1 469,00*
Unité de soins de longue durée (USLD)	CNAM	1 000,00
Pensions d'invalidité (jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite)	CNAM	7 507,39
Action sociale du FNASS	CNAM	10,00
Concours de la CNSA	CNSA	753,60
AEEH (allocation éducation des enfants handicapés) et ses compléments	CNAF	1 060,00
Allocation journalière de présence parentale (AJPP)	CNAF	96,00

[2] Les données chiffrées sont notamment reprises des documents présentés en LFI et en LFSS pour 2020, ainsi que d'autres documents d'exécution budgétaire pour 2019 ou antérieurs selon disponibilité.

École inclusive (ULIS, AESH, AVS[3])	État	1 500,00
Allocation adulte handicapé (AAH)	État	10 560,00
Instituts nationaux pour jeunes sourds et jeunes aveugles	État	15,00
Accompagnement dans l'emploi des personnes en situation de handicap	État	10,00
Financement de la garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH) ou aide au poste en ESAT	État	1 375,00
Aide au poste des entreprises adaptées (EA)	État	395,43
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	État	232,00
PCH (prestation de compensation du handicap) *- Dont concours CNSA 605 M€*	Départements	2 525,00
ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne)		
Aide des départements à l'accueil en établissements des personnes handicapées	Départements	5 409,00
Autres aides dont services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah)	Départements	736,64
Aides ménagères des Départements	Départements	81,00
Allocation sociale à l'hébergement (ASH)	Départements	1 062,00
Aide personnalisée à l'autonomie (APA) *- Dont concours CNSA 2,3 Md€*	Départements	5 900,00
AGEFIPH / FIPHFP	Fonds dédiés	575,00
Compensation d'exonérations de cotisations PA		562,00
Compensation d'exonérations de cotisations PH		1 151,00
Dépenses fiscales associées au programme 157 PH + PA		1 949,00
Total		**69 202,06**[4]

Source : mission, données 2018 à 2020.

[3] Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH), auxiliaires de vie scolaire (AVS).

[4] Le montant est supérieur au PQE Invalidité de la LFSS 2020, basé sur les données pour 2018.

Tableau 3 : Financements supplémentaires à identifier dans la nouvelle annexe autonomie

Prestations et financements en jeu dans l'autonomie, non identifiés dans l'actuel PQE Invalidité	Origine	Montants (M€)
FIR budgets de prévention dans le champ médico-social - *Autres dépenses FIR dans le champ SMS*	CNAM	164,50
Majorations de durée d'assurance pour aidants familiaux de personnes handicapées (adultes ou enfants)	CNAM	N.D.
Part du fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) et dépenses de LPP consacrées aux personnes handicapées et aux personnes âgées en perte d'autonomie	CNAM	N.D.
Pensions de retraite au titre de l'inaptitude et pensions de retraite des ex-invalides	CNAM	1 696,54
Rente d'indemnisation d'incapacité permanente (rente AT-MP)	CNAM	5 300,00
Action sociale des caisses de retraite	CNRACL	130,00
	MSA	49,00
	Agirc-Arrco	445,20
	CNAV	367,00
Habitat inclusif	ANAH	67,00
	Action logement	310,00
Établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) en situation de handicap	CNAF	19,80
Bonus handicap au complément du libre choix du mode de garde (CMG)	CNAF	1,80
Accueils de loisir sans hébergement (ALSH) des enfants en situation de handicap	CNAF	15,00
Allocation vieillesse des parents aux foyers (AVPF) des aidants	CNAF	15,00
Protection juridique des majeurs	État	688,50
Total		**9 269,34**

Source : mission, données 2018 à 2020

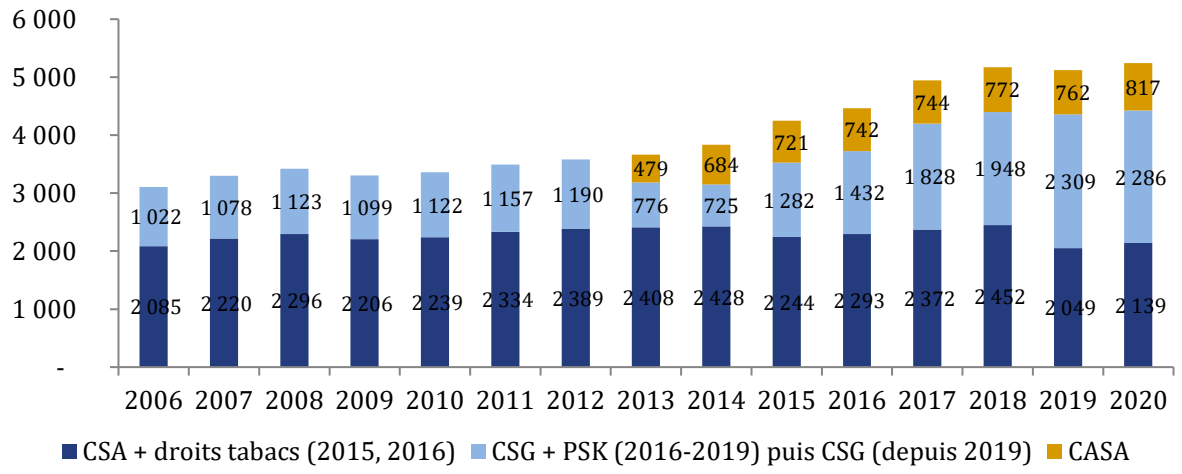
2. Analyse détaillée du périmètre de la branche

2.1. Le périmètre actuel de la CNSA

Le mécanisme complexe d'élaboration du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) fait intervenir deux sources de recettes : les sous-objectifs « personnes âgées » et « personnes handicapées » de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) inclus dans les dépenses d'assurance maladie (cf. 2.2.1), et dont l'enveloppe est transférée en ressources à la CNSA.

La CNSA bénéficie également de ressources propres (cf. graphique 1) qui permettent de financer l'objectif global de dépenses (correspondant aux deux ONDAM et à une part des ressources propres affectées) ainsi que les autres dépenses de la CNSA, notamment les concours versés aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

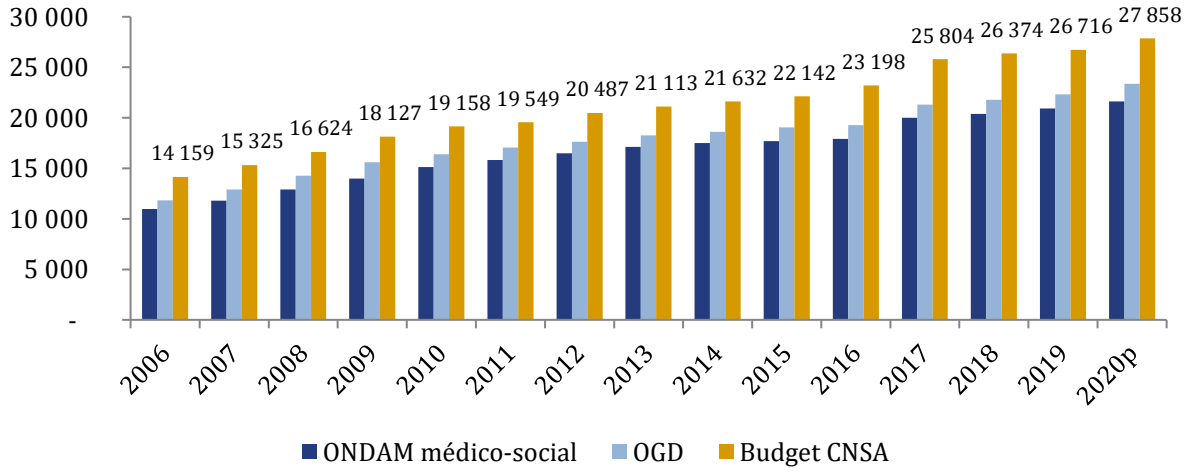
Graphique 1 : Ressources propres de la CNSA (en M€)



Source : CNSA.

Le point de départ du périmètre de la branche autonomie est donc constitué de l'ensemble du budget de la CNSA, en recettes et en dépenses, soit 27,9 Md€ pour 2020 (cf. graphique 2).

Graphique 2 : Budget de la CNSA (2006-2020)



Source : CNSA.

2.2. Les dépenses de la branche maladie

2.2.1. L'ONDAM médico-social

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) intègre actuellement dans son budget les objectifs globaux de dépenses (OGD) qui couvrent les financements des établissements et services médico-sociaux relatifs respectivement aux personnes âgées dépendantes et aux personnes en situation de handicap. Ces objectifs de dépenses sont actuellement financés au sein du budget de la CNSA par l'assurance-maladie via l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social et par un apport complémentaire de la CNSA.

Pour 2019, le montant total de l'OGD s'est élevé à 22,6 Md€ répartis entre 20,9 Md€ issus de l'ONDAM médico-social et 1,6 Md€ composé de ressources propres de la CNSA. Parmi les 22,6 Md€ de dépenses de l'OGD, le budget de la CNSA distingue (tableau 4) :

- 11,8 Md€ pour l'objectif global des dépenses « personnes handicapées » dont 11,4 Md€ provenant de l'ONDAM médico-social ;
- 10,8 Md€ pour l'objectif global des dépenses « personnes handicapées âgées » ; dont 9,6 Md€ provenant de l'ONDAM médico-social.

Tableau 4 : Financement des objectifs globaux de dépenses (2019 exécuté)

Nature de financement	Montant
OGD personnes handicapées	**11 813,0**
remboursement aux régimes d'assurance maladie	11 743,8
financement des groupes d'entraide mutuelle	40,5
financement de l'ANAP	0,5
opérations et de contributions diverses	28,2
OGD personnes âgées	**10 758,6**
remboursement aux régimes d'assurance maladie	10 591,8
financement des MAIA	96,3
financement de l'ANAP et de l'ATIH	14,7
opérations et de contributions diverses	35,8

Source : CNSA.

Les ressources apportées par l'ONDAM médico-social (22,3 Md€) sont définies à partir des données de la tarification pour le financement des établissements et services médico-sociaux existants ou programmés (cf. la création **de la branche autonomie est l'occasion de simplifier l'articulation entre l'ondam médico-social au sein de l'assurance maladie et l'objectif global de dépenses au budget de la cnsa, en mettant précisément fin à cette logique de refinancement.**

la loi organique relatif à la dette sociale et à l'autonomie a réduit le nombre minimal de sous-objectif de l'ondam de cinq à trois, pour tenir compte de la création de la nouvelle branche autonomie et de la réaffectation des deux sous-objectifs de dépenses de l'ondam médico-social vers cette branche. la loi retire une obligation organique tenant à l'inscription des dépenses médico-sociales au sein de l'ondam.

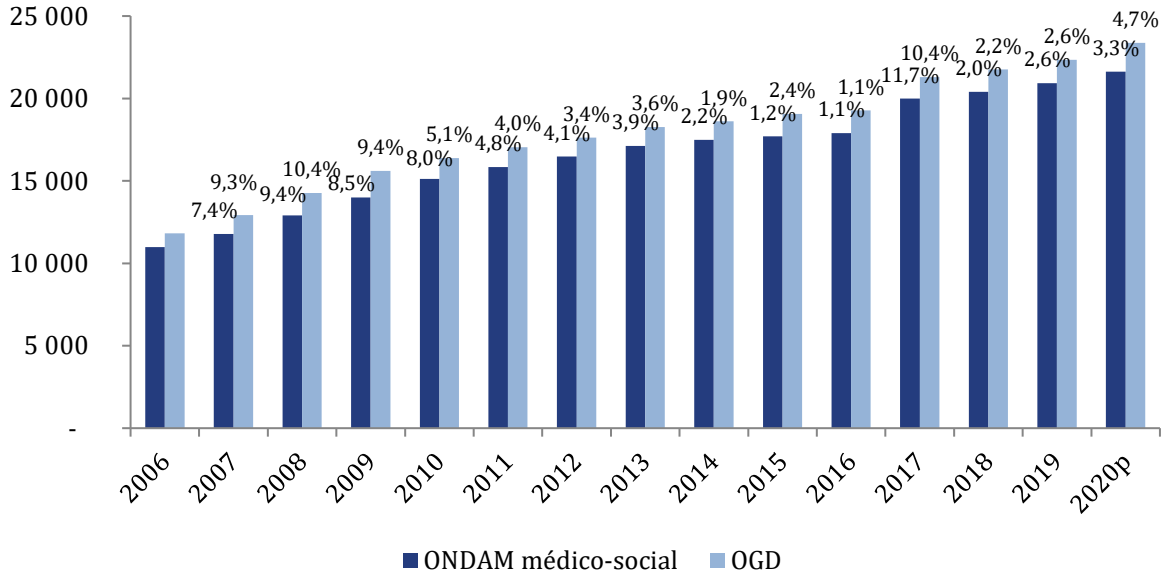
une clarification dans l'articulation des financements peut dès lors s'effectuer, en réaffectant directement à la branche autonomie les ressources permettant de financer ses dépenses. une affectation de recettes de csg de la branche maladie vers la branche autonomie permettrait de transférer à cette dernière les ressources nécessaires au financement des dépenses concernées.

encadré 1).

Pour 2020, le montant de l'OGD s'est élevé à 23,2 Md€ répartis entre 21,6 Md€ issus de l'ONDAM médico-social et 1,6 Md€ composé de ressources propres de la CNSA, répartis entre 12,1 Md€ pour l'objectif global des dépenses « personnes handicapées » et 11,1 Md€ pour l'objectif global des dépenses « personnes handicapées âgées ». Parmi les 1,6 Md€ de ressources propres complémentaires de la CNSA, les recettes de la CNSA sont composées de 392 M€ pour les établissements et services accueillant des personnes handicapées et de 1 180 M€ pour les établissements et services accueillant des personnes âgées. Compte tenu des incertitudes de la crise sanitaire, les projections pour 2020 n'ont pas été affinées à l'occasion du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2020.

Sur une longue période, les dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux ont quasiment doublé en quinze ans. La progression de l'ONDAM médico-social et de l'OGD de 2006 à 2019 est en effet de plus de 90 %. Les dépenses de la CNSA relatives au financement des établissements et services est passé de 11,8 Md€ en 2006 à 22,4 Md€ en 2019 (cf. graphique 3).

Graphique 3 : Taux d'évolution des dépenses de l'ONDAM médico-social et de l'OGD



Source : CNSA. Le pourcentage correspond au taux d'évolution de l'ONDAM médico-social et de l'OGD.

La création de la branche autonomie est l'occasion de simplifier l'articulation entre l'ONDAM médico-social au sein de l'assurance maladie et l'objectif global de dépenses au budget de la CNSA, en mettant précisément fin à cette logique de refinancement.

La loi organique relatif à la dette sociale et à l'autonomie a réduit le nombre minimal de sous-objectif de l'ONDAM de cinq à trois, pour tenir compte de la création de la nouvelle branche autonomie et de la réaffectation des deux sous-objectifs de dépenses de l'ONDAM médico-social vers cette branche. La loi retire une obligation organique tenant à l'inscription des dépenses médico-sociales au sein de l'ONDAM.

Une clarification dans l'articulation des financements peut dès lors s'effectuer, en réaffectant directement à la branche autonomie les ressources permettant de financer ses dépenses. Une affectation de recettes de CSG de la branche maladie vers la branche autonomie permettrait de transférer à cette dernière les ressources nécessaires au financement des dépenses concernées.

Encadré 1 : Financement par l'assurance-maladie des établissements et services médico-sociaux

Le financement des établissements et services médico-sociaux par l'assurance maladie repose sur une logique de tarification qui est diverse selon les structures concernées.

Pour les établissements pour personnes âgées, l'assurance maladie finance les établissements dans le cadre de la section « soins » : cette section comprend les rémunérations des personnels soignants (une partie de celle-ci pour les aides-soignants et les aides médico-psychologiques) et les consommations médicales.

Toutefois, le périmètre des dépenses prises en compte variant selon l'option tarifaire de l'établissement : tarif partiel, tarif global intégrant la rémunération des médecins et auxiliaires médicaux, intégration ou non des médicaments selon la présence ou l'absence de pharmacie à usage intérieur (PUI).

S'agissant des EHPAD, les établissements reçoivent un forfait global déterminé par l'ARS en fonction du niveau de dépendance moyen (GIR moyen pondéré-GMP résultant de l'évaluation des résidents au moyen du référentiel AGGIR utilisé aussi à domicile pour déterminer l'éligibilité à l'APA) et du besoin de soin (PATHOS moyen pondéré - PMP résultant de l'évaluation des résidents au moyen du référentiel PATHOS) et d'une valeur de point nationale dépendant de l'option tarifaire. Des financements complémentaires peuvent être alloués par l'ARS dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour financer des modes et structures d'accueil particulier et des actions particulières (prévention, coordination, amélioration de la qualité, modernisation des établissements, etc.).

Dans le cadre du projet de loi « grand âge et autonomie », le projet de fusion des sections « soins » et « dépendance » dans le financement des EHPAD conduirait à simplifier et rendre plus cohérent les équations tarifaires. En effet, la distinction des dépenses financées sur les actuelles sections « soins » et « dépendance » n'est pas satisfaisante, notamment parce que la catégorie de personnel numériquement la plus nombreuse dans les EHPAD – les AS-AMP (aides-soignants, aides médico-psychologiques) qui représentaient 41 % des personnels en 2015 selon l'enquête EHPA et dont les tâches relèvent à la fois du soin et de l'accompagnement aux actes de la vie quotidienne - voit ses rémunérations imputées « concurremment » sur les deux sections. La fusion des deux sections sous une autorité tarifaire unique, celle de l'ARS, permettrait de mettre fin à ces divergences et disparités de financement selon le département d'implantation ainsi qu'à l'obligation de distinguer des dépenses correspondant à des fonctions soins et accompagnement très imbriquées dans le fonctionnement quotidien des établissements. La fusion des sections donnerait l'occasion d'une réécriture complète de l'équation tarifaire pouvant permettre de corriger des incohérences actuelles.

Pour les établissements pour personnes handicapées, la prise en charge repose sur de nombreuses structures financées en totalité ou partiellement par l'assurance maladie. Le financement par l'assurance maladie peut prendre la forme soit d'une dotation annuelle forfaitaire qui peut s'inscrire dans le cadre de la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) liant le gestionnaire à l'ARS et l'assurance maladie. Le financement peut également se faire par la fixation d'un prix de journée, fondée sur l'estimation moyenne des frais de fonctionnement pour la prise en charge d'un patient pendant une journée passée au sein de l'établissement (le montant du financement perçu est alors égal au nombre de journées facturées multiplié par le prix fixé en début d'année).

Une réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées (projet SERAPHIN) est en cours d'élaboration.

2.2.2. Les unités de soins de longue durée (USLD)

Une circulaire du 15 mai 2006[5] définit les unités de soins de longue durée (USLD) comme des établissements qui « *accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie* ».

[5] Circulaire du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée.

L'assimilation des USLD aux EHPAD, initialement voulue par l'article 59 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, au travers du transfert des USLD dans l'enveloppe médico-sociale gérée par la CNSA, n'a pas eu lieu au motif que cette évolution méconnaissait la lourdeur et la technicité des soins requis et que les USLD constituent un maillon de la filière gériatrique en aval des services d'urgence, de court séjour et de soins de suite et de réadaptation. La LFSS pour 2006 a par conséquent réintégré les USLD dans l'enveloppe sanitaire de l'ONDAM. S'en est suivi un processus de partition des USLD entre 2007 et 2010, à l'issue duquel 32 000 lits ont été maintenus sous statut d'USLD. Un transfert de 361 M€ vers l'ONDAM médico-social a accompagné la transformation de 41 000 lits en EHPAD. Cette partition aurait dû se faire à partir des coupes « PATHOS » des résidents, en concentrant en USLD les personnes requérant un niveau de soins médicaux et techniques importants (SMTI). En fait, à l'issue de la partition, les USLD ne comprenaient que 52 % de SMTI. En pratique, la principale différence entre USLD et EHPAD tenait alors à une présence infirmière permanente dans les premières.

La raison de fond de cette partition partielle et peu rationnelle s'explique par les différences de dotations entre structures : les unités maintenues sous statut d'USLD (notamment en Ile de France) présentaient un écart important avec celles transférées et avec ce que l'application de l'équation PATHOS[6] aurait impliqué. Cet écart ne s'est qu'imparfaitement réduit depuis, des crédits non reconductibles alloués par les ARS ayant permis d'éviter une réelle convergence, ce que l'application de l'équation PATHOS et du GMPS aurait induit.

Les dépenses de l'assurance maladie dans les USLD sont donc aujourd'hui retracées dans l'ONDAM des établissements de santé et non dans l'ONDAM médico-social. Dans les comptes de la santé de la DREES sur la base des données 2018, les dépenses de soins de longue durée relatives aux USLD sont estimées à 1,0 Md€.

L'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a conduit à repréciser le caractère hybride des USLD. D'une part, les USLD présentent un cadre de tarification qui relève du champ médico-social et qui obéit aux mêmes principes que les EHPAD (avec l'existence des trois sections). D'autre part, le régime d'autorisation applicable aux USLD est celui des activités de soins des établissements de santé, les USLD étant souvent localisées dans les enceintes hospitalières. Ce caractère hybride fait que des obligations relatives à la qualité de vie des résidents, notamment les évaluations internes et externes de la qualité, et l'existence d'un conseil de la vie sociale, ne s'appliquent pas aux USLD.

La situation des USLD a fait l'objet d'un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2016[7] dont les constats ont fait apparaitre une faible différenciation entre la logique portée par les EHPAD et celle portée par les USLD. Selon ce rapport, et d'après des travaux de la DREES, il semble que le niveau de médicalisation en USLD ne soit pas supérieur à celui des EHPAD, notamment depuis que la médicalisation des EHPAD n'a cessé de croître, même si les USLD accueillent des patients requérant des soins plus lourds.

[6] L'équation PATHOS permet de mesurer la charge en soins requis pour chaque résident, puis pour la moyenne de l'établissement. La « coupe PATHOS » est effectuée par le médecin coordonnateur, puis validée par l'ARS. Ajoutée au niveau de besoins de soutien à l'autonomie mesurée par la grille AGGIR, l'addition des deux référentiels produit le GMPS, ou GIR moyen pondéré soins.

[7] « Les unités de soins de longue durée (USLD) », IGAS, mars 2016.

En outre, les deux types de structures ne diffèrent pas fondamentalement quant aux conditions de vie et aux possibilités offertes de prise en charge. Une différence importante repérée par le rapport de l'IGAS est la part des chambres individuelles qui est beaucoup plus faible dans les USLD que dans les EHPAD, compte tenu de leur implantation dans les enceintes hospitalières. Toutefois, la coexistence dans le même bâtiment de lits d'USLD et de lits d'EHPAD est fréquente. En outre, lorsque l'USLD et l'EHPAD sont gérés par le même établissement et sont voisins ou proches, les pratiques de prise en charge s'interpénètrent entre les deux structures (présence d'infirmières de nuit, formations des agents, animations, conseil de la vie sociale bien que cela ne soit pas obligatoire en USLD, commission d'admission).

Sur le champ du handicap, le rapport de l'IGAS pointait des difficultés dans l'articulation entre les USLD et les maisons d'accueil spécialisé pour les personnes handicapées. En effet, les USLD pouvaient se retrouver comme une solution pour les personnes handicapées vieillissantes ou même pour des jeunes handicapés qui ne trouvent pas de place en maisons d'accueil spécialisé.

Le rapport de l'IGAS préconisait dans son scénario privilégié de spécialiser les USLD dans la prise en charge gériatrique, qui correspond déjà à 95 % des patients, en inscrivant une barrière d'âge (60 ans) à l'accueil en USLD et envisageait dans ce cas d'étudier le rattachement de ces structures au domaine médico-social. Ce recentrage des USLD nécessiterait une coordination avec d'autres structures spécialisées dans la prise en charge des personnes lourdement handicapées.

Dans le cadre d'un projet de réforme envisagé par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), il semble que les USLD auraient vocation à évoluer plutôt vers un positionnement sanitaire plus affirmé qu'actuellement. Cette orientation apparaît en contradiction avec les constats de la mission IGAS, pour laquelle les USLD ne peuvent pas constituer une solution d'aval pour désengorger les services de soins et de réadaptation (SSR), les hospitalisations en court séjour ou encore moins les structures psychiatriques. En SSR notamment, les difficultés de sortie résultent plus de considérations sociales (personne isolée, sans domicile adapté, nécessitant l'installation d'une tutelle) que de besoin d'une structure d'aval.

Compte tenu de ces éléments, la mission estime qu'il est souhaitable de transférer le financement des USLD dans la branche autonomie compte tenu de la cible des populations concernées et de l'articulation nécessaire avec d'autres structures médico-sociales. Le mode de financement étant en outre calé sur celui des EHPAD, les USLD vont également être concernées par la fusion des sections « soins » et « dépendance » dans leur mode de tarification. La logique tarifaire commune pousse donc à une mise en cohérence sur le plan du pilotage financier. L'intégration des deux types de structure dans le même périmètre permettra aussi une gestion harmonisée de l'offre, dans l'attente d'un éventuel statut unifié.

La mission propose d'intégrer les dépenses des USLD dans la branche autonomie (1,0 Md€).

2.2.3. Le fonds d'intervention régional (FIR)

Le fonds d'intervention régional (FIR), créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, regroupe des moyens auparavant dispersés et destinés à des politiques proches ou complémentaires dans le domaine de la performance, de la continuité et de la qualité des soins ainsi que de la prévention. Les dispositions du FIR sont prévues aux articles L. 1435-8 à L. 1435-11 du code de la santé publique.

Ce regroupement au sein du FIR a pour but d'assouplir la gestion de ces moyens en les rassemblant dans une enveloppe unique répartie par région, afin de permettre aux agences régionales de santé (ARS) de les gérer de manière efficiente en tenant compte des spécificités locales. Dans le cadre de la LFSS pour 2014, un sous-objectif retraçant les dépenses d'assurance maladie relatives au FIR au sein de l'ONDAM a été créé pour permettre un meilleur pilotage et une meilleure visibilité de ce dispositif.

Les ressources du FIR pour 2020 s'établissent à 3 744,8 M€. Le sous-objectif relatif au FIR présenté dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale relative à l'année 2019 s'élevait à 3 511 M€, en augmentation de 4 % par rapport à l'objectif 2018. L'évolution prévue pour le sous-objectif des dépenses relatif au FIR s'établit à + 1 % en 2020 avec une évolution des dépenses tenant compte de la montée en charge des mesures nouvelles décidées en 2018, et de l'accompagnement de mesures annoncées dans le cadre de la stratégie « Ma santé 2022 ».

Les ressources du FIR sont constituées d'une dotation de l'assurance maladie, d'une dotation de la CNSA et le cas échéant d'autres sources de financement. La dotation de la CNSA au FIR est de 131 M€ en 2018 et de 137 M€ en 2019. Parmi ces financements, 96 M€ concernent le concours au FIR pour le financement des MAIA et 41 M€ pour les groupes d'entraide mutuelle.

Les dépenses du FIR relatives aux structures médico-sociales sont décomposées dans les différentes missions définissant les axes prioritaires d'action des ARS pour l'utilisation du fonds. Les ARS disposent d'une souplesse dans l'utilisation des crédits qui sont soumis au principe de la fongibilité budgétaire : 86 % des crédits sont fongibles entre les missions, 13 % sont soumis à un principe de fongibilité asymétrique et 1 % sont affectés à des dépenses spécifiques.

En particulier, la fongibilité asymétrique définie à l'article L. 1435-9 du code de la santé publique dispose que les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins. Ce mécanisme a permis de sanctuariser les dépenses dans le champ médico-social voire de favoriser un redéploiement des crédits en faveur de ce secteur.

L'article 69 de la LFSS pour 2018 a introduit une nouvelle modalité en assouplissant le principe de fongibilité asymétrique des crédits médico-sociaux afin d'accélérer le développement des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

La mission a recensé les dépenses du FIR qui concernent le champ médico-social. Dans le budget d'actions du FIR, on note ainsi de l'ordre de 218 M€ de crédits répartis ainsi :

- pour la mission n° 1 (promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie), 68,6 Md€ de crédits ont été mobilisés pour des actions de prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie (61,8 M€ de consultations mémoire, 6,8 M€ d'action de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, et 5 620 € pour des expérimentations relatives aux médicaments dans les EHPAD). En outre, 0,3 M€ de crédits supplémentaires sont dédiés aux missions de prévention dans le domaine médico-social) ;
- pour la mission n° 2 (organisation et promotion du parcours de santé coordonné et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale), 142,5 M€ de crédits financent des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale (MAIA, PAERPA, groupements d'entraide mutuelle ou GEM, unités d'hébergement renforcées en EHPAD, unités cognitives comportementales, plateforme de répit) ;
- pour la mission n° 4 (efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels), 6,3 M€ de crédits sont mobilisés pour des mesures d'efficience des structures médico-sociales et d'amélioration des conditions de travail de leurs personnels médico-sociales. Les crédits FIR ont notamment été utilisés pour accompagner des EHPAD en difficulté par le financement d'audits organisationnels et d'une aide à la restructuration de leurs locaux.

S'ajoutent à cela, en lien avec l'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire au sein de la mission n° 2 :

- 86,5 M€ de crédits pour le financement des équipes mobiles gériatrie (EMG) qui interviennent en équipes pluridisciplinaires auprès des patients âgés, en collaboration avec les équipes hospitalières, les professionnels de santé de ville, les services et établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les dispositifs d'appui à la coordination des parcours des personnes âgées (PAERPA, MAIA, PTA, CLIC[8]) ;
- 4,0 M€ de crédits dédiés aux unités consultations pour personnes handicapées, déléguées au FIR depuis 2015 dans le cadre du Comité interministériel du handicap (CIH). Ce dispositif vise à améliorer le parcours de soins pour certaines situations complexes.

Compte tenu de ces éléments, il apparaît à la mission que le FIR joue un rôle transversal entre le sanitaire et le médico-social qu'il est important de devoir conserver. Dès lors que la fongibilité est asymétrique en faveur des dépenses médico-sociales, ce mécanisme apporte une sécurisation effective des crédits mobilisés pour cette politique, même si les dernières évolutions apportées ont dérogé à cette règle s'agissant du financement de tout « *dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes intéressant en tout ou partie les personnes âgées et handicapées* ».

Le dispositif des PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie), créé par l'article 48 de la LFSS pour 2013 est intégré au FIR, et financé sur l'enveloppe maladie à hauteur de 19,7 M€ (2018), dans la mission n° 2 « organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ». Les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie), dont la finalité est proche et complémentaire de celle des PAERPA, sont, elles, financées dans le FIR à partir de la dotation CNSA (96,3 M€ en 2019). Dans les deux cas, il s'agit d'assurer une coordination et une cohérence dans l'accompagnement des personnes âgées, entre le sanitaire et le social, ce qui est la logique même du champ que porte la branche autonomie.

L'article 23 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé relatif aux dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, et son décret d'application, prévoit l'intégration des MAIA, des PAERPA, (et optionnellement des CLIC) dans ce nouveau cadre. Il est donc logique de rassembler également les financements des deux dispositifs MAIA et PAERPA, très complémentaires sinon identiques, dans le périmètre de la branche autonomie.

La mission propose de maintenir dans le FIR les actions financées par la branche **autonomie et de maintenir la fongibilité asymétrique au sein du fonds. L'enveloppe budgétaire relative aux MAIA et aux PAERPA pourrait être globalisée dans le périmètre de la branche autonomie.**

2.2.4. Les dépenses de soins de ville infirmiers des personnes âgées ou handicapées

L'activité des infirmiers libéraux intervenant au domicile des personnes âgées ou handicapées constitue un élément essentiel de l'offre de soins médicaux à domicile.

[8] PAERPA : parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ; MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie ; PTA : Plateformes territoriales d'appui ; CLIC : centres locaux d'information et de coordination.

Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2019, les dépenses des soins de ville infirmiers s'adressant aux personnes âgées de plus de 75 ans s'établissent à 2,0 Md€[9]. Ce montant regroupe les actes infirmiers de soins (AIS) qui comprennent « *l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne* ». Comme tous les actes infirmiers à domicile, ils sont pris en charge sur l'enveloppe des soins de ville.

Le programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » apporte un regard sur ces dépenses de soins infirmiers et sa répartition territoriale. Cette dernière s'analyse en miroir de celle des établissements et services médico-sociaux. La dépense en AIS pour les personnes âgées de plus de 75 ans en secteur libéral vient en effet compléter la prise en charge de l'offre médico-sociale, et notamment des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Ces derniers, créés en 1981, sont des services médico-sociaux et comme tels sont financés par l'OGD. Ils interviennent au domicile des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affection afin de leur dispenser des soins (soins techniques infirmiers et soins de nursing).

L'intervention est sur prescription médicale. La différence d'avec les infirmiers libéraux vient essentiellement de ce que les SSIAD effectuent un travail de coordination, assuré par un infirmier coordonnateur, à l'intérieur du service et vis-à-vis des autres intervenants auprès de la personne âgée ou en situation de handicap, dans une optique de maintien à domicile. Ils contribuent aussi à l'éducation en santé.

En pratique, du fait de la grande hétérogénéité de l'implantation des infirmiers libéraux, les deux offres de SSIAD et des infirmiers libéraux sont complémentaires. En 2017, le rapport entre l'accessibilité potentielle localisée (APL, qui mesure l'offre au niveau de la commune et des communes limitrophes) aux infirmiers des 10 % d'habitants les mieux lotis et l'APL aux infirmiers des 10 % d'habitants les moins bien dotés (rapport inter-décile) s'élève à 4. Il a diminué de 17 % depuis 2013.

Les dépenses de soins infirmiers libéraux doivent, en cohérence avec les actes des infirmiers libéraux, rester gérées globalement par l'assurance-maladie. Il n'y a en effet pas de raison que le pilotage conventionnel des tarifs de ces actes soit assuré par une autre branche que l'assurance maladie selon que les personnes âgées sont effectivement en perte d'autonomie ou non, ou qu'il s'agisse de personnes handicapées.

Toutefois, dans une logique d'amélioration du pilotage des dépenses de santé comme de l'amélioration de la gestion du risque autonomie, il paraît nécessaire de disposer d'une meilleure visibilité de ces dépenses en annexe du PLFSS et de les lier davantage aux différentes situations de dépendance. Cette donnée devrait ainsi être affinée en la liant au nombre de bénéficiaires de l'APA et de la PCH (seules 21 % des personnes âgées de 75 ans et plus bénéficient de l'APA[10], pour permettre une vision globale avec celle des SSIAD. Cela nécessite un croisement entre les données des allocataires de l'APA et de la PCH, aujourd'hui dispersées par département, et celles du SNIIRAM.

À terme, la mission propose de suivre statistiquement au sein de la nouvelle annexe du PLFSS les dépenses de soins de ville infirmiers des personnes éligibles à l'APA et à la PCH.

[9] Il s'agit des personnes âgées dépendantes, au sens administratif, c'est-à-dire évaluées en GIR 1 à 4 sur la grille AGGIR. L'exclusion des GIR 5 et 6 conduit à diminuer d'1,5 Md€ le montant total de dépenses. Les financements consacrés aux personnes handicapées vieillissantes bénéficiant de prestations au titre de leur handicap ainsi que les aides personnelles au logement (APL) sont par ailleurs exclus de l'analyse.

[10] Données 2013, INSEE Focus n° 71.

2.2.5. Les autres dépenses d'assurance maladie

2.2.5.1. Les aides techniques de la liste des produits et prestations remboursables (LPP)

Au sein des dépenses de l'ONDAM médical se trouve la liste des produits et prestations remboursables (LPP) qui comprend des dispositifs médicaux (pansements, compresses, lecteurs de glycémie, lunettes, verres correcteurs, véhicules pour personnes handicapées, etc.), mais aussi des services (location de lits médicaux, de pompes à insuline, des prestations pour l'oxygénothérapie, etc.).

Ces dépenses peuvent donc concerner des aides techniques visant spécifiquement les personnes âgées ou en situation de handicap. Toutefois, une grande partie de cette dépense concernent les aides au maintien à domicile en particulier de personnes en retour d'hospitalisation suite à un accident. Un rapport de l'IGAS d'avril 2013 sur l'évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées et les personnes handicapées[11] fait le constat que cette politique est directement gérée par l'assurance maladie qui dispose des compétences humaines et techniques pour porter la politique.

Les dispositifs spécifiques de soutien à l'autonomie permettent aussi le financement des aides techniques. C'est le cas des prestations en nature de la PCH (le volet aides techniques peut compléter la prise en charge de la LPP ou financer des aides non incluses dans la LPP), plus marginalement de l'APA. La prestation en espèces de l'AEEH permet également le financement d'aides techniques, et les fonds départementaux de compensation sont aussi susceptibles d'intervenir pour compléter un financement au-delà du plafond de la PCH.

Le financement des aides techniques apparaît particulièrement complexe, avec des démarches administratives redondantes auprès d'acteurs différents (CPAM, MDPH, départements, mutuelles, AGEFIPH, etc.), un manque d'informations claires et actionnables sur l'ensemble du système pour les professionnels « extérieurs » et les usagers, entraînant des erreurs d'orientation, et un défaut d'harmonisation des décisions[12]. L'accompagnement des personnes pour le choix et l'utilisation des aides techniques est insuffisant, en particulier pour les personnes âgées.

Tableau 5 : Synthèse des financeurs, hors PEC des établissements sanitaires et médico-sociaux

	PEC légales								PEC extralégales			Particulier
public	LPPR	Compléments AEEH	PCH	APA	Assurance santé complémentaire	Mises à dispo par éducation nationale	Aides AGEFIPH ou FIPHFP	Aides caisses de retraites	Aides associations	FDC	Aides individuelles CF	Financements par la personne
Enfants De 0 à 20 ans	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	oui à partir de 16 ans	Non	Oui	Oui	Non	Pour tous
Adultes (20-60 ans et plus)	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Si plus de 60 ans	
Personnes-apparition difficultés après 60 ans	Oui	non	non	Oui	oui	Non	Oui si encore en emploi	Oui	oui	parfois	oui	
	Toujours 1er	2ème (si LPPR) ou 1er (pas LPPR)	2ème (si LPPR) ou 1er (pas LPPR)	Après LPPR, voire ass. complémentaire		Intervient seul	Après LPPR et PCH	Serait après LPPR mais peu de recoupements		Toujours en dernier	En dernier	

Source : Mission menée par M. Philippe Denormandie sur les aides techniques.

[11] « Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées », IGAS, Avril 2013.

[12] Échanges avec M. Philippe Denormandie, chargé depuis décembre 2019 d'une mission nationale sur les aides techniques. Conduite en concertation avec les usagers les associations, les fabricants, distributeurs, financeurs et représentants de l'économie sociale et solidaire (ESS), articulée avec les mesures entérinées par le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020 au regard de la mise à disposition de fauteuils roulants d'occasion.

Tableau 6 : Synthèse des financeurs et des dépenses publiques annuelles en aides techniques France entière

	LPPR	PCH aides techniques	APA	Fond départemental de compensation (FDC)	Conférences des financeurs P.E.C individuelles A.T et TIC	Conférences des financeurs actions pour améliorer l'accès aux A.T
Estimation des dépenses annuelles	384 M€	17 M€		5,1 M€	4,2 M€	4,6M€
Bénéficiaires	Toute la population assurée	PSH éligibles à la PCH (enfants et adultes)	PA en perte d'autonomie	PSH +/- PA	Personnes de 60 ans et plus, avec ou sans perte d'autonomie	
Financeur(s)	Assurance maladie	CD	CD	MDPH	CF - CD	
Sources des financements	ONDAM	En 2019, 28% de couverture par concours CNSA (CSA et CSG) Le reste sur fonds propres des CD	En 2019, 38% de couverture par concours CNSA (CSA, CSG et CASA) Le reste sur fonds propres des CD	Toujours : CD, état, Parfois : CPAM, CAF, Anah, Agefiph,...	CASA (concours CNSA)	
Commentaire	Données de 2018 VHP, aides techniques du titre I hors lits et supports anti escarre	ESTIMATION Données de 2018 **Hors audioprothèses** (27 M€ avec audioprothèses)		ESTIMATION Données de 2017, **Hors audioprothèses** (Estimation à 6,5 M€ avec les audioprothèses)	Données de 2017, 33 CF répondantes	Données de 2017, 38 CF répondantes

Périmètre des aides techniques concernées :
- Pour les dépenses assurances maladie : ensemble des aides techniques inscrites à la LPPR ; les lits médicalisés, les supports anti-escarres et les audioprothèses sont exclus.
- Pour les dépenses en PCH et en FDC : ensemble des aides techniques prises en compte à l'exclusion des audioprothèses (estimations et non données réelles)
- Pour les CF : ensemble des aides techniques et actions concernées, les audioprothèses représentent une part minime des dépenses.

Source : Mission menée par M. Philippe Denormandie sur les aides techniques.

Dès lors que ces dépenses relèvent d'une logique globale, il apparaît donc peu optimal de découper au sein de celle-ci le financement et le pilotage des aides techniques figurant dans la LPP et destinées aux personnes âgées ou handicapées. En revanche, là aussi, une gestion globale du risque, une amélioration de l'efficience de la dépense et une simplification pour les personnes concernées sont nécessaires. Ces améliorations passent dans un premier temps par le croisement des données des bénéficiaires de l'APA et de la PCH avec celles du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM).

2.2.5.2. L'expérimentation au titre de l'article 51 (FISS au sein du 6ème sous-objectif ONDAM)

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 a instauré un dispositif d'expérimentation en santé qui s'inscrit dans le cadre d'une démarche de transformation de l'offre en santé et de ses modes de financements. Un fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) a été créé pour financer ces expérimentations innovantes et figure au sein du 6ème sous-objectif de l'ONDAM.

D'après le rapport remis au Parlement de 2019 sur les expérimentations innovantes en santé, il apparaît que certaines des thématiques abordées concernent spécifiquement le champ des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes handicapées : le suivi à domicile des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers, la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD et des personnes handicapées en institution.

Toutefois, dès lors que ces dépenses relèvent d'une logique globale et cohérente, il apparaît donc peu optimal de découper au sein de celles-ci le financement et le pilotage des expérimentations innovantes dédiées aux personnes en situation de perte d'autonomie. La part du FISS consacrée aux personnes handicapées et aux personnes âgées en perte d'autonomie devrait toutefois être retracée dans l'annexe autonomie.

La mission propose de suivre statistiquement au sein de la nouvelle annexe 7 *bis* du PLFSS les dépenses relatives à la politique de l'autonomie au sein des dépenses de LPP et du FISS.

2.3. Les dépenses d'invalidité

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'invalidité est définie comme : « *la réduction substantielle et durable de la capacité de travail et de gain dans une profession quelconque due à l'altération d'une ou de plusieurs fonctions physiques ou psychiques et aux limitations d'activité en résultant* ». En France, l'invalidité est un risque de la sécurité sociale dont la reconnaissance est effectuée au régime général par le service médical de l'assurance maladie : elle requiert une perte de capacité permanente et substantielle de l'assuré, d'au moins deux tiers, à exercer, dans une profession quelconque, un emploi à la mesure de ses capacités et rémunéré plus du tiers d'une rémunération normale (L. 341-1 du code de la sécurité sociale).

La couverture du risque se traduit par le versement d'une pension d'invalidité qui est le produit du taux d'indemnisation (30 % ou 50 %)[13] par la moyenne des salaires perçus au cours de ses dix meilleures années d'activité. En outre, la pension d'invalidité peut être complétée par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI, financée par l'État sur le programme 157) qui garantit un montant minimum aux titulaires de la pension (723,25 € pour une personne seule en 2019). Historiquement aligné sur le minimum vieillesse (ASPA), le montant de l'ASI n'a pas suivi les mêmes revalorisations que l'ASPA ces dix dernières années. Les dépenses d'ASI (254 M€ en 2019) ont ainsi diminué de 18 % entre 2009 et 2017, du fait de la baisse du nombre de bénéficiaires (81 600 en 2017 contre 91 900 en 2009). Toutefois, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, l'ASI a bénéficié d'une revalorisation exceptionnelle, pour atteindre un plafond de 750 € pour une personne seule et son recours sur succession a été supprimé.

Enfin, pour les personnes invalides dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (3ème catégorie), une majoration pour tierce personne (MTP) vient compléter la pension d'invalidité de façon forfaitaire (1 121,91 € par mois). En 2018, le régime général a versé au total 176 M€ de MTP à 14 170 bénéficiaires[14] (15 500 bénéficiaires tous régimes confondus).

En 2018, les dépenses totales d'invalidité tous régimes se sont élevées à 7,4 Md€ en 2018. Les dépenses du régime général (hors ex-RSI), représentent 81 % du total, contre 11 % pour les régimes de la fonction publique et 9 % pour l'ensemble des autres régimes.

---

[13] Trois catégories de reconnaissance de l'invalidité sont identifiées au régime général :

- 1ère catégorie : « invalides capables d'exercer une activité rémunérée » (taux de 30 %) ;
- 2ème catégorie : « invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque » (taux de 50 %) ;
- 3ème catégorie : « invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie » (taux de 50 % auquel s'ajoute le montant forfaitaire de la majoration pour tierce personne MTP).

[14] « Les pensions d'invalidité, une modernisation indispensable », Chapitre IV du rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, 2019.

Tableau 7 : Principaux chiffres sur l'invalidité

Régimes	Bénéficiaires (en milliers)	En %	Montant mensuel moyen (en euros)	Dépenses (en M€)	En %
Régime général	667	81,4	750	6 002	80,7
MSA salariés	28	3,4	690	229	3,1
MSA non salariés	12	1,4	350	50	0,7
Indépendants	34	4,2	730	300	4,0
Fonctions publiques	77	9,4	874	807	10,9
Autres	2	0,3	1 830	46	0,6
Total	**820**	**100**	**756**	**7 434**	**100**

Source : Cour des comptes d'après DREES.

Si une grande partie des enjeux financiers se situe au régime général, le risque invalidité est toutefois très éclaté, puisqu'il est associé à la couverture retraite dans les régimes des professions libérales (une dizaine de sections) ainsi que dans les différents régimes spéciaux où le risque est géré en auto-assurance. Dans la fonction publique, l'invalidité se traduit par une mise à la retraite d'office, et non comme le versement d'une pension d'invalidité distincte de la retraite. En comparaison internationale, selon l'OCDE, la France connait un éclatement atypique des modes de prise en charge de l'invalidité, là où la plupart des pays ont un régime unique ou deux (secteur privé et fonctionnaires, comme en Allemagne et en Autriche).

La proximité de l'invalidité avec les autres risques de sécurité sociale et la notion de perte d'autonomie soulève des enjeux d'articulation importants :

- l'articulation avec les indemnités journalières (IJ) de longue durée de l'assurance maladie : dans la notion de parcours de l'assuré, l'imbrication du risque invalidité est très forte avec la prise en charge des indemnités journalières de longue durée gérée par l'assurance maladie, l'un étant très souvent la continuation de l'autre. En effet, selon l'estimation de la Cour des comptes, la mise en invalidité concerne en 2018 dans les trois quarts des cas des assurés en arrêt de travail de longue durée. L'invalidité est prononcée par les médecins-conseil de l'assurance maladie, dans moins d'un cas sur cinq à l'expiration de indemnités journalières, et, dans les autres cas, au cours même de leur versement lorsque l'état de santé est jugé stabilisé. La Cour des comptes a pointé l'hétérogénéité de la reconnaissance de l'invalidité au sein des services médicaux de l'assurance maladie et l'absence de réel référentiel commun entre médecins conseils ;
- l'articulation avec le risque AT-MP : les secteurs d'activité où la prévalence de l'invalidité est la plus forte coïncident avec ceux où les fréquences d'accidents du travail ou de maladies professionnelles sont les plus élevées. Toutefois, le risque AT-MP s'organise dans une relation entre les employeurs et les salariés au sein du monde du travail. Il traite aussi de la prévention des risques et de la réparation d'un préjudice professionnel et d'une reconnaissance spécifique de l'imputabilité à l'employeur ;
- l'articulation avec la fin de carrière et la retraite : la dynamique des dépenses d'invalidité a été portée ces dernières années par le recul de l'âge légal de la retraite. L'invalidité concerne souvent des personnes en fin de carrière (l'âge moyen des bénéficiaires d'une pension d'invalidité au régime général est de 53,1 ans) même si les invalides peuvent continuer à travailler parallèlement (70 % des pensionnés de 1ère catégorie, 24 % des pensionnés de 2ème catégorie et 9 % de ceux de 3ème catégorie sont en emploi) ;

- l'articulation avec la perte d'autonomie : l'invalidité, qui entraîne une réduction des capacités fonctionnelles des assurés, est un risque contributif lié à la perte de gain qui se traduit par un revenu de remplacement pour les personnes couvertes par ce risque. Cette logique de versement de prestations en espèces est différente de la compensation des dépenses supplémentaires liée à un handicap. Toutefois, cette différence de logique est relative et les frontières ne sont pas aussi nettes. D'une part, l'invalidité admet des logiques de minimum social : d'une part avec l'ASI mais aussi avec le fait que les personnes invalides modestes peuvent également percevoir une AAH différentielle sur décision de la MDPH. Selon la Cour des comptes, un peu plus de 12 % des personnes invalides perçoivent une pension d'invalidité complétée par l'AAH. Par ailleurs, pour les invalides de 3ème catégorie, la majoration pour tierce personne (MTP), qui finance des aides humaines dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, intègre une logique de compensations identique ou proche de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Dans l'évaluation de la perte d'autonomie, l'enjeu d'une homogénéisation des barèmes au sein des régimes d'invalidité et entre l'invalidité et l'AAH se pose avec acuité, plusieurs acteurs (médecin-conseils, MDPH) abordant ce sujet sous des angles différents. L'évaluation de l'état d'invalidité n'est ainsi pas homogène, ni entre les médecins conseil évaluateurs de l'assurance maladie, ni entre invalidité et AAH. Il n'y a pas de spécialisation des médecins conseils sur le sujet de l'invalidité ni même sur le sujet des prestations en espèces. Tous les médecins conseils des échelons locaux traitent de tous les sujets médicaux pour lesquels ils sont sollicités.

L'évaluation se fait par ailleurs sous un angle médical et n'est pas référée à la connaissance de tous les emplois que pourrait tenir la personne, les médecins conseils ayant une connaissance insuffisante du marché de l'emploi pour pouvoir réellement envisager les capacités de reconversion professionnelle.

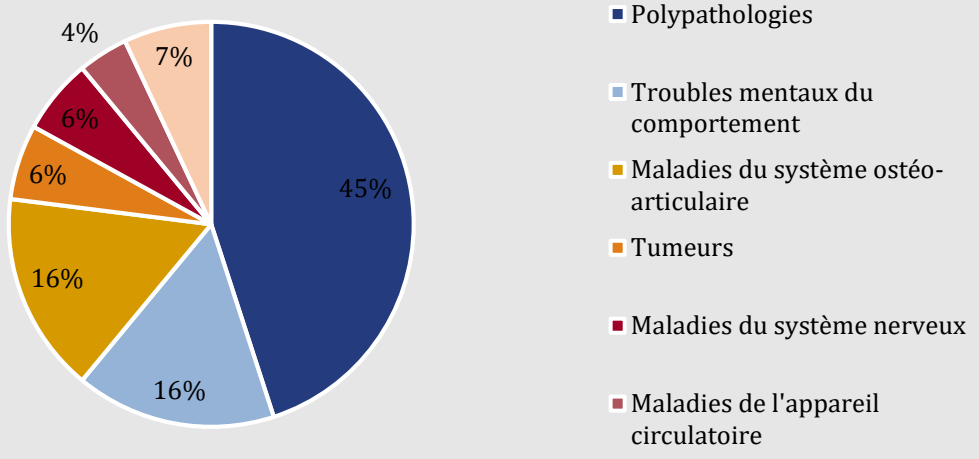
À la suite de plusieurs rapports ayant relevé l'hétérogénéité sur le territoire des décisions d'admission en invalidité (l'absence de référentiel commun à l'ensemble des médecins conseils du service médical de l'assurance maladie pour évaluer l'état d'invalidité affectant l'égalité de traitement des assurés), dont celui de la Cour des comptes de 2010, la CNAM a décrit dans des lettres internes les conditions d'admission en invalidité et les rôles respectifs des services médical et administratif. En 2015, elle a mis à la disposition des médecins conseil du service médical un outil d'aide à la décision de mise en invalidité (AMI).

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, une réforme de l'invalidité a été réalisée visant plusieurs objectifs de clarification et d'amélioration de l'équité. Notamment, afin de favoriser une appréciation plus équitable de l'invalidité par les médecins conseils, la perte de capacité de travail ou de gain n'est désormais plus définie par rapport à une profession mais par rapport à la catégorie de travail exercée par l'assuré concerné. L'étude d'impact de la mesure réfute toutefois l'harmonisation de l'évaluation avec le handicap, autour de la notion de « *restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi* » applicable pour l'AAH, sous prétexte que cette règle serait plus restrictive et remettrait en cause le caractère contributif de l'invalidité.

Encadré 2 : Principales causes d'admission en invalidité

Les principales causes d'admission en invalidité (cf. graphique 4) sont les poly-pathologies (45 %), les troubles mentaux du comportement (16 %) et les maladies du système ostéo-articulaires (16%).

Graphique 4 : Bénéficiaires d'une pension d'invalidité par type de pathologies (2017-2018)



Source : CNAM, à partir du SNIIRAM.

En outre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a ouvert la voie à une expérimentation dans deux organismes de service médical de la CNAM et de la CCMSA visant à une réforme globale du dispositif d'invalidité autour de la constitution d'une « prestation de compensation maladie » (PCM). Cette réforme reposerait sur une clarification des critères d'évaluation de la perte de capacités et de gains. L'expérimentation propose d'ailleurs, pour évaluer l'employabilité des assurés, d'expérimenter la mise en place d'une évaluation pluridisciplinaire du taux de perte de capacité de gain. Toutefois, malgré cette approche, l'expérimentation ne fait aucunement référence à une homogénéisation avec l'évaluation réalisée en matière de handicap, qui associe déjà une équipe pluridisciplinaire. Cette expérimentation propose également la suppression de la 3ème catégorie de l'invalidité en prévoyant toutefois qu'une majoration pour tierce personne, compensant la nécessité du recours à une tierce personne pour exercer les actes ordinaires de la vie, pourrait être octroyée selon l'appréciation du médecin-conseil. Cette MTP serait forfaitaire mais pourrait être progressive en fonction des besoins.

Il apparaît que cette réforme de l'invalidité, et notamment l'expérimentation proposée, vise à s'approcher beaucoup plus clairement d'une politique de soutien à l'autonomie au sein de l'assurance maladie, avec un effort sur les enjeux de compensation de la perte de capacité et de maintien en vie active sous-jacents à celle-ci dont la proximité avec les défis portés par la nouvelle branche serait encore plus prononcée qu'aujourd'hui.

Devant ces constats, l'intégration du risque invalidité peut présenter des avantages indéniables, à toutefois mettre en regard de risques clairement identifiés.

L'intégration du risque invalidité permettrait de donner du corps à cette branche au sein de la sécurité sociale en intégrant la compensation de la perte de revenu comme l'un des leviers d'une politique de l'autonomie. Cette logique serait d'autant plus assumée que l'on intégrerait les prestations de garanties de ressources des assurés en perte d'autonomie, que ce soit l'ASI ou l'AAH. Le rapprochement avec l'AAH en termes de pilotage du risque permettrait en outre de rechercher une meilleure équité dans les conditions d'éligibilité à ces différentes prestations, en homogénéisant le référentiel d'évaluation. Cet enjeu se heurte toutefois à la dualité des réseaux associés sur ces politiques, avec d'une part celui des CPAM et d'autre part celui des MDPH.

L'intégration du risque invalidité dans la branche constituerait une opportunité de piloter en tant que tel un risque aujourd'hui éparpillé entre de multiples régimes et acteurs. D'après la mission de l'IGAS de 2012 sur le sujet[15], le risque invalidité est selon les auteurs « *l'angle mort de la protection sociale* » qui ne fait l'objet d'aucun corps de principe juridique commun, d'aucune vision consolidée des données et des enjeux financiers et d'aucun objectif clairement affirmé. Toutefois, une telle ambition d'unification se heurterait précisément au grand morcellement de la gestion actuelle du risque invalidité entre les différents régimes de sécurité sociale. En termes de régulation, le risque invalidité n'est pas non plus inclus dans le périmètre de l'ONDAM (au motif qu'il s'agit d'une allocation de guichet, mais c'est le cas de beaucoup d'autres prestations dans le périmètre de la LFSS), et les pouvoirs publics ont fixé peu d'objectifs relatifs à l'invalidité. Le programme de qualité et d'efficience « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé aux PLFSS chaque année, mentionne pour seul objectif l'indemnisation des personnes invalides.

Compte tenu de ces éléments, la création d'une branche autonomie peut être le catalyseur d'une amélioration de la gestion du risque invalidité et de son pilotage. Ce serait également le moyen d'homogénéiser la reconnaissance de l'invalidité qui connaît une très forte adhérence avec les dispositifs d'évaluation et d'accompagnement du handicap.

A contrario, les pensions d'invalidité sont, à l'égal de l'indemnisation du chômage, fixées en proportion des revenus d'activité antérieurs. Il s'agit donc d'une compensation de la perte de salaire, et pas directement d'une compensation de la perte d'autonomie. Ce n'est pas non plus une prestation universelle de solidarité comme l'AAH.

Le détachement du pilotage et de la gestion du risque invalidité de ceux de la longue maladie ne pourrait se faire qu'au prix d'une plus grande complexité. L'évaluation est faite par les médecins conseils de l'assurance maladie, dont il serait probablement plus difficile de faire piloter une partie de leur activité par une autre branche, même si la branche AT-MP fournit à cet égard un bon précédent.

La mission propose d'intégrer dans la branche autonomie l'ASI, afin de construire une meilleure articulation avec l'AAH.

La mission propose également concernant les pensions d'invalidité, de :

- **supprimer la 3ème catégorie des pensions d'invalidité qui relève de la compensation de la perte d'autonomie à compter de 2022, et réorienter les bénéficiaires vers la PCH qui apporte une vision plus large des besoins que la seule aide humaine. Inclure les 300 M€ transférés de la branche maladie à la branche autonomie dans le concours PCH.**
- **maintenir les pensions d'invalidité de 1ère et 2ème catégorie dans le périmètre de la branche maladie, harmoniser les référentiels d'évaluation avec l'AAH, et organiser la coopération entre les médecins conseils, la médecine du travail et Pôle emploi pour faciliter les reconversions professionnelles.**
- **créer une instance de coordination inter-régimes sur l'harmonisation de la reconnaissance de l'invalidité, en articulation avec les règles en matière de perte d'autonomie**.

[15] « L'évaluation de l'état de l'invalidité en France réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque », IGAS, mars 2012.

Tableau 8 : Grille d'analyse pour les dépenses d'assurance maladie

	Faisabilité technique et juridique de l'intégration	Amélioration du pilotage financier	Recherche d'équité entre dispositifs	Mise en cohérence de la politique menée	Acceptabilité politique de l'intégration	Proposition de la mission
ONDAM médico-social	+	+	=	+	+	Intégration dans la branche
USLD	+	=	+	-	+	Intégration dans la branche
FIR	+	+	=	+	+	Intégration dans l'annexe
Dépenses de soins de ville infirmiers	+	-	=	=	=	Intégration dans l'annexe
Aides LPP	+	-	-	-	=	Intégration dans l'annexe
Article 51	+	-	-	-	=	Intégration dans l'annexe
Invalidité	-	+	+	=	=	Intégration progressive dans la branche

Source : Mission.

2.4. Les dépenses de la branche famille

Les prestations familiales financées par la CNAF et relatives aux enjeux de handicap recouvrent notamment l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

2.4.1. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une prestation en espèces destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant ou un jeune de moins de 20 ans en situation de handicap et est versée à la personne qui en assume la charge. Au 31 juin 2018, 321 600 enfants et jeunes en sont bénéficiaires pour un montant total de 1,06 Md€. Ce nombre a presque doublé sur la période 2008-2018, soit une augmentation de 6,9 % en moyenne annuelle, et il a été multiplié par 3 en 25 ans.

Elle est composée d'une allocation de base, et de compléments si les besoins de l'enfant le justifient, liés notamment à la cessation d'activité des parents, ou à l'embauche d'une tierce personne. Six niveaux de complément sont possibles, de 99,46 € à 1125,29 € mensuels. Plus d'un tiers des bénéficiaires de l'AEEH bénéficie ainsi de compléments à l'allocation de base. Une majoration parent isolé peut s'y ajouter, de 55,87 € mensuels en 2ème catégorie à 443,41 € en 6ème catégorie.

Tableau 9 : Montant de l'AEEH et de ses compléments

Catégories	Montant mensuel (en euros par mois et par enfant)	Critères
AEEH de base	132,61	Enfant âgé de moins de 20 ans et présenter une incapacité permanente d'au moins 80 %
1ère catégorie	99,46	Enfant dont le handicap entraîne par sa nature ou sa gravité des dépenses mensuelles d'au moins 232,06 €
2ème catégorie	269,36	Enfant dont le handicap : - soit oblige l'un de ses parents à exercer une activité à temps partiel réduite d'au moins 20 % par rapport à un temps plein ; - soit nécessite le recours à une tierce personne au moins 8 heures par semaine ; - soit entraîne des dépenses mensuelles d'au moins 401,97 €
3ème catégorie	381,25	Enfant dont le handicap : - soit oblige l'un de ses parents à exercer une activité à mi-temps ou nécessite le recours à une tierce personne au moins 20 heures par semaine ; - soit oblige l'un de ses parents à exercer une activité à temps partiel réduite d'au moins 20 % par rapport à un temps plein ou nécessite le recours à une tierce personne au moins 8 heures par semaine et entraîne des dépenses mensuelles d'au moins 244,50 € ; - soit entraîne des dépenses mensuelles d'au moins 513,86 €
4ème catégorie	590,81	Enfant dont le handicap : - soit oblige l'un de ses parents à cesser toute activité professionnelle ou nécessite le recours à une tierce personne à temps plein ; - soit oblige l'un de ses parents à exercer une activité à mi-temps ou nécessite le recours à une tierce personne au moins 20 heures par semaine et entraîne des dépenses mensuelles d'au moins 342,17 € ;

Catégories	Montant mensuel (en euros par mois et par enfant)	Critères
		- soit oblige l'un de ses parents à réduire son activité professionnelle d'au moins 20 % ou nécessite le recours à une tierce personne au moins 8 heures par semaine et entraîne des dépenses mensuelles d'au moins 454,06 € ; - soit entraîne des dépenses mensuelles d'au moins 723,42 €
5ème catégorie	755,08	Enfant dont le handicap oblige l'un des parents à cesser toute activité ou nécessite la présence d'une tierce personne à temps plein et entraîne des dépenses mensuelles d'au moins 296,88 €
6ème catégorie	1 125,29	Enfant dont le handicap oblige l'un des parents à cesser toute activité ou nécessite la présence d'une tierce personne à temps plein et dont l'état impose des contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille.

Source : DREES, montant au 1er avril 2020.

Tableau 10 : Évolution du coût de l'AAEH et de ses compléments (en euros)

Catégories	Catégorie	2015	2016	2017	2018	2019
AEEH de base		19 549 896	22 157 879	23 811 332	25 821 120	27 968 172
Avec complément	1ère catégorie	1 617 393	2 003 371	2 152 067	2 328 695	2 745 601
	2ème catégorie	12 257 619	13 029 417	13 635 974	14 213 223	14 827 837
	3ème catégorie	6 240 548	6 798 642	7 140 731	7 557 592	7 962 198
	4ème catégorie	6 466 612	7 149 130	7 325 194	7 746 302	7 698 960
	5ème catégorie	1 140 618	1 282 452	1 352 216	1 386 704	1 429 035
	6ème catégorie	2 185 000	2 230 722	2 216 755	2 164 866	2 019 779
Avec majoration de parent isolé	2ème catégorie	3 528 529	4 474 003	4 849 215	5 322 388	5 798 961
	3ème catégorie	1 822 514	2 354 921	2 552 686	2 917 197	3 329 831
	4ème catégorie	1 956 622	2 973 556	3 278 295	3 434 274	3 578 105
	5ème catégorie	384 608	603 088	642 360	681 668	702 620
	6ème catégorie	665 857	926 509	920 917	960 562	934 612
Cas mixtes		3 401 335	4 188 481	4 696 047	5 258 129	5 934 397
Maintien		40 334	32 949	48 207	38 486	38 356
Total Familles		61 258 513	70 204 544	74 623 566	79 831 206	84 968 463

Source : CNAF - DSER, 2016 à 2019.

La LFSS pour 2008 a étendu la PCH aux enfants en supprimant la barrière d'âge de 20 ans et a maintenu à titre transitoire les deux prestations en instituant pour les parents un droit d'option entre l'une et l'autre. Depuis le 1er avril 2008, les bénéficiaires de l'AEEH éligibles à ces compléments peuvent ainsi choisir entre le bénéfice de ceux-ci et les différents volets de la PCH, si l'enfant est éligible à cette dernière. Ainsi, actuellement, 21 000 bénéficiaires de la PCH, soit 6,3 %, ont moins de 20 ans.

Ce doit d'option a introduit une complication majeure, tant pour les équipes des MDPH qui doivent calculer les différentes options AEEH seule, PCH seule et AEEH complétée par un différentiel de PCH, que pour les familles déjà confrontées à la difficulté intrinsèque du handicap de leur enfant.

Le rapport « plus simple la vie » de mai 2018[16] note ainsi : « *de décision libre et éclairée, il n'y a pas, tant les notifications sont à la fois complexes et incomplètes….Complexes car trop techniques et trop peu orientées usager. Incomplètes parce que les équipes de la MDPH n'ont pas connaissance de l'intégralité de la situation sociale et fiscale des foyers. Dès lors, les personnes ne dont pas en mesure de connaître l'impact fiscal d'un choix plutôt qu'un autre, chaque prestation n'étant pas soumise au même régime, et donc d'apprécier le montant net qu'elles peuvent espérer percevoir.* »

L'AEEH est versée par les caisses d'allocations familiales, contrairement à la PCH qui est versée par les conseils départementaux sur leurs budgets dédiés à l'action sociale. L'ouverture des droits est assurée par les MDPH pour les deux prestations. L'AEEH est – avec la PCH « enfant » dans une moindre mesure – la seule allocation qui permet une participation à la dépense supportée par les familles des enfants en situation de handicap. L'objectif de réduction du délai moyen de traitement de l'AEEH est très attendu par les familles et fait l'objet d'un indicateur suivi dans le cadre des LFSS, sous la forme d'un « délai moyen » ne traduisant pas les disparités existantes entre départements. Selon des données déjà anciennes de la CNAF, l'AEEH connaît des écarts territoriaux en taux d'allocataires par enfant de moins de 20 ans du même ordre que ce qui est constaté pour d'autres allocations (de 1 à 4).

Un rapport IGAS[17] a étudié les enjeux relatifs à l'amélioration et à la simplification de la compensation du handicap pour les enfants, en particulier l'articulation entre l'AEEH et la PCH destinée aux enfants. Il identifie plusieurs problématiques. Les compléments de l'AEEH qui viennent majorer la prestation de base, mais dont les montants sont fixés par les MDPH en fonction des divers besoins en nature qu'ont à couvrir les familles confrontées au handicap d'un ou plusieurs de leurs enfants, font l'objet d'une grande liberté d'utilisation de la part des parents, alors que la PCH fait l'objet de contrôles d'effectivité extrêmement détaillés de la part des départements. De surcroît, le traitement fiscal et social de l'indemnisation du « temps parental » conduit à ce que celle-ci soit intégrée dans la base ressource des prestations sous condition de ressources (RSA, allocations logements, prime d'activité) pour la PCH, alors qu'elle ne l'est pas pour les compléments de l'AEEH, ce qui, suite à une jurisprudence du Conseil d'État[18], est ressenti comme une inégalité de traitement et fait l'objet d'une contestation de la part des associations.

[16] Rapport « Plus simple la vie » sur la simplification du parcours administratif des personnes en situation de handicap de M. Adrien Taquet, député et M. Jean-François Serres, membre du Conseil économique, social et environnemental.

[17] Rapport IGAS n° 2018-126R, Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants. Clarifier l'articulation entre l'AEEH et la PCH, juin 2019.

[18] Décision n°395536 du 10 février 2017.

Comme évoqué plus haut, ce même rapport identifie que le droit d'option entre les deux prestations reste complexe à exercer pour les parents. Dix ans après la LFSS de 2008, le recours reste massif aux compléments de l'AEEH, « choisis » par quelques cent mille familles (ou souvent pour elles par la MDPH), contre une vingtaine de mille pour la PCH. Compte tenu de l'inadaptation de la PCH à la situation des enfants (avec des critères d'éligibilité plus restrictifs pour les enfants que pour les adultes, et une prise en compte insuffisante de la spécificité des besoins de compensation), le risque serait qu'une grande partie des enfants concernés qui bénéficient d'une forme de compensation via les compléments de l'AEEH, se retrouvent sans compensation avec la PCH. Le rapport formule des propositions de réaménagement des prestations et des critères d'éligibilité afin d'améliorer l'égalité de traitement des familles, qui aboutiraient à distinguer une allocation de base et une allocation de présence parentale.

Un deuxième rapport de l'IGAS[19] effectué dans le cadre de la conférence nationale du handicap de 2020 a proposé une réingénierie de l'AEEH, au sein de laquelle seraient distinguées une allocation de base, et une allocation de présence parentale, qui resteraient de la compétence de la branche famille. Les autres besoins de compensation relèveraient de la PCH, elle-même revisitée pour les enfants. Le rapport indique que la complexité d'une telle refonte de l'AEEH nécessiterait un délai de l'ordre de quatre ou cinq ans si elle était décidée.

L'intégration de l'AEEH à la branche autonomie, tout en conservant son caractère de prestation en espèces, devrait permettre une amélioration du pilotage sans qu'elle ne règle pour autant les enjeux d'articulation avec la PCH destinée aux enfants, qui pourront néanmoins faire l'objet d'une prise en compte spécifique dans ce cadre.

Un transfert de l'AEEH et de ses compléments est nécessaire afin de résoudre à terme la problématique d'articulation avec la PCH. La résolution de cette incohérence devrait être un chantier prioritaire de la branche autonomie, afin d'améliorer et surtout de simplifier la réponse apportée aux familles et aux enfants. Le fait que la CNSA soit la tête de réseau des MDPH fait qu'elle est la mieux à même de mener un tel chantier.

2.4.2. L'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

L'allocation journalière de présence parentale (AJPP), qui a remplacé en 2006, l'allocation de présence parentale créée en 2001, peut, elle, être versée aux parents qui s'occupent d'un enfant gravement malade, accidenté ou handicapé, pour chaque journée passée auprès de l'enfant et ce pour une période de trois ans maximum. Il s'agit d'un autre type de prestation familiale d'inspiration plus récente, visant non à couvrir des charges, mais à compenser la perte de revenu entraînée par la nécessité d'une présence parentale.

En 2019, l'AJPP a un coût de 96 M€ et sert près de 10 000 personnes. Cette prestation a connu une croissance soutenue, avec une hausse de 6,4 % de bénéficiaires par rapport à 2018. Il s'agit d'une prestation indépendante des ressources, servie par la branche famille et dont les droits sont ouverts par le médecin conseil de la CPAM.

L'AJPP est une prestation couvrant plusieurs motifs (accident, maladie, handicap), qu'il n'est pas possible de connaître avec précision. Il est évoqué par l'IGAS[20] le fait que les motifs résultant d'une situation de handicap sont probablement très minoritaires pour une prestation qui est restée très confidentielle.

---

[19] « Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants Clarifier l'articulation entre l'AEEH et la PCH », IGAS, juin 2019.

[20] *Ibid.*

S'agissant d'une prestation hybride non pérenne couvrant des situations de vie très diverses, cette prestation ne peut pas directement intégrer la branche autonomie mais devrait être identifiée dans son annexe relative aux dépenses en faveur de l'autonomie. Une amélioration du pilotage permettrait par ailleurs de mieux qualifier et quantifier les bénéficiaires et les situations couvertes par cette allocation.

2.4.3. Les autres dépenses de la CNAF

2.4.3.1. Les budgets en faveur de l'inclusion des enfants en situation de handicap dans les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et l'accueil de loisir sans hébergement (ALSH)

Des financements de la branche famille visant à favoriser l'inclusion et la socialisation des enfants en situation de handicap interviennent également. Ils se traduisent par le soutien :

- à la prise en charge des enfants en situation de handicap dans les établissements d'accueil collectif du jeune enfant (EAJE), sous la forme d'un « bonus handicap » pour 7,8 M€ en 2019 (30 M€ prévus en 2020 et 35 M€ en 2022 au terme de la COG État-CNAF 2018-2022), et la mobilisation de 12 M€ en 2019 via le fonds « publics et territoires », axe 1 « Accueil des enfants en situation de handicap dans les structures et services de droit commun » / petite enfance ;
- à l'accueil de loisir sans hébergement (ALSH) des enfants en situation de handicap sur le temps périscolaire, pour environ 15 M€ en 2019, via le fonds « publics et territoires », axe 1 « Accueil des enfants en situation de handicap dans les structures et services de droit commun » / jeunesse.

Depuis le 1er janvier 2019, en vue d'encourager une véritable politique d'inclusion dans les EAJE en proximité des lieux de vie des enfants, un « bonus inclusion handicap » s'applique dès le premier enfant en situation de handicap accueilli dans une structure d'accueil.

Ce dispositif vise à compenser les surcoûts qui pèsent sur les structures lorsqu'elles accueillent des enfants en situation d'handicap. Son montant, pouvant aller jusqu'à 1 300 € par place et par an est croissant avec le pourcentage d'enfants en situation de handicap inscrits dans la structure. Il s'applique à toutes les places de la structure pour encourager les gestionnaires d'EAJE à adapter leur projet d'accueil dans son ensemble.

En 2020, le bonus inclusion handicap a été étendu à titre expérimental à d'autres critères que celui des enfants bénéficiant de l'AEEH.

Ces prestations sont ciblées pour permettre davantage d'autonomie et l'inclusion des enfants en situation de handicap à des structures de droit commun. L'articulation avec les autres structures de droit commun milite pour conserver une cohérence de l'ensemble de cette politique au sein de la branche famille.

Leur identification au sein de la branche autonomie serait utile en annexe, afin d'en assurer la visibilité pour les acteurs concernés sans pour autant décomposer le financement et le pilotage au sein d'une politique plus large.

2.4.3.2. La majoration de 30 % du complément de libre choix de mode de garde (CMG)

Enfin, s'ajoute à cela le financement d'une majoration dans le cadre du complément du libre choix du mode de garde (CMG). En effet, le complément de libre choix du mode de garde (CMG) a été revalorisé de 30 % à partir de novembre 2019 pour les familles allocataires de l'AEEH.

Cette majoration a pour but de compenser des restes à charge supérieurs à ceux des autres parents, de ne pas pénaliser les familles recourant à une assistante maternelle ou une garde à domicile plutôt qu'à une place de crèche et de faciliter la reprise ou l'accroissement d'activité professionnelle des parents. Cela représente un gain potentiel maximum de 140 € par mois pour une famille employant pour la garde de son enfant une assistante maternelle ou une garde à domicile. Cette mesure qui s'inscrit pleinement dans le dispositif du CMG et dans la politique menée en faveur de la garde d'enfant, représente une dépense estimée à 1,8 M€.

Pour la branche famille, la mission propose de transférer les dépenses d'AEEH (et de ses compléments) à la branche autonomie et de simplement identifier dans l'annexe autonomie les dépenses d'AJPP, du bonus handicap du CMG, de l'ALSH et de l'EAJE pour les enfants handicapés.

Tableau 11 : Grille d'analyse pour les dépenses de la branche Famille

	Faisabilité technique et juridique de l'intégration	Amélioration du pilotage financier	Recherche d'équité entre dispositifs	Mise en cohérence de la politique menée	Acceptabilité politique de l'intégration	Proposition de la mission
AEEH et compléments	=	+	+	+	=	Intégration dans la branche
AJPP	=	-	=	+	-	Intégration dans l'annexe
AEJE / ALSH et bonus handicap	=	-	=	+	-	Intégration dans l'annexe
Majoration de 30 % du CMG	=	-	=	+	-	Intégration dans l'annexe

Source : Mission.

2.5. Les dépenses de la branche retraite

2.5.1. L'allocation vieillesse des parents aux foyers (AVPF) des aidants

L'assurance vieillesse des parents aux foyers (AVPF) est un dispositif général d'affiliation au régime général de retraite pour les personnes qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper de leurs enfants. Le dispositif conduit à la prise en charge de cotisations d'assurance vieillesse par la caisse nationale d'allocation familiale (CNAF), il concerne 1,185 million de personnes, qui perçoivent l'allocation de base, le complément de libre choix d'activité, la prestation partagée d'éducation de l'enfant, le complément familial ou l'allocation journalière de présence parentale.

Ce dispositif de politique familiale a été étendu progressivement aux aidants de personnes handicapées, malades ou dépendantes :

- la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées a ouvert le dispositif aux femmes assumant à leur foyer la charge d'un enfant ou d'un adulte handicapé, sans considération d'âge (l'AVPF a été étendue aux hommes à partir de 1979) ;
- la LFSS pour 2001 a étendu l'AVPF aux bénéficiaires de l'allocation de présence parentale (APP), puis en 2006 aux bénéficiaires de l'AJPP ;
- la LFSS pour 2007 a étendu l'AVPF aux bénéficiaires du congé de soutien familial et aux travailleurs non-salariés s'occupant d'un proche handicapé ou en perte d'autonomie, puis la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement l'a étendue aux bénéficiaires du congé de proche aidant, qui a remplacé le congé de soutien familial.

Peuvent ainsi être affiliés à l'AVPF, sans condition de ressources, les aidants de personnes handicapées, malades ou dépendantes dans les situations suivantes : les bénéficiaires de l'AJPP, les bénéficiaires de l'AEEH, les bénéficiaires du congé de proche aidant, les travailleurs-non-salariés assurant la charge d'un proche de leur famille en situation de handicap ou de perte d'autonomie d'une particulière gravité, les personnes assurant la charge, soit d'un enfant handicapé de moins de 20 ans soit d'un adulte handicapé quel que soit son âge (dans les deux derniers cas, le taux d'incapacité doit être supérieur ou égal à 80 %).

La CNAF prend en charge les cotisations d'assurance retraite et bénéficie d'un remboursement de la CNSA pour les cotisations acquittées au titre du congé de proche aidant et des travailleurs non-salariés assurant la prise en charge d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie L'ensemble de ces affiliations à l'AVPF aidants représente une part très minoritaire des bénéficiaires de l'AVPF (cf. tableau 12).

Tableau 12 : Nombre de bénéficiaires de l'AVPF

Nature de l'AVPF	Nombre
AVPF bénéficiaire de l'AEEH	38 229
AVPF bénéficiaire de l'AAH	4 682
AVPF bénéficiaire de l'AJPP	11 159
AVPF bénéficiaire du congé de soutien familial	9
Total AVPF aidants	**54 079**
Total AVPF	1 184 995
Part de l'AVPF aidants dans le dispositif AVPF	***4,5 %***

Source : CNAF.

Dans le cadre d'une mise en cohérence de la politique de soutien à l'autonomie et dans la mesure où l'AVPF repose sur une affiliation au régime général identifiable, il est logique d'unifier la prise en charge des cotisations de retraite pour l'ensemble des situations d'affiliation à l'AVPF aidants. Cette mesure serait cohérente avec l'objectif de création d'un dispositif unifié pour les aidants dans le cadre du projet de réforme instituant un système universel de retraite.

La CNSA rembourse déjà à la branche famille, cette part de l'AVPF consacrée aux aidants. Il serait plus logique que la nouvelle branche autonomie verse ce remboursement directement à la branche vieillesse, sans transiter par la famille. Cette mesure est sans impact sur le périmètre budgétaire actuel. Il sera en revanche nécessaire de mieux suivre cette dépense et ses montants exacts, aujourd'hui difficiles à retracer dans les comptes.

2.5.2. Les dispositifs spécifiques de retraite

2.5.2.1. Les majorations de durée d'assurance (MDA)

La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites permet aux assurés du régime de base ayant élevé un enfant handicapé de bénéficier d'une majoration de leur durée d'assurance à raison d'un trimestre par période d'éducation de 30 mois, dans la limite de 8 trimestres. Les conditions d'ouverture sont pour l'enfant d'avoir un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80 % et d'ouvrir droit au complément de l'AEEH ou à la PCH (L. 351-4-1 du code de la sécurité sociale).

Tableau 13 : Nombre de trimestres stockés à fin 2019 par les bénéficiaires de MDA pour parent d'enfant handicapé

Régimes	Nombre de trimestres (stock)	Nombre de trimestres moyens
Régime général	18 055	5
Service des retraites de l'État (SRE)	4 065	3,8
Fonctions territoriaux et hospitaliers (CNRACL)	3 799	3,5
Régime des industries électriques et gazières (CNIEG)	390	N.C
Régime des clercs et employés de notaires CRPCEN	68	4,1
Régime de la RATP	59	5,9

Source : Régimes de retraite.

La loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a également crée une majoration de durée d'assurance pour les aidants familiaux d'adultes handicapés, à raison d'un trimestre par période de 30 mois de prise en charge dans la limite de 8 trimestres. Trois conditions cumulatives doivent être respectées :

- justifier d'un lien familial avec la personne adulte handicapée tel que précisé dans la loi ;
- justifier que la personne aidée a un taux d'incapacité au moins égal à 80 % ;
- justifier de la prise en charge permanente d'une personne adulte lourdement handicapée : cette condition implique que l'aidant soit inactif.

Les dispositifs de majoration de durée d'assurance servent pour définir les conditions de départ en retraite et calculer le niveau de la pension. Le coût réel de ces MDA n'est donc pas rendu apparent au fil de l'eau mais est visible au moment du départ en retraite des assurés concernés. Un rappel du dispositif, et du stock des trimestres constitués, pourrait être inclus dans l'annexe.

2.5.2.2. Les dispositifs liés à l'âge de départ

La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a créé un dispositif de retraite anticipée des travailleurs handicapés (RATH) qui permet aux assurés ayant effectué une large part de leur carrière en situation de handicap de bénéficier d'un départ en retraite anticipée à partir de 55 ans. Leur retraite est calculée au taux plein et peut être majorée pour compenser les incidences du handicap sur l'activité professionnelle.

Ce dispositif reste très ciblé sur les populations pouvant en bénéficier. En 2018, 2 800 retraités du régime général ont bénéficié de ce dispositif. Dans les autres régimes alignés, moins de 300 assurés ont bénéficié d'une retraite anticipée et 550 nouveaux bénéficiaires dans les régimes de la fonction publique.

Tableau 14 : Bénéficiaires de la retraite anticipé pour travailleur handicapé

Régimes	2015	2016	2017	2018
Régime général	2 866	2 900	2 776	2 822
Régime agricole (MSA)	443	434	384	198
Service des retraites de l'État (SRE)	236	229	248	265
Fonctions territoriaux et hospitaliers (CNRACL)	234	263	128	275

Source : PQE retraite et données des régimes.

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a maintenu par dérogation l'âge d'annulation de la décote à 65 ans (au lieu de 67 ans) pour les parents d'enfants handicapés. Ce dispositif est ouvert aux assurés ayant validé au moins un trimestre au titre de la MDA pour parents d'enfants handicapés ou ayant apporté, en tant que salarié ou aidant familial, une aide effective pendant au moins 30 mois, à leur enfant bénéficiaire des aides humaines de la PCH.

Tableau 15 : Nombre de bénéficiaire de départ anticipé

Régimes	Départ anticipé pour parent d'enfant handicapé (stock)	Départ anticipé pour conjoint infirme (stock)
Service des retraites de l'État (SRE)	579	2 199
Fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (CNRACL)	1 586	530
Régime des industries électriques et gazières (CNIEG)	92	126
Régime des clercs et employés de notaires CRPCEN	14	N.C
Régime de la RATP	35	13

Source : Régimes de retraite.

En outre, un dispositif spécifique existe pour les fonctionnaires et dans certains régimes spéciaux permettant le départ anticipé en retraite pour les parents d'un enfant atteint d'une invalidité égale ou supérieure à 80 % à condition qu'ils aient, pour cet enfant, interrompu ou réduit leur activité et qu'ils aient accompli 15 années de services effectifs (cf. tableau 15).

Outre la difficulté de calculer le coût de ces avantages, les faibles effectifs concernés font qu'il n'est pas utile de chercher à construire un système de remboursement par la branche autonomie à la branche vieillesse.

2.5.2.3. Les dispositifs au titre de l'invalidité ou d'inaptitude

En matière d'invalidité et d'inaptitude, des dispositifs spécifiques de retraite existent. Au-delà d'une validation des périodes d'invalidité au titre de la retraite sous la forme d'acquisition de trimestres, l'invalidité ou l'inaptitude peut conduire à des dérogations sur les conditions de départ :

- les salariés du secteur privé et ceux du secteur public qui partent en retraite au titre de l'inaptitude bénéficient d'une pension de retraite à taux plein même s'ils ne justifient pas de la durée d'assurance requise. Au régime général, les départs au titre de l'inaptitude ou de l'invalidité concernent respectivement 7,5 % et 8,5 % des retraités en 2018, soit environ 48 500 et 56 500 départs. Dans les autres régimes du secteur privé, environ 2 600 artisans, 3 800 commerçants, 7 800 salariés agricoles (MSA salariés) et 3 900 exploitants agricoles (MSA exploitants) bénéficient en 2018 d'un départ au titre de l'inaptitude ou de l'invalidité ;
- les bénéficiaires de pensions d'invalidité bénéficient de règles facilitant la transition entre l'invalidité et la retraite (articles L. 341-15 et suivants du code de la sécurité sociale). Ainsi, à l'âge légal une pension de retraite liquidée à taux plein est automatiquement substituée à leur pension d'invalidité afin d'éviter toute rupture de ressources entre les deux dispositifs.

Les différents régimes de retraite étant responsables de la gestion et du financement de ces dispositifs de retraite, le rattachement à la branche autonomie créerait des flux financiers avec l'ensemble de ces régimes et complexifierait fortement l'architecture financière. En l'état, le maintien de ces droits à retraite dans les différents régimes les gérant apparait plus cohérent.

Un effort de précision statistique devrait être mené par les régimes de retraite pour mieux suivre en annexe du PLFSS le recours à ces dispositifs, dont le montant est estimé par la Drees sur la base de données de 2016, à 1,7 Md€. En outre, si les critères d'éligibilité découlent directement de la reconnaissance d'un taux d'incapacité ou du bénéfice de prestations de soutien à l'autonomie ou d'invalidité, il existe probablement des disparités dans leur pratique et des inéquités entre les régimes de retraite ou entre dispositifs. Certains dispositifs restent mal évalués, à l'instar de la RATH dont les critères de bénéfice sont restreints. La CNSA pourrait donc être force de proposition pour clarifier et mettre en cohérence les conditions pour leur bénéfice.

Enfin, ce n'est que dans la perspective de la mise en place d'un système universel de retraite que l'harmonisation des dispositifs et l'unification de l'architecture financière de la retraite pourraient conduire à flécher spécifiquement leur pilotage et le financement de ces avantages de retraite au sein de la branche autonomie. La CNSA abonderait alors le Fonds de solidarité universel chargé spécifiquement du financement l'ensemble des droits de solidarité au sein du système universel.

La mission propose de maintenir en l'état le pilotage et le financement des dispositifs de retraite en matière d'invalidité et de soutien à l'autonomie par les différents régimes de retraite. Il conviendrait toutefois d'assurer un meilleur suivi statistique de ces dispositifs dans la nouvelle annexe relative au soutien à l'autonomie, et d'attendre la mise en place d'un système universel de retraite pour confier le financement de ces dispositifs à la CNSA, qui abonderait alors le Fonds de solidarité universel chargé des droits de solidarité communs à tous les assurés.

2.5.3. Les dépenses d'action sociale des caisses de retraite

Les caisses de retraites développent dans chacun de leur régime une politique d'action sociale destinée à accompagner les bénéficiaires de pension dans les différentes étapes de l'avancée en âge, et notamment à favoriser la prévention de la perte d'autonomie.

Au sein du régime général de base, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) dispose pour cela d'un budget de 367 M€ au sein du FNASSPA (Fonds national, d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgée) pour financer notamment des interventions individuelles et collectives auprès des retraités de GIR 5 et 6 et des prêts à taux zéro. Les axes stratégiques de sa politique d'action sociale sont définis dans la convention d'objectif et de gestion. Les trois principales familles de dépenses d'intervention sont :

- les « aides au maintien à domicile » (AMD) composées essentiellement des plans d'actions personnalisés (PAP) et donc d'aide humaine à domicile, et qui représente 77 % du budget ;
- la politique « Habitat et cadre de vie » (HCV) avec des aides à l'adaptation des logements au vieillissement (17 % du budget) ;
- des « actions collectives de prévention » (ACP) en vue d'améliorer les informations et conseils pour bien vivre sa retraite et de développer des programmes d'actions collectives et de prévention pour bien vieillir (6 % du budget).

Encadré 3 : La politique d'action sociale de la CNAV en faveur de l'autonomie

La CNAV déploie sa politique d'action sociale au travers de plusieurs axes stratégiques, définis dans l'axe 2 de sa convention d'objectifs et de gestion « déployer avec les partenaires une politique ambitieuse de prévention de la perte d'autonomie » :

- des actions collectives de prévention et de promotion de la participation sociale :
  - informations et conseils pour bien vivre sa retraite ;
  - programmes d'actions collectives et de prévention pour bien vieillir.
- des aides et services individuels et personnalisés dès lors que certaines fragilités apparaissent, au travers notamment des « PAP » (plans d'actions personnalisés) :
  - des services d'aide à domicile (livraison de repas, de courses, aide-ménagère) ;
  - des aides techniques pour sécuriser le logement (installation d'une téléassistance, hébergement temporaire suite à une maladie ou une hospitalisation, accueil de jour ou de nuit) ;
  - des aides aux déplacements (sorties avec des accompagnateurs formés, aides pour partir en vacances) ;
  - des aides spécifiques lors d'une situation de rupture (sorties d'hospitalisation, veuvage) ;
  - des aides à l'adaptation des logements au vieillissement.
- adaptation de logements individuels au vieillissement :
  - sur la période conventionnelle, la CNAV s'engage à adapter au moins 80 000 logements individuels. Plus de 20 800 personnes en ont déjà bénéficié en 2019, pour un objectif fixé à 15 500 bénéficiaires en 2020. Il s'agit par exemple de transformer une baignoire en douche italienne ou encore de poser des tapis antidérapants. Pour chaque intervention, la participation de la CNAV peut aller jusqu'à 3 500 euros. Ces aides peuvent être complétées, notamment par les dispositifs proposés par l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) ;
  - construction et rénovation de résidences pour personnes âgées : la CNAV octroie également des prêts sans intérêt et des subventions pour les projets de construction et de rénovation de résidences autonomie et établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), pour un montant de près de 50 M€. S'y ajoute la gestion, depuis 2014, du plan d'aide à l'investissement (PAI) pour les résidences autonomie qui s'élève à 10 millions d'euros par an.

Les prestations d'action sociale de la CNAV sont évaluées à 367 M€.

Ces différentes actions se superposent avec celles d'autres organismes, notamment pour les aides et services individuels, qui visent les GIR 5 et 6 là où l'APA prend en charge pour les mêmes besoins les GIR 1 à 4. Pour les aides à l'adaptation des logements, les programmes se superposent à ceux de l'ANAH, celui plus récent d'Action Logement (transformation de baignoires en douches, dans la limite d'un forfait de 5 000 €) ; et pour les investissements en EHPAD avec ceux de la CNSA. Les collectivités locales peuvent aussi intervenir sur certains de ces aspects.

D'autres caisses de retraite jouent un rôle dans la prévention et le soutien à l'autonomie (cf. tableau 16). En particulier, l'AGIRC-ARRCO a consacré à l'action sociale un budget de 445,2 M€ (dont 265 M€ pour le bien vieillir ou lutte contre la perte d'autonomie) pour 68 790 bénéficiaires en aides individuelles et 694 682 bénéficiaires en aides collectives.

Tableau 16 : Comparaison des politiques d'action sociale des caisses de retraite

Action sociale	CNAV	MSA	AGIRC-ARRCO	CNAVPL	CNRACL	CROPERA	Comédie Française
Public	Actifs et retraités	retraités	Actifs retraités et personnes handicapées	Actifs, retraités et leurs ayant-droits	Retraités	Actifs, retraités et leurs ayant-droits	Retraités et leurs ayant-droits
Budget (M€)	367 079 200	49 263 161	445 200 000	6 367 248	130 000 000	100 000	46 935
Bénéficiaires	312 613 bénéficiaires d'une aide individuelle 232 713 bénéficiaires d'actions collectives 393 projets de lieux de vie collectifs soutenus (construction ou rénovation)	78 036 retraités ont reçu en 2019 une aide individuelle ; Environ 630 000 bénéficiaires cibles en aide collective (retraités de plus de 75 ans)	68 790 bénéficiaires en aides individuelles et 694 682 bénéficiaires en aides collectives.	En 2018 : 4 801 bénéficiaires (soit 0,74 % des cotisants de plus de 5 ans) au titre de l'action sociale du régime de base et des régimes complémentaires (Le montant total des aides accordées s'élève en 2018 à 9 116 552 € tous régimes confondus)	78 634 bénéficiaires soit 5,7 %	84 bénéficiaires soit 4,6 %	21 bénéficiaires soit 4,8 %

Source : Direction de la sécurité sociale.

La politique d'action sociale des caisses de retraite est une politique discrétionnaire gérée directement par la gouvernance de chacune des caisses sur la base de la connaissance de la situation de leurs assurés et des axes stratégiques choisis par les représentants des régimes. Les politiques d'action sociale menées participent d'ailleurs d'un enjeu plus large que la seule perte d'autonomie puisqu'il s'agit également de venir en soutien des retraités les plus modestes ou connaissant des situations sanitaires ou sociales difficiles. En outre, l'éparpillement des régimes de retraite ne permet pas aujourd'hui de favoriser une harmonisation des politiques d'actions sociales, chaque caisse étant responsable de ses propres assurés, particulièrement au sein des régimes professionnels (régimes agricoles, régimes de professions libérales et régimes spéciaux).

L'instauration des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société française au vieillissement (AVS) vise à assurer, au niveau du département, une mise en cohérence des différentes interventions. Mais elle ne résout pas les doubles circuits d'instruction et de financement des aides.

La suppression de l'aide sociale de la CNAV et son transfert intégral à la branche autonomie ne pourrait que susciter de fortes oppositions des partenaires sociaux et de leur représentation dans les conseils d'administration du régime, dont c'est la principale justification d'existence. Ceci n'empêche pas de rechercher une meilleure cohérence des interventions :

- la reconnaissance réciproque des évaluations des besoins des personnes âgées, prévue par la loi ASV et qui est en voie de diffusion, se généralise effectivement d'ici à 2022. Ceci évitera les problèmes de frontière, où une équipe d'évaluation mandatée par la CARSAT peut considérer que le niveau de perte d'autonomie du demandeur relève d'un GIR 4, et renvoyer à l'équipe APA du département qui peut, elle, le refuser. Pour constituer une réelle simplification pour l'usager, il faut que l'équipe unique d'évaluation aille jusqu'à la définition du plan d'aide : la coexistence de deux canaux de financements devient ainsi transparente pour la personne âgée. La création d'un formulaire unique de demande, accessible en ligne, qui a été négociée entre la CNSA et la CNAV, est aussi un progrès ;
- transférer l'enveloppe consacrée aux aides à l'adaptation du logement, qui ont concerné 20 800 personnes en 2019, à la branche autonomie. Cette enveloppe devrait se fusionner avec celle du programme Habiter Facile de l'ANAH, qui serait l'opérateur de mise en œuvre des aides ;
- transférer à la branche autonomie l'enveloppe consacrée aux prêts et subventions destinés à la rénovation des EHPAD (50 M€) et des résidences autonomie (10 M€). Ces subventions, de montants limités par rapport aux besoins, induisent un double circuit d'instruction et de financement en superposition avec le programme d'appui à l'investissement (PAI) de la CNSA, qui a mobilisé 242 M€ en 2019.

La mission propose de conserver l'action sociale aux caisses de retraite qui devraient toutefois mieux coordonner leurs actions avec les autres acteurs, dont la branche autonomie. La mission propose en revanche de transférer à la branche autonomie les budgets relatifs à l'adaptation des logements individuels et à l'aide à la rénovation des EHPAD et des résidences autonomie.

2.6. Les dépenses de l'État

2.6.1. L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Certaines prestations sociales financées par l'État peuvent être versées par des organismes de sécurité sociale par délégation de gestion, notamment par les caisses d'allocations familiales (CAF) et celles de la mutualité sociale agricole (MSA). En effet, la proximité de ces prestations avec certaines prestations familiales ainsi que la présence des CAF sur l'ensemble du territoire font de ces dernières le guichet le mieux outillé pour gérer une prestation à grande échelle. De même, l'expertise de la CNAF en matière de gestion d'allocations sous condition de ressources a favorisé cette évolution, permettant en particulier de réaliser des gains de productivité.

L'allocation pour adulte handicapé (AAH) est l'une des principales prestations versées par les organismes de sécurité sociale pour le compte de l'État. Les personnes âgées d'au moins 20 ans (et n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite) et aux revenus modestes peuvent prétendre à l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Elle est accordée dans deux cas : si on reconnaît au demandeur un taux d'incapacité d'au moins 80 % ou bien un taux compris entre 50 % et 79 % assorti d'« une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi[21] ». Elle est attribuée selon des critères médicaux et sociaux par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) des MDPH.

Deuxième minimum social en nombre d'allocataires, après le RSA, l'AAH ne cesse d'augmenter en effectifs depuis sa création, il y a quarante ans. Entre 1987 et 2005, le rythme de croissance des effectifs, de 2,8 % par an en moyenne, s'expliquait en partie par la hausse de la population âgée de 45 à 60 ans (génération du baby-boom), le risque de handicap augmentant avec l'âge. Entre fin 2007 et fin 2012, la progression du nombre d'allocataires a été plus soutenue (+ 4,2 % par an en moyenne).

Cette plus forte croissance est liée, pour une grande part, aux changements institutionnels intervenus : allègement des conditions d'accès à l'allocation et, surtout, revalorisations successives du barème dans le cadre de l'augmentation de 25 % (en euros courants) du montant maximal de l'AAH entre le 31 décembre 2007 et le 31 décembre 2012. Depuis fin 2012, la croissance du nombre d'allocataires est plus faible (+ 2,5 % en moyenne par an entre fin 2012 et fin 2017), en raison de la fin de la revalorisation de l'AAH. Toutefois, depuis fin 2014, la croissance des effectifs de l'AAH augmente légèrement chaque année, passant de + 1,8 % en 2014 à + 3,0 % en 2017. Cette accélération est uniquement imputable à la hausse du nombre d'allocataires ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % (de + 4,6 % en 2014 à + 7,2 % en 2017). La revalorisation en deux temps de l'allocation, dont le montant mensuel à taux plein a été porté à 860 € en novembre 2018 puis à 900 € en novembre 2019, a relancé la dynamique de la dépense : 9 690 M€ en exécution 2018, 10 563 M€ en prévision 2020.

Les personnes bénéficiaires de l'AAH sont 1,16 million fin 2017, dont 1 million âgées de moins de 60 ans, et devraient atteindre 1,19 million à fin 2019 (prévision LFI 2020). Les bénéficiaires de l'AHH-1 étaient 628 000 à fin 2017, ceux de l'AAH 2, 501 000. Le fort taux de croissance des allocataires s'explique très principalement par celui des bénéficiaires de l'AAH-2. Certains peuvent aussi toucher l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), en complément d'une pension d'invalidité, éventuellement cumulable avec l'AAH si les critères d'évaluation du taux d'incapacité et de la RSDAE sont présents ; elles sont 81 600 fin 2017 (cf. tableau 17).

[21] La restriction est substantielle lorsque le demandeur rencontre des difficultés importantes d'accès à l'emploi ne pouvant être compensées, notamment par des mesures d'aménagement du poste de travail. La restriction est durable dès lors qu'elle est d'une durée prévisible d'au moins un an à partir du dépôt de la demande d'AAH.

Tableau 17 : Évolution du nombre d'allocataires de l'AAH (2012 – 2017)

En M	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'allocataires	997,0	1 022,3	1040,5	1 062,3	1 090,3	1 129,3
Taux de croissance	*4,2*	*2,5*	*1,8*	*2,1*	*2,6*	*3,6*
dont effet réforme des retraites	0,9	0,6	0,6	0,9	0,9	0,6
Nombre d'allocataires de l'AAH-1	618,2	624,5	624,7	625,7	627,3	627,9
Taux de croissance	*1,8*	*1,0*	*0,0*	*0,2*	*0,2*	*0,1*
Nombre d'allocataires de l'AAH-2	378,1	397,3	415,5	436,2	462,7	501,1
Taux de croissance	*8,8*	*5,1*	*4,6*	*5,0*	*6,1*	*8,3*

Source : Cour des comptes.

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

L'AAH peut être complétée par deux dispositifs visant à permettre à leurs bénéficiaires de faire face aux charges de la vie courante liées à leur logement : le complément de ressources (CPR) et la majoration pour la vie autonome (MVA). Ils bénéficient aux personnes présentant un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 80 %, percevant l'AAH à taux plein et qui vivent dans un logement indépendant sans percevoir de revenu d'activité professionnelle. Depuis le premier décembre 2019, ces deux compléments sont fusionnés au profit de la majoration pour la vie autonome.

Les montants de l'AAH versés par les organismes de sécurité sociale, sur ouverture des droits par les MDPH pour le compte de l'État, ont évolué de 7,8 Md€ en 2012 à 10,56 Md€ en 2020.

Tableau 18 : Répartition de l'AAH (en M€)

AAH	2017	2018
AAH-1 montant versé	4 917	4 951
AAH-2 montant versé	4 123	4 382
Complément AAH montant	354	351
Total AAH versé	9 394	9 684

Source : PLF 2020.

La décision d'attribution est prise par la CDAPH, et donc échappe grandement à l'État qui la finance. Les tentatives de renforcer la présence de l'État dans les CDAPH, voire de lui donner un pouvoir décisionnel comme c'est le cas des départements pour la PCH ont échoué, d'abord parce que le nombre de demandes fait que ces allocations sont approuvées sur liste sans examen sauf exception des dossiers individuels, ensuite parce que les services de l'État n'ont plus les ressources humaines nécessaires, notamment médicales puisque la base de la demande d'AHH repose sur un certificat médical.

L'écart entre le plafond du RSA (564,78 € pour une personne seule), financé par les départements, et celui de l'AAH (900 €) crée un risque d'arbitrage en faveur de l'AAH tout au long de la chaine de décision : dans les demandes, lors de l'examen médical, lors de l'évaluation par la MDPH et lors de la décision de la CDAPH.

L'AAH peut être considérée comme un pendant de la pension d'invalidité hors couverture assurantielle, en tant que revenu de subsistance complémentaire dès lors que la capacité de travail est réduite ou impossible, pour toutes les personnes n'ayant pu se constituer des droits à invalidité par un travail antérieur et/ou ayant toujours été dans l'impossibilité de travailler (cas du handicap précocement acquis). A ces personnes est garanti un minimum social, distinct des techniques de sécurité sociale puisque forfaitaire et tenant compte des ressources du ménage, mais avec toujours une référence à l'incapacité d'exercer un emploi donc de percevoir un revenu.

Pour ces motifs, les logiques de l'AAH et de l'invalidité sont intimement liées et recoupent très fortement les politiques de l'emploi. Par ailleurs, l'homogénéisation des règles de l'invalidité entre régimes (régime général, fonctionnaires civils, non-salariés) s'inscrit dans la simplification souhaitable des règles de sécurité sociale qui prévalent notamment dans le projet de réforme des retraites. L'harmonisation avec les règles d'éligibilité de l'AAH s'imposerait également, les usagers (et souvent les professionnels) ne comprenant pas comment on peut être reconnu comme éligible dans l'un et récusé dans l'autre. Cette évolution serait un pas vers une meilleure égalité des citoyens devant le risque de perte ou d'absence de revenus lié à l'existence d'un handicap

La mise en œuvre d'une telle évolution emporte toutefois des risques liés au grand morcellement de la gestion actuelle du risque invalidité entre les différents régimes tel qu'évoqué *supra*. Le rapprochement nécessaire des règles et modèles d'indemnisation de l'invalidité et de l'AAH constitue en soi un projet de transformation important qui pourrait se faire en plusieurs temps.

Du point de vue de l'usager, la gestion de l'AAH par la banche autonomie serait sans changement, la CNSA pouvant continuer de s'appuyer sur le réseau des MDPH et un versement assuré par les CAF ou caisses de la MSA.

Concernant la gestion de cette aide, les leviers seraient plus forts sur les critères d'attribution de ces ressources dont la politique resterait définie par l'État, avec un rôle supplémentaire de la CNSA dans le pilotage, qui pourrait s'appuyer sur les SI partagé en cours de déploiement dans les MDPH.

La mission propose d'intégrer l'AAH à la branche autonomie, pour un meilleur pilotage du risque **Il sera nécessaire de prévoir l'harmonisation des règles et modèles d'indemnisation de l'AAH et de l'invalidité.**

2.6.2. Les autres dépenses du programme 157

Les crédits du programme 157 « *Handicap et dépendance* » (11,9 M€) contribuent très majoritairement au soutien du revenu des personnes handicapées par le financement de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui représentent 85 % des dépenses du programme (10,5 Md€ en 2020). 1,7 Md€ sont destinés à d'autres dispositifs.

2.6.2.1. Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)

Le programme 157 finance également l'« aide au poste » versée par l'État aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT), au titre de la garantie de rémunération des travailleurs handicapés (GRTH). Cette aide bénéficie à quelque 120 000 personnes employées en ESAT, pour un montant de 1,375 Md€ en LFI 2020.

Les travailleurs d'ESAT perçoivent une « rémunération garantie » qui varie de 55 % à 110 % du SMIC. Cette rémunération, qui n'est pas juridiquement un salaire, est composée de plusieurs parties :

- la rémunération directe financée par l'ESAT, qui rémunère l'activité économique du travailleur et ne peut être inférieure à 5 % du SMIC ;
- la GRTH (aide au poste) financée par l'État, qui complète les revenus du travail de l'usager d'ESAT. Tant que la part versée par l'ESAT est inférieure à 20 % du SMIC, ce qui est presque toujours le cas, la GRTH est égale à 50,7 % du SMIC.

Compte tenu des critères fixés par la réglementation pour une orientation en ESAT (productivité inférieure au tiers d'une personne valide et/ou impossibilité de travailler en milieu ordinaire en raison du handicap), la grande majorité des travailleurs d'ESAT sont éligibles à l'AAH. Selon la CNAF (2017), 96 000 bénéficiaires de l'AAH travaillent en milieu protégé, ce qui correspond à plus des trois-quarts des travailleurs d'ESAT. L'AAH peut être cumulée avec la rémunération versée par l'ESAT, dans la limite de plafonds actuellement fixés à :

- 1 521,22 € pour une personne seule ;
- 1 977,58 € pour une personne en couple ;
- 2 205,76 € pour une personne en couple avec un enfant ou un ascendant à charge.

Les dotations de fonctionnement, l'autre composante du financement public des ESAT ont déjà été transférées à l'ONDAM PH par la loi de finances 2016, avec effet au 1er janvier 2017, pour un montant de 1,47 Md€ au bénéfice d'environ 1 350 ESAT.

Un rapport de l'IGAS et de l'IGF de 2019 consacré aux ESAT[22] a notamment conclu à l'inadaptation du modèle actuel de financement des ESAT, notamment parce qu'il prend peu en compte le profil des personnes accompagnées, les efforts de la structure pour s'ouvrir sur le milieu ordinaire, et l'individualisation des parcours.

Du fait du gel des créations de places depuis plus de 10 ans, les places d'ESAT restent très inégalement réparties. Les ARS qui voudraient, dans le cadre de leur enveloppe médico-sociale, créer de nouvelles places d'ESAT pour mieux répondre aux besoins sont freinées par l'indisponibilité de crédits relatifs à l'aide au poste : là aussi, le double financement est un obstacle à l'adaptation de l'offre.

Le transfert à la branche autonomie de l'aide au poste permettrait d'unifier les financements, et donc de faciliter l'évolution de l'offre.

[22] Rapport IGAS 2019-026R – IGF 2019 –M021-03, Les établissements d'aide par le travail (ESAT), octobre 2019.

2.6.2.2. Les autres dispositifs financés par le programme 157

2.6.2.2.1. Les instituts nationaux pour jeunes sourds et jeunes aveugles (1 000 élèves, 15 M€)

Les cinq instituts : institut national des jeunes aveugles (INJA) de Paris, instituts nationaux de jeunes sourds (INJS) de Bordeaux, Metz, Chambéry et Paris 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.

Les cinq instituts nationaux (INJ) sont financés pour l'essentiel sur l'OGD de la CNSA, mais la rémunération des personnels enseignants (14,5 M€ en PLF 2020), qui relèvent d'un statut spécial, est restée logée dans le programme 157. Le Centre national de formation des enseignants intervenant auprès des déficients sensoriels (CNFEDS) de Chambéry (0,2 M€), qui assure la formation initiale et continue des enseignants de l'ensemble des établissements médico-sociaux publics et privés accueillant les jeunes déficients sensoriels, relève aussi du programme 157, ainsi que le centre national d'information sur la surdité (CNIS, 0,30 M€).

L'organisation et le fonctionnement des instituts nationaux ont fait l'objet d'un rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales, l'inspection générale de l'éducation nationale et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche en 2018[23]. La mission a notamment constaté une adaptation insuffisante à l'évolution de l'éducation vers le milieu ordinaire, une faible inscription des INJ dans l'offre médico-sociale régionale, et un cadre de gestion obsolète. À partir de cet état des lieux, il a été demandé aux instituts d'élaborer un schéma d'évolution de la scolarisation pour consolider l'offre d'enseignement adapté en lien avec les besoins des jeunes. En parallèle, une concertation nationale a été engagée sur les missions des instituts et leur gouvernance.

La mission recommandait que les INJ s'inscrivent dans la planification médico-sociale régionale, et un regroupement des dotations accordées aux INJ au sein de l'ONDAM médico-social, afin de simplifier le dialogue budgétaire et de clarifier les modes de financement.

Dans la continuité de ces recommandations, il est proposé de transférer l'enveloppe de financement des INJ, du CNFEDS et du CNIS dans le périmètre de la branche autonomie.

2.6.2.2.2. L'accompagnement dans l'emploi des personnes en situation de handicap (9,92 M€ ; 1 228 bénéficiaires à fin 2018)

L'emploi accompagné a été créé par la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Il combine accompagnement médico-social et accompagnement à visée d'insertion professionnelle. Il a été introduit dans le code du travail (article L. 5213-2-1) et dans le code de l'action sociale et des familles (article L. 243-1) ; et les modalités en ont été précisées par un décret du 27 décembre 2016 et la mise en œuvre a débuté au second semestre 2017.

Le dispositif d'emploi accompagné est mobilisé en complément de l'offre existante de services, aides et prestations d'accompagnement proposées notamment par les structures relevant du service public de l'emploi (Cap emploi, pôle emploi, SAMETH etc.). Il est cofinancé par l'État, par le fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et l'association générale du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH).

Au 31 décembre 2018, 1 228 personnes étaient en emploi accompagné, dont 1 019 au cours de l'année 2018. Pour 25 % d'entre-elles, les personnes n'ont aucun diplôme et elles sont 72 % à l'entrée dans le dispositif à être sans emploi.

[23] N° 1017-069R Scénarios d'évolution des instituts nationaux des jeunes sourds et de jeunes aveugles Mai 2018

La stratégie nationale pour l'autisme prévoit dans son axe 4 de « promouvoir l'inclusion sociale des adultes » par un doublement des crédits affectés aux dispositifs d'emploi accompagné. Les crédits du programme 157 dédiés à ce dispositif ont été augmentés pour atteindre un montant total de 9,92 M€. L'AGEFIPH a porté son financement de 2 M€ à 4,4 M€ en 2019, et le FIPHFP à 1,1 M€ à compter de 2019 (contre 0,6 M€ en 2018).

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

2.6.2.3. L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)

Le programme 157 retrace les dépenses liées à l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), qui vise à garantir un minimum de ressources aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'un avantage vieillesse s'ils sont atteints d'une invalidité générale réduisant leur capacité de travail ou de gain d'au moins deux tiers. L'ASI bénéficiait en 2017 à 81 600 personnes, la dépense inscrite au PLF 2020 est de 256 M€. L'articulation entre l'ASI, les pensions d'invalidité et l'AAH est traitée dans la partie relative à l'invalidité.

Le transfert de l'ASI à la branche autonomie, en même temps que celui de l'AAH, permettrait de rationaliser et simplifier deux aides qui ont une même finalité, mais avec des plafonds et des conditions d'octroi différentes.

*

La mission propose, au-delà de l'AAH, d'intégrer l'aide au poste des ESAT, l'ASI et les crédits relatifs aux instituts nationaux du programme 157 à la branche autonomie.

2.6.3. Les dépenses des autres programmes budgétaires

2.6.3.1. Protection juridique des majeurs

Environ 800 000 personnes, qui ne sont pas en situation de pourvoir à leurs intérêts en raison de la diminution de leurs facultés mentales ou corporelles, font l'objet d'une mesure de protection juridique décidée par un juge (sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle). Il s'agit donc soit de personnes en situation de handicap généralement mental ou psychique, soit de personnes âgées le plus souvent atteintes d'une maladie neurodégénérative.

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, entrée en vigueur le 1er janvier 2009 a profondément rénové cette politique. Les mesures de protection juridique se traduisant par une privation de liberté, elle consacre une nouvelle approche plus respectueuse du droit des personnes reposant sur les principes de nécessité, de subsidiarité et de proportionnalité. Elle met en avant trois objectifs essentiels :

- recentrer la protection juridique sur les personnes atteintes d'une altération de leurs facultés ;
- renforcer et mieux définir les droits et la protection de ces personnes ;
- professionnaliser les intervenants, extérieurs à la famille, qui exercent une mesure de protection juridique.

Cette protection juridique peut être exercée par un membre de la famille, ou être confiée à un professionnel « mandataire judiciaire à la protection des majeurs », ce qui est le cas pour 52 % des mesures. Celui-ci peut exercer soit à titre individuel (12 % des majeurs ainsi protégés), soit dans le cadre de services mandataires (structures associatives qui relèvent de la catégorie des établissements médico-sociaux, 80 % des majeurs protégés) ou au sein d'un établissement de santé (préposés d'établissement, 8 % des majeurs protégés).

La loi du 5 mars 2007 n'a pas modifiée la règle de financement qui s'appliquait antérieurement au dispositif des tutelles aux prestations sociales: imputation du coût de la mesure de protection à l'institution publique (État, département ou caisse de sécurité sociale) versant au majeur protégé le plus haut niveau des prestations sociales de solidarité (pour l'essentiel allocations logement, minima sociaux et allocation personnalisée pour l'autonomie). En application de cette règle, l'État, les organismes de sécurité sociale et les départements pouvaient alternativement être appelés à financer les mesures.

Face à l'augmentation du coût pour les finances publiques des mandataires judiciaires à la protection des majeurs exerçant à titre individuel ou dans le cadre de services mandataires (qui est passé de 416 à 571 M€ entre 2008 et 2013), en particulier pour les organismes de sécurité sociale (passé de 153 à 344 M€ sur la même période), un rapport a été demandé en 2014 à l'IGAS[24].

À la suite de cette analyse, une réforme du financement a été réalisée. Depuis le 1er janvier 2016, à la suite du transfert des crédits des organismes de sécurité sociale à l'État, les mandataires individuels sont financés uniquement par l'État et les services mandataires perçoivent un financement à hauteur de 99,7 % par l'État, et marginalement de 0,3 % par les départements. Cette mesure a permis de simplifier sensiblement le dispositif.

Le montant total des crédits du programme 304 « inclusion sociale et protection des personnes » consacré à la protection juridique des majeurs s'élève à 688,5 M€ en 2020, en hausse de 3% par rapport à la LFI 2019. Le programme 304 financera ainsi 496 979 mesures, dont 392 219 mesures prises en charge par les services mandataires et 104 760 mesures gérées par les mandataires individuels.

La dotation destinée au financement des services mandataires s'élève à 591,3 M€. Pour les mandataires individuels, la dotation 2020 est de 92,9 M€ et intègre un effet volume de +10 % correspondant à l'évolution estimée du nombre de mesures confiées à cette catégorie d'intervenant. Ces dotations intègrent également le financement de l'information et le soutien aux tuteurs familiaux à hauteur de 4,2 M€, mesure qui a pour objectif de rendre effectif le principe de priorité familiale inscrite dans la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007. Ces financements sont gérés par les directions régionales et départementales de la cohésion sociale.

La Cour des comptes[25] et le Défenseur des droits[26] ayant souligné des défaillances dans la gestion des mesures et les contrôles exercés, les ministres de la Justice, des solidarités et de la santé et la secrétaire d'État aux personnes handicapées ont constitué en 2018 un groupe de travail interministériel et interprofessionnel, dont la présidence a été confiée à Mme Caron-Déglise, avocate générale à la Cour de Cassation.

---

[24] « Le financement par les organismes de sécurité sociale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs », IGAS, juillet 2014.

[25] « La protection juridique des majeurs : une réforme ambitieuse, une mise en œuvre défaillante » Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée Nationale, septembre 2016

[26] Protection juridique des majeurs vulnérables, septembre 2016

Ce groupe de travail a posé un ensemble de constats[27]:

- une grande diversité des personnes juridiquement protégées par des mesures insuffisamment individualisées ;
- une appréciation des altérations des facultés personnelles principalement sanitaire reposant sur des certificats médicaux au contenu aléatoire, déconnecté de l'environnement réel de la personne ;
- une intervention judiciaire perçue comme étant brutale sans réelle recherche des soutiens de proximité, provoquant des ruptures dans l'accompagnement ;
- des insuffisances dans la prise en compte de la volonté et des souhaits de la personne à protéger ou protégée, tout comme dans le soutien à l'autonomie ;
- des contrôles lacunaires sur l'exercice et la gestion des mesures ;
- une profession de mandataire judiciaire à la protection des majeurs manquant de reconnaissance et d'organisation de ses conditions d'exercice malgré son rôle essentiel ;
- un pilotage de l'action publique inexistant.

Le fondement de la politique de protection juridique des majeurs repose clairement sur le droit civil, et il est donc logique que ce soit l'État qui en assure le financement et contrôle sa mise en œuvre.

Le public concerné par les mesures de protection est par contre identique à celui de la branche autonomie, et leur mise en œuvre est complémentaire des aides à l'autonomie qui lui sont apportées : là aussi, la coordination des parcours plaide pour une articulation sur le terrain des intervenants.

Au niveau du pilotage national, il est souhaitable que la politique de protection juridique des majeurs et son budget soient pris en compte dans l'annexe et le PQE relatif à l'autonomie.

2.6.3.2. Habitat inclusif et aides à l'adaptation du logement

2.6.3.2.1. Habitat inclusif

L'habitat inclusif est destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui choisissent comme résidence principale un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes, assorti d'un projet de vie sociale et partagée.

L'article 129 la loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN) crée un forfait pour l'habitat inclusif, attribué à la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée. Pour financer le forfait habitat inclusif, la CNSA délègue une partie des crédits de la section V de son budget aux agences régionales de santé (ARS) via le fonds d'intervention régional (FIR). Ces crédits sont répartis selon la somme du nombre de personnes en situation de handicap de 18-59 ans et du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans par département. Les ARS sont chargées de lancer un appel à candidatures et de sélectionner des projets pouvant bénéficier du forfait habitat inclusif, en associant les autres membres des conférences des financeurs de l'habitat inclusif.

[27] « L'évolution de la protection juridique des personnes : reconnaître, soutenir et protéger les personnes les plus vulnérables », 2018.

En 2019, la CNSA a alloué 15 M€ aux projets d'habitats inclusifs, dont 2 M€ pour développer l'habitat inclusif pour les personnes avec troubles du spectre de l'autisme. En 2020, elle allouera 25 M€. En particulier, et tel qu'évoqué dans le rapport récent[28] sur l'habitat accompagné, partagé et inséré (API), la CNSA pourrait être installée comme l'opérateur national de « maîtrise d'œuvre » sur la thématique globale du logement des personnes en situation de perte d'autonomie. Une articulation sera à trouver avec l'actuel dispositif dit « PAI » de la CNSA (environ 130 M€ en 2020), financé sur ses excédents budgétaires, qui est actuellement exclusivement consacré à la création et à la rénovation de places en établissement médico-social.

2.6.3.2.2. Dispositifs d'Action logement en faveur de l'autonomie

Dans le cadre du plan d'investissement volontaire (PIV) d'Action Logement[29], des aides sont attribuées pour trois types de travaux : douche à l'italienne, WC rehaussés, lavabo adapté personne à mobilité réduite. La convention quinquennale 2018-2022 conclue entre l'État et le Groupe Action Logement prévoit un montant de 1,55 Md€, dont 1 Md€ pour la transformation de salles de bains en douches en faveur de 200 000 bénéficiaires sur la période et 550 M€ pour l'aide à l'investissement dans les EHPAD et résidences autonomie.

Le programme « salles de bains », basé sur une subvention maximale de 5000€ par opération, est largement redondant –mais avec des montants très importants- avec ce que le programme Habiter Facile de l'ANAH peut financer. Le fait que les demandes auprès d'Action logement soient présentées par les entreprises elles-mêmes ne peut que favoriser l'inflation des devis, et ne permet pas un réel contrôle de l'utilité réelle de ces opérations pour prévenir la perte d'autonomie du fait du risque de chutes.

L'analyse des modalités de prise en charge par Action logement fait apparaître que la solvabilisation des ménages est supérieure au montant moyen actuel du reste à charge pour les ménages aux ressources très modestes après prise en compte des aides ANAH et des autres aides externes. Des économies pourraient être trouvées ici, et il faut rechercher une meilleure cohérence des programmes entre financeurs.

2.6.3.2.3. Dispositif « Habitat facile » de l'ANAH

L'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) finance des aides aux travaux d'adaptation du logement pour faire face au handicap ou la perte d'autonomie, à hauteur de 67 M€ en 2019, avec plus de 20 000 ménages bénéficiaires.

L'ANAH étudie l'éligibilité des dossiers déposés au regard des conditions de ressources et des plafonds de l'ANAH, par un diagnostic de l'adéquation du projet aux besoins de la personne couvrant de manière très large l'aménagement de l'ensemble des pièces de vie du logement.

Selon un récent rapport de l'IGF[30], le dispositif Habiter facile est un dispositif historique de l'ANAH, introduit en 2011. Stable depuis 2014, l'objectif du nombre de logements aidés a été doublé en 2019 pour atteindre une cible à 30 000 logements, sans que l'ANAH ne parvienne à l'atteindre. Des difficultés de pilotage des dépenses sont soulevées par ce même rapport, avec un suivi non adéquat du coût moyen par logement aidé, qui aurait, en l'absence d'arbitrage, progressé au même rythme que l'inflation. Les critères d'attribution applicables au dispositif « Habitat facile » sont également jugés peu restrictifs.

---

[28] « Demain je pourrai choisir d'habiter avec vous », MM. Denis Piveteau et Jacques Wolfrom, juin 2020.

[29] Convention du 25 avril 2019 relative au plan d'investissement volontaire valant avenant à la convention quinquennale 2018-2022 du 16 janvier 2018 entre l'État et Action Logement.

[30] *Ibid.*

D'autres dispositifs similaires couvrent par ailleurs le même périmètre :

- les travaux financés par les caisses de retraite dans leur politique d'action sociale ;
- dans le cadre du plan d'investissement volontaire (PIV), Action Logement prévoit de prendre en charge les travaux d'adaptation des salles d'eau ;
- les aides de l'APA et de la PCH peuvent inclure des travaux d'adaptation du logement, pour des montants toutefois relativement réduits ;
- enfin un crédit d'impôt et un taux de TVA réduit complètent le panorama des aides existantes pour l'adaptation des logements à la perte d'autonomie, à destination de l'ensemble des bénéficiaires.

Si un recentrage des aides de l'ANAH sur des publics plus dépendants et plus âgés, et non couverts par des dispositifs similaires peut être envisagé à court terme, un meilleur pilotage d'ensemble est souhaitable. La CNSA pourrait prendre ce rôle, sous réserve qu'elle connaisse pour cela les évolutions institutionnelles lui permettant de porter opérationnellement, au niveau national, non plus seulement une « politique médico-sociale » pour les personnes âgées et handicapées mais également une politique de l'habitat adapté en leur faveur.

Les possibilités de financements seraient clarifiées pour l'usager et les dépenses optimisées pour le secteur.

2.6.3.3. Éducation nationale

Plusieurs programmes de l'éducation nationale sont relatifs à l'accompagnement des élèves en situation de handicap, dans la logique qui s'est progressivement affirmée d'une école inclusive.

En 2018-2019, 338 000 élèves en situation de handicap bénéficiant d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) étaient scolarisés dans l'enseignement public et privé sous contrat, contre 225 563 élèves en 2012-2013, 186 000 élèves étant scolarisés dans le premier degré et 152 000 élèves dans le second degré. 385 000 élèves en situation de handicap seront scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée 2020 (+ 28 % en trois ans).

La scolarisation des élèves en situation de handicap peut prendre la forme d'une scolarisation dans une classe ordinaire, dans une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS – école, collège, LEGT ou LP) ou encore dans une unité d'enseignement d'un établissement ou service médico-social qui peut être implantée dans un établissement scolaire avec toutes les mesures et accompagnements préconisés dans le projet personnalisé de scolarisation (PPS).

Tableau 19 : Répartition en 2018-2019 des élèves en situation de handicap en fonction de la nature des troubles

Troubles	Milieu ordinaire					Établissements spécialisés (2)		
	Premier degré		Second degré		Ensemble	Hospitaliers	Médico-sociaux	Ensemble
	Classe ordinaire	ULIS	Classe ordinaire	ULIS				
Troubles intellectuels ou cognitifs	39 491	36 561	22 918	30 856	129 826	685	34 983	35 668
Troubles du psychisme	31 114	5 106	20 673	4 367	61 260	4 105	15 382	19 487
Troubles du langage ou de la parole	25 971	3 271	33 159	4 185	66 586	164	1 498	1 662
Troubles auditifs	3 464	638	3 044	592	7 738	7	2 683	2 690
Troubles visuels	2 284	221	2 506	286	5 297	6	497	503
Troubles viscéraux	2 164	150	1 657	165	4 136	328	68	396
Troubles moteurs	7 402	917	9 778	1 237	19 334	659	2 447	3 106
Plusieurs Troubles associés	14 340	3 354	8 323	2 601	28 618	1 439	10 889	12 328
Autres troubles	8 208	907	5 283	602	15 000	822	2 057	2 879
Polyhandicap (1)						34	1 298	1 332
Total	**134 438**	**51 125**	**107 341**	**44 891**	**337 795**	**8 249**	**71 802**	**80 051**
dont troubles du spectre de l'autisme	*18 765*	*5 731*	*8 021*	*3 673*	*36 190*	*2 497*	*12 945*	*15 442*

► Champ : France métropolitaine + DOM, Public + Privé.
1. N'existe que dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux.
2. Hors jeunes accueillis et scolarisés pour de courtes périodes.

Source : ministère de l'Éducation nationale.

L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH analyse le dossier de l'enfant et élabore le projet personnalisé de scolarisation (PPS), qui sert d'outil de pilotage du parcours. Le PPS précise les modalités de scolarisation de l'enfant, en détaillant les aménagements pédagogiques nécessaires et le recours potentiel à une aide humaine individuelle ou mutualisée. En 2017, 321 476 élèves en situation de handicap bénéficient d'un PPS et sont scolarisés dans le premier et le second degré dans les écoles publiques.

Selon un rapport de l'Assemblée Nationale[31] , « *un des problèmes qui doit être résolu pour arriver à une école véritablement inclusive est la gestion de l'augmentation du flux de prescriptions MDPH, à raison de 13 % par an. Cela entraîne des difficultés pour couvrir l'ensemble des prescriptions MDPH, d'autant plus que des difficultés de recrutements des accompagnants persistent. Cette augmentation continue du flux entraîne inévitablement des élèves non accompagnés et un retard dans les interventions.* »

83 000 jeunes malades ou en situation de handicap étaient accueillis et scolarisés en 2018-2019 dans des structures médico-sociales ou hospitalières. Afin de faciliter leur scolarisation, une démarche d'externalisation des unités d'enseignement (UE) dans les établissements scolaires est engagée. Rattachés aux établissements médico-sociaux, les UE peuvent scolariser les élèves en situation de handicap au sein des établissements spécialisés (unité d'enseignement interne) ou au sein des établissements scolaires (unité d'enseignement externalisée). Le ministère chargé de l'éducation nationale garantit la continuité pédagogique en affectant des enseignants au sein de ces UE (3576 postes). À chaque fois que cela est profitable aux élèves, les UE sont implantées dans les établissements scolaires plutôt que dans les établissements médico-sociaux.

L'action n° 3 relative à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap du programme 230 « Vie de l'élève » de la mission Enseignement scolaire comprend essentiellement des dépenses de personnel notamment le financement des postes d'accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH, 807 M€) et des dépenses d'intervention, pour un montant total de 1,772 Md€ en LFI 2020.

Le statut d'accompagnant des élèves en situation de handicap est prévu par les dispositions de l'article L. 917-1 du code de l'éducation. Les conditions d'accès ont été élargies aux diplômes de niveau IV, ce qui permet notamment d'accompagner certains élèves dans les classes de seconde, première et terminale. Depuis la rentrée 2019, tous les accompagnants sont recrutés sur un contrat de droit public de trois ans, renouvelable une fois, avant une possible transformation en contrat à durée indéterminée.

Ces crédits ont connu une très forte hausse (+ 32,7 %) en 2019, dans un contexte de forte croissance des effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (+ 96 000 élèves depuis 2012, soit une hausse de 42,5 %, dans le premier et le second degré).

L'action n° 6 du programme 141 « enseignement scolaire public du second degré – besoins éducatifs particuliers » regroupe des crédits, essentiellement de personnels, à hauteur de 1,315 Md€ en PLF 2020, Ces crédits sont consacrés à l'accompagnement éducatif des enfants en situation de handicap, mais aussi d'autres situations spécifiques présentant le même type de besoins : élèves allophones, en grande difficulté d'apprentissage, décrocheurs etc. Le PAP ne ventile pas ces crédits par public.

L'action n° 3 du programme 140 « enseignement scolaire public du premier degré- besoins éducatifs particuliers-, dont les finalités sont identiques, regroupe 1,935 Md€.

La scolarisation en milieu ordinaire est un enjeu essentiel d'une société inclusive, et l'article L. 111-1 du code de l'éducation nationale précise que « *Le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté* ».

---

[31] Annexe n° 24 « Enseignement Scolaire » du rapport de M. Joël Giraud, rapporteur général, sur le projet de loi de finances pour 2019, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire.

Ces crédits et les résultats de cette politique, qui relève de l'obligation de scolariser tous les enfants y compris ceux en situation de handicap, n'ont pas vocation à être transférés à la branche autonomie, mais doivent figurer dans l'annexe 7 *bis* et dans le PQE autonomie.

2.6.3.4. Aides au retour à l'emploi : les entreprises adaptées

Pour réduire l'écart de taux de chômage des personnes en situation de handicap, qui est le double de celui de la population active, le Gouvernement a engagé une transformation profonde de la politique d'emploi des travailleurs handicapés sur l'ensemble de ses segments :

- simplification de l'obligation d'emploi ;
- refondation de la politique d'offre de service aux travailleurs handicapés et aux entreprises ;
- développement des compétences à travers notamment le plan d'investissement dans les compétences ;
- soutien au secteur adapté (3 % de l'emploi des travailleurs handicapés aujourd'hui) dans une approche rénovée.

Le programme 102 « Accès et retour à l'emploi » de la mission « Travail et emploi » se fixe pour objectif principal de favoriser l'accès et le retour à l'emploi de tous les publics en s'appuyant sur les structures du service public de l'emploi et en mobilisant au mieux les outils d'insertion professionnelle au bénéfice des personnes les plus éloignées de l'emploi. Les crédits pour ce programme s'élèvent à 6,4 Md€ pour 2019. Plus spécifiquement ce programme contribue au financement des entreprises adaptées (EA)[32].

Les entreprises adaptées visent à permettre à des travailleurs handicapés pour lesquels une décision de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est prononcée par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), d'exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités. En 2019, on compte 781 établissements dits « entreprise adaptée », employant environ 40 000 personnes[33].

Les entreprises, pour être reconnues comme entreprises adaptées, doivent avoir une masse salariale composée à 80 % minimum de personnes reconnues comme porteuses de handicap par les MDPH et leur offrir un accompagnement socioprofessionnel spécifique.

Un rapport de l'IGAS et de l'IGF publié en 2016 sur les entreprises adaptées[34], souligne que ces structures se caractérisent par leur fonction d'accueil d'une population en situation de handicap de moyenne d'âge élevée, majoritairement masculine, très peu qualifiée, souvent en fin de parcours professionnel (38 % de plus de 50 ans en 2015) et présentant une grande diversité de handicaps, avec toutefois une prépondérance du handicap moteur parmi les travailleurs récemment recrutés.

[32] Rapport annuel de performance du programme 102, PLF 2020.

[33] Données DGEFP, septembre 2019.

[34] Rapport IGF-IGAS N°2016-066, « *Les entreprises adaptées* », septembre 2016.

Le rapport met en évidence que si ces salariés se distinguent nettement des usagers d'établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ou des structures de l'insertion par l'activité économique, la différence avec la population de travailleurs handicapés salariés des employeurs « classiques » est peu évidente. L'évaluation du rôle social des entreprises adaptées montre, en dépit des effets positifs générés par l'emploi de personnes en situation de handicap dans des conditions de droit commun, les risques liés à des recrutements inadéquats, une très grande hétérogénéité des efforts d'insertion professionnelle et sociale, mais aussi une faible préoccupation pour les objectifs de mobilité externe des travailleurs handicapés. L'analyse économique et financière du secteur met en lumière les difficultés auxquelles sont confrontées une part importante des entreprises adaptées, en dépit d'un soutien financier public important, mais complexe et ne permettant pas de compenser de manière proportionnée la charge que représente, pour ces entreprises, le fait d'employer des travailleurs handicapés.

Des évolutions du secteur adapté afin de concilier les enjeux d'inclusion sociale et de performance économique sont apparues nécessaires. La réforme introduite par la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a visé en particulier à recentrer les critères de recrutement, prévus réglementairement, sur les personnes handicapées les plus exclues de l'emploi en raison de leur handicap.

La réforme des entreprises adaptées s'accompagne également d'un effort budgétaire important de l'État, avec un financement de 395,43 M€ en 2019 (407,47 M€ pour 2020 y compris les plans régionaux pour l'insertion des travailleurs handicapés) pour l'emploi de 33 486 ETP par les entreprises adaptées. Les entreprises adaptées ont été intégrées dans le Fonds d'inclusion dans l'emploi (FIE) créé en 2018[35], permettant une mobilisation territoriale renforcée des outils d'insertion que sont les parcours emploi compétences et l'insertion par l'activité économique. Une transformation de la politique de l'emploi des travailleurs en situation de handicap a été initiée avec l'engagement national « Cap vers l'entreprise inclusive 2018-2022 », qualifié d'historique par le secteur, qui engage notamment ses signataires à créer 40 000 emplois supplémentaires à l'horizon 2022 en entreprises adaptées.

Pour soutenir le développement des compétences et les parcours qualifiants, le plan d'investissement dans les compétences (PIC) crée en parallèle un système d'incitations à la formation des travailleurs handicapés pendant la durée de leur CDD tremplin ou de contrat de mission. Son budget est de 12 M€ pour l'année 2020.

Le pilotage de cette action par le ministère du travail est très lié aux autres politiques menées en faveur de l'insertion des personnes les plus éloignées de l'emploi. Si les budgets dédiés peuvent utilement être identifiés dans l'annexe autonomie afin de retracer cet effort, il n'apparaît pas pertinent en matière de pilotage de les intégrer à la branche.

2.6.3.5. Accessibilité

L'accessibilité dans les transports, des établissements recevant du public et de la voirie, est un chantier dont l'effort financier et les coûts sont encore mal évalués, et où les collectivités territoriales jouent un rôle majeur.

[35] Le Fonds d'inclusion dans l'emploi (FIE), créé en 2018 et conforté en 2019 et pour 2020, regroupe au niveau régional les moyens d'interventions relatifs aux parcours emploi compétences, à l'insertion par l'activité économique et aux entreprises adaptées (aides au poste hors expérimentation et aide à l'accompagnement dans le cadre de la mise à disposition). Ce fonds permet de donner aux préfets de région de nouvelles marges de manœuvre pour favoriser une meilleure articulation des outils de parcours individualisés d'accès à l'emploi et s'adapter au plus près aux problématiques territoriales.

En 2014, l'étude d'impact du projet de loi d'habilitation du Gouvernement à adopter par ordonnance des mesures pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées identifiait un effort de 43 Md€ pour les collectivités afin de permettre la mise en œuvre de l'accessibilité universelle de l'intégralité du territoire. Les estimations étaient alors de 16,8 Md€ pour les établissements recevant du public (ERP) et de 26,5 Md€ pour les transports collectifs.

Les ministères de la transition écologique et solidaire et de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales sont en charge des politiques publiques permettant d'assurer la continuité et l'accessibilité de la chaîne des déplacements. Dans ce cadre, ils pilotent le dispositif des agendas d'accessibilité programmée (Ad'AP) pour le cadre bâti et des schémas directeurs d'accessibilité (SD'AP) pour les transports. C'est l'outil créé par l'ordonnance du 26 septembre 2014 pour faire suite à la concertation de l'hiver 2013-2014 pour traduire l'engagement des acteurs publics et privés de rendre la société accessible à tous dans des délais resserrés et réalistes. Le dispositif des agendas d'accessibilité programmée, a permis de faire rentrer plus de 700 000 ERP dans le dispositif à fin 2019. Dans le domaine des transports, des évolutions positives ont également été constatées avec la mise en place d'une dynamique.

Cette politique intersectorielle pourrait être identifiée à l'annexe de la branche autonomie, notamment du fait de ses enjeux. Cela permettrait également une meilleure visibilité des enjeux financiers et des efforts réalisés.

*

L'ensemble des dépenses en faveur de l'autonomie relevant des ministères en charge de l'éducation, du travail, de la transition écologique et de la cohésion des territoires, sont transverses à différents publics et largement partagées avec des politiques de droit commun. L'intégration efficace des sujets relatifs à l'autonomie au sein des politiques thématiques nécessite également qu'ils y soient ancrés. Ces dépenses pourraient être légitimement identifiées dans l'annexe retraçant l'effort de la nation en matière d'autonomie, sans pour autant être dissociées de leur portage initial en rejoignant la branche autonomie.

Toutefois, concernant les actions visant l'habitat inclusif et l'adaptation de l'habitat pour améliorer l'autonomie des personnes, les redondances apparentes de certains programmes incitent à mettre en place un meilleur pilotage qui serait favorisé par une intégration à la branche.

La mission propose d'intégrer les dépenses et recettes relatives à l'habitat inclusif et l'adaptation de l'habitat en faveur de l'autonomie à la branche, et d'identifier les dépenses des autres programmes budgétaires de l'État dans l'annexe, afin d'améliorer la lisibilité de l'effort de la nation en la matière.

Tableau 20 : Grille d'analyse pour les dépenses de l'État

	Faisabilité technique et juridique de l'intégration	Amélioration du pilotage financier	Recherche d'équité entre dispositifs	Mise en cohérence de la politique menée	Acceptabilité politique de l'intégration	Proposition de la mission
AAH	=	+	+	+	+	Intégration dans la branche
Programme 157	=	+	=	+	+	Intégration dans la branche
Dépenses Habitat Inclusif et adaptation du logement	-	+	+	+	=	Intégration dans la branche
Dépenses Inclusion du programme 230 « Vie de l'élève »	=	-	=	+	+	Intégration dans l'annexe
Dépenses PH du programme 102 « Accès et retour à l'emploi »	=	-	=	+	+	Intégration dans l'annexe
Accessibilité	-	-	=	+	+	Intégration dans l'annexe

Source : Mission.

2.7. L'AGEFIPH et le FIPHFP

Créée par la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des personnes handicapées, l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) a pour mission de gérer les contributions des entreprises versées en cas de non-respect de l'obligation d'employer 6 % de personnes handicapées dans les entreprises de plus de 20 salariés.

Avec la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) a été instauré pour gérer les contributions des employeurs publics sur le même principe que l'AGEFIPH.

La gestion des fonds est organisée sur un modèle paritaire, élargie à des associations de personnes handicapées et personnalités qualifiées.

Les ressources de ces deux structures sont assurées par les contributions des employeurs privés et publics qui n'atteignent pas le taux obligatoire d'emploi direct ou indirect de personnes en situation de handicap, pour un montant de 588 M€ en 2019 (108, 5 M€ pour le FIPHFP, 479,6 M€ pour l'AGEFIPH). À compter de 2020 l'AGEFIPH ne gère plus les déclarations obligatoires d'emploi des travailleurs handicapés ni la collecte de la contribution des entreprises en deçà de l'obligation légale de 6 %, désormais confiées aux URSSAF et à la MSA.

Afin d'aider les entreprises à recruter, à maintenir dans l'emploi et à faire évoluer leurs salariés handicapés, l'AGEFIPH et le FIPHFP mettent à leur disposition des aides financières et des services destinés notamment à compenser le handicap au poste de travail ou à prendre en charge les surcoûts générés par les conséquences du handicap du salarié.

Les actions financées et menées par ces deux fonds sont très liées à l'emploi et au marché du travail, notamment pour l'AGEFIPH comme le montre le tableau ci-dessus : presque 60 % du budget des actions sont consacrés à l'accompagnement vers l'emploi, et 35 % à l'accompagnement dans l'emploi. Il s'agit donc plus de la déclinaison des politiques générales d'accès et de maintien dans l'emploi que d'une politique de compensation de la perte d'autonomie, et l'intégration de ces crédits – outre la difficulté due à la nature des recettes et à la gestion paritaire des fonds- n'est pas souhaitable.

Tableau 21 : Actions financées par l'AGEFIPH en 2019

En M€	2018	2019	Évolution 2019 / 2018
Promotion et valorisation pour l'emploi	20,3	26,3	6,0
Accompagnement vers l'emploi et l'insertion professionnelle	210,4	265,3	55,0
Accompagnement dans l'emploi et l'évolution professionnelle	157,3	156,7	- 0,6
Total actions	388,0	448,4	60,4

Source : Rapport d'activité 2019 de l'AGEFIPH.

La mission propose de maintenir les actions de l'AGEFIPH hors du périmètre de la branche autonomie mais d'assurer un suivi dans l'annexe au PLFSS.

2.8. Les dépenses des départements

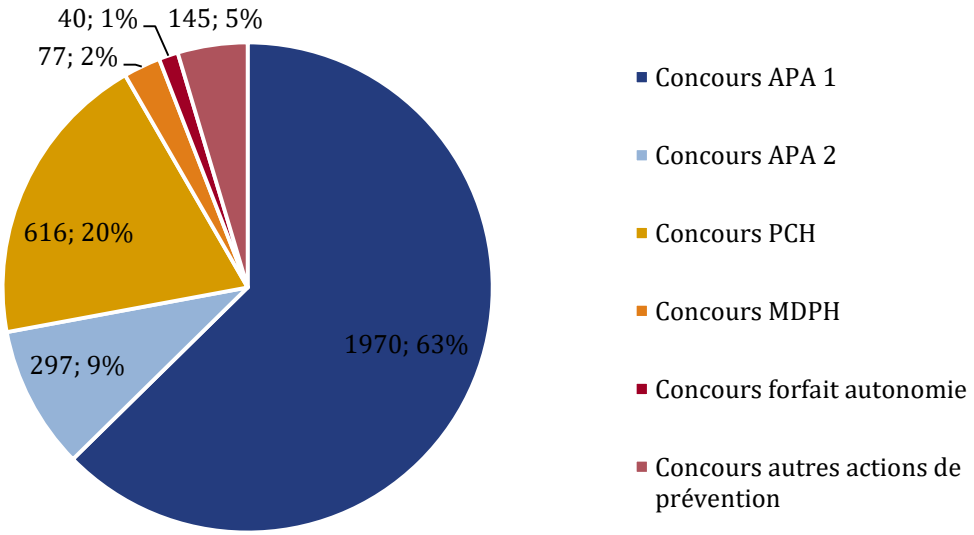
Sur les 66,3 Md€ de dépenses publiques liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées en 2018, les dépenses des départements s'élèvent à 11,8 Md€, dont respectivement 4,6 Md€ sur le champ des personnes dépendantes 7,2 Md€ sur le champ des personnes handicapées, soit de l'ordre de 18 % des dépenses totales (respectivement 21 % pour les personnes dépendantes et 16 % pour les personnes handicapées).

Les dépenses des départements peuvent se découper en deux principales catégories :

- les prestations sociales individuelles versées aux personnes en situation de perte d'autonomie : il s'agit respectivement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). La CNSA concoure toutefois au financement de ces prestations, dans une logique de péréquation. Ainsi, sur les 5 956 M€ d'APA, les départements assument 3 574 M€ et la CNSA participe à hauteur de 2 382 M€ (40 %). De même, sur les 2 525 M€ de PCH, les départements assument 1 774 M€ et la CNSA participe à hauteur de 751 M€ (30 %) ;
- le financement des frais de séjour en établissement et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées : cela regroupe 1 062 M€ de dépenses dans les établissements pour personnes âgées et principalement l'aide sociale à l'hébergement ainsi que 5 409 M€ de frais de séjours dans les établissements et services pour adultes handicapés. La CNSA contribue également au soutien à cette politique (11,2 Md€ pour les établissements et services pour personnes âgées et 12,1 Md€ pour les établissements et services pour personnes handicapées, ainsi que des plans d'aide à la modernisation des établissements à l'investissement, respectivement de 133 M€ et 26 M€ dans les deux champs).

Les concours de la CNSA se sont développés ces dernières années. Avec la mise en œuvre loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, la CNSA verse deux nouveaux concours financiers aux départements depuis 2016 : le forfait autonomie pour renforcer les missions de prévention des résidences autonomie, et le concours autres actions de prévention pour soutenir les programmes des conférences des financeurs.

Graphique 4 : les concours (en M€ et en %) de la CNSA aux départements (prévision 2020)



Source : CNSA.

En outre, la CNSA a augmenté également le montant de sa participation aux dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie avec la création en 2016 d'une seconde part du concours APA, appelée APA 2. Elle compense principalement la revalorisation des plafonds de l'APA à domicile, améliore le reste à charge des bénéficiaires de l'APA à domicile et finance le droit au répit des aidants.

La création d'une branche autonomie au sein de la sécurité sociale conduira à intégrer *a minima* les concours financiers de la CNSA dans le champ de la branche autonomie. La CNSA, en tant que caisse nationale de la nouvelle branche, porterait les dépenses des concours financiers aux départements. Toutefois, dans ce schéma proche de la situation actuelle, seule la part des dépenses financées par la CNSA et en particulier seule la fraction des concours au financement des prestations sociales individuelles de soutien à l'autonomie (APA et PCH) seraient visibles dans les comptes de la sécurité sociale.

La création de la branche autonomie soulève donc la question de l'inclusion ou de l'identification des dépenses des départements dans cette branche, en tant que les départements participent à la politique de soutien à l'autonomie.

L'intégration des dépenses des départements dans les comptes de la sécurité sociale suppose d'interroger la question de la compatibilité de cette approche avec le principe de libre administration des collectivités territoriales. Dans une note d'analyse juridique de M. Nicolas Polge, maître des requêtes au Conseil d'État, annexée au rapport de novembre 2019 du Haut Conseil au financement de la protection sociale (HCFIPS) sur les lois de financements de la sécurité sociale, celui-ci suggère qu'une interprétation extensive des dispositions organiques permettrait « *d'en étendre le périmètre à différentes autres composantes de la protection sociale, en l'état de leurs modalités d'organisation et de financement* ».

S'agissant des risques dont la prise en charge repose en grande partie sur les financements apportés par les collectivités locales, M. Nicolas Polge précise que le respect du principe de libre administration des collectivités locales « *paraît assuré s'agissant des objectifs de dépense, par le caractère prévisionnel, et non limitatif, des montants approuvés par le Parlement. S'agissant des dispositions normatives ayant un effet sur les conditions générales de l'équilibre financier pour ces risques, leur conformité à ce principe constitutionnel s'apprécierait dans les mêmes conditions qu'en ce qui concerne aujourd'hui toute loi ordinaire, notamment lorsque la loi intervient en matière d'aide sociale légale, c'est-à-dire imposée par la loi* ».

Sur la base de cette analyse, le rapport sur le grand âge et l'autonomie de M. Dominique Libault admet ainsi que le périmètre de la branche autonomie pourrait présenter les dépenses des conseils départementaux. Le rapport du HCFIPS recommande également « *de voter dans le cadre des LFSS l'intégralité des recettes et des objectifs de dépenses relatives à ce risque, y compris pour ce qui relève de la compétence des conseils départementaux. S'agissant uniquement du vote d'un objectif de dépenses, et pas de crédits limitatifs, un tel vote ne serait pas incompatible avec la règle constitutionnelle de libre administration des collectivités locales* ».

Enfin, les contours de la libre administration des collectivités territoriales ont été définis par la jurisprudence du Conseil constitutionnel, principalement autour de principe de quelques grandes conditions, parmi lesquelles figure l'autonomie financière désormais prévue à l'article 72-2 de la Constitution (décision n° 90-277 DC du 25 juillet 1990). Dans le commentaire de sa décision n° 2017-760 DC du 18 janvier 2018 s'agissant de la conformité à la Constitution de l'imposition aux collectivités territoriales d'un effort de maîtrise de dépenses dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques, le Conseil constitutionnel rappelle ainsi les possibilités offertes par le cadre législatif en conformité avec ce principe :

- s'agissant des dépenses, le Conseil constitutionnel juge ainsi, sur le fondement des articles 34 et 72 de la Constitution, que le législateur peut définir des catégories de dépenses qui revêtent pour une collectivité territoriale un caractère obligatoire. Cet assujettissement se réalise uniquement « *à la condition que celles-ci répondent à des exigences constitutionnelles ou concourent à des fins d'intérêt général, qu'elles ne méconnaissent pas la compétence propre des collectivités concernées, qu'elles n'entravent pas leur libre administration et qu'elles soient définies de façon suffisamment précise quant à leur objet et à leur portée* » ;
- s'agissant des recettes, la portée reconnue à ce jour par la jurisprudence du Conseil constitutionnel à la notion d'autonomie des collectivités territoriales se concentre sur la préservation d'une part déterminante de ressources propres dans l'ensemble de leurs ressources, par référence aux dispositions organiques prises en 2004. Mais, au-delà, le Conseil constitutionnel juge que, s'il est loisible au législateur de réduire les recettes des collectivités territoriales, cette réduction ne doit pas atteindre des proportions telles qu'elle affecterait l'autonomie financière au point d'entraver la libre administration.

Pour la mission, l'intégration des dépenses des départements dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale permettrait d'atteindre les objectifs attendus de la création d'une 5ème branche : cela donnerait une visibilité accrue à la politique de soutien à l'autonomie et conférerait à la CNSA une capacité de suivi et de pilotage plus conséquente. Une telle intégration permettrait en outre de faire de la LFSS le lieu du débat démocratique annuel sur les priorités et les résultats de la politique du grand âge et du handicap.

Compte tenu de ces éléments, **trois scénarios pourraient être envisagées** :

1/ le premier scénario consisterait à ne pas inclure les dépenses des départements dans les agrégats votés en loi de financement de la sécurité sociale s'agissant de la branche autonomie mais à prévoir dans l'annexe nouvellement constituée un état consolidé contenant les dépenses des départements. Cette logique impliquerait d'ores et déjà de renforcer les données financières présentes en annexe puisqu'actuellement, le programme de qualité et d'efficience ne fournit que des données rétrospectives (données 2018 en PLFSS 2020) sans prévision de l'évolution des dépenses de l'année en cours ni des années à venir. Ce schéma serait celui qui paraît le plus aisément réalisable pour 2021 et il serait sécurisé sur le plan juridique puisqu'il n'a vocation qu'à améliorer des informations annexées au PLFSS et non votées par le Parlement ;

2/ le second scénario consisterait à prévoir, en dehors des tableaux d'équilibre de la LFSS, dans un article spécifique, le vote d'un engagement de l'effort national en faveur de l'autonomie et comprenant les dépenses des départements. Cette hypothèse permettrait de faire la distinction entre d'une part l'agrégat voté pour la branche et d'autre part un engagement indicatif de dépenses qui ne correspondrait pas à des crédits limitatifs. Une telle solution aurait le mérite d'inclure directement dans le débat démocratique, et non seulement en annexe, les enjeux de la politique de soutien à l'autonomie au sens large. Toutefois, le vote d'un tel article dans le champ de la LFSS devrait être sécurisé juridiquement en ajustant le cadre organique des lois de financements de la sécurité sociale ;

3/ un troisième scénario consisterait à inclure les dépenses des départements dans la LFSS en tant que ces derniers constitueraient désormais, par la création de la branche autonomie, des « *organismes concourant au financement de la sécurité sociale* » tel que le prévoit le cadre organique actuel. En effet, l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que les tableaux d'équilibres votés en LFSS concernent ceux « *des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes* ». À l'heure actuelle, seul le fonds de solidarité vieillesse (FSV) figure dans les comptes de la sécurité sociale en tant qu'organisme concourant au financement de la sécurité sociale, dans la mesure où il assure par ces recettes la prise en charge de dépenses pour le compte de la branche retraite. Il n'y a pas de définition à proprement parler de cette notion. Si le cadre organique n'a pas clairement défini cette notion, rien n'interdit d'y inclure des collectivités territoriales, dotées de la personnalité morale, pour participer au financement de dépenses d'une branche de la sécurité sociale.

Selon un tel schéma, il conviendrait désormais d'inclure les compétences dévolues aux départements dans le cadre de la sécurité sociale. Ce changement devrait être entériné sur le plan juridique même s'il ne modifierait toutefois ni les dépenses obligatoires à financer ni les recettes servant à assumer ces dépenses. Une telle intégration dans le champ de la sécurité sociale ne préjugerait donc pas en soi d'une contradiction avec le principe de libre administration des collectivités locales : elle garantirait en effet aux départements le maintien de leurs compétences, mais en l'inscrivant désormais dans une politique de sécurité sociale.

Si cette articulation juridique est inédite mais pourrait s'avérer cohérente, l'avis rendu par le Conseil d'État laisse clairement penser qu'une telle réforme ne pourrait pas se réaliser à l'occasion d'une simple LFSS et sans clarification du cadre organique. En effet, si le Conseil d'État considère que la création d'une nouvelle branche ne relève pas, par nature, du législateur organique, une telle création requiert selon lui une adaptation du cadre organique si elle a pour effet d'affecter, par sa nature ou sa portée, le périmètre d'intervention des lois de financement de la sécurité sociale tel que défini depuis 1996.

Autrement dit, la création de la branche peut se faire en LFSS si cette nouvelle branche a vocation à rassembler des dépenses et des recettes qui entrent d'ores et déjà dans le domaine des lois de financement de la sécurité sociale. Un tel avis ne permettrait donc pas l'intégration des dépenses des départements sans modification du cadre organique.

La mission propose d'assurer un suivi des dépenses des départements relatives à l'autonomie en annexe au PLFSS. À terme, il sera nécessaire de réfléchir à un ajustement du cadre organique pour intégrer dans la LFSS les dépenses des départements en tant qu'ils concourront désormais, au sein de la nouvelle branche, au financement de la sécurité sociale.

ANNEXE III

Gouvernance nationale et locale de la branche autonomie

SOMMAIRE

1. LA GOUVERNANCE NATIONALE 1

1.1. Les statuts de la CNSA 1

1.2. Les missions de la CNSA 2

1.3. Le conseil de la CNSA 7

1.3.1. La composition du conseil de la CNSA 7

1.3.2. Les pouvoirs du conseil 10

1.3.3. Les délégations du Conseil 13

1.3.4. Le président du conseil de la CNSA 15

1.4. Le directeur de la CNSA 17

2. ARCHITECTURE FINANCIÈRE DE LA CNSA 22

2.1. Le budget de la CNSA est dépendant de l'ONDAM médico-social 22

2.2. Le budget de la CNSA se caractérise par une rigidité forte et une complexité 22

2.3. La construction du budget de la CNSA et son suivi interrogent 26

2.4. La construction du budget des caisses nationales répond à une logique plus lisible 27

3. LA GOUVERNANCE LOCALE DE LA BRANCHE AUTONOMIE 28

3.1. Les propositions du rapport « Grand âge et autonomie » 28

3.2. Les différentes hypothèses d'organisation d'un réseau local 29

3.2.1. Des caisses locales de l'autonomie 29

3.2.2. Une délégation partielle des départements aux caisses de sécurité sociale 30

3.2.3. Une concentration vers les ARS ou les départements 30

3.2.4. Le maintien d'un double réseau ARS et départements 32

3.3. Les modalités de coordination entre Agences régionales de santé (ARS) et départements 32

3.4. Les expériences et principes d'une contractualisation opérationnelle à l'échelle du département 38

3.5. Les doubles financements 41

3.6. La possibilité de délégation de l'enveloppe médico-sociale des ARS vers les conseils départementaux 43

3.7. Les structures de proximité 45

3.7.1. Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) 45

3.7.2. Des « maisons des aînés et des aidants » 46

3.7.3. Les maisons départementales de l'autonomie (MDA) 46

3.8. Les différentes fonctions des structures territoriales 47

3.9. Les conditions d'une généralisation des maisons départementales de l'autonomie 48

3.10.. La coordination des parcours 49

1. La gouvernance nationale

Les statuts, missions, compétences et rôles des organes délibérants et des organes de direction de la CNSA doivent être étudiés au regard de ceux des caisses nationales (CN) du régime général de la sécurité sociale, afin notamment d'analyser la manière dont le texte actuel du présent dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) peut ou non être maintenu sans qu'il y ait de conflit avec la norme générale posée par le code de la sécurité sociale, et d'identifier les évolutions de gouvernance qu'il paraît souhaitable de mettre en place à la faveur de la création de la 5ème branche et du positionnement de la CNSA comme tête de réseau.

1.1. Les statuts de la CNSA

À l'instar des autres caisses, la CNSA est un établissement public national à caractère administratif soumis au contrôle des autorités compétentes de l'État et doté de la personnalité juridique et d'une autonomie financière. Ces statuts ne nécessitent pas être modifiés.

Tableau 1 : comparaison des statuts des caisses nationales du régime général et de la CNSA

STATUT CN (CSS)	STATUT CNAM (CSS)	STATUT CNSA (CASF)
CNAV : L.222-4 : La Caisse nationale est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'État. Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement. **CNAF : L. 223-2 :** La Caisse nationale des allocations familiales est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'État. Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement.	**L.221-2** : La caisse nationale de l'assurance maladie est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'État. Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement. La Caisse nationale est dotée d'un conseil et d'un directeur général.	**L. 14-10-2** : La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'État. [...] Le contrôle du Parlement sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est exercé par les parlementaires mentionnés à l'article LO. 111-9 du code de la sécurité sociale, dans les conditions et sous les réserves prévues au même article. **R. 14-10-22** : Sous réserve des dispositions de l'article R. 14-10-48, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est soumise aux dispositions des titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

STATUT CN (CSS)	STATUT CNAM (CSS)	STATUT CNSA (CASF)
ACOSS : L. 225-2 : L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'État.		

Source : DSS, d'après code de l'action sociale et des familles et code de la sécurité sociale.

1.2. Les missions de la CNSA

Dans la rédaction actuelle de l'article L. 14-10-1-I du code de l'action sociale et des familles (CASF), le nombre de missions attribuées à la CNSA (16) est nettement plus élevé que celui associé dans le code de la sécurité sociale aux autres caisses nationales de sécurité sociale (11 pour la CNAM, 8 pour la CNAF et 5 pour la CNAV).

La création de la branche autonomie est une opportunité pour mettre en cohérence les missions de la CNSA, telles que rédigées actuellement dans le CASF, avec celles exercées aujourd'hui et celles qui pourraient lui être confiées à l'avenir.

Les missions pourraient être identifiées de manière à fixer des objectifs plus larges permettant de mieux regrouper l'ensemble de ses activités, via par exemple les regroupements en quelques grandes thématiques :

- veiller à l'équilibre financier de cette branche ;
- piloter et assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques d'autonomie, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité et l'efficience de la prise en charge des publics concernés ;
- contribuer au financement des prestations délivrées par les établissements et services médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'aide à l'autonomie et contribuer au financement de l'investissement dans le secteur de l'autonomie ;
- contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leurs proches aidants, y compris en créant les services numériques permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leur parcours ;
- contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie ;
- contribuer, par l'intermédiaire de son conseil, à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie et proposer toutes mesures visant à améliorer la couverture du risque.

Tableau 2 : Comparaison des missions des caisses nationales et de la CNSA

MISSIONS CN (code de la sécurité sociale)
CNAV L.222-1 : La Caisse nationale d'assurance vieillesse gère la branche mentionnée au 3° de l'article **L. 200-2** et, à cet effet, a pour rôle : 1° de veiller à l'équilibre financier de cette branche. À ce titre, elle établit les comptes combinés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ;

2° de définir les orientations de la gestion de l'assurance retraite des travailleurs salariés et non-salariés, et d'en assurer la coordination ;

3° d'exercer un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et sur les caisses générales de sécurité sociale concernant leurs attributions en matière de vieillesse ;

4° d'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des travailleurs salariés après consultation de son conseil d'administration et de mettre en œuvre, pour les travailleurs indépendants, les décisions prises dans le même domaine par les instances régionales du conseil mentionné à l'article **L. 612-1** ;

4° *bis* De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et assurés ;

5° De proposer, par l'intermédiaire de son conseil d'administration, toute mesure, notamment dans le cadre de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui lui paraît nécessaire pour garantir dans la durée l'équilibre financier de l'assurance vieillesse du régime général.

Les propositions et les avis qu'elle émet sont rendus publics.

CNAF L. 223-1 : La caisse nationale des allocations familiales gère la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :

1° de veiller à l'équilibre financier de cette branche. À ce titre, elle établit les comptes combinés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ;

2° de gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ;

3° d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;

4° de définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et allocataires ;

5° de rembourser les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime des exploitants agricoles des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants

6° d'assurer le remboursement des indemnités ou allocations versées dans les conditions fixées par l'article L. 331-8 et le II de l'article L. 623-1 du présent code, les articles L. 732-12-1 et L. 742-3 du code rural et le dernier alinéa de l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines, ainsi que des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations dont le montant est fixé par arrêté ministériel ;

7° d'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant aux ouvriers sous statut de l'État, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ;

8° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.

ACOSS : L. 225-1 : L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches gérées par la Caisse nationale des allocations familiales, par la Caisse nationale de l'assurance maladie et par la caisse nationale d'assurance vieillesse, dans les conditions fixées par décret pris sur le rapport des ministres intéressés. En vue de clarifier la gestion des branches du régime général, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure l'individualisation de la trésorerie de chaque branche par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable ; elle établit l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque branche.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions de placement des excédents de trésorerie globalement constatés pour l'ensemble des branches mentionnées au premier alinéa.

L. 225-1-1 : L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :

1° d'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;

2° de définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ;

3° (Abrogé)

3° *bis* d'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;

3° *ter* d'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ;

3° *quater* d'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;

3° *quinquies* d'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ;

4° de recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'État fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'État ;

5° de centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. [...]

MISSIONS CNAM (code de la sécurité sociale)

L.221-1 : La Caisse nationale de l'assurance maladie gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article **L. 200-2** et, à cet effet, a pour rôle :

1° de veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. À ce titre, elle établit les comptes combinés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ;

1° *bis* D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article **L. 241-2** ;

2° de définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;

3° de promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article **L. 1413-1**, déclinés par la convention prévue à l'article **L. 227-1** du présent code ;

4° d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ;

4° *bis* de définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et de ses ressortissants ;

5° d'organiser et de diriger le contrôle médical ;

6° d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;

7° de mettre en œuvre les actions conventionnelles ;

8° de gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° bis du présent article ;

9° de participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé ;

10° de procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale ;

11° (Abrogé) ;

12° de se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation.

La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code.

La Caisse nationale de l'assurance maladie publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et des données relatives aux services rendus aux travailleurs indépendants.

MISSIONS CNSA (code de l'action sociale et des familles)

L. 14-10-1 : La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour missions :

1° de contribuer au financement de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, ainsi qu'au financement du soutien des proches aidants, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ;

1° *bis* (Abrogé) ;

2° de contribuer à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins, d'assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code, en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps ;

3° d'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux qui évaluent les déficiences et la perte d'autonomie, ainsi que la situation et les besoins des proches aidants ;

3° *bis* d'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ;

4° d'assurer un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas nationaux mentionnés à l'article L. 312-5 et des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5-1 ;

5° d'assurer le pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, d'instaurer une évaluation de l'adaptation de ces aides aux besoins des personnes qui en ont l'usage et de garantir la qualité et l'équité des conditions de leur distribution ;

6° d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3, les services des départements chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie et les conférences des financeurs mentionnées à l'article L. 233-1, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins, d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations, et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie ;

6° *bis* d'assurer un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;

7° de participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées, et les conditions dans lesquelles il y est répondu sur les territoires ;

8° de participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition et au lancement d'actions de recherche dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie ;

9° d'assurer une coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet ;

10° de contribuer au financement de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

11° de réaliser, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent ainsi que le prévoit l'article L. 312-9 ;

12° de mettre à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une information relative à leurs droits et aux services qui leur sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes ;

13° de concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Pour les besoins de la mise en œuvre de ce système d'information, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées et, en lien avec le groupement précité, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes ;

14° de définir des normes permettant d'assurer les échanges d'informations liées à la mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 du présent code, en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique.

Source : DSS, d'après code de l'action sociale et des familles et code de la sécurité sociale.

1.3. Le conseil de la CNSA

1.3.1. La composition du conseil de la CNSA

La composition et les équilibres du conseil de la CNSA diffèrent fortement du « modèle » des autres branches de la sécurité sociale. Il est composé de 52 membres : représentants de l'État, des assurés sociaux et des employeurs, des conseillers départementaux, d'institutions compétentes, d'associations, de parlementaires. Tous ne sont pas égaux en voix : l'État ne possède que 10 sièges sur les 52 du conseil mais dispose de 41 voix, soit presque 45 % du total des voix du conseil. Là aussi, cette solution diffère de celle de la majorité des établissements publics administratifs nationaux, où l'État a une majorité des voix. Cela ne constitue pas pour autant un obstacle au fonctionnement de la nouvelle caisse et l'équilibre actuel n'est pas remis en cause.

Tableau 3 : Comparaison des compositions des conseils des caisses nationales du régime général et de la CNSA

COMPOSITION CA CN (code de la sécurité sociale)	COMPOSITION CONSEIL CNAM (code de la sécurité sociale)	COMPOSITION CONSEIL CNSA (code de l'action sociale et familles)
CNAV L. 222-5 : La Caisse nationale d'assurance vieillesse est administrée par un conseil d'administration de trente membres comprenant : 1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ; 2° Treize représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ; 3° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance vieillesse et désignées par l'autorité compétente de l'État, dont au moins un représentant des retraités. Siègent également, avec voix consultative : 1° Une personne désignée par l'Union nationale des associations familiales ; 2° Un représentant désigné en son sein par l'assemblée générale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ;	**L.221-3** : I. - Le conseil est composé : 1° D'un nombre égal de 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 ; 2° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ; 3° De représentants d'institutions désignées par l'État intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ; 4° D'une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignée par l'autorité compétente de l'État ; 5° D'un représentant des associations d'étudiants mentionnées à l'article **L. 811-3** du code de l'éducation.	**Article R. 14-10-2** : Le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est composé de cinquante-deux membres comprenant : 1° Six représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes handicapées désignés, ainsi que leurs six suppléants, dans les conditions fixées par l'article R. 14-10-4 ; 2° Six représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées désignés, ainsi que leurs six suppléants, dans les conditions fixées par l'article R. 14-10-5 ; 3° Six représentants des conseils départementaux désignés, ainsi que leurs six suppléants, par l'Assemblée des départements de France ; 4° Cinq représentants des organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national et leurs cinq suppléants, respectivement désignés par : – la Confédération générale du travail ;

Annexe III

COMPOSITION CA CN (code de la sécurité sociale)	COMPOSITION CONSEIL CNAM (code de la sécurité sociale)	COMPOSITION CONSEIL CNSA (code de l'action sociale et familles)
3° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret. **CNAF L. 223-3 :** La Caisse nationale des allocations familiales est administrée par un conseil d'administration de trente-cinq membres comprenant : 1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ; 2° Treize représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de : - dix représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ; - trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives sur le plan national ; 3° Cinq représentants des associations familiales désignés par l'Union nationale des associations familiales 4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'allocations familiales désignées par l'autorité compétente de l'État. Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.	Le conseil est majoritairement composé de représentants visés au deuxième alinéa. Siègent également avec voix consultative un représentant désigné en son sein par l'assemblée générale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et des représentants du personnel élus. Le conseil élit en son sein son président dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Les organisations et institutions mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 5° du présent I désignent pour chaque siège un membre titulaire et un membre suppléant. En cas de démission, d'empêchement ou de décès d'un membre, titulaire ou suppléant, un membre est désigné en remplacement pour la durée du mandat restant à courir.	– la Confédération française démocratique du travail ; – la Confédération générale du travail-Force ouvrière ; – la Confédération française des travailleurs chrétiens ; – la Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres. 5° Trois représentants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives et leurs trois suppléants, respectivement désignés par : – le Mouvement des entreprises de France ; – la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ; – l'Union des entreprises de proximité (U2P). 6° Dix représentants de l'État : – le directeur général de la cohésion sociale, ou son représentant ; – le directeur de la sécurité sociale, ou son représentant ; – le directeur du budget, ou son représentant ; – le directeur de l'enseignement scolaire, ou son représentant ; – le délégué général à l'emploi et à la formation professionnelle, ou son représentant ; – le directeur général de l'offre de soins, ou son représentant ; – le directeur général de la santé, ou son représentant ; – le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, ou son représentant ; – le directeur général des collectivités locales, ou son représentant ;

Annexe III

COMPOSITION CA CN (code de la sécurité sociale)	COMPOSITION CONSEIL CNAM (code de la sécurité sociale)	COMPOSITION CONSEIL CNSA (code de l'action sociale et familles)
ACOSS : L. 225-3 : L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est administrée par un conseil d'administration de trente membres comprenant : 1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ; 2° Treize représentants des employeurs et des travailleurs indépendants à raison de : - dix représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ; - trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives sur le plan national ; 3° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des unions de recouvrement et désignées par l'autorité compétente de l'État. Siègent également, avec voix consultative, un représentant désigné en son sein par l'assemblée générale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret		– le secrétaire général du comité interministériel du handicap ou son représentant. 7° Un député ; 8° Un sénateur ; 9° Huit représentants d'institutions intervenant dans les domaines de compétences de la caisse et leurs sept suppléants respectivement désignés par : – la Fédération nationale de la mutualité française ; – l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) ; – la Fédération hospitalière de France ; – la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) ; – la Mutualité sociale agricole ; – le Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées ; – Nexem ; – l'Union nationale des centres communaux d'action sociale. 10° Trois personnalités qualifiées, conjointement désignées, pour une durée de quatre ans, par le ministre chargé des personnes âgées et le ministre chargé des personnes handicapées. 11° Le directeur général de chacun des organismes de sécurité sociale suivants ou son représentant : – la Caisse nationale de l'assurance maladie ; – la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

Source : DSS, d'après code de l'action sociale et des familles et code de la sécurité sociale.

1.3.2. Les pouvoirs du conseil

Le texte actuel du CASF (article L.14-10-3) visant les pouvoirs du conseil de la CNSA peut être maintenu sans qu'il y ait de conflit avec la norme générale posée par le code de la sécurité sociale (R224-1 en particulier).

En revanche, même si dans la pratique cela est réalisé, il n'est pas aujourd'hui prévu formellement un avis préalable du conseil de la CNSA sur les textes ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans leur domaine de compétences : c'est une disposition à ajouter.

Tableau 4 : Comparaison des compétences des conseils des caisses nationales du RG et de la CNSA

COMPETENCES CA CN (code de la sécurité sociale)	COMPETENCES CONSEIL CNAM (code de la sécurité sociale)	COMPETENCES CONSEIL CNSA (code de l'action sociale et des familles)
Article L121-1 : Sauf dispositions particulières propres à certains régimes et à certains organismes, le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme. **Article L231-8-1** : Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme, à l'exception de celles déléguées par lui-même ou les caisses nationales à une union ou à un groupement d'organismes. Le conseil ou le conseil d'administration oriente et contrôle l'activité de la caisse, en se prononçant notamment sur les rapports qui lui sont soumis par le directeur dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. Ces rapports comprennent au moins un rapport sur les relations avec les usagers et, à l'exception des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, un rapport sur l'action sanitaire et sociale. Au moins une séance annuelle du conseil ou du conseil d'administration est consacrée aux relations de la caisse avec les usagers. Cette séance est publique.	**L. 221-3 (extrait) II.** : Le directeur général assiste aux séances du conseil. Le conseil a pour rôle de déterminer : 1° Les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris les établissements de santé, et au bon usage de la prévention et des soins ; 2° Les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre ; 3° Les propositions prévues à l'article L. 111-11 relatives à l'évolution des charges et des produits de la caisse ; 4° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1 ; 5° Les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes ; 6° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'usager ;	**L. 14-10-3 (extrait) III.** : Le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie détermine, par ses délibérations : 1° La mise en œuvre des orientations de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée au II de l'article L. 14-10-1 et des orientations des conventions mentionnées au III du même article ; 2° Les objectifs à poursuivre, notamment dans le cadre des conventions avec les départements mentionnées à l'article L. 14-10-7, pour garantir l'égalité des pratiques d'évaluation individuelle des besoins et améliorer la qualité des services rendus aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes ; 3° Les principes selon lesquels doit être réparti le montant total annuel de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 ; 4° Les orientations des rapports de la caisse avec les autres institutions et organismes, nationaux ou étrangers, qui œuvrent dans son champ de compétence.

Annexe III

COMPETENCES CA CN (code de la sécurité sociale)	COMPETENCES CONSEIL CNAM (code de la sécurité sociale)	COMPETENCES CONSEIL CNSA (code de l'action sociale et des familles)
Le conseil ou le conseil d'administration peut entendre toute personne ou organisation utile à son action. Le conseil des caisses primaires d'assurance maladie entend au moins deux fois par an les représentants des professions de santé. **Article R121-1 :** Sauf dispositions particulières propres à certains régimes et à certains organismes, le conseil d'administration a notamment pour rôle : 1°) d'établir les statuts et le règlement intérieur de l'organisme ; 2°) de voter les budgets de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale, de la prévention et, le cas échéant, des établissements gérés par l'organisme. A chacun de ces budgets est annexé un état limitant pour l'année le nombre d'emplois par catégorie de telle sorte que le nombre des agents de chaque catégorie ne puisse dépasser le nombre des emplois ; 3°) de voter les budgets d'opérations en capital concernant les programmes d'investissements, de subventions ou de participations financières. Ces budgets, qui font apparaître le montant total de chaque programme autorisé, doivent prévoir l'imputation des paiements correspondants dans les budgets des années où ces paiements doivent avoir lieu ; 4°) de contrôler l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires, ainsi que l'exécution de ses propres délibérations ;	7° Les axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé, dans le respect des guides de bon usage des soins et de bonne pratique établis par la Haute Autorité de santé ; 8° Les orientations d'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions ; 9° Les budgets nationaux de gestion et d'intervention. Le directeur général prépare les orientations mentionnées au 2° du présent II, les propositions mentionnées au 3° et les budgets prévus au 9° en vue de leur approbation par le conseil. Le conseil peut, sur la base d'un avis motivé, demander au directeur général un second projet. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité des deux tiers de ses membres. Le président du conseil et le directeur général signent la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1. Le directeur général met en œuvre les orientations fixées par le conseil et le tient périodiquement informé. Le conseil formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement. Le conseil procède aux désignations nécessaires à la représentation de la caisse dans les instances ou organismes européens ou internationaux au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.	Le conseil est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en œuvre des orientations qu'il a définies et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement. Le conseil délibère également, sur proposition du directeur : 1° Sur les comptes prévisionnels de la caisse, présentés conformément aux dispositions de l'article L. 14-10-5 ; 2° Sur le rapport mentionné au VI du présent article. **R. 14-10-1 :** Le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie exerce les compétences mentionnées au III de l'article L. 14-10-3. Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1 du code de la sécurité sociale, les comptes annuels sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Les comptes annuels sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil qui les approuve, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres. Il établit son règlement intérieur.

COMPETENCES CA CN (code de la sécurité sociale)	COMPETENCES CONSEIL CNAM (code de la sécurité sociale)	COMPETENCES CONSEIL CNSA (code de l'action sociale et des familles)
5°) de nommer le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint, sous réserve de l'agrément ; 6°) de nommer, sur la proposition du directeur, aux autres emplois de direction soumis à l'agrément ; 7°) de désigner les agents chargés de l'intérim des emplois de direction, sous réserve de leur agrément par l'autorité de tutelle ou son représentant territorial ; 8°) d'approuver les comptes de l'organisme, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres. Le conseil d'administration peut désigner en son sein des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions. Le directeur et l'agent comptable assistent, avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration ou des commissions ayant reçu délégation de celui-ci. Le pouvoir de contrôle dont dispose le conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale sur le fonctionnement général de cet organisme ne l'autorise pas à se substituer ou à donner des injonctions au directeur ou au médecin conseil régional dans l'exercice des pouvoirs propres de décision qui sont reconnus à ces derniers par les dispositions réglementaires applicables, ni à annuler ou à réformer les décisions prises à ce titre.	Le conseil peut être saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de toute question relative à l'assurance maladie. Le conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers de ses membres, diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions. Le conseil se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement. Elle est également de droit sur demande de la moitié des membres du conseil. Le président fixe l'ordre du jour. En cas de partage des voix, il a voix prépondérante. III.- Les modalités de mise en œuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du conseil, sont précisées par voie réglementaire.	

COMPETENCES CA CN (code de la sécurité sociale)	COMPETENCES CONSEIL CNAM (code de la sécurité sociale)	COMPETENCES CONSEIL CNSA (code de l'action sociale et des familles)
R.224-1 (CNAF et CNAV) et R.225-3 (ACOSS) - Le conseil d'administration de chaque caisse nationale règle par ses délibérations les affaires de la caisse Le conseil d'administration établit le règlement intérieur de la caisse. Le conseil d'administration de chaque caisse nationale assure la gestion des fonds nationaux relevant respectivement de cette caisse. Il arrête notamment les états prévisionnels et les budgets afférents à ces divers fonds. Le conseil d'administration délibère sur les matières pour lesquelles son intervention est expressément prévue en matière de gestion budgétaire et comptable publique. Il délibère également sur le rapport annuel du directeur relatif au fonctionnement administratif et financier.		

Source : DSS, d'après code de l'action sociale et des familles et code de la sécurité sociale.

1.3.3. Les délégations du Conseil

Le CASF ne prévoit pas de délégations de compétences du conseil à des commissions spécialisées comprenant des personnalités extérieures. Il prévoit la possibilité de constitution par le conseil de commissions mais il est plus restrictif que le texte du CSS (R. 224-3) en ce qu'il ne prévoit pas la présence de personnalités extérieures, et est moins précis sur leur composition. Une harmonisation des textes pour la partie réglementaire sera nécessaire.

Tableau 5 : Comparaison des délégations des conseils des caisses nationales du RG et de la CNSA

DELEGATION CA CN (Code de la sécurité sociale)	DELEGATION CA CNAM (Code de la sécurité sociale)	DELEGATION CA CNSA (Code de l'action sociale et des familles)
Article L224-1 : Le conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales et d'assurance vieillesse ainsi que de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peuvent déléguer certaines de leurs attributions à des commissions comprenant des personnalités n'appartenant pas aux conseils et ayant la qualité de membres du conseil ou d'administrateurs de caisse primaire d'assurance maladie, de caisse d'allocations familiales, d'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ou encore, en ce qui concerne les accidents du travail, de membres des comités techniques nationaux mentionnés à l'article L. 422-1. Un décret en Conseil d'État fixe les règles de constitution de ces commissions et le mode de désignation de leurs membres par le conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales intéressées. **Article R224-3** Le conseil ou conseil d'administration de chaque caisse nationale peut constituer et son sein des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions. Il peut également constituer des commissions comprenant des personnalités qui n'appartiennent pas au conseil ; mais il ne peut déléguer d'attributions aux commissions ainsi composées.	**Article L224-1 :** Le conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales et d'assurance vieillesse ainsi que de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peuvent déléguer certaines de leurs attributions à des commissions comprenant des personnalités n'appartenant pas aux conseils et ayant la qualité de membres du conseil ou d'administrateurs de caisse primaire d'assurance maladie, de caisse d'allocations familiales, d'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ou encore, en ce qui concerne les accidents du travail, de membres des comités techniques nationaux mentionnés à l'article L. 422-1. Un décret en Conseil d'État fixe les règles de constitution de ces commissions et le mode de désignation de leurs membres par le conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales intéressées. **Article R224-3** Le conseil ou conseil d'administration de chaque caisse nationale peut constituer et son sein des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions. Il peut également constituer des commissions comprenant des personnalités qui n'appartiennent pas au conseil ; mais il ne peut déléguer d'attributions aux commissions ainsi composées.	**Article R14-10-11** Le conseil peut constituer en son sein des commissions auxquelles il peut déléguer une partie de ses attributions. Il peut entendre toute personne ou organisme dont il estime l'audition utile à son information.

DELEGATION CA CN (Code de la sécurité sociale)	DELEGATION CA CNAM (Code de la sécurité sociale)	DELEGATION CA CNSA (Code de l'action sociale et des familles)
Le conseil ou conseil d'administration fixe la durée des fonctions des membres des commissions qui n'appartiennent pas au conseil. En tout état de cause, ces fonctions prennent fin à l'expiration du mandat des membres du conseil ou administrateurs. Elles sont renouvelables. Les commissions comprennent des représentants désignés parmi les différentes catégories de membres du conseil ou administrateurs, le nombre de représentants des assurés sociaux étant égal à celui des représentants des employeurs et, pour les commissions des organismes visés aux articles L. 223-3 et L. 225-3, égal à celui des représentants des employeurs et des travailleurs indépendants.	Le conseil ou conseil d'administration fixe la durée des fonctions des membres des commissions qui n'appartiennent pas au conseil. En tout état de cause, ces fonctions prennent fin à l'expiration du mandat des membres du conseil ou administrateurs. Elles sont renouvelables. Les commissions comprennent des représentants désignés parmi les différentes catégories de membres du conseil ou administrateurs, le nombre de représentants des assurés sociaux étant égal à celui des représentants des employeurs et, pour les commissions des organismes visés aux articles L. 223-3 et L. 225-3, égal à celui des représentants des employeurs et des travailleurs indépendants.	

Source : DSS, d'après code de l'action sociale et des familles et code de la sécurité sociale.

1.3.4. Le président du conseil de la CNSA

Aucun changement n'apparaît nécessaire au regard des similitudes juridiques.

Tableau 6 : Comparaison des statuts des Présidents des caisses nationales du RG et de la CNSA

Président autres branches (Code de la sécurité sociale)	Président CNAM (Code de la sécurité sociale)	Président CNSA (Code de l'action sociale et des familles)
L. 231-7 : Le président et, le cas échéant, le ou les vice-présidents de chacun des conseils ou conseils d'administration des caisses locales et des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale sont élus par les membres du conseil ou du conseil d'administration.	**L. 231-7 :** Le président et, le cas échéant, le ou les vice-présidents de chacun des conseils ou conseils d'administration des caisses locales et des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale sont élus par les membres du conseil ou du conseil d'administration.	**L14-10-3 du CASF (extrait) :** Le président du conseil est désigné par le conseil parmi les personnalités qualifiées mentionnées à l'alinéa précédent. Il est nommé par arrêté du ministre chargé de la protection sociale.

Président autres branches (Code de la sécurité sociale)	Président CNAM (Code de la sécurité sociale)	Président CNSA (Code de l'action sociale et des familles)
Article R231-4 Le conseil d'administration élit un président, un premier vice-président et, le cas échéant, un ou deux autres vice-présidents au scrutin secret au premier et au deuxième tour de scrutin à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, au troisième tour à la majorité relative des suffrages exprimés et, en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge. Le nombre de vice-présidents ne doit pas excéder trois. Dans les organismes dotés d'un conseil, celui-ci élit un président et un vice-président dans les mêmes conditions. Le président et le ou les vice-présidents sont élus pour la durée de mandat des administrateurs. Le mandat du président est renouvelable une fois.	**L. 221-3 (extrait) :** Le président du conseil et le directeur général signent la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1. Le président fixe l'ordre du jour. En cas de partage des voix, il a voix prépondérante.	Le conseil élit trois vice-présidents choisis respectivement parmi les représentants des conseils départementaux mentionnés au 2°, les représentants des associations de personnes âgées mentionnés au 1° et les représentants des associations de personnes handicapées également mentionnés au même 1°. **R14-10-7 :** Le président du conseil est élu par le conseil, parmi les personnalités mentionnées au 10° de l'article R. 14-10-2. Au premier tour de scrutin, l'élection a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés et, au second tour, à leur majorité relative. En cas de partage des voix au second tour, le président est désigné au bénéfice de l'âge. Le mandat du président expire à l'échéance de son mandat de membre du conseil. Le conseil élit également, selon les mêmes modalités, trois vice-présidents choisis respectivement parmi les représentants mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 14-10-2. Le mandat des vice-présidents est de quatre ans. Ils suppléent le président dans les conditions prévues par le règlement intérieur du conseil. **R14-10-8** Les délibérations du conseil sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés. En cas de partage, la voix du président est prépondérante. Le conseil ne peut valablement délibérer que si les membres présents rassemblent la moitié au moins du total des voix du conseil. Si ce quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué avec le même ordre du jour dans un délai maximal de vingt jours. Il délibère alors

Président autres branches (Code de la sécurité sociale)	Président CNAM (Code de la sécurité sociale)	Président CNSA (Code de l'action sociale et des familles)
		valablement quel que soit le nombre de membres présents. R14-10-10 Le conseil se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président, qui fixe l'ordre du jour. Les questions dont l'inscription est demandée par le ministre chargé de l'action sociale, le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du budget ou par des membres du conseil rassemblant au moins la moitié des voix figurent de plein droit à l'ordre du jour. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un de ces mêmes ministres, ou par des membres du conseil rassemblant au moins la moitié des voix. La réunion du conseil doit se tenir dans le mois qui suit la demande.

Source : DSS, d'après code de l'action sociale et des familles et code de la sécurité sociale.

1.4. Le directeur de la CNSA

Les modalités de nomination et les compétences du directeur de la CNSA sont d'ores et déjà identiques à celle des directeurs des autres caisses, hormis les exceptions faites au directeur général de la CNAM.

Tableau 7 : Comparaison des statuts des directeurs des caisses nationales du régime général et de la CNSA

Directeurs autres branches (Code de la sécurité sociale)	Directeur général CNAM (Code de la sécurité sociale)	Directeur CNSA (Code de l'action sociale et des familles)
L. 226-1 : Le directeur de chaque caisse nationale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est nommé par l'autorité compétente de l'État après avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné sous réserve des dispositions des premier et deuxième alinéas de	**L. 226-1 :** Le directeur de chaque caisse nationale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est nommé par l'autorité compétente de l'État après avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné sous réserve des dispositions des premier et	**L. 14-10-3 (extrait) IV :** -Le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est nommé par décret. Il est responsable du bon fonctionnement de la caisse, prépare les délibérations du conseil et met en œuvre leur exécution. À ces titres, il prend

Directeurs autres branches (Code de la sécurité sociale)	Directeur général CNAM (Code de la sécurité sociale)	Directeur CNSA (Code de l'action sociale et des familles)
l'article L.221-3-1. **L227-2 :** Les conventions d'objectifs et de gestion sont signées, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, en ce qui concerne la convention d'objectifs et de gestion relative à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie . **R.224-7 (CNAF et CNAV) et R.225-7 (ACOSS) :** Le directeur assure le fonctionnement de la caisse nationale sous le contrôle du conseil d'administration. Il exécute les décisions du conseil d'administration et peut, le cas échéant, en recevoir délégation. Le directeur a seul autorité sur le personnel, fixe l'organisation du travail dans les services et assure la discipline générale ; il prend toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel. Le directeur soumet chaque année au conseil d'administration les projets d'états prévisionnels et les projets de budgets prévus au quatrième alinéa de l'article R. 224-1. Le directeur est ordonnateur des recettes et des dépenses de la caisse.	deuxième alinéas de l'article L. 221-3-1. **L217-3-1 :** Les directeurs et les directeurs comptables et financiers des organismes locaux et régionaux de la branche maladie sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie nomme le directeur ou le directeur comptable et financier après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il informe préalablement le conseil de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres. Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut mettre fin à ses fonctions, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. **L.221-3-1** : Le conseil, saisi pour avis par le ministre chargé de la sécurité sociale, peut à la majorité des deux tiers de ses membres s'opposer à la proposition de nomination du directeur général. Le directeur général est nommé par décret pour une durée de cinq ans. Avant ce terme, il ne peut être mis fin à ses fonctions qu'après avis favorable du conseil à la majorité des deux tiers. Le directeur général dirige l'établissement et a autorité sur le réseau des caisses locales. Il est responsable de leur bon fonctionnement. À ce titre, il	toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité. Il rend compte au conseil de la gestion de la caisse. Le directeur informe le conseil de la caisse des évolutions susceptibles d'entraîner le non-respect des objectifs déterminés par celui-ci. Dans le cadre d'une procédure contradictoire écrite, et pour assurer le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables au versement des dotations aux départements, le directeur peut demander aux départements les explications et les justificatifs nécessaires à l'analyse des données transmises à la caisse en application des articles L. 232-21 et L. 247-5. Le directeur représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés, conventions et transactions au sens de l'article 2044 du code civil, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature. **R. 14-10-16 :** Pour l'application de l'article L. 14-10-1, le directeur prépare les délibérations du conseil et met en œuvre les orientations et les décisions qui en résultent, ainsi que la réalisation des objectifs définis dans la convention d'objectifs et de gestion prévue au II du même article. Le directeur est responsable du bon fonctionnement de la caisse. Il a seul autorité sur le personnel, fixe l'organisation du travail dans les services et

Directeurs autres branches (Code de la sécurité sociale)	Directeur général CNAM (Code de la sécurité sociale)	Directeur CNSA (Code de l'action sociale et des familles)
	prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité. Il négocie et signe la COG ainsi que les CPG. Il est notamment chargé pour ce qui concerne la gestion de la caisse nationale et du réseau des caisses locales et de leurs groupements : 1° De prendre toutes décisions et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse nationale, à sa gestion administrative, financière et immobilière, et dans le cadre de cette gestion de contracter, le cas échéant, des emprunts ; 2° D'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention et les budgets des différents fonds, de conclure au nom de la caisse toute convention et d'en contrôler la bonne application ; 3° De prendre les mesures nécessaires à l'organisation et au pilotage du réseau des caisses du régime général ; il peut notamment définir les circonscriptions d'intervention des organismes locaux, et confier à certains organismes, à l'échelon national, interrégional, régional ou départemental, la charge d'assumer certaines missions ; 4° D'assurer pour les systèmes d'information les responsabilités prévues à l'article **L. 161-28**. Le directeur général prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Le directeur général représente la caisse nationale en justice et	assure la discipline générale. Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires donnant compétence à une autre autorité, il prend toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel. Le directeur assure la gestion des budgets de gestion et d'intervention et arrête notamment les états prévisionnels. Il est l'ordonnateur des recettes et des dépenses. Il représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il conclut au nom de la caisse tous les contrats, conventions et marchés. Il prend les actes d'acquisition et d'aliénation des biens mobiliers et immobiliers et accepte les dons et legs. Il peut signer des transactions sur les litiges. Le directeur peut déléguer sa signature à ceux de ses collaborateurs qui exercent une fonction de direction au sein de l'établissement pour effectuer en son nom soit certains actes, soit tous les actes relatifs à certaines de ses attributions. En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par un agent de direction de la caisse désigné préalablement à cet effet par lui. **R. 14-10-17 :** Le directeur rend compte périodiquement au conseil de la mise en œuvre de ses orientations, ainsi que de la gestion de l'établissement. Il informe le conseil des évolutions susceptibles d'entraîner le non-respect des objectifs déterminés par celui-ci.

Directeurs autres branches (Code de la sécurité sociale)	Directeur général CNAM (Code de la sécurité sociale)	Directeur CNSA (Code de l'action sociale et des familles)
	dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés, conventions et transactions au sens de **l'article 2044** du code civil, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature. Dans le cadre de l'exercice de ses missions, le directeur général peut suspendre ou annuler toute délibération ou décision prise par une caisse locale qui méconnaîtrait les dispositions de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article **L. 227-1** ou du contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article **L. 227-3**. Le directeur général rend compte au conseil de la gestion de la caisse nationale. Il rend également compte périodiquement au conseil de la mise en œuvre des orientations définies par ce dernier. Il rend également compte au conseil mentionné à l'article **L. 612-1** du service rendu aux travailleurs indépendants. **R.221-10** : le directeur général de la CNAM met en œuvre les orientations et décisions adoptées par le conseil et, pour l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, celles adoptées par la CAT. Il est responsable de la mise en œuvre de la politique de gestion du risque ainsi que de celle de la réalisation des objectifs définis dans la COG. Il assure la coordination et l'homogénéité de la gestion du risque sur l'ensemble du territoire. Le directeur général a seul autorité sur le personnel, fixe l'organisation du travail dans	

Directeurs autres branches (Code de la sécurité sociale)	Directeur général CNAM (Code de la sécurité sociale)	Directeur CNSA (Code de l'action sociale et des familles)
	les services et assure la discipline générale. Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires donnant compétence à une autre autorité, il prend toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel. Le directeur général assure la gestion des budgets nationaux de gestion et d'intervention et arrête notamment les états prévisionnels. Il est l'ordonnateur des recettes et des dépenses. Il arrête les comptes annuels ainsi que les comptes combinés établis par l'agent comptable. Il représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il conclut au nom de l'établissement public tous les contrats, conventions et marchés. Il prend les actes d'acquisition et d'aliénation des biens mobiliers et immobiliers et accepte les dons et legs. Il peut signer des transactions sur les litiges. **R.221-11 :** Le directeur général rend compte périodiquement au conseil de la mise en œuvre de ses orientations et de sa gestion de l'établissement et du réseau. Il remet au conseil, au plus tard à la fin du premier semestre de chaque année, un rapport d'activité pour l'année écoulée retraçant notamment les orientations définies par le conseil, les actions mises en œuvre pour les atteindre et les résultats constatés.	

Source : DSS, d'après code de l'action sociale et des familles et code de la sécurité sociale.

2. Architecture financière de la CNSA

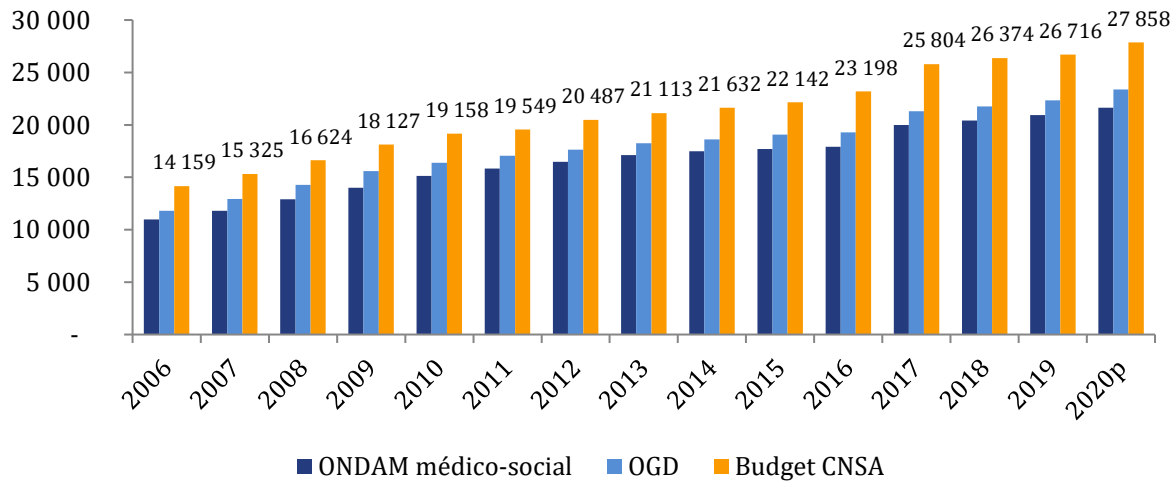
2.1. Le budget de la CNSA est dépendant de l'ONDAM médico-social

Comme évoqué dans l'annexe sur le périmètre de la branche, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) intègre dans son budget les objectifs globaux de dépenses (OGD) qui couvrent les financements des établissements et services médico-sociaux relatifs respectivement aux personnes âgées dépendantes et aux personnes en situation de handicap.

Ces objectifs de dépenses sont financés au sein du budget de la CNSA par l'assurance-maladie via l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social et par un apport de la CNSA.

Le budget de la CNSA, en recettes et en dépenses, soit 26,7 Md€ en 2019 (cf. **Erreur ! Source u renvoi introuvable.**) et l'ONDAM médico-social s'élève à 20,9 Md€, soit 78 % du budget de la CNSA.

Graphique 1 : Budget de la CNSA (2006-2020)



Source : CNSA.

2.2. Le budget de la CNSA se caractérise par une rigidité forte et une complexité

L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF) détermine les modalités de construction du budget de la CNSA. Celui-ci est organisé en sections et sous-sections, pour lesquelles sont définies précisément les ressources et charges afférentes.

La structuration du budget de la CNSA est précisément définie par la loi en fonction des grandes catégories de dépenses :

- **Section I** : financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS)
  - Sous-section 1 : ESMS destinés aux personnes handicapées
  - Sous-section 2 : ESMS destinés aux personnes âgées
- **Section II** : concours APA
- **Section III** : concours PCH et concours dédiés au financement du fonctionnement des MDPH

- **Section IV** : promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées
- **Section V** : financement des autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie
  - Sous-section 1 : actions en faveur des personnes âgées
  - Sous-section 2 : actions en faveur des personnes handicapées
- **Section VI** : frais de gestion de la CNSA
- **Section VII** : aide à l'investissement[1]

En synthèse, le budget de la CNSA est construit autour de quatre grands blocs de dépenses :

- l'objectif global de dépenses (OGD) réparti entre les ARS pour le financement des ESMS qui représente un total de 22,2Mds€ dans le budget initial (BI) de la CNSA pour 2020 ;
- les concours aux départements à l'APA et la PCH, aux dotations MDPH et aux crédits de prévention, qui représentent un total de 3,3 Mds€ dans le budget initial 2020 ;
- les subventions accordées aux conseils départementaux, associations, fédérations, ARS et OPCA qui représentent un total de 0,6 Md€ dans le budget initial 2020 ;
- les dépenses autres qui représentent un total de 0,5 Md€ dans le budget initial 2020.

L'article L. 14-10-4 du CASF précise les recettes affectées à la CNSA, à savoir la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) « part activité », la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG).

[1] Conformément à l'article L. 14-10-9 du CASF, ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et à la modernisation des locaux des ESMS ou établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue de durée. Ces crédits peuvent également être utilisés pour le financement d'actions ponctuelles formation des personnels des ESMS ou pour le financement des actions réalisées dans le cadre du plan de GPEC des ESMS.

Tableau 8 : Affectation des recettes au sein du budget de la CNSA

<table>
<tr><th>Clés de répartition prévues par le CASF (L. 14-10-4 et suivants)</th><th>CSA activité (L. 14-10-4 1°)</th><th>CSG (L. 14-10-4 3°)</th><th>CASA (L. 14-10-4 1°bis)</th></tr>
<tr><td>Section I1</td><td>Au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 %</td><td>Au moins 1,8 %</td><td>Fixe = 6,6 %</td></tr>
<tr><td>Section I2</td><td>Fixe = 40 %</td><td>Au moins 7,1 %</td><td>Fixe = 6,6 %</td></tr>
<tr><td>Section II</td><td>Fixe = 20 %</td><td>Au moins 64,3 %</td><td>Fixe = 61,4 %</td></tr>
<tr><td>Section III</td><td>Au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 %</td><td>Au moins 4,6 %</td><td>0, non cité</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Section IV</td><td></td><td>Au moins 1,27 %</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Une part du 1° et du 3° prélevée sur Sec I.1 dans la limite de 12 % du 1°+3°</td><td>Une part du 1°bis prélevée sur V.1 dans la limite de 4 % du 1°bis</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Section V1</td><td></td><td></td><td>Au moins égale à 23,9 %</td></tr>
<tr><td colspan="3">Fraction des produits de la Sec I.2 (sans limite)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Section V2</td><td colspan="3">Fraction des produits de la Sec III (sans limite)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Fraction sans limite</td></tr>
<tr><td>Section V3</td><td>0, non cité</td><td>Fraction sans limite</td><td>Fraction du 1°bis affectée à la Sec II, sans limite</td></tr>
</table>

Source : CNSA.

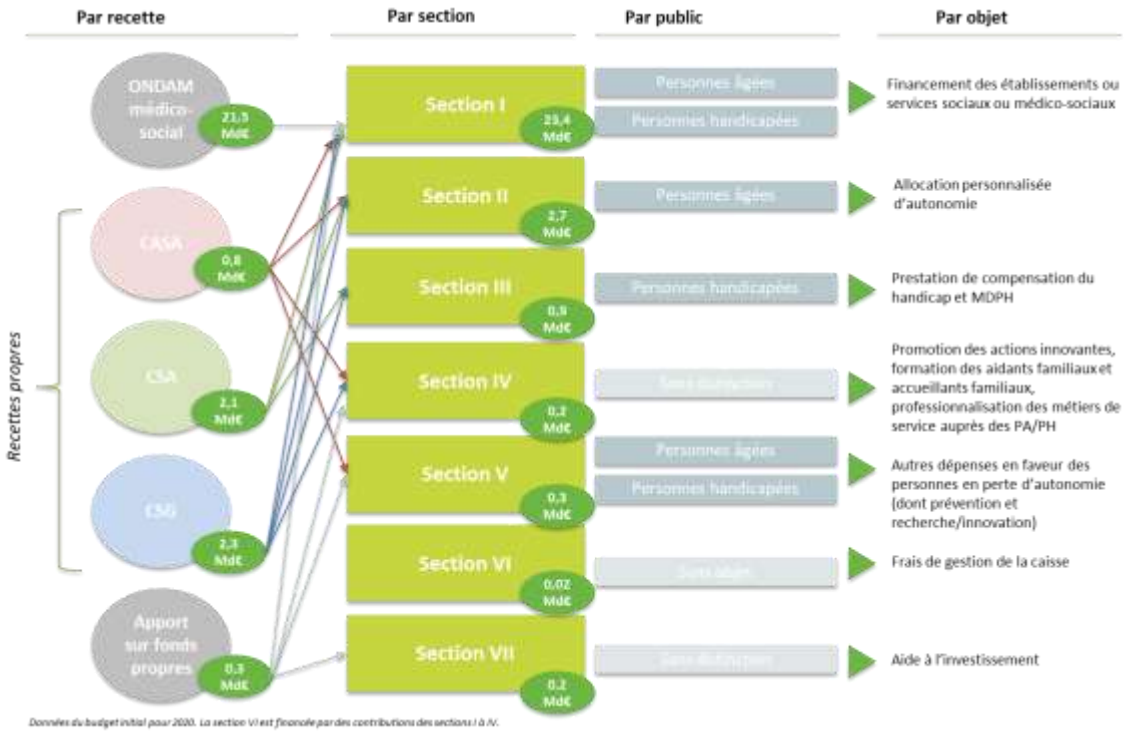
L'article L. 14-10-5 du CASF affecte une part de chacune de ces fractions de recettes à une dépense spécifique, couverte par une section ou une sous-section du budget de la CNSA (cf. tableau 8). Les recettes sont affectées sous la forme d'une fraction du produit d'une contribution, avec la mention d'un plancher et/ou d'un plafond. Par exemple, le a) du III de l'article L. 14-10-5 du CASF relatif aux ressources affectées à la PCH est ainsi rédigé : *« a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 et une fraction d'au moins 4,6 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4* ; »

Les affectations de recettes suivent un autre schéma pour les sections VI et VII :

- pour la section VI, relative aux frais de gestion de la CNSA, le VI de l'article L. 14-10-5 du CASF prévoit que les charges sont couvertes par un prélèvement sur les ressources mentionnées à l'article L. 14-10-4 CASF. Cela rejoint le modèle d'affectation des caisses de sécurité sociale pour le financement de leur gestion administrative ;
- pour la section VII, relative à l'aide à l'investissement, le a) du VII de l'article L. 14-10-5 du CASF prévoit en ressources, pour les exercices 2016, 2017 et 2018, un montant de 100 M€ annuels. La mention du montant exact affecté, au niveau législatif, à l'aide à l'investissement est un autre exemple de la rigidité de la construction du budget de la CNSA.

Ces règles de niveau législatif dans l'affectation des recettes entre les sections et les sous-sections entraînent une très grande complexité visualisée dans le graphique 2.

Graphique 2 : Structure actuelle du budget de la CNSA



Source : CNSA.

Les sept sections actuelles ne recoupent pas les objectifs poursuivis par l'opérateur, en particulier dans ses activités d'agence :

- la section I n'épuise pas l'effort réalisé pour soutenir et moderniser les services et établissements médico-sociaux ;
- le soutien à la péréquation des financements alloués à la prise en charge de la perte d'autonomie ne se limite pas non plus aux sections II et III ;
- le soutien au secteur de l'aide à domicile, tout comme la contribution à la formation et professionnalisation des acteurs des politiques d'autonomie, est également éclaté entre plusieurs sections ;
- la contribution de la CNSA à la prévention de la perte d'autonomie, qui fait l'objet de financements issus d'au moins deux sections, est également peu lisible.

Au moins deux sections (IV et V) présentent des intitulés qui ne permettent pas d'apprécier les objectifs assignés aux financements qui leur sont rattachés.

La distinction systématique, hormis en section IV, VI et VII des financements alloués respectivement aux personnes âgées et aux personnes handicapées pose aujourd'hui question au regard (i) de la tendance à financer des dispositifs (ex : soutien aux aidants, habitat inclusif) destinés sans distinction aux deux populations ; (ii) du caractère artificiel attaché à une répartition à 50 % des financements telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, en dehors de la section I où les montants alloués aux deux sous-ONDAM (PA et PH) sont bien différents ; (iii) de la création d'un risque ou d'une branche « perte d'autonomie ».

La rigidité des modalités de construction du budget de la CNSA, même si elle peut en partie être contournée en pratique, limite les possibilités d'allouer chaque année de façon optimale les ressources existantes par rapport aux priorités fixées.

Le principe d'encadrement de l'affectation des recettes aux sections fait obstacle aux possibilités de réallocations entre sections :

- plusieurs sections étant alimentées par différentes recettes, le calcul du volume global attendu pour chaque section est une addition d'hypothèses de rendements et d'hypothèses d'affectations ;
- cet encadrement ne permet toutefois pas de sanctuariser des financements puisqu'il est fondé sur des fourchettes larges ou des seuils faibles d'affectation de recettes aux sections, autorisant par arrêtés à déterminer des répartitions des recettes entre sections importants ;
- ce principe n'assure pas non plus l'exécution des financements sur le modèle prévu en budget initial[2] ;

Le principe d'équivalence entre les ressources allouées au financement de l'APA et de la PCH et les montants de ces concours rend impossible un prélèvement sur fonds propres pour maintenir leur niveau en cas de baisse des recettes propres.

Les modalités de construction de la section I brouillent la lisibilité des financements réalisés sur fonds propres de la CNSA au bénéfice des ESMS, en particulier celui de l'OGD, du fait d'une évolution des montants *in fine* prélevés sur fonds propres en fonction, au premier chef, des montants arrêtés *a posteriori* dans le cadre de l'ONDAM médico-social.

Enfin, le CASF ne prévoit pas la possibilité de moduler les financements alloués aux différents acteurs, y compris aux collectivités territoriales, en fonction des résultats obtenus (qualité et accessibilité des prestations en particulier).

2.3. La construction du budget de la CNSA et son suivi interrogent

La CNSA établit chaque année son budget sur la base des prévisions de recettes et de l'arrêté fixant l'ONDAM. Elle dispose également de fonds propres qui lui permettent d'ajuster son budget et notamment de couvrir les déficits de certaines sections ou du budget au global.

Toutefois depuis 2017, un écart important, chaque année, entre la participation sur fonds propres votée en budget initial et celle exécutée du fait de l'ajustement par arrêté de l'ONDAM N-1 en mars de l'année N (cf. tableau 9).

Cet écart interroge la sincérité du budget initial présenté au conseil de la CNSA chaque année et ne favorise pas une optimisation (i) des fonds propres de la CNSA pour le financement de mesures non gagées par des recettes propres (ii) de la trésorerie de la CNSA du fait du versement d'acomptes mensuels ou trimestriels aux régimes d'assurance maladie calculés sur la base du budget initial.

Tableau 9 : Montant de la participation de la CNSA sur fonds propres à l'OGD en budget initial et en budget exécuté entre 2012 et 2020 (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Budget initial (A)	- 2,1	- 4,1	68,6	107,3	160	229,9	95,6	236,7	246,2
Budget exécuté (B)	- 169,1	- 87,1	8,6	192,4	197,9	72,4	5,0	44,7	-
Écart (B-A)	167	83	-60	85,1	37,9	- 157,5	- 90,6	-192	-

Source : CNSA.

[2] En effet, les rendements constatés des recettes ne sont généralement pas ceux prévus. La fixation des taux d'affectation en cours d'année, avant l'obtention des résultats au premier trimestre de l'année suivante, aboutit à des équilibres de sections différents de ceux ciblés.

Enfin, le CASF[3] prévoit à l'heure actuelle la remise par la CNSA d'un rapport annuel au Parlement portant à la fois sur l'utilisation de ses fonds propres et sur les indicateurs de résultat. Toutefois, ce rapport n'est plus transmis à date.

Par ailleurs, le programme de qualité et d'efficience (PQE) « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », annexé chaque année au PLFSS, ne couvre qu'une partie des financements alloués par l'opérateur, sans qu'il s'agisse des dépenses rattachées à la section I puisque figurent aussi des informations relatives aux allocataires de l'APA et au taux de couverture des dépenses d'APA et de PCH.

2.4. La construction du budget des caisses nationales répond à une logique plus lisible

Les ressources du régime général sont prévues au titre 4 du livre II de la partie législative du code de la sécurité sociale.

Dans les articles relatifs aux missions des caisses nationales du régime général (articles L. 221-1 du code de la sécurité sociale pour la CNAM et L. 222-1 du code de la sécurité sociale pour la CNAV par exemple), le 1° est rédigé dans les mêmes termes et prévoit que chaque caisse nationale a pour mission de veiller à l'équilibre financier de la branche qu'elle gère et, à ce titre, d'établir les comptes combinés de la branche.

Le titre 5 du livre II de la partie réglementaire du code de la sécurité sociale, relatif au régime financier du régime général précise ces dispositions. Il liste, pour chaque caisse nationale, les fonds qu'elle gère et prévoit les recettes affectées et les dépenses couvertes.

Par exemple, l'article R.251-1 du code de la sécurité sociale prévoit que la CNAM gère :

- le fonds national de l'assurance maladie ;
- le fonds national des accidents du travail ;
- le fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- le fonds national d'action sanitaire et sociale ;
- le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire ;
- le fonds national du contrôle médical ;
- le fonds national de gestion administrative.

Les recettes de ces fonds et les dépenses supportées sont prévues par le code.

L'article R. 251-2 prévoit par exemple les huit sections comptables du fonds national d'assurance maladie et l'article L. 251-3 prévoit qu'il doit être équilibré en recettes et en dépenses et liste les recettes du fonds et ses dépenses couvertes. Contrairement à la CNSA, les recettes affectées (prévues en R et pas en L) ne sont pas encadrées par fraction, entre un seuil et un plafond, du produit d'une contribution.

Les comptes des fonds couvrant les risques (par exemple, le fonds national d'assurance maladie prévu au 1° du R. 251-1 du CSS ou le fonds national d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage prévu au R. 251-14 du même code) sont soumis au Conseil de chaque caisse nationale pour approbation, dans le cadre de la présentation des comptes combinés.

---

[3] *L. 14-10-3 : « VI.- La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie transmet, chaque année, au Parlement et au Gouvernement, au plus tard le 15 octobre, un rapport présentant les comptes et le montant des fonds propres prévisionnels de la caisse, accompagnés d'un tableau récapitulatif des flux de disponibilités entrants et sortant, pour l'année en cours et l'année suivante ainsi que l'utilisation des ressources affectées à chacune des sections mentionnées à l'article L. 14-10-5. Ce rapport détaille notamment la répartition des concours versés aux départements en application du même article. Il dresse un diagnostic d'ensemble des conditions de la prise en charge de la perte d'autonomie sur le territoire national et comporte, le cas échéant, toute recommandation que la caisse estime nécessaire. Ce rapport comporte des indicateurs présentés par sexe. »*

Les pouvoirs du Conseil sont plus importants pour la gestion des fonds qui relèvent du périmètre de la caisse nationale, notamment les fonds nationaux de gestion administrative, pour lesquels un budget initial est voté chaque année et, le cas échéant, des budgets rectificatifs pour modifier les autorisations de dépenses initiales[4], en veillant toutefois à l'articulation avec la trajectoire COG.

Ainsi, les périmètres du budget de la branche d'une part et de la caisse nationale d'autre part sont davantage délimités que pour la CNSA qui présente son budget en un bloc, construit en plusieurs sections mettant au même niveau les dépenses de gestion administrative et l'ensemble des dépenses d'intervention.

3. La gouvernance locale de la branche autonomie

3.1. Les propositions du rapport « Grand âge et autonomie »

L'atelier 1 de la concertation « Grand âge et autonomie » était consacré au thème de la gouvernance et du pilotage.

Il dresse en préalable la liste des points forts de l'organisation actuelle (les progrès accomplis depuis près de vingt ans dans le champ de la prise en charge des personnes âgées, une caisse nationale, la CNSA, qui n'est pas une caisse de sécurité sociale mais qui est reconnue comme un acteur légitime ; les conseils départementaux qui ont pleinement participé à cette montée en puissance) et de ses points faibles (la répartition de l'offre médico-sociale sur le territoire est inégale ; de fortes disparités territoriales sont constatées d'un département à l'autre dans l'accès aux droits et dans le niveau des prestations ; des incertitudes et un manque de lisibilité pour le public et une difficulté à prévenir les ruptures de parcours ; un déficit démocratique ; la fragilité du pilotage au niveau national et local ; la complexité de gestion des établissements et des services à domicile et de leurs règles de financement ; un portage mal identifié de la politique de prévention).

In fine, le constat posé par les vice-présidents de l'atelier « gouvernance » de la concertation « grand âge et autonomie » montre la nécessité d'une refonte : « *L'épuisement institutionnel paraît très profond. Il est largement illustré par le désarroi des acteurs de terrain, gestionnaires de services à domicile et d'établissements….il faut rebâtir le système de pilotage et de gouvernance en partant de principes simples, qualité de prise en charge, réponse aux besoins, attention et écoute aux attentes des personnes âgées* ».

Au regard de ses constats, l'atelier propose un certain nombre de principes :

- écarter le choix de l'arrangement institutionnel constant et construire un système de pilotage et de gouvernance centré sur la prise en charge de l'usager ;
- définir les champs par nature territoriaux de la politique et ceux relevant d'une approche nationale, appelant nécessairement une territorialisation ;
- préserver la distinction entre prestation nationale et interventions complémentaires et assurer un pilotage actif et adapté de l'offre ;
- définir et vérifier l'atteinte de standards de prise en charge, tant dans une approche quantitative que qualitative, permettant d'apprécier les performances nationales et territoriales ;
- mettre en place, progressivement mais avec régularité et constance, un pilotage actif de, par et pour la qualité.

[4] Dans les conditions prévues par la COG : actualisation de la masse salariale (cadrage de l'évolution de la RMPP), ajustement du budget compte tenu de l'effet noria/structure, report des non consommés n-1…

Et il recommande les changements suivants « possibles et nécessaires dans le cadre de la future réforme » :

- un accès effectif aux droits, garanti par un accompagnement efficace et homogène des personnes protégées et de leurs aidants ;
- un besoin renforcé de coordination des acteurs opérationnels du territoire ;
- un droit objectif des personnes, et une prestation encadrée au niveau national, financée et plus facile d'accès ;
- un pilotage indispensable des ressources humaines et des systèmes d'information, appelant une intervention nationale forte ;
- une priorité forte à donner aux travaux statistiques et d'évaluation ;
- l'organisation du débat public sur la politique du grand âge par un moment annuel de débat, dans le cadre des LFSS ;
- une nouvelle instance départementale dédiée au grand âge, regroupant la comitologie existante ;
- un pilotage national à (ré)interroger ;
- un combat pour la citoyenneté des personnes âgées.

Pour l'évolution de la gouvernance actuelle, l'atelier définit trois familles de scénarios : le prolongement de l'existant ; l'unification du pilotage de l'offre ; confier à des organismes de sécurité sociale la gestion du *front office* et du service de la prestation. Sept scénarios relevant de ces trois familles sont listés.

Les coprésidents de l'atelier (Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, députée de l'Eure et M. Benjamin Ferras, IGAS) ont, au vu des débats et des divergences d'avis constatés, avancé sous leur propre responsabilité, un scénario de court et moyen terme.

Celui-ci consisterait à :

- mettre en place une expérimentation pendant 24 mois dans deux régions tests d'un pilotage unifié de l'offre et du financement par l'ARS ou par les conseils départementaux. Assortir cette expérimentation d'un dispositif rigoureux d'évaluation ex ante et ex post. Au terme de l'expérimentation, arrêter un système unique de pilotage de l'offre et du financement applicable ;
- pendant la période d'expérimentation, évaluer les avantages et inconvénients et définir les scénarios de bascule de la gestion du front office, de l'accompagnement et du service des prestations soit à l'entité chargée in fine du pilotage de l'offre et de son financement soit à un réseau d'organismes de sécurité sociale.

3.2. Les différentes hypothèses d'organisation d'un réseau local

3.2.1. Des caisses locales de l'autonomie

Pour certains des acteurs consultés par la mission, la création d'une caisse nationale de sécurité sociale au plan national induit nécessairement la création en miroir d'un réseau de caisses locales de l'autonomie qui lui seraient rattachées, et qu'elle piloterait directement. C'est le « *risque de l'effacement du département et le transfert de la gestion des prestations à un des réseaux existants de caisses locales* » qu'évoquait le rapport de M. Dominique Libault, qui liait ce risque à la création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale. C'est une des raisons pour laquelle était privilégiée dans ce rapport l'option d'un 5ème risque intégré à la LFSS, sans création d'une 5ème branche.

La CGT pour sa part revendique l'intégration de l'autonomie dans la branche maladie, y compris dans la logique d'un financement par cotisations sociales, ce qui impliquerait que les CPAM soient également le réseau local de mise en œuvre des politiques de l'autonomie.

La CFDT qualifie ce scénario de « le plus autonome et le plus représentatif », et indique qu'une alternative serait de repenser la gouvernance des MDPH/MDA, en y intégrant la représentation des partenaires sociaux.

Même dans la situation d'une branche autonomie, ces caisses locales de l'autonomie pourraient, pour des raisons de rationalisation des moyens, être adossées au réseau d'une autre caisse nationale, CPAM, CAF ou CARSAT.

Une telle hypothèse induit de fait de retirer aux conseils départementaux leurs compétences en matière d'action sociale envers les personnes âgées et en situation de handicap, sauf de façon résiduelle et facultative : ce seraient les caisses locales de l'autonomie qui évalueraient le droit aux prestations (donc reprendraient les attributions des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), et des équipes d'évaluation APA des conseils départementaux) et les liquideraient, contractualiseraient avec l'ensemble des établissements et services y compris à domicile et les financeraient.

3.2.2. Une délégation partielle des départements aux caisses de sécurité sociale

Une hypothèse moins radicale a aussi été avancée : transférer au nom de l'efficience les seuls paiements de l'APA et de la PCH, toujours décidées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et les départements, à un réseau existant de caisses de sécurité sociale.

Cette hypothèse a été développée par l'atelier 1 de la concertation « Grand âge et autonomie ». Le rapport de l'atelier indique que « *une troisième famille de scénarios conduit à confier à des organismes de sécurité sociale (branches vieillesse ou maladie du régime général) la gestion du front office et du service de la prestation. Ces scénarios ont été estimés incomplets à trois égards. En premier lieu, les modalités de passage du système actuel au système cible ne sont pas documentées et évaluées. En deuxième lieu, la question du pilotage de l'offre continue à se poser dans ces deux scénarios. En troisième lieu, ces évolutions sont à rapprocher directement des décisions plus structurelles devant être rendues en ce qui concerne la prestation cible et le mode d'accueil et de prise en charge des bénéficiaires* ».

Parmi les difficultés de passage du système actuel à un tel système cible, il faut noter l'hétérogénéité des systèmes d'information des conseils départementaux, et les spécificités du mode de règlement de prestations en nature qui sont fonction de la consommation effective des plans d'aide, et donc ne peuvent pas être paramétrées lors de la décision d'attribution qui ne fixe qu'un volume théorique, notamment pour les aides humaines.

3.2.3. Une concentration vers les ARS ou les départements

Des schémas de « tout à l'ARS » ou de « tout au département » sont aussi soutenus par certains acteurs. C'est la deuxième famille de scénarios évoqué par l'atelier « gouvernance et pilotage » de la concertation grand âge et autonomie.

Le rapport de cet atelier indique à ce sujet que « *dans ces scénarios, une institution – alternativement le Conseil départemental ou l'ARS- se voit confier l'essentiel des pouvoirs de décision, soit concernant l'ensemble de la politique du grand âge dans le département, soit concernant un secteur (le scénario mixte conduit à confier la responsabilité des établissements à l'ARS, le Conseil départemental assumant le pilotage des services à domicile). Ces scénarios ont le mérite de clarifier le système de gouvernance et de pilotage. Ils ont néanmoins été écartés en ce que le passage du système actuel au système cible n'était pas précisé, en ce que chaque scénario marquait une rupture allant à l'encontre du lien entre les interventions sociales et sanitaires (transfert intégral au Conseil départemental ou à l'ARS) ou en ce que la segmentation en secteur (domicile et établissement) comportait un risque fort de rupture des parcours et prises en charge dans un contexte de réorganisation de la prise en charge et de priorité donnée au maintien à domicile. Au-delà, plusieurs membres de l'atelier ont souligné que ces scénarios induisaient des ruptures trop profondes et que, malgré les clarifications qu'ils impliquent, les relations entre Conseil départemental et ARS demeureraient, même de manière moins prononcée, mais que leur qualité serait durablement affectée par ces changements. Au-delà, l'analyse des scénarios a conduit à des débats sur le bon niveau de pilotage territorial (départemental ou régional), aspect qui n'a pu davantage être tranché* ».

Le code de l'action sociale et des familles (article L. 121-1) définit comme suit la compétence des départements en matière d'action sociale : « *Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent.* »

Une responsabilité unique confiée aux départements est revendiquée par l'assemblée des départements de France, et plus largement par la plateforme « Territoires Unis » qui regroupe l'assemblée des départements de France (ADF), l'association des maires de France et présidents d'intercommunalités et l'association des régions.

Dans une note de juillet 2020, l'ADF demande ainsi que le rôle des ARS soit limité au seul secteur sanitaire, et que les départements aient la pleine compétence sur le secteur social et médico-social. Celle-ci se concrétiserait par le déploiement d'agences départementales des solidarités placées sous le pilotage des Conseils départementaux, après expérimentation.

Territoires Unis dans sa note du 8 juillet 2020 reprend cette position.

La CFTC dans sa contribution demande également que le Conseil départemental devienne l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale (SSIAD et l'ensemble de l'activité des SPASAD, les EHPAD), l'ARS étant recentrée sur ses missions de contrôle des acteurs médico-sociaux de la prise en charge.

À l'inverse, plusieurs associations notamment du secteur du handicap, soutiennent un scénario de concentration au niveau des ARS, au nom de l'équité dans la réponse aux besoins. L'APF France Handicap privilégie ainsi un scénario dans lequel l'ARS devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre sociale et médico-sociale, en établissement comme à domicile. Pour elle, ce scénario a l'avantage de simplifier le pilotage de l'offre de service sociale et médico-sociale, quel que soit le lieu de vie.

La Fehap également soutient ce scénario et indique dans sa réponse que « *la notion de parcours de vie et de soins des personnes fragiles/ atteintes de maladies chroniques ne se limitant pas à la seule sphère du champ social et médico-social, il faut définitivement que soit arbitré qui est chef de file sur l'ensemble du parcours santé-social des personnes fragiles car il ne peut y en avoir deux, sauf à être condamné à reproduire les mêmes schémas et les mêmes difficultés indéfiniment. Une piste intéressante issue du Ségur est de donner plus de latitude aux délégations départementales des ARS, ce qui permettrait de rapprocher les concitoyens de la décision, la maille départementale étant pertinente pour la politique publique médico-sociale* ».

3.2.4. Le maintien d'un double réseau ARS et départements

C'est le « scénario 1 » du rapport Libault en matière de gouvernance (qui devrait être élargi pour l'ensemble du champ de l'autonomie), qualifié de « *scénario médian qui s'est dégagé de la concertation* ». Dans ce scénario –qui du fait du mandat ne porte que sur les réponses aux besoins des personnes âgées- la fusion des sections soins-dépendance des EHPAD, préconisée par ailleurs, aboutit à positionner un seul acteur sur leur pilotage. Les EHPAD et SSIAD relèveraient ainsi de l'ARS, et les SAAD des conseils départementaux. Ce scénario laisserait ouverte la possibilité, via un contrat territorial d'autonomie entre ARS et conseil départemental, d'une délégation de compétence des ARS vers les départements, ou l'inverse.

Ce scénario est aussi celui retenu par réalisme par le HCFEA dans sa note 3 « *les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées » adoptée le – décembre 2018 qui indique que «Cette contribution se situe dans un cadre conservateur ; c'est le plus crédible à court terme. Il associe pour l'aide à domicile, le pilotage par le département, la gestion de l'APA comme prestation en nature personnalisée ; le cofinancement de l'APA par l'État (CNSA) et les départements. L'organisation de l'offre revient à la collaboration entre les ARS et les départements* ».

Certaines des contributions à la mission soutiennent également cette hypothèse, par exemple celle du Synerpa qui indique que : « *Au nom du principe d'universalité de la protection sociale et à la lumière des inégalités territoriales créées par le système de tarification hybride actuel, le SYNERPA est hostile à une décentralisation intégrale de la gouvernance locale au bénéfice des départements.* A contrario, *l'aptitude démontrée depuis les lois de décentralisation des collectivités départementales à identifier les besoins sur les territoires et à planifier et accompagner l'évolution de l'offre de prestation, aussi bien sur le secteur du domicile qu'en matière de solutions d'hébergement, en fait des partenaires incontournables et nécessaires dans l'architecture de la nouvelle branche. Le SYNERPA est donc favorable au maintien d'une gouvernance locale conjointe. Il n'est pas pour autant interdit de conduire des aménagements dans l'articulation – le terme imbrication serait plus adapté – entre les différentes composantes de cette gouvernance* ».

3.3. Les modalités de coordination entre Agences régionales de santé (ARS) et départements

Lors de la création des ARS par la loi « HPST » du 21 juillet 2009, deux modalités de concertation et de mise en cohérence des compétences exercées par les conseils départementaux et les ARS ont été mises en place :

- **une commission médico-sociale** au niveau régional, associant des représentants des collectivités territoriales dont deux de chacun des conseils départementaux, des représentants des services de l'État, et des représentants des organismes de sécurité sociale (cf. encadré 1).

Encadré 1 : Les missions de la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux

Art. D. 1432-9 du code de la santé publique.

I - Pour assurer les missions qui lui sont dévolues par le 2° de l'article L. 1432-1, la commission :

« 1° Peut décider d'un commun accord entre ses membres de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional d'organisation médico-sociale et du programme mentionné à l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles;

« 2° Favorise l'adoption d'outils partagés d'analyse des besoins et de l'offre médico-sociale ;

« 3° Examine les projets de schéma régional d'organisation médico-sociale et de ou des programmes qui en découlent ;

« 4° Examine les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles ;

« 5° Favorise la complémentarité des actions arrêtées et financées par chacun de ses membres, sur la base du plan stratégique régional, du schéma régional d'organisation médico-sociale et du programme mentionné à l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les membres de l'ANDASS (association nationale des directeurs d'action sanitaire et sociale des départements) interrogés par la mission à ce sujet manifestent un grand pessimisme sur l'utilité de ces commissions, par exemple :

« Il s'agit souvent de grande messe ou la messe justement est déjà dite, et les marges de manœuvre ou de modification sont inexistantes. D'ailleurs nos élus en sortent souvent mécontents, leur point de vue pas entendu et en tout cas pas pris en compte, à la fin, ils n'y vont plus »

« Ces instances peu efficaces facilitent parfois des injonctions très descendantes et peuvent nuire à la qualité du partenariat informel que nous avons avec nos interlocuteurs »

- **une coordination des schémas territoriaux établis par le département avec le projet régional de santé**.

Le code de l'action sociale et des familles décrit à l'article L. 312-5 l'architecture générale des schémas pour la partie sociale et médico-sociale, comme le précise l'encadré 2.

Encadré 2 : Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale

Article L. 312-5 du code de de l'action sociale et des familles :

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis dans les conditions suivantes :

1° Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lorsqu'il entre dans son champ de compétences et après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, un schéma au niveau national pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau ; l'Assemblée des départements de France est tenue informée de ce schéma national ;

2° Le représentant de l'État dans la région établit les schémas régionaux relatifs :

a) Aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés au 13° du I de l'article L. 312-1 ;

b) Aux services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 et aux personnes physiques mentionnées aux articles L. 472-1, L. 472-5, L. 472-6 et L. 474-4 ;

Ces schémas sont arrêtés après consultation des unions, fédérations et regroupements représentatifs des usagers et des gestionnaires de ces établissements et services dans des conditions définies par décret ;

3° (Abrogé) ;

4° Le président du conseil départemental élabore les schémas, adoptés par le conseil départemental, pour les établissements et services, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux, mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1 du présent code. Pour cette dernière catégorie, il prend en compte les orientations fixées par le représentant de l'État dans le département.

Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil départemental, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission prévue au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique. Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1 est consulté, pour avis, sur le contenu de ces schémas. Les modalités de cette consultation sont définies par décret.

L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants. Ils comportent des dispositions relatives au logement, notamment des objectifs en matière d'adaptation des logements existants et d'offre de nouveaux logements adaptés en vue de préserver l'autonomie des personnes…

Et le code de la santé publique traite des finalités du projet régional de santé et du schéma régional, comme le précise l'encadré 3.

Encadré 3 : le projet régional de santé et le schéma régional de santé

Article L. 1434-2 du code de la santé publique :

Le projet régional de santé est constitué :

1° D'un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans;

2° D'un schéma régional de santé, établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

…

Article L. 1434-3 du code de la santé publique :

I. Le schéma régional de santé :

3° Fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux mentionnés aux b, d et f de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles, sur la base d'une évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux, prévue au 2° de l'article L. 1434-2 du présent code…

Les exercices de planification aux niveaux régional et départemental ne sont pas naturellement cohérents :

- les ARS établissent tous les cinq ans le schéma régional de santé, qui définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il est arrêté par le Directeur général de l'ARS après avis du Préfet de région, du Conseil régional, des conseils départementaux, des conseils municipaux et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;
- les schémas d'organisation sociale et médico-sociale des départements sont établis « en prenant en compte» le projet régional de santé. Mais le périmètre de ces schémas varie selon les départements (un schéma personnes âgées et un schéma personnes handicapées, un seul schéma PA/PH, voire un schéma relatif à l'ensemble des politiques, y compris l'aide à l'enfance et l'insertion), et leur calendrier n'est pas coordonné avec celui du projet régional de santé.

Le département du Nord par exemple a établi un « Schéma unique des solidarités 2018-2022 » lors de l'Assemblée départementale du 12 février 2018. Il vise à repositionner la personne et son parcours de vie au centre des dispositifs et des actions de solidarité du Département en privilégiant l'approche globale et décloisonnée des situations. Il définit la stratégie opérationnelle, avec une approche pluriannuelle, mobilisant non seulement les acteurs sociaux mais aussi tous les leviers des politiques départementales pour les atteindre (habitat, mobilité, sports, culture, territoires…). Il couvre ainsi l'ensemble des politiques de solidarité, personnes âgées et en situation de handicap, mais aussi l'aide à l'enfance ou l'insertion sociale.

À l'inverse, le département de la Haute Garonne s'est doté d'un schéma départemental en faveur des personnes âgées et d'un schéma départemental pour les personnes handicapées, couvrant la période 2019-2023.

Ces schémas sont donc trop divers dans le champ des politiques visées, les territoires cibles et les calendriers d'élaboration pour être superposables avec le projet régional de santé et sa déclinaison dans le PRIAC. Ce qui n'induit pas cependant une différence d'objectifs stratégiques : selon le secrétariat général des ministères sociaux, ceux-ci sont aujourd'hui partagés.

Les avis de l'ANDASS sur la cohérence de ces exercices au niveau régional et départemental confirment plutôt, avec des réserves, cette appréciation :

« *L'ARS est associé à la préparation des schémas autonomie et les Départements sont associés à la préparation du PRS. Pour fixer des objectifs dans des domaines de compétence conjointe, la coordination est assez naturelle* » ;

« *Sur les schémas, on a participé je pense assez utilement en local pour faire remonter nos préoccupations sur le PRS et le volet territorial du PRS est une première réponse, sur le schéma départemental forte présence de l'ARS, cela permettant en outre d'avoir des préconisations compatibles avec le PRS et de les expliquer* » ;

« *Les schémas départementaux ont été adoptés après le nouveau PRS donc nous y faisons référence. Par contre l'inverse ne vaut pas, et par ailleurs, le PRS reste un document peu lisible et très vague* ».

Par contre, il est plus difficile d'aboutir à une programmation commune :

- dans son champ de compétences, l'ARS doit rechercher une meilleure répartition des moyens entre départements. Mais la capacité de la commission médico-sociale régionale à générer une vision commune des besoins, des évolutions de l'offre nécessaire et les modalités d'une mise en œuvre harmonisée des réponses est, selon tous les avis recueillis, très diverse selon les territoires et dans l'ensemble dépendante de la bonne volonté des parties prenantes ;
- les plans nationaux qui interviennent indépendamment du calendrier des projets régionaux de santé ajoutent de nouvelles priorités et de nouveaux moyens : par exemple récemment la feuille de route Grand âge et autonomie de mai 2018, ou la stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement (TND) 2018-2022 ;
- il n'existe pas d'exercice conjoint au niveau départemental, voire infra-départemental, de programmation de l'offre et de son évolution, qui inclurait l'ensemble des réponses financées par l'ARS et le département, notamment l'aide à domicile et la coordination des parcours.

- Par ailleurs, **la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux** de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (dont la composition et les modalités de fonctionnement sont précisées par l'article L. 1432-4 du code de la santé publique) émet un avis sur le volet médico-social du projet régional de santé, sur le PRIAC et son actualisation, et sur la qualité des accompagnements et sur les principes de contractualisation de l'ARS avec les établissements et services (cf. encadré 4).

Encadré 4 : compétences de la commission spécialisée médico-sociale

Article D. 1432-40 du code de la santé publique :

La commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux est chargée :

« 1° De préparer un avis sur le projet de schéma régional de l'organisation médico-sociale ;

« 2° De contribuer à l'évaluation des besoins médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;

« 3° De proposer à l'assemblée plénière des priorités pour l'action médico-sociale ;

« 4° D'émettre un avis sur l'élaboration et l'actualisation du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie ;

« 5° De formuler toute proposition sur les conditions d'accès des personnes handicapées et en perte d'autonomie aux services médico-sociaux, sur la qualité des accompagnements et prises en charge médico-sociaux et sur les principes de contractualisation mis en œuvre par l'agence régionale de la santé avec les professionnels, les établissements, les services, les associations et les autres services publics ;

« 6° D'élaborer, tous les quatre ans, un rapport d'activité qui est transmis pour information aux conseils généraux et aux ministres concernés, ainsi qu'à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Elle comprend (article D. 1432-41 du CSP) des représentants des différents niveaux de collectivités territoriales, des associations et des gestionnaires, des partenaires sociaux et des professionnels.

- S'est ajouté avec la loi ASV de 2015 le dispositif de **la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie**.

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie a pour objectif de coordonner les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune. Elle est présidée par le président du conseil départemental. Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant en assure la vice-présidence. Au sein de cette conférence siègent des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse (caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, Mutualité sociale agricole, régime social des indépendants) et d'assurance maladie, de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) via ses délégations locales, des fédérations des institutions de retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO) et des organismes régis par le code de la mutualité (Mutualité française). Par ailleurs, la composition de la conférence peut être élargie, en fonction des partenariats locaux, à toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie, notamment les collectivités territoriales.

Le programme établi par cette conférence porte selon l'article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles sur différents thèmes :

Encadré 5 : Les axes du programme de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Le programme défini par la conférence porte sur :

1° L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition et par la prise en compte de l'évaluation prévue au 5° du I de l'article L. 14-10-1 du [code de l'action sociale et des familles] ;

2° L'attribution du forfait autonomie mentionné au III de l'article L. 313-12 du [code de l'action sociale et des familles] ;

3° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;

4° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, intervenant auprès des personnes âgées ;

5° Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;

6° Le développement d'autres actions collectives de prévention. »

La CNSA a publié en juin 2020[5] le bilan 2018 de ces conférences[6]. L'ensemble des conférences ont été installées (en métropole et en départements et régions d'outre-mer, sauf Saint-Martin et Saint-Barthélemy.).

Les financements de la prévention sont en augmentation en 2018 (+ 2,2 % par rapport à 2017) grâce à une augmentation sensible de l'utilisation des concours de la CNSA (+ 22,9 % en un an).

Tableau 10 : Financement des conférences de prévention de la perte d'autonomie 2018

Source de financement	Nombre de participants	Nombre d'aides et actions	Montant financé (en M€)
Financements apportés par les membres de la conférence hors concours CNSA	859 371	424 711	96 259 748
Concours CNSA	1 448 998	171 699	119 289 237
Total	**2 308 369**	**596 410**	**215 548 984**
Effet du financement de la CNSA	*+ 63 %*	*+ 29 %*	*+ 55 %*

Source : CNSA.

En 2018, les membres des conférences ont financé 424 711 aides et actions de prévention pour un montant de 96,3 M€, hors financements de la CNSA (concours), de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), et de l'Assurance maladie en matière d'aides techniques. 859 371 personnes ont bénéficié de ces financements.

Les concours versés par la CNSA, mobilisés à hauteur de 119,2 millions d'euros, ont permis de financer 171 699 aides et actions pour 1 448 998 participants. Cela correspond à plus de la moitié (55 %) des financements de la prévention de la perte d'autonomie identifiés.

Trois niveaux de financements peuvent ainsi être identifiés :

- les concours de la conférence des financeurs, versés par la CNSA aux conseils départementaux, qui peuvent être mobilisés pour financer des actions relevant des axes 1, 2, 4 et 6 ;
- les financements mobilisés par les membres de la conférence des financeurs, dans le champ de compétence de la conférence, en dehors des concours versés par la CNSA ;
- les financements contribuant plus largement, de manière directe ou indirecte, à la prévention de la perte d'autonomie, en dehors du périmètre de compétence de la conférence (par exemple, les actions d'aménagement du logement).

D'un point de vue qualitatif, les appréciations formulées lors des entretiens de la mission sont dans l'ensemble positifs sur l'utilité et le fonctionnement de ces conférences des financeurs.

[5] Synthèse de l'activité des conférences des financeurs – Année 2018. Juin 2020

[6] L'article L. 233-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que le président du conseil départemental transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé, au plus tard le 30 juin de chaque année, un rapport d'activité et les données nécessaires au suivi de l'activité de la conférence

3.4. Les expériences et principes d'une contractualisation opérationnelle à l'échelle du département

Dès lors qu'il s'agit de définir un mode de relation entre l'État ou une caisse de sécurité sociale et des collectivités locales, en l'espèce le département, la contractualisation est la seule voie possible. La CNSA a déjà un ensemble de conventions bilatérales avec les départements (cf. 3.3), mais qui sont gérés au niveau national. Plusieurs expériences de contractualisation dans des domaines proches existent déjà entre État ou caisses de sécurité sociale et collectivités territoriales.

C'est celle qui a été retenue pour la mise en œuvre du plan pauvreté.

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté présentée le 13 septembre 2018 par le Président de la République entend s'attaquer à la reproduction de la pauvreté dès les premières années de la vie, garantir au quotidien les droits fondamentaux des enfants, assurer à tous les jeunes un parcours de formation leur permettant d'acquérir des compétences et de prendre leur indépendance, rendre les droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l'activité et investir pour l'accompagnement de tous vers l'emploi.

Les modalités de la contractualisation ont été exposées par l'instruction DGCS/SD1/2019/24 du 04 février 2019 relative à la mise en œuvre territoriale de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté dans son volet « *Contractualisation entre l'État et les départements d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi* » et par l'instruction n° DGCS/SD1B/DIPLP/DGEFP/SD PAE/2020/28 du 12 février 2020 relative à la poursuite de la mise en œuvre territoriale de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté notamment dans son volet « *contractualisation d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi* ».

Encadré 6 : La contractualisation du plan pauvreté

Le préfet de département propose au Président du conseil départemental l'engagement d'une négociation visant à définir le contenu de la convention au regard du diagnostic économique et social local, des actions déjà mises en œuvre, en particulier financées dans le cadre du fonds d'appui aux politiques d'insertion. Il lui indique les crédits de l'État susceptibles d'être alloués à cette convention.

Le suivi et l'évaluation de l'exécution de la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi sont effectués de façon conjointe par le département et l'État, avec une périodicité au moins annuelle. Le préfet de département et le président du conseil départemental déterminent conjointement, dès l'élaboration de la convention, les modalités de pilotage départemental de la convention, en lien avec le préfet de région, sur une périodicité au moins annuelle.

Le département établit un rapport annuel d'exécution de la convention qui détaille l'atteinte des objectifs. L'octroi des crédits est conditionné par les résultats obtenus.

Ce principe de contractualisation est aussi celui que la branche famille a privilégié pour les actions du fond national d'action sanitaire et sociale, au travers des schémas départementaux des services aux familles et des conventions territoriales globales.

La circulaire n° DGCS/SD2C/2015/8 du 22 janvier 2015 relative à la mise en œuvre des schémas départementaux des services aux familles en fixe les principes : « *Élaboré en concertation avec les organismes concernés par les politiques familiales, en particulier les communes et intercommunalités, le schéma est défini à l'échelon départemental et prend la forme d'une convention entre les partenaires, dont l'État, le Conseil général, les Caisses d'allocations familiales (CAF) et les Caisses de mutualité sociale agricole (CMSA). Il est donc fondé sur l'adhésion des différents acteurs de la petite enfance et du soutien à la parentalité au déploiement d'une stratégie territoriale pour le développement des services.* »

Ces schémas sont élaborés puis pilotés de façon partenariale entre les CAF, les départements et les communes ou intercommunalités, sous la présidence du Préfet. Ils visent prioritairement l'accueil de la petite enfance et le soutien à la parentalité, mais selon les circonstances d'autres dimensions de l'action sociale des CAF peuvent y être intégrés.

Encadré 7 : Circulaire CNAF du 16 janvier 2020 relative aux conférences territoriales globales

La Convention territoriale globale (CTG) est une démarche qui vise à mettre les ressources de la Caf, tant financières que d'ingénierie, au service d'un projet de territoire afin de délivrer une offre de services complète, innovante et de qualité aux familles. Tous les champs d'intervention de la Caf peuvent être mobilisés : petite enfance, enfance, jeunesse, parentalité, animation de la vie sociale, accès aux droits, logement, handicap etc. L'enjeu est de s'extraire des démarches par dispositif pour privilégier une approche transverse partant des besoins du territoire.

Les CTG constituent également le vecteur pour décliner à l'échelon infra-départemental les politiques publiques portées par la branche Famille. Elles s'articulent ainsi avec les schémas de programmation départementaux existants (Schéma départemental des services aux familles, Schéma départemental de l'animation de la vie sociale, Schéma d'accessibilité aux droits et aux services…).

Le guide d'élaboration des schémas départementaux de services aux familles CNAF/DGCS de juin 2015, qui fait suite à une expérimentation menée en 2014 dans 16 départements, en détaille les modalités de mise en œuvre. Les objectifs qui sont mis en exergue de ce guide manifestent des préoccupations similaires à celles du soutien à l'autonomie : le développement d'une offre territoriale diversifiée et mieux structurée, et assurer une meilleure visibilité à la politique de soutien à la parentalité et un meilleur accès des parents à l'information.

Au niveau infra-départemental, la CNAF, après une expérimentation sur la période 2009-2013, a mis en œuvre à partir de 2014 les conférences territoriales globales (CTG).

Dans la même optique d'un meilleur pilotage territorial, le rapport de la concertation « Grand âge et autonomie » recommande de créer des « conférences départementales du grand âge », qui regrouperaient les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, et les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA instaurées par la loi ASV[7], en remplacement des conseils départementaux consultatif des personnes âgées (CDCPA) et des personnes handicapées (CDCRPH)), et auraient vocation à définir une stratégie départementale de l'offre d'accompagnement et de soin aux personnes âgées, et d'initier et de renforcer des dynamiques partenariales locales.

L'association des parties prenantes aux schémas établis par les financeurs est déjà prévue par le biais des CDCA (et au niveau régional des CRSA[8]), même si le texte du CASF qui les concerne (décret 2016 -1206) détaille longuement leur composition, mais est peu explicite sur leur rôle, limité à un avis sur les schémas départementaux et une participation à la conférence régionale de santé.

Pour ce qui est de la programmation de l'offre, l'ARS la décline au niveau régional à partir du projet régional de santé dans les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Elles sont en capacité d'intégrer le lien entre besoins de santé et soutien à l'autonomie, primordial notamment pour les personnes âgées (cf. avis du HCAAM du 22 novembre 2018). Et elles peuvent, à travers les enveloppes de crédits déléguées par la CNSA, orienter la nécessaire recomposition de l'offre sur une trame territoriale plus large que le département, vers plus d'égalité territoriale et de fluidité des parcours.

[7] Article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles.

[8] Conférence régionale santé autonomie, Décret modifié n° 2010-348 du 31 mars 2010.

Prévu par la loi du 11 février 2005, le PRIAC détermine les priorités régionales de financement des créations, extensions et transformations de places d'établissements et de services médico-sociaux à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap financés par l'État, avec une programmation glissante sur quatre ans.

Il n'existe pas d'homologue du PRIAC au niveau des conseils départementaux. Le contenu des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (cf. 3.3) n'est pas défini réglementairement, et de façon générale ils ne se déclinent pas dans une programmation. Il n'existe donc pas d'articulation, et encore moins de mise en commun, entre les PRIAC et les priorités des départements en matière de création, extensions ou transformation de places d'établissements et services pour ce qui relève de leur responsabilité.

Pour une part de la réponse, notamment l'organisation du premier accueil des personnes et les solutions relevant d'autres politiques que la santé et l'autonomie (mobilité, logement, culture…), d'autres acteurs de l'État, et les collectivités du bloc communal, sont aussi impliqués. Les départements, outre leurs compétences propres et notamment le soutien à domicile, peuvent entrainer dans cet exercice les autres collectivités territoriales pour que les politiques de droit commun contribuent à l'organisation des solutions et des parcours.

Pour envisager une contractualisation entre ARS et départements qui aboutirait à un « PRIAC unifié », deux prérequis sont nécessaires :

- que la CNSA, dans sa fonction de maîtrise d'œuvre définisse les outils de cette contractualisation (état des lieux, contenu, indicateurs de pilotage …), et suive leur mise en œuvre y compris par des audits de terrain ;
- que les délégations territoriales (DT) des ARS aient les moyens humains d'un dialogue avec les départements, et un cadre de délégation suffisant de la part du siège régional : surtout depuis la loi NOTRE et la diminution du nombre des régions, la préparation et le suivi de la mise en œuvre d'une contractualisation doit se faire à l'échelon du département.

Les délégations territoriales des ARS ont connu une diminution continue de leurs effectifs ces dernières années, encore entre 2017 et 2018 pour ce qui concerne la gestion du secteur médico-social :

Tableau 11 : Évolution des effectifs de la fonction médico-sociale dans les ARS

Secteur d'intervention	ETP 2017	ETP 2018	Évolutions ETP	En M
Médico-social – personnes âgées	638, 69	600,55	- 38,14	- 6 %
Médico-social – personnes handicapées	562,72	559,4	- 3,32	- 1 %
Total médico-social	1 201,41	1 159,95	- 41,46	- 3 %

Source : enquête nationale activités ARS

Selon les données du secrétariat général, les délégations territoriales des ARS comptaient à fin 2018, pour la fonction médico-sociale, hors fonctions d'inspection-contrôle, 700 équivalents temps plein, à égalité pour la partie personnes âgées (366) et la partie personnes handicapées (334). Pour l'ensemble des ARS, siège régional et DT, la fonction médico-sociale mobilise 1160 ETP, répartis en moyenne comme suit :

Tableau 12 : Répartition des effectifs de la fonction médico-sociale entre le siège régional et les DT (2018)

Secteur d'intervention	Siège	DT	Total	% affecté au siège	% affecté aux DT
Médico-social – personnes âgées	234,1	366,45	600,55	39,0 %	61,0 %
Médico-social – personnes handicapées	225,15	334,25	559,4	40,2 %	59,8 %

Source : enquête nationale activités ARS.

Mais, cette répartition varie beaucoup selon les régions, les ARS étant libres quant à l'organisation de leurs services : pour la partie PH, en France métropolitaine, la répartition siège/DT va de 22/78 % en Occitanie à 81/19 % en Pays de la Loire; et pour la partie PA de 24/76 % dans le Grand Est à 79/21 % en Pays de la Loire.

Au-delà de ces choix d'organisation des ARS, et donc de la capacité numérique des DT à être de réels interlocuteurs pour les conseils départementaux, une contractualisation au niveau départemental demandera une évolution des métiers : tarifer des établissements et négocier et suivre la réalisation d'un contrat ne requiert pas les mêmes compétences.

3.5. Les doubles financements

Une partie des structures médico-sociales font l'objet d'une double tarification par l'ARS et le département : les EHPAD dans le secteur des personnes âgées, les Foyers d'accueil médicalisés (FAM), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)[9] dans le secteur du handicap, et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) pour les deux publics.

Ces doubles tarifications sont une source de complexité pour les gestionnaires qui doivent négocier et rendre compte à deux administrations, et de perte d'efficience pour ces dernières. C'est aussi un obstacle à l'évolution de l'offre, puisque la création ou la transformation d'un établissement ou d'un service est tributaire des contraintes budgétaires des deux financeurs.

Pour le secteur des personnes âgées, le rapport Libault préconise une fusion des deux sections soins et dépendance, et leur financement par la sécurité sociale.

Encadré 8 : Les propositions du rapport Libault sur la tarification des EHPAD

Afin de simplifier le pilotage et de sécuriser le financement des établissements, il est proposé d'unifier les sections soins et dépendance dans une section « soins et entretien de d'autonomie ».

La nouvelle section serait financée par l'assurance maladie mais un ticket modérateur, dont seraient seulement exonérés les titulaires de la CMU-C, serait appliqué pour un montant de l'ordre de 5 €/jour. La nouvelle section serait ainsi prise en charge à 92 % par l'Assurance Maladie (11,2 Mds si on conserve les chiffres 2014) et à 8 % par les ménages et les organismes complémentaires (1 Md). L'amélioration du reste à charge en établissement des ménages n'est pas le principal objectif de cette fusion mais représenterait tout de même 200 M€ environ.

En outre, la valeur du « point GIR » est aujourd'hui différente dans chaque département. Une période de convergence progressive vers une valeur nationale unique devra donc s'ouvrir une fois la fusion réalisée.

[9] « Évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ) », IGAS, septembre 2018. Le rapport note que là où les CAMSP ont un rôle de prévention du handicap, les CMPP, structures médico-sociales, se rapprochent plus des centres médico-psychologiques infanto-juvéniles, qui relèvent de la psychiatrie infantile et sont financés intégralement par l'assurance maladie. Il préconise comme l'avait fait le rapport IGAS/IGF de 2012 un financement intégral des CAMSP par la sécurité sociale.

Pour le secteur du handicap, un rapport IGAS/IGF de 2012 (« Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement ») avait préconisé la fin de la double tarification des FAM et CAMSP (et le transfert des ESAT aux départements, au nom de la complémentarité avec les foyers de vie).

Encadré 9 : Le rapport IGAS et IGF sur les modalités de financement des ESMS handicap

Les cofinancements des mêmes structures ou de structures complémentaires entre l'assurance maladie, les conseils généraux [maison d'accueil spécialisée / foyers d'accueil médicalisés (MAS-FAM), service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)] et l'État [Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)] sont facteurs de complexité voire de blocages. La logique d'un financeur unique permet une meilleure programmation et un meilleur pilotage de la dépense.

Cette logique de financeurs uniques, qui satisfera mieux la qualité de l'accompagnement des personnes, devrait s'organiser par transferts, sans augmenter les dépenses en cause. Les enjeux sont de 38 M€ pour les CAMSP transférés vers l'objectif global de dépenses (OGD) ; 940 M€ pour les MAS –FAM également vers l'OGD et 2, 6 Mds€ pour les ESAT (garantie de rémunération des travailleurs handicapés –GRTH-incluse) vers les conseils généraux. Pour les CAMSP, le double financement (80 % OGD, 20 % CG) est historique, mais il complique voire freine le bon déploiement de ces structures sur les territoires pour satisfaire aux objectifs d'une prise en charge précoce, qui atténue la gravité des handicaps.

Dans son rapport du 2 juillet 2020 « 50 propositions pour une nouvelle génération de la décentralisation», le Sénat propose de confier aux départements un pouvoir de tarification unique pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

Encadré 10 : Le rôle des départements dans le rapport du Sénat du 2 juillet 2020

Il importe aujourd'hui de déterminer, avec un recul permettant d'évaluer son incidence concrète en termes de bonne administration et de services rendus aux citoyens, si la répartition actuelle des compétences entre les collectivités territoriales s'inscrit bien dans une logique efficace de subsidiarité et un exercice cohérent des compétences.

Dans ce cadre, le département, alors que les régions ont changé d'échelle, est l'échelon pertinent pour assurer la mise en œuvre des solidarités locales, sociales, médico-sociales et territoriales….

Afin de consacrer leur rôle dans les solidarités sociales, médicosociales et territoriales, il est proposé de conforter les départements en tant que responsables des solidarités sociales et médico-sociales….

S'agissant de l'autonomie des personnes, domaine dans lequel le département joue un rôle de chef de file, serait confié aux départements un pouvoir de tarification unique pour les établissements sociaux et médicaux sociaux (les autorités de tarification sont aujourd'hui conjointement l'agence régionale de santé et le conseil départemental). Les directeurs de ces établissements seraient désormais nommés par les présidents de départements.

La nature mixte du secteur médico-social nécessite de prendre en compte le poids de la dimension médicale et de soins, différente selon les catégories d'établissement, pour assurer au mieux possible la fluidité des parcours.

Du fait de leur médicalisation accrue et de l'articulation indispensable avec l'hôpital, les EHPAD devraient être financés uniquement par la branche autonomie via les ARS (à l'exception de l'aide sociale à l'hébergement). De même, les FAM, qui globalement ne se distinguent pas significativement des maisons d'accueil spécialisées, devraient être financés comme ces dernières par la branche autonomie, et la contribution des départements au financement des CAMSP/CMPP devrait disparaître. Pour les SPASAD par contre, qui combinent financement de l'aide à domicile (départements) et de service de soins infirmiers (ARS), la solution d'une dotation globale versée par l'ARS dans le cadre du CPOM a été retenue pour l'expérimentation des SPASAD dits « intégrés».

Ces transferts entre financeurs accroitraient significativement le périmètre de la branche autonomie, de 41,6 Md€ à 45,5 Md€ (hors mesures nouvelles du Ségur de la santé) : la part des départements dans le financement des EHPAD (hors aide sociale à l'hébergement) est de 2,4 Md€, pour les FAM de 1,5 Md€ et pour les CAMSP/CMPP de 60 M€.

3.6. La possibilité de délégation de l'enveloppe médico-sociale des ARS vers les conseils départementaux

Le droit applicable permet déjà une délégation de compétences aujourd'hui exercées par les ARS au bénéfice des départements.

Dans sa rédaction actuelle suite à la révision constitutionnelle de 2003, le texte de l'article 72 de la Constitution dispose que : « *dans les conditions prévues par la loi organique , et sauf lorsque sont en cause les conditions essentielles d'exercice d'une liberté publique ou d'un droit constitutionnellement garanti, les collectivités territoriales ou leurs groupements peuvent, lorsque, selon le cas, la loi ou le règlement l'a prévu, déroger, à titre expérimental et pour un objet et une durée limités, aux dispositions législatives ou réglementaires qui régissent l'exercice de leurs compétences* ». Seule la différenciation des normes est ainsi envisagée par cet article, à titre expérimental et pour une durée limitée.

Le projet de loi constitutionnelle « pour une démocratie plus représentative, responsable et efficace » déposé par le Gouvernement le 9 mai 2018 et retiré depuis prévoyait d'élargir des possibilités de dérogation et d'incorporer à l'article 72 de la Constitution deux nouveaux alinéas, consacrant chacun une nouvelle possibilité de différenciation pour les collectivités territoriales en matière de compétences et de normes. Ces dispositions ont été reprises en août 2019 dans un nouveau projet de loi constitutionnelle « pour un renouveau de la vie démocratique ».

Encadré 11 : Article 10 du projet de loi constitutionnelle « Pour un renouveau de la vie démocratique »

L'article 72 de la Constitution est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans les conditions prévues par la loi organique et sauf lorsque sont en cause les conditions essentielles d'exercice d'une liberté publique ou d'un droit constitutionnellement garanti, la loi peut prévoir que certaines collectivités territoriales exercent des compétences, en nombre limité, dont ne disposent pas l'ensemble des collectivités de la même catégorie. » ;

2° Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans les conditions prévues par la loi organique, et sauf lorsque sont en cause les conditions essentielles d'exercice d'une liberté publique ou d'un droit constitutionnellement garanti, les collectivités territoriales ou leurs groupements peuvent, lorsque, selon le cas, la loi ou le règlement l'a prévu, déroger, pour un objet limité, aux dispositions législatives ou réglementaires qui régissent l'exercice de leurs compétences, éventuellement après une expérimentation autorisée dans les mêmes conditions. »

Cette révision constitutionnelle n'a pas abouti, mais une différenciation sous conditions des compétences est déjà envisageable dans le droit actuel.

Comme l'a souligné le Conseil d'État dans l'avis du 7 décembre 2017 que le Gouvernement avait sollicité préalablement à la rédaction du projet de loi constitutionnelle, si « *les règles d'attribution des compétences et les règles d'exercice des compétences sont, en principe, les mêmes au sein de chaque catégorie de collectivités territoriales de droit commun, communes, départements, régions … il n'en résulte pas pour autant que les règles applicables aux compétences des collectivités territoriales doivent être identiques pour toutes les collectivités relevant de la même catégorie » dès lors que « le principe constitutionnel d'égalité, applicable aux collectivités territoriales … ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des*

situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport avec l'objet de la loi qui l'établit ».

Ce même avis indique que « *répondrait à l'objectif du Gouvernement un dispositif législatif qui aurait pour objet de permettre des attributions de compétences différentes à des collectivités territoriales d'une même catégorie, pour des raisons d'intérêt général ou pour des motifs tirés d'une différence de situation, dans le cadre de transferts de compétences précisément identifiés* ». Le Conseil d'État indique que cet éventuel dispositif législatif devrait s'assurer « *le transfert de compétences envisagé [soit] de nature à permettre que les compétences en cause soient attribuées à l'échelon propre à permettre une mise en œuvre meilleure et plus efficace, au meilleur coût* » ;

Le Conseil d'État indique que cet éventuel dispositif législatif devrait respecter plusieurs conditions :

- une identification précise et un caractère limité des compétences concernées ;
- l'existence de raisons d'intérêt général ou d'une différence de situation ;
- que « le transfert de compétences envisagé [soit] de nature à permettre que les compétences en cause soient attribuées à l'échelon propre à permettre une mise en œuvre meilleure et plus efficace, au meilleur coût » ;
- l'accord des collectivités concernées et une compensation financière du coût des compétences confiées.

Et il concluait que « *Les règles et principes constitutionnels rappelés ci-dessus, tels qu'interprétés par le Conseil constitutionnel,* ***n'imposent pas un cadre légal uniforme et figé aux compétences des collectivités territoriales de droit commun*** *- bien que celles-ci soient un élément constitutif de leur statut, mais ont au contraire permis des évolutions importantes et la prise en compte de situations différentes* ».

Les possibilités d'une différenciation des normes législatives et réglementaires applicables sont plus limitées :

- sauf pour les départements et collectivités d'outre-mer où cette possibilité est ouverte par l'article 73 de la Constitution, le texte précité ne permet pas aux collectivités territoriales de l'article 72 de déroger aux normes législatives et réglementaires, sinon à titre expérimental et pour une durée limitée ;
- l'article 37-1 de la Constitution, prévoit également que *« la loi et le règlement peuvent comporter, pour un objet et une durée limités, des dispositions à caractère expérimental* » : dans ce cas, c'est la loi ou le règlement lui-même qui comporte des dispositions expérimentales, alors que dans le cas de l'article 72 la loi et le règlement ne font qu'autoriser les collectivités à adopter des dispositions expérimentales dérogatoires, sans en comporter eux-mêmes.

Un rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation de l'Assemblée nationale (n° 1687 du 14 février 2019) sur les possibilités ouvertes par l'inscription dans la constitution d'un droit à la différenciation rappelle lui aussi que la différenciation des compétences n'est pas une nouveauté, et que la différenciation des normes est possible pour les collectivités territoriales de l'article 72, mais dans le cadre restrictif des expérimentations.

À titre d'illustration, ce rapport examine la compatibilité d'un certain nombre de projets évoqués par des collectivités territoriales avec le droit existant, ou qui résulterait d'une modification de l'article 72. Parmi ceux-ci, figure celui d'un département qui envisagerait de se voir confier un rôle de coordination par des politiques et des financements en matière de handicap. L'analyse conclue à sa faisabilité juridique au regard des exigences constitutionnelles, et n'être pas de nature à engendrer une complexité administrative accrue, compte tenu notamment des missions déjà exercées par les départements dans le domaine du handicap.

Dans le cas d'espèce, c'est bien de la répartition des compétences qu'il s'agit, et pour reprendre les termes de l'avis du Conseil d'État d'une « mise en œuvre meilleure et plus efficace, au meilleur coût » ; et pas de l'application de normes différentes. Il est donc possible, sous réserve d'en démontrer l'intérêt général, d'envisager une délégation de compétences de l'ARS vers un conseil départemental, ou d'un département vers une ARS.

Si la loi « grand âge et autonomie » le prévoit (la LFSS en tant que loi de finances ne peut pas être le vecteur d'une telle disposition), cette délégation serait de nature à satisfaire la demande de certains départements –et plus généralement de l'Assemblée des départements de France- d'exercer la compétence sur l'ensemble du champ médico-social de l'autonomie.

Une contractualisation préalable sur les objectifs et modalités de la réponse aux besoins permettrait d'en encadrer les conditions, et il faudra prévoir un dispositif d'évaluation piloté par la branche autonomie. Un nombre limité d'expérimentations d'une telle délégation permettrait de se donner le temps de cette évaluation, avant une éventuelle extension comme le Sénat l'a demandé dans son rapport précité du 2 juillet 2020.

3.7. Les structures de proximité

3.7.1. Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

La volonté de rendre un service de proximité identifiable et unifié a déjà présidé à la création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) par la loi du 11 février 2005. La création des MDPH a marqué un changement de logique et une meilleure réponse aux situations de handicap que les anciennes CDES et COTOREP. Mais face au flux croissant des demandes (3,7 millions en 2013, 4,5 millions en 2018), les MDPH peinent à assurer la fonction d'accompagnement prévue par la loi.

Selon le bilan d'activité 2017 publié par la CNSA, 4,5 millions de demandes ont été adressées au MDPH contre 4,42 millions en 2016, soit une hausse de 1,9 %. Si le nombre de demandes continue de progresser, le rythme de l'augmentation est moins important qu'en 2016 (+ 4,1 % selon les estimations définitives). Une MDPH sur deux enregistre une augmentation des demandes déposées, contre près de 8 sur 10 en 2016 et près de 9 sur 10 en 2015.

Le taux de demande à la MDPH est estimé en moyenne à 26 pour 1 000 habitants mais il varie fortement entre départements, de 11,2 à 38,6 pour 1 000 habitants.

Sur un échantillon de 89 MDPH ayant renseigné cette donnée dans l'enquête annuelle de la CNSA, les dépenses de fonctionnement ont été de 187 M€ en 2017, et les dépenses d'investissement de 1,9 M€.

En 2017 et sur 92 MDPH, après valorisation des mises à disposition de personnel et des services externalisés non refacturés (apports en nature), on estime à 281,1 M€ les apports des partenaires aux MDPH. Ils se répartissent entre les trois principaux contributeurs : les conseils départementaux pour 44,7 %, l'État pour 30,7 %, la CNSA pour 18,4 %.

Les demandes liées à l'emploi (complément de ressources – CRP, orientation et formation professionnelles, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé – RQTH) et l'AAH représentent 38,9 % du total des demandes en 2017 (contre 41,6 % en 2016) ; les cartes (invalidité, priorité, stationnement, y compris les CMI) en représentent 31,7 %. Les demandes d'orientation en établissement et services sociaux et médico-sociaux représentent 8,6 % du total des demandes.

3.7.2. Des « maisons des aînés et des aidants »

Pour les personnes âgées, et dans le même objectif d'identification de la réponse aux besoins des personnes, le rapport de la concertation « grand âge et autonomie » a préconisé la création d'une marque « maison des aînés et des aidants » (proposition 172) : « *les acteurs locaux seraient libres de définir localement les modalités d'organisation de ce service mais une obligation de couverture du territoire serait posée. Les Maisons des aînés et des aidants se substitueraient aux dispositifs d'accueil et de coordination existants (CLIC, MAIA, Paerpa, PTA, plateformes de répit notamment)* ».

3.7.3. Les maisons départementales de l'autonomie (MDA)

Pour rapprocher les dispositifs relatifs aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées, l'article 82 de la loi ASV de 2015 a ouvert la possibilité pour le président du conseil départemental de constituer une maison départementale de l'autonomie (MDA) en mutualisant les fonctions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et le cas échéant d'instruction, d'évaluation des situations et des besoins, au profit des personnes âgées et des personnes handicapées.

Encadré 12 : Le cadre juridique des maisons départementales de l'autonomie (MDA)

Article L. 149-4 du code de l'action sociale et des familles :

En vue de la constitution d'une maison départementale de l'autonomie, le président du conseil départemental peut organiser la mise en commun des missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et, le cas échéant, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées. L'organisation de la maison départementale de l'autonomie garantit la qualité de l'évaluation des besoins et de l'élaboration des plans d'aide, d'une part, des personnes handicapées conformément à un référentiel prévu par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées et, d'autre part, des personnes âgées sur la base des référentiels mentionnés à l'article L. 232-6.

Cette organisation, qui ne donne pas lieu à la création d'une nouvelle personne morale, regroupe la maison départementale des personnes handicapées mentionnée au premier alinéa de l'article L. 146-3 et des personnels et des moyens matériels du département affectés à la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Toutefois, sa mise en œuvre est sans incidence sur l'application de la section 2 du chapitre VI du présent titre et du chapitre Ier bis du titre IV du livre II.

La constitution d'une maison départementale de l'autonomie est soumise à l'avis conforme de la commission exécutive de la maison départementale des personnes handicapées et à l'avis du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1.

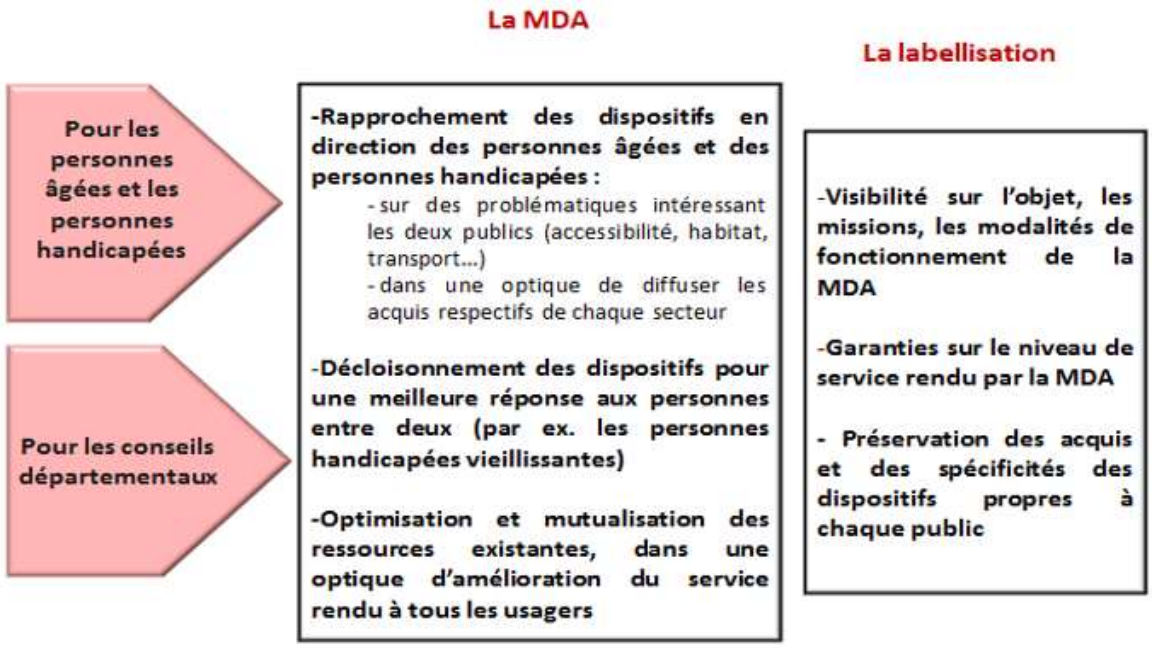
Le président du conseil départemental transmet chaque année à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données relatives à l'activité et aux moyens de cette organisation, en vue de son évaluation. Il transmet également ces données au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.

La création d'une MDA ne modifie pas la gouvernance de la MDPH et de la CDAPH, et préserve la participation des associations de personnes handicapées dans sa commission exécutive : c'est donc une juxtaposition de deux institutions qui gardent leur spécificité.

Lorsque cette organisation répond aux prescriptions d'un cahier des charges défini par décret (n° 2016-1873 du 26 décembre 2016), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lui délivre le label de maison départementale de l'autonomie, dans des conditions précisées par le même décret.

En pratique cette possibilité a été peu exploitée : une seule MDA a été labellisée (celle de la Mayenne), et la CNSA au travers de son enquête annuelle sur les MDPH en recense 17 en 2018 (et 8 seraient en cours de mise en œuvre) mais les modèles sont très différents, parfois se limitant à un changement d'appellation de la MDPH. La sophistication des exigences d'une labellisation a été considérée sans intérêt par les départements, qui préfèrent se consacrer aux aspects pratiques de l'organisation.

Graphique 3 : Enjeux de création d'une MDA



Source : DGCS.

3.8. Les différentes fonctions des structures territoriales

Si l'on privilégie une approche fonctionnelle plutôt qu'une appellation ou une labellisation, on voit que quatre fonctions sont en jeu :

- un accueil et une information de premier niveau pour les personnes et les familles. Les départements ont opéré ici des choix variés, souvent différenciés selon les territoires, que ce soit des CLIC (structures associatives), des maisons du handicap ou bien des maisons du département qui rassemblent toutes les politiques sociales, y compris le service social polyvalent et l'aide sociale à l'enfance. Ils peuvent aussi s'appuyer sur des partenariats, par exemple les Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les maisons France Service ou les agences de la Mutualité sociale agricole. Cette organisation relève de leur libre administration, et il est logique que chaque département adapte son organisation aux contraintes de son territoire et à l'existant ;
- une mise en commun des moyens d'évaluation pluridisciplinaires entre équipes des MDPH et équipes APA : ce peut être un enrichissement réciproque, et une meilleure efficience de ressources humaines souvent difficiles à recruter, en particulier les médecins ;

- l'ouverture des droits, selon des modalités aujourd'hui différentes entre personnes âgées et handicapées : par décision du conseil départemental pour l'APA, par décision de la CDAPH pour l'ensemble des prestations destinées aux personnes en situation de handicap, qu'elles soient financées par le département (PCH, et dans ce cas le département est majoritaire pour la décision), par l'État (AAH) ou par la branche famille (AEEH) ; ou qu'il s'agisse de l'attribution d'une carte ou d'une décision d'orientation vers l'emploi ou vers un ESMS ;
- un accompagnement des personnes, et notamment des cas complexes : ce sont notamment les dispositifs des CLIC de niveau 3, des MAIA, des PAERPA et des plates-formes territoriales d'appui pour les personnes âgées, les SAMSAH et les MDPH pour les personnes en situation de handicap, les SSIAD pour les deux publics, et les dispositifs de coordination du parcours de soins (cf. ci-dessous).

3.9. Les conditions d'une généralisation des maisons départementales de l'autonomie

La DGCS a analysé les conditions juridiques d'une généralisation des MDA. Selon cette analyse :

- la généralisation d'un modèle « MDA » pourrait constituer un motif d'intérêt général en garantissant une équité de traitement et d'accès aux droits pour les publics PA/PH sur tout le territoire, et ne contreviendrait donc pas au principe de libre administration des collectivités locales ;
- cette obligation ne pourrait être imposée à tous les départements que par une disposition législative.

La simple juxtaposition avec les services APA du département, recherchée au travers des décrets précités, n'a pas rencontré d'intérêt des départements, et n'est que de peu d'effet en termes d'amélioration du service et d'efficience. Si l'on écarte cette solution, trois options sont envisageables : des MDA sous statut de GIP comme les actuelles MDPH, des MDA intégrées aux services du département, et des MDA sous statut d'établissement public.

Les associations des personnes handicapées sont attachées aux acquis de la loi de 2005, et notamment à leur participation au comité exécutif des MDPH et à la CDAPH. Ces acquis ne sont pas liés au statut de GIP des MDPH, qui a été choisi initialement dans une logique de mise en commun de moyens d'administrations différentes, essentiellement de personnels. En 2017, selon l'enquête CNSA, l'emploi direct des personnels par le GIP s'est généralisé : c'est le cas de 84 des 92 MDPH ayant renseigné la donnée, et on estime à 68 % la part de la charge de personnel interne (hors prestations externalisées) supportée par les MDPH. La part des personnels en provenance de services de l'État est devenue très minoritaire, et en réduction constante.

Tableau 13 : Évolution des charges de personnel de 2015 à 2017

	2015		2016		2017		Evolution de la répartition des ETP (en point)	
Partenaires	En millions d'€	%	En millions d'€	%	En millions d'€	%	2015/ 2016	2016/ 2017
MDPH	152,2	**63,0**	160,5	**64,8**	145,9	**68,1**	1,8	3,2
Département	49,9	**20,7**	50,1	**20,2**	43,0	**20,1**	- 0,4	- 0,2
Education nationale	17,7	**7,3**	18,2	**7,4**	12,9	**6,0**	0,0	- 1,3
DDCSPP	14,6	**6,0**	12,7	**5,1**	8,6	**4,0**	- 0,9	- 1,1
DIRECCTE	5,6	**2,3**	4,9	**2,0**	3,0	**1,4**	- 0,3	- 0,6
Autre	1,5	**0,6**	1,2	**0,5**	1,0	**0,5**	- 0,1	- 0,0
Total	241,5	**100**	247,6	**100**	214,4	**100**		
Echantillon (nombre de MDPH)	102		102		92			

Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH, 2017.

Si l'on écarte le statut de GIP, qui a aujourd'hui moins de raisons d'être, et que l'on veut maintenir le système de gouvernance actuelle, il serait possible, sous statut d'un établissement public administratif local présidé par le département comme les actuels GIP, de prévoir la même participation associative au conseil d'administration – comme c'est le cas de la CNSA - et au sein d'une commission d'orientation et d'attribution des aides. La généralisation des maisons de l'autonomie pourrait donc se faire sous ce statut, en associant également au conseil d'administration de l'EPA les associations de personnes âgées, les ARS et l'État, et en redéfinissant l'actuelle commission d'attribution de l'APA avec la même participation associative, ce qui serait aussi un progrès.

3.10. La coordination des parcours

Pour les personnes âgées et en situation de handicap, une bonne coordination des parcours, qui doivent intégrer les dimensions de santé, du médico-social et du social, est indispensable à la qualité de vie et à l'efficience des moyens mobilisés. Pour les personnes âgées, les réponses se sont succédées et superposées: Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), auxquels on pourrait ajouter le réseau MONALISA de lutte contre l'isolement.

Encadré 13 : Les dispositifs médico-sociaux de coordination des parcours des personnes âgées

CLIC : Sur la base d'une expérimentation en 2000, les CLIC ont été déployés à partir de 2001 (cf. circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001). Ils faisaient l'objet d'une labellisation de 1 à 3, en fonction du niveau de services qu'ils offraient : de niveau 1 pour l'accueil à niveau 3 pour l'évaluation des besoins et l'accompagnement des parcours. La compétence en a été transférée aux départements au 1er janvier 2005.

L'Association nationale des CLIC a effectué en 2016 un état des lieux des CLIC

MAIA : les MAIA ont été initiées en 2011 dans le cadre du plan Alzheimer (cf. décret n° 2011-1210 de 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) puis en 2015 l'article L.113-3 du CASF a été complété de dispositions relatives à l'échange et au partage d'informations entre professionnels de différents champs. Le sens de l'acronyme a été rectifié 2 dans son sens actuel pour exprimer clairement le concept d'intégration et la population ciblée, qui dépasse donc désormais les seuls malades d'Alzheimer.

Une évaluation en a été effectuée en 2017 à l'initiative de la CNSA.

PAERPA : Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes dans la continuité des recommandations du HCAAM, les expérimentations PAERPA ont donc pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation

Une évaluation qualitative du dispositif PAERPA a été effectuée par la DREES en mai 2017, et une étude d'impact du en juin 2018 par l'IRDES.

Pour les personnes en situation de handicap, les MDPH outre leur fonction d'évaluation des besoins et d'attribution des aides sont aussi en charge de l'accompagnement et de la coordination des parcours aux termes de l'article L.146-3 du CASF : « *La maison départementale des personnes handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap.* »

Les réponses au besoin de coordination dans le domaine du soin sont aussi nombreuses : réseaux de santé, médecin traitant, équipes de soins primaires, communautés territoriales des professionnels de santé, tous chargés d'une fonction de coordination des parcours.

Encadré 14 : Les dispositifs de coordination des parcours de santé

Article L. 6321-1 du code de la santé publique (CSP) : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. ».

Article L. 4130-1 du CSP : « Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes : 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ; 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients … »;

Article L. 1411-11-1 du CSP : « L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé »

Article L. 1434-12 du CSP : « Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé, »

L'IGAS note dans un rapport[10] d'évaluation de la coordination d'appui aux soins de 2014 que *« au total le thème de la coordination se répand sans véritable perspective d'ensemble et ... sans coordination* ».

Dernière innovation, l'article 23 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a créé les « dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe », qui prennent la suite et intègrent les plates-formes territoriales d'appui (PTA) issues de la loi du 26 janvier 2016. Ils ont pour vocation d'assurer une réponse globale aux demandes d'appui des professionnels, de contribuer à une réponse coordonnée aux besoins des personnes et de leurs aidants, et de participer à la coordination territoriale des parcours de santé.

Encadré 15 : Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe

Article L. 6327-2 du code de la santé publique (CSP) :

Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes:

1° Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et les autres professionnels concernés ;

2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;

3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 6327-1 du présent code.

Article D 6327-7-1 du CSP :

L'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes comprend trois types de missions :

1° L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;

[10] « Évaluation de la coordination d'appui aux soins », IGAS, décembre 2014.

2° L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.

Cette mission comprend :

a) L'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations ;

b) L'appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle ;

c) La planification de la prise en charge, le suivi et la programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et sorties des établissements, en veillant à favoriser le maintien à domicile ;

d) L'appui à la coordination des interventions autour du patient ;

3° Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Cette mission comprend notamment la diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, l'aide à l'élaboration et la diffusion de protocoles pluri-professionnels.

Article D. 6327-4 du CSP :

La plate-forme territoriale d'appui vient en soutien à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe.

Le médecin traitant, ou un médecin en lien avec ce dernier, déclenche le recours à la plate-forme. Si un autre professionnel que le médecin traitant souhaite déclencher le recours à la plate-forme, le médecin traitant est systématiquement contacté par le professionnel requérant, ou à défaut par la plate-forme, afin de valider le déclenchement.

Ces dispositifs d'appui (article L. 6327-3) « *disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment les représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé* ». Les CLIC « peuvent intégrer le dispositif » et le décret d'application prévoit une intégration des MAIA dans les trois ans, de même que les réseaux de santé et les plates-formes territoriales d'appui.

Ces nouveaux dispositifs ont le mérite de rationaliser le paysage des différents instruments financés dans le cadre des FIR. Ils sont conçus dans une optique « parcours de soins » et dans le seul périmètre des financements ARS, malgré la mention d'une « gouvernance équilibrée » ouverte aux conseils départementaux. La rédaction des textes réglementaires, qui ne parle que de patients et réserve l'accès à la plate-forme territoriale d'appui au médecin traitant confirme cette approche purement clinique des soins, alors que l'accompagnement d'un parcours complexe concerne aussi les services sociaux, les SAAD, les SSIAD, les SAMSAH, les SPASAD etc.

ANNEXE IV

Mesures de financement

SOMMAIRE

1. TABLEAU DE SYNTHÈSE DES MESURES PROPOSÉES 1

2. ANALYSE DÉTAILLÉE DES MESURES DE FINANCEMENT ENVISAGEABLES 1

2.1. Mesures de transfert 1

2.1.1. Affectation de CSG provenant de la CADES 1

2.1.2. Affectation de versements provenant du FRR 3

2.1.3. Affectation de ressources depuis Action Logement 6

2.1.4. Transfert provenant de la branche famille 10

2.2. Mesures d'économies 13

2.2.1. Économies sur la dynamique de l'allocation aux adultes handicapés 13

2.2.2. Économies sur l'allocation personnalisée pour l'autonomie 15

2.3. Réduction des niches sociales ou fiscales 17

2.3.1. Suppression ou report de l'âge pour le bénéfice de l'exonération totale de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile 17

2.3.2. Restriction du plafond applicable au bénéfice du crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile 19

2.3.3. Rationalisation de la réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes accueillies en établissement 21

2.4. Financements privés complémentaires 23

2.4.1. Mobilisation de l'assurance privée 23

2.4.2. Mobilisation du viager 30

2.5. Hausse des prélèvements obligatoires 36

2.5.1. Instauration d'une deuxième journée de solidarité 36

2.5.2. Recentrage à 2,5 SMIC des allègements de cotisations patronales 39

2.5.3. Plafonnement à 1 plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) de l'abattement de 1,75 % pour frais professionnels applicable sur la CSG 41

2.5.4. Alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs 44

2.5.5. Réduction de l'abattement de 10 % pour le calcul de l'impôt sur le revenu des retraités et interaction avec la CSG 48

2.5.6. Extension de l'assiette de la CSA et/ou de la CASA 50

2.5.7. Instauration d'un prélèvement sur les transmissions de patrimoine 53

1. Tableau de synthèse des mesures envisageables

Tableau 1 : Liste complète des mesures envisageables

Dispositifs	Gain	Calendrier	Avantage	Inconvénient
1. Mesures de réaffectation de recettes				
Affectation anticipée de CSG et allongement de la CADES	4 300	2021-2024	Hausse limitée du poids de la dette sociale	Révision du modèle de la CADES
Versement du FRR pour financer le pan d'investissement	420	2021-2025	Pas d'impact sur les assurés	Réorientation du rôle du FRR
Récupération de la TSCA affectée à Action Logement	300	Dès 2021	Utilisation des réserves	Lien indirect avec la perte d'autonomie
Swap de taux de 0,10 % entre la PEEC et une contribution additionnelle	400	À partir de 2023	Neutralité sur le coût du travail	Révision du modèle d'Action Logement
Transferts de branche famille	150	À horizon 2024	Dépenses faiblement dynamique compte tenu de la natalité	Articulation avec les enjeux de la politique familiale
2. Économies et réduction de niches				
Régulation de la dynamique de l'AAH	400	À horizon 2024	Dynamique forte non régulée aujourd'hui	Bénéficiaires de minimum social
Économies sur l'APA (base ressources, conjugalité et télégestion de l'APA)	440	Uniquement en flux	Plus grande justice et efficience dans le bénéfice de l'APA	Enjeu du reste à charge
Suppression du bénéfice de l'exonération « public fragile » sur seul critère d'âge	180	Dès 2021	Mise en cohérence du dispositif avec le critère de perte d'autonomie	Mesure à rendement limité compte tenu des allègements de droit commun
Plafonnement à 6 000 € du crédit d'impôt services à la personne pour les activités de « confort »	400	En quatre ans	Recentrage des soutiens et mise en cohérence	Effet possible sur l'emploi à domicile
Plafonnement à 5 000 € de la réduction d'impôt pour l'hébergement en EHPAD	110	En cinq ans	Recentrage des soutiens et mise en cohérence	Effet sur le reste à charge des personnes redevables de l'IR

Dispositifs	Gain	Calendrier	Avantage	Inconvénient
3. Mesure de prélèvements obligatoires				
Instauration d'une deuxième journée de solidarité	2 300	Dès 2021	Rendement et cohérence avec le financement actuel	Effet sur l'emploi et complexité
Plafonnement à 2,5 SMIC du bandeau famille	1 100	En deux ans	Pas d'effet emploi	Hausse du coût du travail
Plafonnement à 1 PASS (au lieu de 4 PASS) de l'abattement de 1,75 % de CSG	150	En trois ans	Cible les hauts revenus	Perte de pouvoir d'achat
Extension de la CSA aux revenus d'activité des indépendants	250	En trois ans	Universalité et équité du financement	Hausse des prélèvements sur les indépendants
Extension de la CSA aux compléments de salaires (épargne salariale, PERCO, participation de l'employeur aux complémentaires)	240	En trois ans	Universalité et équité du financement	Hausse des prélèvements sur l'assiette du forfait social
Extension de la CASA aux revenus de remplacement (indemnités journalières et allocations chômage)	100	En trois ans	Universalité et équité du financement	Hausse des prélèvements sur des revenus limités
Alignement du taux de CSG des retraités en contrepartie de la suppression du 1 % maladie	780	En trois ans	Universalité et équité du financement	Effort déjà réalisé par les retraités en 2018
Réduction de l'abattement de 10 % à l'impôt sur le revenu pour les retraités	1 500	Possible en plusieurs fois	Correction d'un avantage des retraités à l'IR	Enjeu d'équité entre actifs et inactifs
Alignement de la part non déductible de la CSG sur les retraités	800	Possible en plusieurs fois	Vise les retraités imposables et rétablit une équité entre eux	Paiement de l'IR sur une part de CSG
Application d'une contribution de solidarité pour l'autonomie de 0,8 % sur les successions	400	Dès 2021	Taux limité et redistribution de l'effort intra-générationnel	Impact sur les successions déjà fiscalisées
Révision du barème par l'ajout d'une tranche à 25 % pour les successions	200	Dès 2021	Taux limité et redistribution de l'effort intra-générationnel	Impact sur les successions déjà fiscalisées

Source : Mission.

Tableau 2 : Scénario d'un plan de financement possible à partir des analyses de la mission

Mesures envisageables	2021	2022	2023	2024	2025	Pérenne
1. Mesures de réaffectation de recettes	**720**	**770**	**1 220**	**1 270**	**1 270**	**850**
Versement du FRR	*420*	*420*	*420*	*420*	*420*	*0*
Récupération de la TSCA d'Action Logement	*300*	*300*	*300*	*300*	*300*	*300*
Swap de taux de 0,10 % avec la PEEC	*0*	*0*	*400*	*400*	*400*	*400*
Transfert de la branche famille	*0*	*50*	*100*	*150*	*150*	*150*
2. Économies et réduction de niches	**180**	**490**	**800**	**1 110**	**1 420**	**1 530**
Régulation de la dynamique de l'AAH	*0*	*100*	*200*	*300*	*400*	*400*
Économies sur l'APA	*0*	*88*	*176*	*264*	*352*	*440*
Suppression exonération sur seul critère d'âge	*180*	*180*	*180*	*180*	*180*	*180*
Plafonnement à 5 000 € du RI en EHPAD	*0*	*22*	*44*	*66*	*88*	*110*
Plafonnement à 6 000 € du CI SAP	*0*	*100*	*200*	*300*	*400*	*400*
3. Mesures de prélèvements obligatoires	**600**	**1 653**	**2 713**	**3 220**	**3 220**	**3 220**
Bandeau famille à 2,5 SMIC	*0*	*550*	*1 100*	*1 100*	*1 100*	*1 100*
Plafonnement à 1 PASS de l'abattement de CSG	*0*	*150*	*150*	*150*	*150*	*150*
Extension de la CSA - indépendants	*0*	*83*	*167*	*250*	*250*	*250*
Extension de la CSA - compléments de salaires	*0*	*80*	*160*	*240*	*240*	*240*
Extension de la CASA - IJ et chômage	*0*	*33*	*67*	*100*	*100*	*100*
CSG retraités en contrepartie du 1% maladie	*0*	*157*	*469*	*780*	*780*	*780*
Prélèvement de 0,8 % sur les transmissions	*400*	*400*	*400*	*400*	*400*	*400*
Tranche à 25 % sur les transmissions	*200*	*200*	*200*	*200*	*200*	*200*
Total	**1 500**	**2 913**	**4 733**	**5 600**	**5 910**	**5 600**

Source : Mission.

2. Analyse détaillée des mesures de financement envisageables

2.1. Mesures de transfert

2.1.1. Affectation de CSG provenant de la CADES

2.1.1.1. Constats

La caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale a pour mission d'assurer l'amortissement de cette dette sociale, constituée par les déficits cumulés des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Une ressource spécifique, la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), a été créée à cette fin et lui a été affectée.

Depuis 1996, 260 Md€ de dette ont été transférés à la CADES et 171 Md€ ont été amortis à fin 2019. Les ressources de la CADES sont composées de la totalité des produits de la CRDS (7,6 Md€ en 2019), et une fraction des produits de CSG (0,6 point soit 8,6 Md€ en 2019) et d'un versement annuel du Fonds de réserve pour les retraites de 2,1 Md€ (prévu de 2011 à 2024).En 2019, le résultat net de la CADES s'est établi à 16,3 Md€ et à la fin de cette même année, la dette restant à amortir était de 89 Md€. Limitée initialement à 13 années, la durée de vie de la CADES a été prolongée à plusieurs reprises, avec des transferts successifs de dettes sociales. Avant la crise sanitaire du Covid-19, les dernières estimations rendues publiques par la CADES prévoyaient un apurement de cette dette à la fin de l'année 2024.

Les besoins de financement subis par l'ACOSS en lien avec la crise sanitaire ont rendu nécessaire une nouvelle reprise de dette par la CADES. La loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit de reporter la date de fin de remboursement de la dette sociale au 31 décembre 2033, afin d'organiser de nouveaux transferts de dettes pour un montant prévu à hauteur de 136 Md€ par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie qui accompagne la loi organique.

Pour amortir cette dette, les financements affectés à la CADES conformément à la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 sont désormais les suivants :

- 0,5 point de CRDS jusqu'à la fin de l'amortissement de la dette ;
- 0,6 point de CSG jusqu'en 2023 puis 0,45 point de CSG de 2024 à 2033 ;
- 2,1 Md€ de versement annuel du FRR jusqu'à 2024 puis 1,45 Md€ à partir de 2025 ;

Ces financements représentent un apport de recettes de 256 Md€, permettant de dégager, compte tenu de charges financières évaluées à 31 Md€ sur la période et d'une dette restant à amortir de 89 Md€, une capacité d'amortissement supplémentaire de 136 Md€.

Les hypothèses reposent sur une croissance des recettes CSG et CRDS de près de 2 % par an sur 2020-2033 et des charges financières estimées à 2,2 Md€ par an, soit un coût d'endettement de l'ordre de 2,25 %[1]. Les financements reposent également sur la prolongation du versement annuel du Fonds de réserve pour les retraites à la CADES : à compter de 2025, celui-ci sera de 1,45 Md€ et non plus de 2,1 Md€. Ce versement a vocation à faire contribuer le FRR au financement de la reprise des déficits postérieurs à 2018 de la branche vieillesse du régime général et du fonds de solidarité vieillesse, dont le montant au 31 décembre 2019 s'élève à 9,9 Md€ et est transféré à la CADES (cf. tableau 3).

[1] Le taux de refinancement sur le portefeuille de dettes de la CADES s'établissait au 30 septembre 2019 à 2,14 %.

Tableau 3 : Projection de l'amortissement de la dette sociale

Dette restant à amortir au 31/12/19	- 89
Recettes affectées à la CADES	256
dont 0,6 point de CSG 2020-2023	*34*
dont 0,45 points de CSG 2024-2033	*78*
dont CRDS 2020-2033	*121*
dont versement du FRR (2020-2024)	*11*
dont versement du FRR (2020-2033)	*13*
Charges financières 2020-2033	- 31
Capacité d'amortissement d'ici 2033	136

Source : Étude d'impact du projet de loi organique relatif à la dette sociale et à l'autonomie.

La reprise de dette de 136 Md€ permettra de financer 31 Md€ d'euros de déficits cumulés constatés au 31 décembre 2019[2] et 92 Md€ au titre des déficits futurs 2020-2023.

Elle permettra également de couvrir les efforts en faveur de l'investissement dans les établissements publics de santé, qui viendront compléter la couverture par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) de l'encours de dette des établissements publics de santé et des intérêts afférents à hauteur d'un montant maximum de 13 Md€, dont 10 Md€ de capital. En effet à fin 2019, le montant total des emprunts des établissements publics de santé (EPS) s'élève à 30,2 Md€ et les frais financiers sont estimés à 8,6 Md€. Une couverture d'un tiers de ces échéances de remboursement en principal et des intérêts afférents représente un enjeu financier d'environ 13 Md€.

Enfin, le nouvel horizon d'amortissement ainsi déterminé pour la CADES permettra de dégager une fraction de 0,15 point de CSG (2,3 Md€) pour le financement de dépenses nouvelles améliorant la prise en charge de la perte d'autonomie, affectée à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ce transfert pérenne interviendra à compter de 2024, année au cours de laquelle s'achèvera l'amortissement des dettes reprises par la CADES en 2010.

2.1.1.2. Propositions

La réaffectation d'une fraction de 0,15 point de CSG (2,3 Md€) est prévue à compter de 2024, alors même que les besoins pour le financement de dépenses nouvelles améliorant la prise en charge de la perte d'autonomie apparaissent dès 2021.

Une montée en charge progressive de la réaffectation de cette fraction de CSG aurait pu être anticipée avant 2024, par exemple en affectant 0,05 point en 2021 (750 M€), 0,10 point en 2022 (1,5 M€) et 0,15 point en 2023 (2,3 M€), des amendements avaient été présentés en ce sens lors des débats au Parlement sur le projet de loi relative à la dette sociale et à l'autonomie. Une telle montée en charge génèrerait toutefois une perte de financement pour la CADES (ici, pour l'exemple, de 4,3 Md€) sur la période 2021-2023. Cette réaffectation financière nécessiterait donc un prolongement de l'amortissement de la dette sur une période équivalente à un trimestre pour l'horizon de la CADES, qui, compte tenu de ses financements, amortit actuellement de l'ordre de 16,0 Md€ de dette sociale chaque année.

[2] Déficit de la branche maladie du régime général (16,2 Md€), du Fonds de solidarité vieillesse (9,9 Md€) de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles (3,5 Md€) et de la CNRACL (1,2 Md€).

Toutefois, un nouvel allongement de l'horizon de la CADES nécessite de revoir à nouveau la loi organique qui vient tout juste d'être modifiée. À paramètres inchangés, la CADES ne saurait donc être de nouveau sollicitée pour dégager par ce moyen une mesure de financement à court terme des besoins de la branche autonomie.

Pour qu'une telle mesure d'affectation anticipée de recettes provenant de la CADES puisse se faire, et sauf à ce que les déficits anticipés 2020-2023 se révèlent surestimés, il serait donc nécessaire que des recettes supplémentaires viennent abonder la CADES sur la période pour maintenir l'horizon d'extinction prévu à fin 2033. Cette mesure, qui consisterait à prélever des recettes sur les années avant 2024 en contrepartie de nouvelles recettes entre 2024 et 2033, ne viendrait donc que reporter les difficultés financières.

En outre, d'après les informations de la CADES transmise à la mission, l'hypothèse d'une nouvelle modification du modèle de financement de la CADES est à écarter, dans la mesure où une nouvelle opération de réaffectation mettrait certainement en cause la crédibilité de la caisse sur les marchés. La CADES n'est en effet pas en tant que telle garantie par l'État et l'attractivité de son taux de refinancement repose sur la lisibilité et la solidité de ses recettes.

La mission estime par ailleurs que la construction du modèle repose actuellement sur des hypothèses de nature à sécuriser et rendre crédible le remboursement de la dette à l'horizon défini. En particulier, si l'hypothèse prise d'un taux de refinancement de la dette sociale à 2,25 % sur la période allant jusqu'en 2033 est supérieur au taux de refinancement actuellement pratiqué, cette hypothèse reste sécurisante car la CADES continuera des opérations d'emprunt à long terme dans les prochaines années et l'hypothèse retenue ne peut pas parier que les conditions actuellement favorables d'emprunt resteront toujours les mêmes.

Dès lors, la mission considère qu'un ajustement du mécanisme de financement sur la période de remboursement de la dette sociale serait de nature à fragiliser l'équilibre obtenu par la loi organique relatif à la dette sociale et à l'autonomie.

Tableau 4 : Affectation anticipée de CSG en provenance de la CADES

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	-	=	+	+	+	=	-
Commentaires	Nécessite à nouveau une loi organique	Nécessite de revoir le modèle de la CADES	Permet une montée en charge anticipée de l'affectation de CSG	Nécessite un prolongement de la CADES, sans impact direct sur les assurés	Pas d'équité entre générations, mais impact limité	Neutralité économique	Suppose de revenir sur l'équilibre de la loi organique

Source : Mission.

2.1.2. Affectation de versements provenant du FRR

2.1.2.1. Constats

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été créé en 1999 afin de constituer des réserves destinées au financement des déséquilibres futurs des régimes de retraite à compter de 2020. Au 31 décembre 2019, l'actif net du FRR s'établissait à 33,7 Md€.

Depuis 2011, le FRR verse chaque année 2,1 Md€ à la CADES afin de participer au financement des déficits, au titre des exercices 2011 à 2018, de la branche vieillesse du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse. En 2019, ce versement a représenté 11,6 % des ressources de la CADES. Ce versement du FRR à la CADES n'empêche pas un maintien voire une augmentation de l'actif du FRR qui a progressé d'environ 1,1 Md€ d'euros sur l'année 2019, après paiement de 2,1 Md€ à la CADES. En effet, pendant l'année 2019, la valeur des actifs a ainsi augmenté de près de 3,2 Md€ qui ont permis d'assurer le paiement de 2,1 Md€ au mois d'avril et de terminer l'année avec un solde net de 1,05 Md€.

Depuis la réforme des retraites de 2010, le FRR, qui détenait un actif de 37 Md€ en 2011 et ne perçoit plus aucune recette depuis cette date, a ainsi versé 18,1 Md€ à la CADES. Pendant cette même période, le FRR a réalisé des gains financiers nets de 15,6 Md€ lui ont ainsi permis de réduire de manière très significative la décroissance annoncée de son portefeuille.

Le portefeuille d'actifs du FRR se composait à fin 2019 pour 53,4 % d'actifs de performance (dont 67,4 % d'actions) et pour 46,6 % d'actifs obligataires de couverture, comprenant surtout des titres d'émetteurs souverains. La performance annuelle des placements est de 9,7 % en 2019, après un recul de 5,7 % en 2018. La performance globale en moyenne annuelle du fonds depuis sa création s'élève à 4,1 %. La mise en place de la gestion fondée sur deux poches d'investissement distinctes en 2010 a permis d'accroître la performance du fonds qui s'élève depuis à 4,9 %.

Le surplus, qui est la différence entre l'actif et le passif, s'établissait, avant le prolongement de la dette sociale, en hausse à 16,4 Md€. Un surplus positif est le garant de la capacité du FRR à couvrir son passif. C'est grâce à son montant que le FRR peut créer de la valeur, en investissant dans des actifs à primes de risques plus importantes, tout en restant certain de payer les engagements inscrits au passif.

Les incertitudes sur la situation financière du fait de la crise actuelle rendent toutefois les perspectives de moyen terme difficilement prévisibles, même si la moitié des actifs du FRR sont placés sur des fonds obligataires et des titres provenant d'émetteurs de dettes souveraines.

Ainsi, dans le cadre du prolongement de la dette sociale, la participation du FRR au financement de la CADES a été prolongée jusqu'en 2033, avec toutefois un abaissement du niveau des versements annuels de 2,1 Md€ à 1,45 Md€. Ces versements supplémentaires ont porté le passif actualisé à 21,6 Md€ et réduit le surplus, c'est-à-dire, l'écart entre la valeur des actifs et celle du passif actualisé permettant au FRR d'atteindre ses objectifs, à 2,5 Md€.

Le 9 juillet 2020, le Conseil de surveillance a adopté la recommandation du FRR d'adopter une allocation stratégique comportant 54 % d'actifs de performance, dont 40 % de risque actions. Avec cette allocation, en 2033, le surplus médian resterait positif y compris dans les scénarios les plus dégradés (1 % des pires cas).

2.1.2.2. Propositions

Le surplus du FRR est mobilisable sans hausse de prélèvements obligatoires mais il ne constitue pas une ressource pérenne. Un décaissement du FRR engendrerait une dépense en comptabilité nationale et dégraderait le solde maastrichtien, sauf si le prélèvement était affecté au désendettement de l'État ou placé dans un autre fonds de réserve.

Dans les propositions du rapport Libault, le FRR était sollicité pour abonder de 2020 à 2029 le plan d'aide à l'investissement dédié à la rénovation des EHPAD publics à hauteur de 3,0 Md€, versés en 10 échéances de 300 M€ chacune. L'étalement dans le temps de cette mobilisation permettait d'en maîtriser l'effet sur le solde public.

Le dossier de presse du 28 mars 2019 relatif à la concertation sur le plan « grand âge et autonomie » prévoit le lancement d'un plan de rénovation des EHPAD, en mobilisant ces 3 Md€ sur 10 ans, soit un triplement de l'effort actuel. Cet abondement des moyens de la CNSA permettrait, indépendamment des efforts d'investissements consentis par d'autres opérateurs, de ne pas répercuter les coûts liés à la rénovation sur les frais d'hébergement des résidents.

Conformément à cette ligne, dans le cadre des annonces du Ségur et de la préparation de la réforme « grand âge et autonomie », il est prévu que soient arbitrées des dépenses d'investissement pour la rénovation des établissements médico-sociaux à hauteur de :

- 3,5 Md€ d'investissement immobilier sur 10 ans, dont 2,5 Md€ portés par la CNSA et 1,0 Md€ par les départements. Sur les 5 premières années (2021-2025), la dépense serait de 1,25 Md€ pour la CNSA (250 M€ par an) ;
- 250 M€ d'aides à l'équipement portées par la CNSA sur 5 ans (50M€ par an) ;
- 600 M€ d'investissement numérique portées par la CNSA sur 5 ans (120 M€ par an) ;

Ainsi, à horizon 2025, la dépense d'investissement portée par la CNSA serait de 2,1 Md€. Au-delà, sur la période 2025 à 2030, l'enveloppe portée pour la rénovation des EHPAD et le plan numérique nécessiterait un besoin additionnel de 1,250 Md€ (cf. tableau 5).

Tableau 5 : Financement des dépenses d'investissement par la CNSA sur la période 2021-2025

	2021	2022	2023	2024	2025	2026-2030	Total
Aides à l'investissement immobilier	250	250	250	250	250	250	**2 500**
Aides à l'investissement dans les équipements	50	50	50	50	50	-	**250**
Déploiement du Plan numérique (aides à l'investissement)	120	120	120	120	120	-	**600**
Cumul des aides	420	840	1 260	1 680	2 100	3 350	**3 350**

Source : Ministère des solidarités et de la santé.

La mobilisation du FRR pourrait constituer une piste pour le financement des dépenses d'investissement liées à la prise en charge de l'autonomie.

Les premiers travaux techniques du FRR permettent d'espérer un surplus médian compris, en 2033, entre 10,8 Md€ et 6,4 Md€ selon le scenario choisi (scénario de référence ou scénario dégradé) et selon le degré de risque fixé (allocations contenant une part plus ou moins élevée d'actifs de performance). Toutefois, dans la moyenne des 1 % des pires cas, ce surplus serait compris entre 0 et 2,6 Md€ selon les mêmes hypothèses et il existe quelques cas de figures dans lesquels le dernier versement de 1,45 Md€ pour le financement de la CADES pourrait ne pas être entièrement payé.

Dans ce contexte, la mission a sollicité le FRR pour identifier les potentialités d'une sollicitation supplémentaire du FRR en vue de financer les dépenses d'investissement. Le FRR ne semble disposer en l'état que d'une marge de manœuvre de 2,5 Md€ de surplus puisque pour que le FRR soit en mesure de payer l'ensemble de ses engagements, le surplus ne doit pas être négatif. Dans le cas où le FRR serait amené à renforcer ses engagements de versement de 2,5 Md€, la valeur du passif deviendrait égale à celle des actifs et son surplus serait nul.

Dans cette situation, le FRR ne pourrait conserver l'allocation stratégique actuellement validée par le Conseil de surveillance qu'au prix d'un risque de non-paiement bien plus élevé pour le financement de ses engagements auprès de la CADES.

La conséquence pour le FRR de cet engagement supplémentaire pour le financement du plan d'aides à l'investissement en EHPAD serait une remise en cause progressive de son portefeuille d'actifs, pour privilégier des investissements moins risqués, cette réallocation devant pouvoir se faire progressivement sur la période considérée d'engagement supplémentaire.

Toutefois, il convient de souligner qu'avec le prolongement de la dette sociale et des versements du FRR jusqu'en 2033, la vocation du FRR pour le financement de l'économie a d'ores et déjà été fortement fragilisée. Cette réallocation ne changerait donc pas fondamentalement la finalité actuelle du fonds. Par ailleurs, le plan de relance de l'économie qui sera élaboré et mis en œuvre constitue à bien des égards un outil d'une ampleur beaucoup plus conséquente pour stimuler le financement de l'économie.

Il est donc envisageable, selon la mission, d'utiliser des versements supplémentaires du FRR pour le financement du plan d'investissement annoncé dans le cadre du Ségur et prévu dans le plan grand âge et autonomie (2,1 Md€ à raison de 420 M€ par an sur la période 2021-2025).

Tableau 6 : Mobilisation du FRR pour financer les dépenses d'investissement

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	+	-	+	+	+	-	=
Commentaires	Aucune difficulté juridique	Nécessite de revoir l'allocation stratégique du FRR	Adéquation entre l'objet des dépenses et la source de financement	Aucun impact sur les assurés	Permet de ne pas faire reposer le financement sur les mêmes générations	Fin de la vocation de financement de l'économie par le FRR, au profit d'investissement dans les EHPAD	Nécessite une mesure législative ou un vote du Conseil d'administration du FRR

Source : Mission.

2.1.3. Affectation de ressources depuis Action Logement

2.1.3.1. Constats

Le groupe Action Logement, piloté par les organisations patronales et syndicales de salariés, gère paritairement la participation des employeurs à l'effort de construction (PEEC) afin de faciliter l'accès au logement pour les salariés et de favoriser leur accès à l'emploi. Pour atteindre ses objectifs, Action Logement propose des services et des aides financières. Il apporte également des financements aux bailleurs sociaux pour les aider à réaliser leurs activités de production et de réhabilitation de logements.

La PEEC collectée par Action Logement peut être versée par les entreprises assujetties sous forme soit de subventions, soit de prêts sans intérêts d'une maturité de 20 ans. Il s'agit d'une contribution patronale qui s'élève à 0,45 % de la masse salariale pour les entreprises de plus de 50 salariés[3]. Si celles-ci peuvent théoriquement décider d'investir directement en faveur du logement de leurs salariés, cette possibilité est, dans les faits, rarement utilisée, en raison des conditions strictes posées. La collecte de la PEEC s'est élevée à 1 742 M€ en 2019, dont un peu plus de 80 % ont été versés sous forme de subvention.

[3] Elle s'accompagne, au titre de l'ancien dispositif dit du « 1 % logement », d'une cotisation au fonds national d'aides au logement (FNAL), fixée à 0,50 % de la masse salariale pour les entreprises de plus de 50 salariés.

La loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises (Pacte) a relevé à compter du 1er janvier 2020 de 20 à 50 salariés le seuil à partir duquel les entreprises sont redevables de la PEEC. L'étude d'impact évalue à 55 000 le nombre d'entreprises qui seraient nouvellement exonérées de la contribution. L'impact budgétaire du relèvement du seuil a été estimé à 280 M€ en 2019 et 290 M€ en 2020. Il fait l'objet d'une compensation intégrale pour Action Logement, sous la forme d'une affectation d'une fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA), plafonnée à 290 M€ pour l'année 2020. Enfin, au-delà de ces aspects, les ressources propres d'Action Logement sont complétées par les remboursements de prêts consentis aux ménages et aux bailleurs, qui représentent 1 275 M€ de recettes en 2019.

Action Logement est dans une situation financière confortable : le groupe dégage en 2018 un résultat net de 1 145 Md€, son niveau de trésorerie est élevé (8,3 Md€) tandis que le niveau d'endettement de la structure est faible, l'apport de ressources propres permettant de limiter le recours aux emprunts bancaires (33 Md€ de fonds propres pour 35 M€ d'emprunts).

Tableau 7 : Ressources et emplois d'Action Logement

	2018	2019
Ressources	**3 050**	**3 017**
dont contribution nette des entreprises	1 695	1 742
dont remboursement de prêts consentis par aux ménages et bailleurs	1 355	1 275
Emplois	**2 555**	**2 661**
dont financement des bailleurs sociaux	1 279	1 446
dont intervention et aides auprès des salariés et des entreprises	641	581
dont financements des politiques publiques	635	634

Source : Rapports annuels d'Action Logement.

L'emploi des ressources d'Action Logement est déterminé dans le cadre d'une convention quinquennale 2018-2022 qui a prévu 15 Md€ d'investissement sur la période, dont 5,5 Md€ pour la réhabilitation de logements sociaux et intermédiaires, 3,5 Md€ pour les programmes de rénovations urbaines, 1,5 Md€ pour redynamiser les centres villes et 4,5 Md€ d'aides aux salariés, aux locataires ou aux accédants. En janvier 2019, la convention quinquennale a été complétée par le plan d'investissement volontaire (PIV) qui comprend de nouvelles mesures pour un montant supplémentaire de 9,0 Md€ sur la période de 2019 à 2022.

Le PIV prévoit de consacrer une enveloppe de 1,0 Md€ sur cette période pour aménager le logement des personnes en situation de perte d'autonomie. Action Logement a mis en place, à compter de septembre 2019, une subvention plafonnée à 5 000 euros pour adapter les sanitaires et prévenir le risque de chute des personnes âgées, le montant de l'aide individuelle étant cumulable avec celles de l'ANAH. D'après les informations du rapport annuel : « *Les anciens salariés de plus de 70 ans pourront bénéficier de cette aide sous condition de plafonds de ressources « ANAH modeste » pour une personne seule. Seront également concernés les parents d'un salarié d'une entreprise privée de plus de 10 salariés répondant aux mêmes conditions d'âge et de revenu, et les personnes en situation de dépendance (GIR de 1 à 4), sans condition d'âge, selon les mêmes conditions de statut et de revenu que ci-dessus.* ». D'après les informations publiques fournies par Action Logement, à fin juillet 2020, 16 000 dossiers sont en cours d'instruction dont 5 000 actés.

Le PIV prévoit également une enveloppe de 550 M€ destinée à la rénovation des ex-logements foyers (résidences autonomie), sous forme d'une dotation en fonds propres à une structure de portage immobilier de logements foyers publics ou associatifs (350 M€) et de quasi-fonds propres (200 M€) pour renforcer la structure financière des gestionnaires de foyers logements conventionnés à l'APL.

2.1.3.2. Propositions

Dans un rapport confidentiel de l'Inspection générale des finances de 2020[4], les emplois prévus dans la convention quinquennale et le programme d'investissement volontaire nourrissent de nombreuses critiques sur le plan de leur utilité sociale. Trop peu d'interventions réalisées par Action Logement bénéficient d'une analyse *ex ante* des besoins et d'une évaluation *ex post*.

Par ailleurs, l'évolution des interventions nourrit un risque de doublon avec des opérateurs. Cette situation est particulièrement marquée s'agissant de l'intervention dans le champ des aides à l'adaptation du logement des personnes en perte d'autonomie, puisque des subventions peuvent déjà être obtenues via l'agence nationale de l'habitat (ANAH) ou par l'intermédiaire de l'action sociale des caisses de retraite, notamment la CNAV. Par ailleurs, le montant des sommes engagés par ces opérateurs exerçant déjà sur ce type d'aides apparaît nettement moindre que les ambitions d'Action Logement : en effet, l'ANAH dépense ainsi 67 M€ en 2019 d'aides aux travaux d'adaptation du logement pour les personnes en perte d'autonomie sous condition de ressources sur un public de 20 353 personnes. Sur une cible équivalente (même barème de conditions de ressources, notamment), Action Logement envisage des dépenses de 1,0 Md€ sur 2019-2022 et de faire bénéficier de ces aides 200 000 personnes. Action Logement semble loin de pouvoir atteindre ses objectifs compte tenu des dernières informations publiques fournies (16 000 dossiers à fin juillet 2020).

Enfin, le rapport de l'IGF fait le constat d'une accumulation importante de réserves, estimées à 5,7 Md€ en 2018. En outre, même après décaissement des emplois de la convention quinquennale et du programme d'investissement d'avenir, les réserves resteront à un niveau élevé. Ainsi, si la collecte de la PEEC était interrompue à fin 2023, après décaissement des emplois et des engagements dus, les réserves restantes seraient de 3,3 Md€ à cet horizon.

En conséquence, le rapport de l'IGF précise que les emplois et le fonctionnement du groupe pourraient être financés par le seul rendement de la collecte de PEEC au taux actuel, sans qu'il soit nécessaire de maintenir l'affectation d'une fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. Par ailleurs, une réorientation des emplois d'Action Logement permettrait de dégager des économies situées entre 300 M€ et 700 M€, qui pourraient se traduire par un abaissement du taux de la PEEC entre 8 et 20 points de base, les réserves permettant de réaliser cette baisse dès 2021, sans menacer l'achèvement de l'actuelle programmation.

Dans ce contexte, une réorientation des ressources d'Action Logement pourrait participer au financement des besoins en matière de soutien à l'autonomie, permettant d'apporter une contribution plus durable, plus claire et plus directe que ne l'est le dispositif de subventions actuellement proposées par Action Logement et largement redondant avec d'autres dispositifs.

[4] « La gouvernance du groupe Action Logement et son impact sur la gestion de ses programme », IGF, Janvier 2020.

Sur la base des constats et recommandations de la mission de l'IGF, cette réorientation des ressources pourraient se réaliser en deux temps :

- dès 2021, il pourrait être mis fin à l'affectation de la fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance prévue pour compenser le relèvement du seuil d'éligibilité à la PEEC. La TSCA pourrait ainsi être réaffectée à la branche famille (qui se voit déjà affecter la taxe sur les conventions d'assurance automobile) qui reverserait à la branche autonomie des recettes de CSG d'ampleur équivalente. Cette réaffectation permettrait un apport de 300 M€ dès 2021, qu'Action Logement pourrait compenser sans ajustement de son programme d'investissement en mobilisant ses réserves disponibles ;
- à compter de 2023, suite à l'achèvement de l'actuelle programmation (convention quinquennale et programme d'investissement volontaire), une fraction de 10 points de base du taux de la PEEC pourrait être transformée en une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie dont seraient redevables les entreprises de plus de 50 salariés. Ce transfert de taux de 0,10 % serait neutre pour les entreprises et permettrait de réaffecter 400 M€ à compter de 2023 pour le financement de la branche autonomie. Action Logement piloterait sa nouvelle programmation sur la base de ressources propres amoindries, en cohérence avec les recommandations de la mission IGF. Le dimensionnement de son intervention serait restreint, même si une partie de la perte des ressources pourrait être compensée par emprunts bancaires, notamment s'agissant du financement de programmes à long terme de construction de logements. Cette mesure aurait un impact maastrichtien dans la mesure où la PEEC n'est pas considérée comme un prélèvement obligatoire, même si, selon l'IGF, un faisceau d'indices pourrait déjà conduire à sa requalification comme tel par le comptable public.

Tableau 8 : Affectation de ressources propres d'Action Logement

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	=	+	+	+	=	=	-
Commentaires	Création d'une contribution additionnelle avec requalification en PO	Pas de difficulté (recouvrement URSSAF)	Rendement facilement ajustable	Impact faible, l'investissement dans le logement peut être maintenu avec moins de ressources propres	Pas d'enjeu d'équité apparent	Révision de la programmation d'Action Logement, dont l'utilité n'est pas documentée	Paritarisme d'Action Logement. Lien avec la politique de l'autonomie

Source : Mission.

2.1.4. Transfert provenant de la branche famille

2.1.4.1. Constats

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 prévoyait un excédent de la CNAF de 0,8 Md€ en 2019. L'exercice 2019 a in fine affiché un excédent de 1,5 Md€, soit un écart favorable de 0,7 Md€, sur un total de charges de 49,9 Md€. L'amélioration de la situation des comptes de la CNAF provient notamment d'une surestimation des charges (+0,4 M€) :

- le nombre de bénéficiaires de prestations a été plus faible que prévu, du fait d'un fléchissement des naissances, d'une revalorisation annuelle au 1er avril 2019 limitée à 0,3 % pour les prestations d'entretien (LFSS pour 2019), mais aussi de la fin de montée en charge des revalorisations prévues dans le plan de lutte contre la pauvreté de 2013. les dépenses de prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ont continué de décroître (- 2,5 %) et en particulier, les dépenses de congé parental (- 6,0 %), après plusieurs années de très forte diminution (de l'ordre de - 20 % en 2017 et 2018).
- à l'inverse, les dépenses d'action sociale, finançant notamment les établissements d'accueil du jeune enfant, des équipements destinés aux familles et des aides locales individuelles, ont augmenté et contribuent positivement à l'évolution des dépenses. L'action sociale a atteint ainsi 5,6 Md€ en 2019.

En 2020, compte tenu de la situation de la crise sanitaire, les comptes de la CNAF passeraient d'un excédent de 1,5 Md€ à un déficit de 3,1 Md€, soit une dégradation de 4,6 Md€. Elle s'explique en très grande partie par la baisse des recettes (- 4,8 Md€) alors que les dépenses diminueraient quant à elles légèrement (- 0,2 Md€). Le recul des charges proviendrait notamment des dépenses au titre du complément mode de garde (CMG) qui diminueraient de 8,6 % en raison du confinement. En revanche, l'action sociale resterait en hausse (+ 1,8 %) : la CNAF a certes réduit ses financements aux établissements d'accueil des enfants fermés en raison de la crise sanitaire et compte tenu de la mise en place de l'activité partielle, mais elle a financé en contrepartie des aides d'urgences ainsi que des aides exceptionnelles aux micro-crèches et aux maisons d'assistantes maternelles. Elle verse également des bonus aux crèches qui ont repris leur activité (en fonction du nombre de places d'accueil ouvertes).

Le bilan de la COG 2013-2017 a montré que les objectifs particulièrement volontaristes de progression des dépenses financées par le FNAS, à savoir + 7,5 % par an, n'ont pas été atteints, le rythme de dépense étant demeuré significativement inférieur (+ 4 % par an). Pour la COG 2018-2022, les objectifs prévisionnels des ressources du FNAS prévoient une augmentation de 600 M€ sur la période, soit une hausse de 2,0 % par an (passant de 5,787 Md€ en 2018 à 6,388 Md€ en 2022). En outre, sur la période restante d'ici la fin de la COG (2021-2022), il est prévu une hausse de 300 M€ de l'enveloppe du FNAS, ce qui correspond sur deux ans à la moitié du montant de hausse prévu sur les cinq années de la période.

Tableau 9 : Évolution des dépenses du FNAS dans la COG 2018-2022

	2018	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2018-2022
Inscription dans la COG	5 787 868	5 810 018	5 998 681	6 080 574	6 220 706	6 388 639	**+ 600 771**
Évolution	-	*0,4 %*	*3,2 %*	*1,4 %*	*2,3 %*	*2,7 %*	***2,0 %***
Comptes de la CNAF	5 328 000	5 484 112	5 633 097	-	-	-	-
Évolution	-	*2,9 %*	*1,8 %*	-	-	-	-

Source : COG de la CNAF 2018-2022 et comptes de la CNAF.

2.1.4.2. Propositions

Au cours des débats successifs sur le 5ème risque, l'idée d'une réallocation de moyens de la branche famille vers la perte d'autonomie pour tenir compte des évolutions démographiques respectives liées à ces deux politiques sociales a été parfois évoquée.

Le taux de fécondité français est le plus élevé d'Europe, mais le nombre de naissances en France métropolitaine a significativement diminué depuis 2010, passant de 802 000 en 2010 à 719 000 en 2018. Selon les dernières projections démographiques de l'Insee, la diminution du nombre de naissances devrait se poursuivre jusqu'en 2025, où il atteindrait 708 000 en France métropolitaine, pour remonter par la suite.

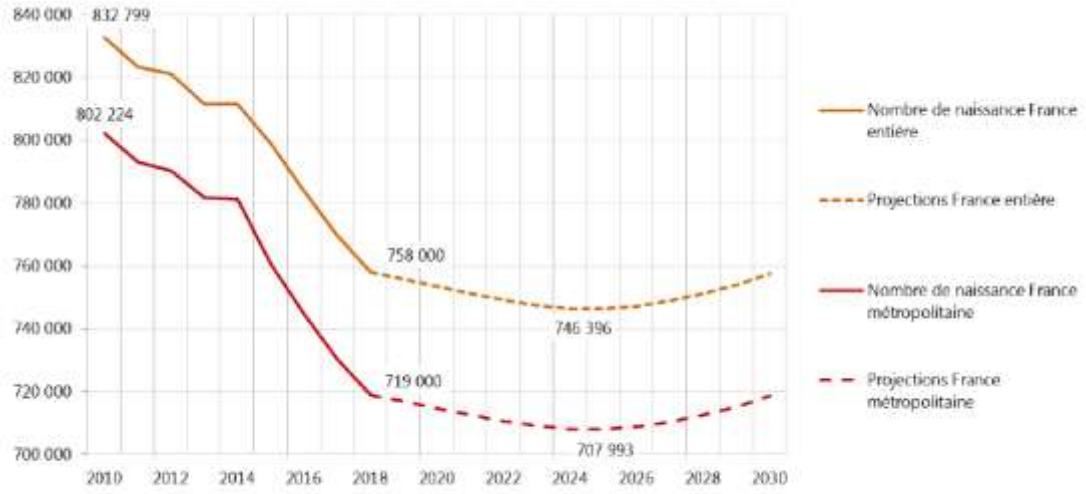
D'après la commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2019), hors effet prix et mesures nouvelles, l'effet volume lié au ralentissement du nombre de naissances observé depuis 2014 sur les dépenses de prestations familiales est estimé à 300 M€ sur la période 2014-2018, même si sur la période les économies générées sur la branche famille se sont élevées à 1,0 Md€. La baisse projetée de la natalité après 2020 permet de penser qu'une diminution des dépenses de prestations familiales serait encore à prévoir de façon naturelle dans les prochaines années.

Dans son rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale (juin 2017), le Haut conseil au financement de la protection sociale a montré que l'évolution baissière des dépenses de la branche famille, du fait des évolutions démographiques de long terme, était de l'ordre de 0,2 point de PIB à horizon 2030 et respectivement, de 0,3 et de 0,5 point en 2040 et 2060.

Du fait de cette tendance démographique, les charges des prestations versées par la branche famille resteront structurellement orientées à la baisse.

Toutefois, les trajectoires pluriannuelles des finances publiques, notamment l'annexe B de la LFSS pour 2020, intègrent déjà la baisse tendancielle de la natalité à horizon 2024. Elles sont en effet élaborées à partir des projections de dépenses de la CNAF qui prennent déjà en compte les effets de la baisse de la natalité : elles sont en effet construites en retenant une hypothèse d'effet volume, à partir de la structure de la population par âge des femmes, et des taux de fécondité prévisionnels par âge diffusés par l'INSEE.

Graphique 1 : Nombre de naissances vivantes en France entière et en France métropolitaine entre 2010 et 2018 et projections à horizon 2030



Source : CCSS de juin 2019 d'après INSEE.

Par ailleurs, les prévisions de dépense par prestation construites par la CNAF montrent que l'effet volume n'est pas le principal déterminant de la progression des dépenses de prestations familiales puisque l'effet de revalorisation des prestations (BMAF) compense l'effet volume.

Tableau 10 : Effet démographique sur les prestations de la CNAF

Année	Allocation familiale	Complément familial	CMG	AEEH	Prime à la naissance	ARS
Population	De 0 à 20 ans	De 3 à 21 ans	De 0 à 3 ans	De 0 à 18 ans	Naissance	De 6 à 17 ans
2019	- 0,5 %	- 0,3 %	- 1,7 %	- 0,9 %	- 0,8 %	- 0,5 %
2020	- 0,7 %	- 0,5 %	- 1,3 %	- 0,8 %	- 0,5 %	- 0,4 %
2021	- 0,8 %	- 0,8 %	- 0,8 %	- 0,8 %	- 0,6 %	- 0,6 %
2022	- 0,7 %	- 0,9 %	- 0,6 %	- 0,8 %	- 0,6 %	- 0,8 %
2023	- 0,7 %	- 0,8 %	- 0,6 %	- 0,9 %	- 0,5 %	- 1,0 %
2024	- 0,7 %	- 0,8 %	- 0,5 %	- 1,0 %	- 0,5 %	- 1,3 %

Source : CNAF.

Au-delà de l'effet volume, la branche famille apparaît structurellement excédentaire, puisque ses dépenses sont indexées sur l'inflation alors que ses recettes le sont sur le PIB (20 % des produits de la branche famille sont des recettes fiscales) ou la masse salariale (60 % des recettes de la branche famille sont des cotisations sociales).

L'évolution baissière des prestations de la branche famille étant en miroir de la dynamique des dépenses relatives à la perte d'autonomie, il serait légitime de prévoir à moyen terme un transfert progressif de financement de la branche famille vers celle de la nouvelle branche autonomie, tout en maintenant un soutien aux familles et à la démographie inchangé.

Une trajectoire de transfert des recettes pourrait être proposée à horizon 2024, pour entériner une baisse de la trajectoire des dépenses famille servant à financer la dynamique des dépenses de la branche autonomie. Cette logique peut en priorité concerner les dépenses d'action sociale du FNAS qui reste plus dynamique que les prestations légales.

Ainsi, par exemple, dans la COG 2018-2022, les ressources du FNAS doivent passer de 6 081 M€ en 2020 à 6 389 M€ en 2022, soit une augmentation respectivement de 2,3 % et 2,7 % pour les années 2021 et 2022. Si les dépenses du FNAS était calibrées sur l'inflation prévisionnelle pour ces deux prochaines années (respectivement 1,3 et 1,4 % selon l'INSEE), la trajectoire de dépenses du FNAS serait ainsi réduite de plus de 140 M€. D'ici 2024, un transfert de l'ordre de 150 M€ pourrait être attendue en provenance de la branche famille.

Tableau 11 : Transferts provenant de la branche famille

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	+	+	-	-	=	=
Commentaires	Aucune difficulté juridique	Nécessite de calibrer la réaffectation des recettes	Rendement qui repose sur les économies de la CNAF	Impact sur les familles et financement EAJE	Équité entre-générations mais en faveur des plus âgées	Cohérence et priorité politiques à assumer

Source : Mission.

2.2. Mesures d'économies

2.2.1. Économies sur la dynamique de l'allocation aux adultes handicapés

2.2.1.1. Constats

Créée en 1975, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une allocation destinée à assurer un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap qui ne disposent pas ou insuffisamment de revenus d'activité. Conformément aux engagements du Président de la République, l'AAH a fait l'objet d'une revalorisation exceptionnelle en deux temps. Son montant à taux plein a été porté à 860 € en novembre 2018 puis à 900 € en novembre 2019.

Le coût global de l'AAH était de 9,7 Md€ en 2018. Selon la Cour des Comptes, entre 2007 et 2017, son coût a ainsi connu une augmentation régulière d'environ 400 M€ en moyenne par an, soit + 70 % en dix ans. Cette dynamique est variable selon les deux types d'AAH existants :

- le nombre de bénéficiaires de l'AAH-1, dont l'incapacité reconnue est supérieure à 80 % (handicaps lourds), croît à peu près au même rythme que la croissance démographique ; les dépenses relatives à l'AHH 1 étaient de 4,951 Md€ en 2018 ;
- le nombre de bénéficiaire de l'AAH-2 dont l'incapacité est évaluée entre 50 % et 80 % et qui sont considérées comme éloignées de l'emploi augmente de près de 7 % par an depuis 2008 et avec plus d'un demi-million de personnes concernées, l'AAH-2 représentent désormais près de la moitié de l'ensemble des allocataires de l'AAH pour un montant de dépenses de 4,382 Md€. en 2018.

Tableau 12 : Données sur l'évolution de l'AAH (2015-2018)

	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de bénéficiaires	956 589	996 957	1 023 300	1 041 775	1 063 306
Montant mensuel (en €)	596	622	640	653	666
Coût annuel (en Md€)	8 482	8 831	9 052	9 350	9 735

Source : DREES et Jaunes budgétaires.

Pour 2020, les crédits inscrits au programme 157 pour l'AAH sont de 10,560 Md€, en augmentation de 18 % sur 2018, principalement du fait des deux revalorisations successives.

Dans ses analyses, la Cour des Comptes[5] a fait réaliser des simulations par la CNAF permettant de quantifier les facteurs de progression de l'AAH. La progression du nombre d'allocataires depuis 2006 peut s'expliquer à hauteur d'un tiers par les revalorisations de l'allocation, tandis que les deux-tiers de l'évolution sont liés à la démographie et à des nouvelles modalités d'attribution de l'allocation, notamment depuis la réforme de 2005. En particulier, la notion de « *restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi* » qui est au cœur du bénéfice de l'AAH-2, reste complexe et mal maîtrisée.

L'une des raisons expliquant cette forte augmentation est l'articulation de l'AAH et du RSA : l'AAH est financé par l'État tandis que le RSA est financé par les départements, si bien que les départements ne sont pas directement concernés par la dynamique de l'AAH, et l'existence d'une différence marquée de montant (900 € contre 560 €) explique que les frontières sont parfois brouillées entre l'AAH-2 et le RSA. Ainsi selon la Cour des Comptes, 30 % des bénéficiaires de l'AAH-2 sont d'anciens bénéficiaires du RSA.

[5] Cour des Comptes. L'allocation adultes handicapés Rapport thématique 2019

Enfin, la Cour des comptes souligne le manque de pilotage de l'AAH. Au niveau territorial, la procédure d'attribution présente des risques, notamment du fait de sa dématérialisation, de l'absence d'entretien direct avec les demandeurs et du poids déterminant des certificats médicaux qui peuvent être rédigés par tous les médecins libéraux sans contrôle de deuxième niveau. Le volume des demandes fait que la quasi-totalité des dossiers sont approuvés sur liste par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), sans examen individuel. Les taux d'attribution de l'AAH sur le territoire restent également très disparates[6] : une étude la DREES de 2013 indiquait que 27 % des inégalités territoriales n'étaient pas expliquées par des facteurs démographiques, économiques et territoriaux mais par des différences de pratiques locales. Enfin, en matière de gouvernance, dans la relation entre l'État et les parties prenantes, la Cour souligne qu' « *'aucun acteur ne semble être le gardien de la juste utilisation des deniers publics et de l'équité territoriale* ».

2.2.1.2. Propositions

La Cour des comptes recommande des actions dans le sens d'une meilleure régulation de la dépense et d'amélioration du pilotage et de l'équité dans l'attribution de l'AAH : l'instauration d'une contre-visite obligatoire pour le bénéfice de l'AAH, le conditionnement l'attribution de l'AAH-2 à une prise en charge médico-sociale adaptée et à l'instauration d'un entretien sur l'employabilité de la personne, la mise en place de mécanisme de contrôle dans l'attribution des droits par le renforcement du contrôle interne des MDPH au sein d'une mission nationale de contrôle ou encore la mise en place de sanctions financières dans le cadre des relations conventionnelles avec la CNSA pour le respect des obligations légales et du suivi statistique.

La création de la branche autonomie est l'occasion de recentrer la responsabilité du pilotage de l'AAH autour de cette branche et d'améliorer la régulation de la dépense qui constitue un risque budgétaire, dans la mesure où le nombre d'allocataires et son coût augmentent à un rythme bien plus important que la croissance de la population. Un objectif de régulation de la dépense d'AAH, de la responsabilité de la nouvelle branche, pourrait être proposé. La régulation de la dynamique pourrait par exemple être de 400 M€ sur le tendanciel d'ici 2024.

Tableau 13 : Mesures de régulation de la dépense d'AAH

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	N.A	=	+	=	+	=	=
Commentaires	nécessitera des dispositions dans les compétences de la CNSA	Mesures opérationnelles de régulation	Économies sur une dynamique croissante	Limitation de l'augmentation du nombre de bénéficiaires	Objectif d'équité territoriale	N.A	Pas de réduction des droits acquis

Source : Mission.

[6] « L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements. Des disparités liées au contexte sociodémographique des territoires », dossiers solidarité et santé de la DREES, décembre 2013.

2.2.2. Économies sur l'allocation personnalisée pour l'autonomie

2.2.2.1. Constats

De nombreux pays de l'OCDE tiennent compte dans la prise en charge de la perte d'autonomie de la situation patrimoniale des personnes concernées ou de leur famille. En effet, d'après les analyses du rapport de M. Bertrand Fragonard de 2011, « *la plupart des pays de l'OCDE cherchent à concentrer leur action sociale (ou la solvabilisation de la totalité des dépenses liées à la dépendance) sur les personnes les plus modestes.* ». Ce rapport précise ainsi que les prestations versées peuvent tenir compte du patrimoine de trois manières :

- l'aide sociale peut être subordonnée à l'obligation alimentaire des descendants, et peut se retourner vers eux pour qu'ils règlent le « reste à charge » que le parent dépendant n'a pu payer (Allemagne, États-Unis, Belgique) ;
- l'aide sociale peut intervenir une fois que le patrimoine du demandeur est inférieur à un certain niveau ; ainsi, en Allemagne, la personne dépendante doit d'abord mobiliser ses ressources propres (retraites ou autres sources financières, liquider un contrat d'assurance-vie, etc.), et son patrimoine s'il dépasse une certaine valeur, pour les dépenses non prises en charge par les assurances-dépendances ;
- enfin, elle peut également se traduire par une reprise sur succession (Belgique, certaines communautés d'Espagne, États-Unis).

En France, le patrimoine des Français est majoritairement détenu par les personnes âgées ces derniers peuvent ainsi disposer de moyens pour faire face à leur dépense d'autonomie. Selon le Trésor, compte tenu de la dispersion des richesses, 40 % des 60-69 ans ont en effet à leur disposition suffisamment de liquidités pour couvrir les besoins de financement générés par la perte d'autonomie. En effet, les ménages de plus de 70 ans disposent en moyenne d'un patrimoine financier conséquent et ne le consomment pas : début 2015 les ménages dont la personne de référence est âgée de plus de 70 ans disposaient d'un patrimoine brut moyen de 287 900 €, constitué à 28,7 % de patrimoine financier, en grande partie liquide (46 % était investi en assurance-vie et 15 % sur des livrets défiscalisés) et donc facilement mobilisable.

L'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) prend insuffisamment en compte l'existence de ce patrimoine dans le calcul des ressources servant à son attribution. En effet, contrairement à certaines prestations ou aides sociales, l'APA ne tient pas compte dans sa base ressources d'une évaluation des revenus tirés de la résidence principale sous la forme d'un loyer fictif. Le RSA quant à lui tient compte du patrimoine sur la forme d'une évaluation du capital sur la base de la valeur locative ou de la taxe foncière. L'ASPA, l'ASI et l'allocation de veuvage tiennent compte du patrimoine en calculant un loyer fictif correspondant à 3 % de la valeur du capital ou 3 % de la valeur vénale du bien immobilier.

D'autres disparités sont révélées par une comparaison avec les autres prestations sociales. L'établissement d'accueil étant considéré comme la résidence de la personne âgée, celle-ci peut bénéficier d'une aide au logement, qui n'est pas prise en compte non plus dans le calcul de l'APA, alors qu'elles le sont pour d'autres allocations de solidarité, comme la complémentaire santé solidaire ou le RSA (qui incluent aussi dans le calcul un forfait pour les propriétaires, ou une valeur locative pour les biens loués gratuitement).

Enfin, les règles en matière de conjugalité pour le calcul de l'APA apparaissent plus généreuses que pour d'autres prestations. L'analyse du rapport Libault sur cette question est éclairante : « *L'allocataire de l'APA est réputé disposer de 59 % du revenu du couple (1/1,7). Ce taux de 1,7 est supérieur à celui retenu pour l'ASPA (1,55), l'allocation logement (1,5), le RSA socle (1,43 après application du forfait logement) ou dans les pensions de réversion (1,54 ou 1,6). Cela signifie que l'allocataire est réputé disposer d'une part inférieure du revenu du couple pour l'APA que pour ces autres prestations, sans justification apparente* ».

2.2.2.2. Propositions

Plusieurs propositions ont été faites sur une meilleure prise en compte du patrimoine dans l'attribution de l'APA. En 2008 et 2010, les rapports de M. Alain Vasselle, sénateur, avaient proposé pour l'APA à domicile de solliciter les patrimoines les plus élevés par le choix offert à l'entrée en dépendance entre une APA à 50 % ou une prise de gage de 20 000 euros au maximum sur la fraction du patrimoine dépassant un seuil déterminé, à fixer entre 150 000 € et 200 000 €. Identiquement, le rapport Fragonard avait effectué un chiffrage de cette mesure, entre 450 M€ et 950 M€ d'économies sur l'APA selon le seuil de prise de gage.

Pour cibler les plus fragiles et faire plus pour ceux qui en ont le plus besoin, le rapport Libault proposait quant à lui de mieux prendre en compte le patrimoine dans la base ressources de l'APA en y intégrant l'évaluation des revenus tirés de la résidence principale sous la forme d'un loyer fictif (3 % de la valeur) pour une baisse de la dépense évaluée à 300 M€.

S'agissant des règles de conjugalité, le rapport Libault a repris une proposition ancienne du rapport Fragonard visant à faire passer de 1,7 à 1,5 ou 1,6 le coefficient par lequel on partage le revenu d'un couple pour déterminer l'APA d'un de ses membres. Il en résulterait alors une augmentation de l'assiette APA des ménages concernés, et une augmentation de leur participation financière (entre 40 M€ et 60 M€).

S'agissant des aides au logement, le rapport Libault a également proposé de supprimer ce droit (ainsi que la réduction fiscale sur l'impôt sur le revenu) et de remplacer l'ensemble ASH/allocation logement/déduction fiscale) par une seule allocation, dégressive selon les revenus (une éventuelle économie dépendrait du mode de calcul de cette nouvelle allocation).

Enfin, la concertation du rapport Libault avait proposé de généraliser la télégestion des prestataires (qui exonère d'un contrôle d'effectivité a posteriori) ainsi que la mise en place d'un modèle « APA tout en un » par le centre national chèque emploi service sur le modèle adopté pour la PAJE : ces évolutions permettraient de ramener les taux de consommation des plans d'aide en paiement direct ou par CESU préfinancé (de l'ordre de 95 %) à ceux en mode prestataire avec contrôle d'effectivité a priori via la télétransmission (de l'ordre de 75 %) pour une économie estimée à 100 M€.

Tableau 14 : Économies sur l'APA

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	+	-	+	-	+	=	-
Commentaires	Pas de contrainte juridique	Mesures opérationnelles difficiles (changement de base ressources et de règle de calcul)	Économies	Impact sur le reste à charge des assurés propriétaires	Meilleur prise en compte des capacités contributives	Pas d'impact économique identifié	Dégradation du reste à charge

Source : Mission.

2.3. Réduction des niches sociales ou fiscales

2.3.1. Suppression ou report de l'âge pour le bénéfice de l'exonération totale de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile

2.3.1.1. Constats

L'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale prévoit une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale pour l'embauche d'une aide à domicile pour des publics fragiles. Précisément, cette exonération est ouverte aux personnes dans les situations suivantes :

- les personnes âgées de 70 ans ou plus ;
- les parents d'un enfant handicapé ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
- les personnes titulaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- les personnes percevant une majoration pour tierce personne au titre d'une invalidité ;
- les personnes âgées bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), indépendamment de l'âge et des ressources (GIR 1 à 4).

Lorsque le salarié intervient auprès d'une personne âgée d'au moins 70 ans et non dépendante, l'exonération de cotisations est limitée à 65 fois le SMIC horaire par mois (659,75 € en 2020).

Cette exonération devrait être réévaluée à l'aune des évolutions sur la solvabilisation apportée par les dispositifs de droit commun : hors publics fragiles, les particuliers employeurs sont d'ores et déjà compensés par la déduction forfaitaire patronale de 2 € par heure (3,70 €en outre-mer). Pour les organismes prestataires, le bénéfice des allègements généraux peut s'avérer tout aussi favorable au SMIC, quoique le montant de l'exonération est dégressif jusqu'à 1,6 SMIC. Enfin, la solvabilisation est réalisée par l'existence d'un crédit d'impôt de 50 % du reste à charge dans le cadre des dépenses de services à la personne.

L'existence d'un critère d'âge et non de fragilité ou de perte d'autonomie, qui est l'héritage d'un dispositif ancien (1948) a fait l'objet de questionnement, notamment dans le cadre du rapport parlementaire de Mme Martine Pinville et Mme Bérengère Poletti de 2014 sur l'évaluation du développement des services à la personne. En cohérence avec l'évolution de l'espérance de vie, les rapporteures proposaient de relever à 80 ans la limite d'âge permettant de bénéficier d'une exonération totale de cotisations, suivant la même logique qui prévalait en 1948. Pour rappel, selon la DREES, la moyenne d'âge à l'entrée dans le dispositif pour les personnes ayant un droit ouvert à l'APA est de l'ordre de 81 ans. La Cour des comptess'est inscrit dans le même type de proposition. Dans un rapport public de juillet 2014 (le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes), la Cour des comptes souligne le faible effet emploi des mesures fiscales et sociales existantes sur le développement des services à la personne. Elle préconise une suppression de l'exonération sur critère d'âge et un recentrage des exonérations actuelles au profit des personnes dépendantes. Plus récemment, le rapport Libault (proposition n° 134) a repris la proposition en suggérant de reporter de 70 à 75 ans le critère d'âge pour le bénéfice de l'exonération.

2.3.1.2. Propositions

Trois scénarios peuvent être étudiés dans la lignée des propositions faites sur ce dispositif :

- une suppression totale du critère d'âge (les autres critères restant applicables) ;
- un report du critère d'âge à 75 ans ;
- un report du critère d'âge à 80 ans ;

Ces scénarios conduisent à des économies nettes relativement réduites puisque les bénéficiaires ainsi exclus deviendraient immédiatement éligibles à d'autres dispositifs, légèrement moins favorables mais dont les efforts restent élevés.

Sur la base des hypothèses de calcul de la direction de la sécurité sociale[7], le rendement d'un relèvement à 75 ans du critère d'âge (estimé à 103 M€) serait largement compensé par la hausse des allègements généraux qui en résulterait pour les organismes prestataires (60 M€), se traduisant par une perte de recettes pour la sécurité sociale. L'effet net global est évalué à 43 M€. Cet effet est évalué à 78 M€ si l'âge était relevé à 80 ans.

Une suppression complète de la possibilité de bénéficier de l'exonération du seul fait de l'âge aurait un rendement de 180 M€, et permettrait d'aligner la situation des personnes âgées qui ne connaissent pas de perte d'autonomie sur celle de l'ensemble des autres catégories de la population qui ont recours à des services d'aide à domicile. Le gouvernement semble avoir souhaité proposer cette mesure dans les lois financières pour 2020, avant d'y renoncer.

Tableau 15 : Report de l'âge pour bénéficier de l'exonération totale sur les aides à domicile

Effet des mesures d'économie	Suppression du seul critère d'âge	Passage à 75 ans	Passage à 80 ans
Effet État	**+ 530**	**+ 103**	**+ 219**
dont suppression /relèvement de la limite d'âge pour l'emploi direct et mandataire	*+ 490*	*+ 86*	*+ 194*
dont suppression / relèvement de la limite d'âge pour l'emploi intermédié	*+ 510*	*+ 90*	*+ 202*
dont report vers la déduction forfaitaire patronale des particuliers employeurs	*- 290*	*- 30*	*- 100*
dont effets fiscaux liés au crédit d'impôt service à la personne	*- 180*	*- 43*	*- 77*
Effet sécurité sociale : report vers les allègements généraux des organismes prestataires	***- 350***	***- 60***	*+ 194*
Effet net	**+ 180**	**+ 43**	**+ 78**

Source : Direction de la sécurité sociale.

Tableau 16 : Suppression du critère d'âge dans l'exonération de charges patronales

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	+	-	=	-	+	=	-
Commentaires	Pas de difficulté	Report vers le droit commun	Rendement modéré car l'effort de droit commun est élevé	Impact sur le reste à charge des personnes âgée non dépendantes	Le critère d'âge ne justifie pas en tant que tel une aide spécifique	Impact économique limité sur le recours aux services à la personne	Mesure déjà proposée depuis 2014

Source : Mission.

[7] En l'absence de données sur l'âge des bénéficiaires de l'aide à domicile, les chiffrages se basent sur l'hypothèse que 10 % des bénéficiaires de l'exonération sur le seul critère de l'âge ont entre 70 ans et 75 ans.

2.3.2. Restriction du plafond applicable au bénéfice du crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile

2.3.2.1. Constats

L'article 199 *sexdecies* du code général des impôts prévoit un crédit d'impôt au titre de l'emploi d'une personne à son domicile, correspondant au remboursement de 50 % des dépenses de services à la personne effectivement engagées, dans la limite d'un plafond annuel de 12 000 €.

Le plafond[8] annuel du crédit d'impôt varie en fonction des caractéristiques du foyer : il est majoré de 1 500 € par enfant à charge, par personne de plus de 65 ans dans le foyer et par ascendant bénéficiant de l'allocation perte d'autonomie, dans une limite de 3 000 € supplémentaires par rapport au plafond applicable. Le plafond atteint 20 000 € pour les personnes handicapées. En 2019, 2,2 % des bénéficiaires atteignent un plafond de dépenses.

Le coût du crédit d'impôt s'élève à 4,9 Md€ en 2019. Il bénéfice très largement aux services de la vie quotidienne et dans une minorité de cas aux services à destination des publics fragiles. Environ 20 % des dépenses sont destinées aux publics vulnérables.

Cette répartition du crédit d'impôt pour les services à la personne correspond aux deux objectifs qui lui sont assignés. Tout d'abord, il vise à réduire le recours au travail non déclaré et à favoriser la création d'emploi et améliorer la productivité de l'ensemble de l'économie en permettant aux actifs de dégager du temps pour augmenter leur offre de travail. Par ailleurs, il soutient un objectif social de solvabilisation de la demande de services essentiels pour des personnes vulnérables et en perte d'autonomie

Une étude sur les politiques d'exemption fiscale et sociales du LIEEP[9] a dressé un constat plus négatif quant à l'efficacité de ce crédit d'impôt. Sur le plan de la politique de l'emploi, l'étude note que le nombre d'emplois créés grâce à ce crédit est faible, pour un coût budgétaire supérieur à celui de l'emploi créé. En particulier, l'ajustement des plafonds dans les réformes précédentes ont eu des effets très modestes sur l'emploi (tableau 17) :

Tableau 17 : Estimation des emplois créés et des coûts des différentes réformes de la réduction/crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile (1992 - 2003)

Année de la réforme	1992	1998	2003
Modification du dispositif	Création d'un plafond à 25 000 F	Baisse du plafond de 90 000 F à 45 000 F	Hausse du plafond de 6 900 € à 10 000 €
Coût de la réforme	1 078 M€	- 140 M€	88 M€
ETP créés	27 556	- 613	553
Coût par ETP (en euros 2013)	39 113	228 22	159 494

Source : LIEPP, 2018.

L'étude note ainsi que : « *le coût fiscal des rehaussements de plafond apparaît dépasser plusieurs fois ce que serait le coût budgétaire d'un financement direct des nouveaux emplois créés par la réforme. Les modifications de plafond apparaissent donc davantage comme une aide aux ménages les plus aisés que comme une mesure permettant d'augmenter substantiellement l'emploi dans les services à la personne* ».

[8] Le plafond de 12 000 € est également porté à 15 000 € pour la première année d'emploi d'un salarié à domicile

[9] M. Clément Carbonnier. Sciences Po Paris, octobre 2018.

En outre, sur le plan de la redistribution, l'étude du LIEPP précise également qu'il bénéficie essentiellement (43,5 % de la dépense fiscale) aux personnes du décile supérieur de revenus, alors que la moitié la plus modeste des ménages n'en bénéficie que marginalement (6,6 %). Enfin, sur le plan social, ce crédit d'impôt ne vise des services sociaux qu'à hauteur de 46 % des dépenses consommées, le reste allant sur des dépenses dites de « confort ».

2.3.2.2. Propositions

Face à ce constat, le rapport Libault (proposition n° 135) a proposé de recentrer le crédit d'impôt sur les besoins sociaux au détriment des dépenses dites de « confort », en différenciant les plafonds de dépense. Opérationnellement, la proposition consiste à différencier les plafonds de dépense sur la base de critères d'âge pour favoriser les ménages ayant des enfants en bas âge et les personnes âgées ou handicapées.

Comme le précise l'étude du LIEPP, les modifications de plafonds intervenus dans les réformes précédentes ont eu des effets limités sur l'emploi et la demande du secteur. Une modification du plafond aurait toutefois des effets sur les ménages qui ont déjà une consommation importante de services à la personne, soit du fait d'une consommation contrainte (public fragile), soit parce que le ménage est plutôt aisé, avec dans les deux cas une demande peu élastique au prix.

Selon le Trésor, un abaissement de 12 000 € à 6 000 € du plafonnement de droit commun du crédit d'impôt (en conservant les majorations de plafond existantes pour les ménages ayant des enfants en bas âge et les personnes âgées ou handicapées) pourrait dégager 400 M€. Le contexte économique actuel peut toutefois interroger la pertinence d'un tel signal, alors que la situation de l'emploi à domicile est difficile. Par ailleurs, les économies générées par un tel recentrage n'ont pas forcément de raison de rejoindre le financement de la dépendance. Enfin, la baisse du plafond s'articulerait difficilement avec la mesure de contemporanéisation du crédit d'impôt qui devrait être mise en œuvre à compter de 2022, et qui vise notamment à accroître la demande dans le secteur.

Enfin, la complexité des schémas d'aides existants pour les personnes fragiles pose la question d'une réforme plus fondamentale, consistant, sur le champ des publics fragiles, à transformer le crédit d'impôt en aides directes, sous la forme d'une prestation (ou de l'ajustement de prestations existantes). Un rapport (non publié) de l'IGF avait recensé en 2014 28 dispositifs de soutien au secteur : onze mesures fiscales, sept mesures sociales et dix aides directes. Une telle mesure permettrait d'améliorer la lisibilité des aides aux personnes vulnérables tout en simplifiant les démarches pour les contribuables, et la gestion pour l'administration réduisant potentiellement la fraude. Elle impliquerait alors un recentrage du crédit d'impôt sur le seul objectif de l'emploi et les services dit de confort. La grande instabilité des dispositifs fiscaux et sociaux relatifs aux services à la personne constatée ces dernières années (16 évolutions entre 2005 et 2014 selon le même rapport IGF) incite aussi à ne pas poursuivre dans cette voie.

Tableau 18 : Plafonnement du crédit d'impôt services à la personne

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	+	=	+	-	=	-	=
Commentaires	Plafonds déjà ajustés à plusieurs reprises	Une multiplication des plafonds posent des questions opérationnelles	Rendement ciblé sur les personnes dépassant le plafond	Impact sur le reste à charge des personnes aises	Logique redistributive de recentrage du crédit d'impôt	Contexte économique ne facilitant pas une restriction	Mesure consistant à revenir sur un plafond plus bas, comme précédemment

Source : Mission.

2.3.3. Rationalisation de la réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes accueillies en établissement

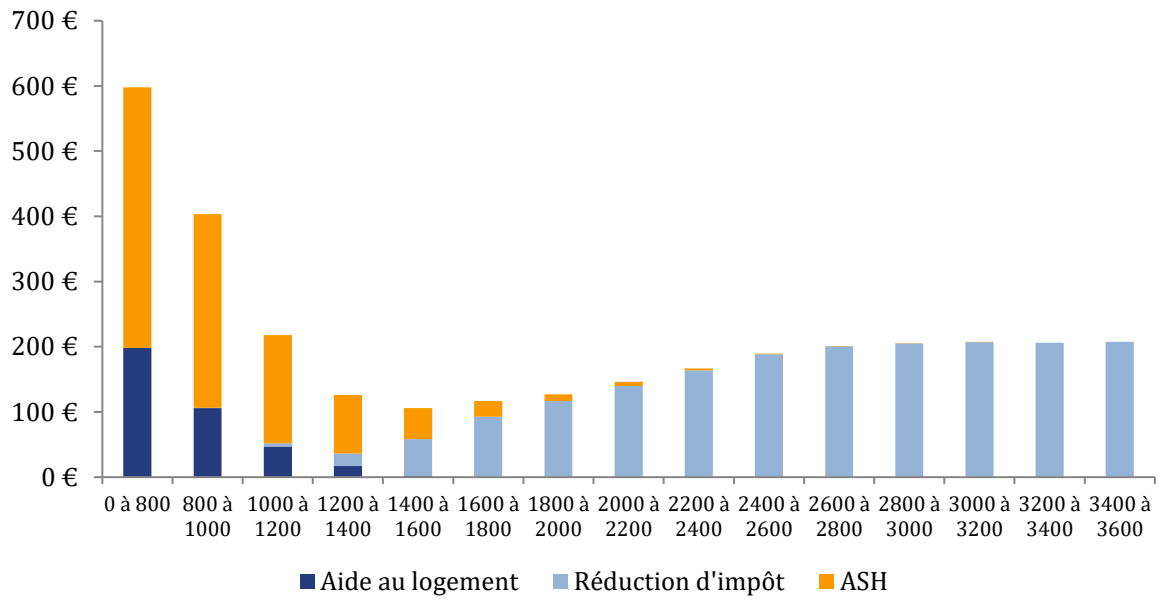
2.3.3.1. Constats

L'article 199 *quindecies* du code général des impôts prévoit une réduction d'impôt au bénéfice des personnes qui vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en unités de soins de longue durée (USLD), à hauteur de 25 % du montant des dépenses qu'ils supportent effectivement tant au titre de la dépendance que de l'hébergement dans la limite de 10 000 € par personne hébergée. Par construction, une telle réduction d'impôt bénéficie uniquement aux personnes imposées, pour un montant total de 302 M€ en 2019. Selon le rapport du HCFEA de 2018, 462 000 personnes en bénéficient.

Une étude de la DREES[10] a montré, dans le cadre d'une analyse sur les restes à charge des personnes âgées dépendantes résidant en établissement, l'effet de la réduction fiscale et son articulation avec l'aide sociale à l'hébergement et le bénéfice des allocations logement. Il apparait que le montant des restes à charge est plus élevé pour les bénéficiaires de réduction d'impôts, mais que cela représente en moyenne une part moins importante de leurs ressources (taux d'effort de 90 % contre 150 %). En effet, les résidents bénéficiant de la réduction d'impôt touchent en moyenne 285 € d'APA, leur reste à payer est de 1 839 € et ils bénéficient de 112 € de réduction d'impôt, pour des ressources moyennes de 2 035 € par mois en moyenne.

Cette étude montre que l'aide est ciblée sur les faibles revenus et les revenus élevés, mais que les revenus intermédiaires sont les moins aidés. En effet, l'ASH solvabilise les plus faibles revenus, l'aide au logement bénéficie aux ménages très modestes tandis que la réduction d'impôt bénéficie aux ménages aisés, redevables de l'impôt. Par conséquent, les personnes âgées en établissement dont les ressources sont comprises entre 1 000 € et 1 600 € par mois sont les moins aidées (cf. graphique 2).

Graphique 2 : Variation de l'aide publique (ASH, aide au logement, réduction d'impôt) des résidents en fonction des ressources mensuelles (en € par mois)



Source : DREES. Modèle Auonomix.

[10] « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », Les Dossiers de la DREES, Mars 2016.

2.3.3.2. Propositions

Le rapport Libault, préconisait de créer une prestation spécifique dégressive en fonction des ressources et qui remplacerait l'allocation logement et la réduction d'impôt. Alternativement, une autre piste consisterait à supprimer la réduction d'impôt et à revoir le barème de l'APL en établissement pour réduire le reste à charge des personnes aux ressources comprises entre 1 000 et 1 600 €. Comme étape préalable, il est aussi possible de réduire le plafond de dépenses actuellement à 10 000 €. En le faisant passer à 5 000€, le gain serait alors de 110 M€.

Tableau 19 : Plafonnement de la réduction d'impôt pour l'hébergement en établissement

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	=	+	+	-	+	+	-
Commentaires	Pas de distinction entre PA et PH	Un justement du plafond est réalisable	Rendement ciblé sur les personnes aisées	Impact sur le reste à charge des personnes aises	Logique redistributive à mettre en évidence	Pas d'effet économique	Mesure visant le reste à charge

Source : Mission.

2.4. Financements privés complémentaires

D'après la DREES (2017), les dépenses liées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes sont estimées à 1,4 point de PIB (30 Md€ sur une base 2014), dont 0,29 point, soit plus de 20 % sont à la charge des ménages (6,3 Md€). Le reste à charge des ménages concerne principalement les aides nécessaires pour couvrir la perte d'autonomie et allant au-delà de l'APA ainsi que les frais d'hébergement en établissements.

Le soutien public est ciblé vers ceux dont les ressources ne permettent pas de subvenir à ce besoin. Les ménages doivent donc pour la plupart compléter le financement public grâce à leur revenu et, quand ils ont un patrimoine, en puisant dans ce dernier. Si la solvabilisation publique de l'aide à domicile est importante, le reste à charge des ménages en EHPAD reste élevé en France : en tenant compte du tarif dépendance et du prix d'hébergement, le prix médian d'une chambre est de 1 977 € par mois.

Ces constats nourrissent la nécessité de réfléchir à des gammes de solutions de financement privé, en recourant à des solutions assurantielles permettant de se couvrir contre le risque de perte d'autonomie ou bien en facilitant la mobilisation du patrimoine financier ou immobilier pour financer le reste à charge lié à la dépendance.

2.4.1. Mobilisation de l'assurance privée

2.4.1.1. Constats

Selon la fédération française des assurances (FFA), 7,4 millions de personnes disposent à fin 2019 d'une couverture contre le risque de dépendance[11]. Ces couvertures sont notamment offertes par des mutuelles (4,1 millions de personnes, pour l'essentiel composés de fonctionnaires), des sociétés d'assurance (2,7 millions de personnes) et des institutions de prévoyance (0,3 millions de personnes). Les cotisations versées s'élèvent à 814 M€ en 2019, pour 6,4 Md€ de provisions techniques. La cotisation annuelle moyenne versée est de 390 euros. Du côté des garanties, la rente mensuelle moyenne versée est de 576 €.

Le marché de l'assurance dépendance reste encore un marché de niche : les prestations versées aux personnes en état de dépendance lourde ou partielle au titre des contrats garantie principale et unique dépendance individuels et collectifs s'élèvent à 302 M€. Une grande partie des personnes sont assurées via une complémentaire santé ou prévoyance. Les deux-tiers bénéficient de garanties annuelles qui ont l'avantage de ne pas faire face à l'incertitude de l'horizon temporel mais qui n'offrent pas de droits au-delà de l'année de souscription, *a fortiori* pour un risque lié au grand âge.

Le marché actuel de l'assurance dépendance n'est pas mature. Il se développe mais souffre d'un manque de lisibilité et d'homogénéité des produits qui limite la confiance des souscripteurs. Le faible développement de ce marché s'explique par des freins identifiés dans le rapport du Conseil de l'âge du HCFEA de décembre 2017 portant tant sur la qualité de l'offre que sur la faiblesse de la demande :

[11] Le terme de dépendance est utilisé systématiquement sur ces marchés, et donc repris dans les développements qui suivent.

- du côté de la demande, il apparaît que l'offre d'assurance en garantie viagère a un coût élevé qui la rend difficilement accessible pour une partie de la population. Le risque de cotiser à fonds perdu est fréquemment présenté comme un frein à la souscription d'une assurance dépendance, alors que les produits d'épargne sont préférés car les montants sont disponibles même en l'absence de dépendance et que les montants d'épargne sont transmissibles aux héritiers. Enfin, il existe une certaine myopie dans la couverture individuelle contre un tel risque qui n'est pas anticipé par les personnes compte tenu de l'éloignement temporel de la survenance du risque ;
- du côté de l'offre, on constate une forte hétérogénéité et un manque de lisibilité à plusieurs niveaux. La couverture du risque prend la forme d'une rente forfaitaire dont la construction est indépendante de la consommation effective de soins et services médico-sociaux. Du point de vue des garanties, il existe des insuffisances : certaines prestations complémentaires sont intégrées dont la valeur ajoutée est questionnable. Par ailleurs, les règles de revalorisation des cotisations et des garanties sont complexes et peu lisibles, et génératrices d'incertitude pour les assurés. Enfin, le recours à différents référentiels d'évaluation rend compliquée une comparaison des contrats.

Pour améliorer la qualité de l'offre assurantielle, la FFA a initié un travail de mise en place d'un label dit GAD (garantie assurance dépendance) institué en 2013 et s'articulant autour de dix engagements clés (cf. encadré 1) permettant de garantir la qualité et l'intérêt pour l'assuré de l'offre proposée. Le label est accordé aux garanties couvrant la dépendance lourde. Il ne peut être accordé aux contrats en garantie annuelle et n'est donc pas utilisé par les mutuelles. La diffusion du label reste également modeste. Fin 2019, les contrats labellisés GAD couvrent 175 800 personnes selon la FFA. Ils représentent 55 % des affaires nouvelles des contrats à adhésion individuelle. Le label paraît perfectible : les garanties socle sont définies de manière large et une plus forte exigence paraît possible sur la définition de la dépendance, la sélection médicale, les modes de revalorisation des garanties et cotisations. Enfin, à l'inverse des contrats complémentaires santé responsables, aucune labellisation publique n'existe, alors que certaines thématiques importantes ne sont pas prévues dans le label privé actuel (notamment la transférabilité des contrats).

Encadré 1 : Labellisation GAD (garantie assurance dépendance)

Le label GAD ASSURANCE DÉPENDANCE® est accordé aux garanties d'assurance couvrant la dépendance lourde qui prévoient notamment :

1. un vocabulaire commun permettant plus de clarté dans l'expression des garanties

2. des définitions communes de la dépendance lourde et de la dépendance partielle basées sur des Actes élémentaires de la Vie Quotidienne (AVQ)

3. une garantie viagère, quelle que soit la date de survenance d'une situation définitive de dépendance lourde

4. un niveau minimal de la rente servie en cas de dépendance lourde de 500 € par mois

5. une option dépendance partielle garantissant le versement minimum d'un capital de 3 500€ ou d'une rente

6. des modalités de revalorisation des garanties, des prestations et des cotisations définies contractuellement avec une option d'indexation de ces garanties et prestations sur un indice de 2 % par an

7. une absence de sélection médicale pour la dépendance lourde avant 60 ans (sauf invalidité, affections neuropsychiatriques, séquelles ostéo-articulaires ou ALD préexistante)

8. des actions de prévention ou des prestations d'accompagnement pour l'assuré ou ses proches : au minimum les actes suivants sont proposés :

Prévention :

- information et conseil dès la souscription
- bilans d'autonomie, de l'habitat et de nutrition

Accompagnement des personnes dépendantes : ▪ assistance administrative et juridique ▪ services à la personne : aide à domicile, transport, présence d'un proche Aide aux aidants : ▪ assistance administrative et juridique, services en cas d'hospitalisation, formations, assistance psychologique 9. une information annuelle 10. des conditions de maintien des droits en cas d'interruption de paiement des cotisations

Source : FFA.

2.4.1.2. Propositions

2.4.1.2.1. Une assurance privée obligatoire

Le développement d'une assurance privée obligatoire fait partie des pistes de propositions esquissées dans le rapport de M. Bertrand Fragonard de 2011[12]. Elle repose sur l'idée d'un système d'assurance universelle pouvant en théorie se substituer en tout ou partie à l'assurance publique obligatoire. Deux modèles ont été identifiés dans les analyses du rapport :

- une assurance universelle obligatoire par capitalisation. La cotisation est obligatoire dès 40 ou 60 ans afin de constituer ses droits activables lors de son entrée en dépendance. La forte mutualisation permet de ne pas pratiquer de sélection médicale. L'assureur porte le risque de longévité et aucun bouclier n'est mis en place. En revanche, ce dispositif n'est pas immédiatement opérationnel (les plus de 70 ans aujourd'hui ne peuvent bénéficier d'une rente) et les coûts sont plus importants en phase de démarrage pour les plus de 60 ans ;
- une assurance universelle obligatoire par répartition. La cotisation devient obligatoire dès 40 ou 60 ans, avec une garantie annuelle. La grille AGGIR est utilisée et aucune sélection médicale n'est pratiquée. Un bouclier dépendance est mis en place. Ce scénario nécessite cependant de prévoir un mécanisme de compensation entre assureurs. La contrainte financière est accrue sur les 40-60 ans.

Le rapport Libault ne retient pas le schéma d'une assurance obligatoire. En particulier, s'agissant du modèle en capitalisation, la montée en charge du dispositif aboutit à ce que le dispositif ne sera pas pleinement opérationnel avant une dizaine d'années.

Dans le cadre de la concertation sur la création d'une 5ème branche, la FFA et la FNMF ont fait part à la mission d'une proposition commune relative à la mise en place d'un dispositif d'assurance complémentaire généralisé pour la prise en charge de la perte d'autonomie (GIR 1 et 2). Ce dispositif constituerait un mécanisme d'assurance obligatoire en répartition provisionnée qui serait arrimé aux couvertures complémentaires santé responsables (seuls les non souscripteurs d'une complémentaire santé ne cotiseraient pas et ne seraient pas couverts).

Son fonctionnement permettrait une gestion selon les principes suivants :

- dès la mise en place de ce dispositif, les nouveaux dépendants (uniquement GIR 1 et 2) seraient pris en charge intégralement sans reconstitution de leurs années de cotisations ;
- la couverture étant limitée aux GIR 1 et 2, l'évaluation faite par les équipes APA serait automatiquement reconnue par les assureurs ;

[12] Le rapport proposait un montant de cotisation de 33 € par mois, avec souscription obligatoire à 50 ans, pour une rente de 700€ par mois en GIR 1 ou 2, 475€ par mois en GIR 3, 300€ par mois en GIR 4.

- en régime de croisière, les cotisations appelées couvriraient la charge liée au provisionnement des sinistres de l'exercice.

Le financement de cette assurance complémentaire serait organisé via un pool de co-assurance qui garantit et provisionne les sinistres. Ce pool est composé d'une participation de l'ensemble des organismes complémentaires d'assurance maladie qui collecteraient une ressource qu'ils verseraient au pool. Ce dernier assurerait les rentes et piloterait à long terme le dispositif.

Le niveau des cotisations et le niveau des garanties obtenues pourraient être calibré selon l'âge à partir duquel commence l'affiliation à cette assurance obligatoire. Plus l'assurance fait cotiser des personnes jeunes, moins le niveau des cotisations serait élevé et plus il pourrait financer des rentes importantes. Selon la FFA et la FNMF, à titre illustratif, l'ampleur du dispositif pourrait varier selon la mutualisation souhaitée de la façon suivante :

- si le choix de la mutualisation la plus large était retenu (garantie dépendance arrimée aux contrats santé à partir de 22 ans), avec la garantie la plus élevée (500 € par mois), la cotisation dépendance représenterait environ 16 % de la cotisation santé moyenne ;
- si le choix était fait d'ajouter la garantie dépendance uniquement aux contrats santé à partir de 62 ans, toujours avec une garantie de 500 € par mois, la cotisation dépendance représenterait 25 % de la cotisation santé moyenne ;
- si le choix était fait d'ajouter la garantie dépendance uniquement aux contrats santé à partir de 62 ans, avec une garantie de 300 € par mois, la cotisation dépendance représenterait 15 % de la cotisation santé moyenne.

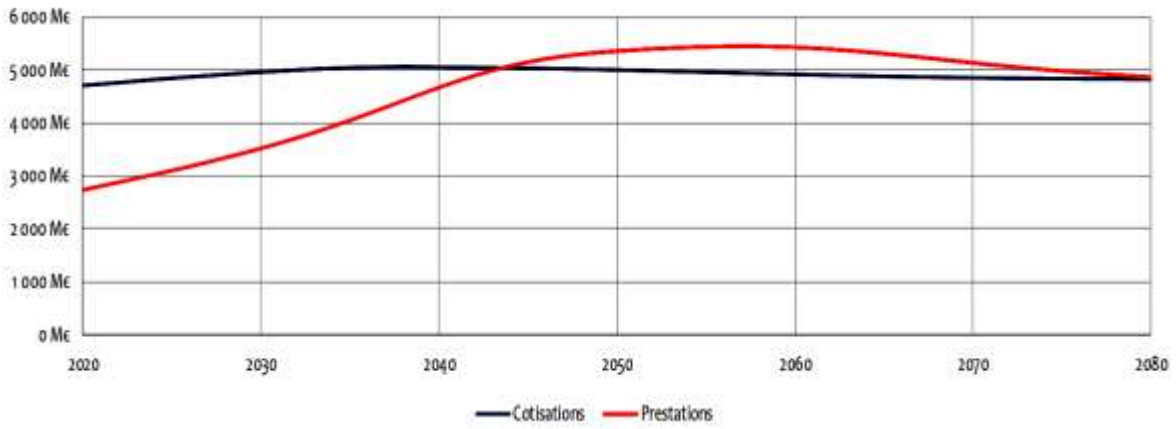
Tableau 20 : Niveau de cotisations mensuelles selon le degré de mutualisation et le niveau de rentes

	300 €	400 €	500 €
22 ans	5,5 €	7,3 €	9,1 €
42 ans	7,9 €	10,5 €	13,2 €
52 ans	10,1 €	13,5 €	16,9 €
62 ans	14,0 €	18,6 €	23,3 €

Source : FFA et FMNF.

Selon l'étude réalisée par la FFA et la FNMF, la mise en œuvre de ce dispositif permettrait de constituer, d'ici 2040, des réserves pour faire face aux évolutions démographiques. Le schéma suivant (graphique 3) établit l'évolution des cotisations et des prestations dans l'hypothèse d'un versement d'une rente mensuelle de 500 € pour les personnes en situation de GIR 1 et 2.

Graphique 3 : Projections des flux de cotisations et de prestations



Source : FFA et FNMF.

La mission rejoint le rapport Libault sur le fait que la constitution d'une assurance privée obligatoire présente des inconvénients indéniables. Adossé à la complémentaire santé responsable, une telle mesure conduirait en effet à renchérir significativement les contrats d'assurance santé, au risque d'accroître la non-assurance. Ce type de dispositif entrainerait un transfert de charges intergénérationnel au détriment des actifs. Par ailleurs, s'agissant d'un dispositif par répartition, rien ne démontre que l'acceptabilité sociale d'une cotisation privée obligatoire soit supérieure à celle d'un prélèvement obligatoire. Enfin, dans la logique de réassurance entre les organismes complémentaires, le partage des rôles entre l'État et le secteur privé n'est pas évident, et la nécessité de fortement réguler ce système risque de limiter sa valeur ajoutée par rapport à un système purement public dont la gestion paraît plus facilement accessible et générant moins de frais.

Compte tenu de ces éléments, la mission ne recommande pas la mise en place d'un tel dispositif d'assurance complémentaire obligatoire par répartition provisionnée.

L'International Longevity Center France propose un projet alternatif d'une assurance publique obligatoire par répartition destinée à couvrir la perte d'autonomie des personnes âgées. La cotisation à cette assurance serait assise sur les revenus d'activité et les retraites. Elle serait gérée par un organisme public type CNSA.

Dans le scénario central proposé, cette cotisation serait en moyenne de 30 € par mois, avec un taux modulé en fonction des revenus, de 0,85 % à 1,95 %. ILC France estime que dès lors que l'affectation de cette taxe serait clairement sanctuarisée pour le financement de la perte d'autonomie, elle serait acceptée par les français plus facilement qu'une augmentation équivalente de la CSG.

Selon les calculs d'ILC France, cette ressource permettrait de servir une rente de 925 € par mois en GIR 3 et 4, et de 1275 € en GIR 1 et 2. Cette rente s'ajouterait à l'APA sous forme d'une prestation en espèces, avec cependant un contrôle « non contraignant » de son utilisation par les équipes APA. Le produit annuel des cotisations est estimé à 16 Md€ (0,6 point de PIB), et compte tenu des prévisions démographiques, le système serait équilibré jusqu'en 2060.

2.4.1.2.2. Une amélioration de la labellisation des contrats

Une amélioration du cadre existant de la couverture complémentaire facultative actuelle apparaît toutefois nécessaire. Cela participerait de la consécration de la branche autonomie au sein de la sécurité sociale en donnant les moyens aux assurés d'améliorer leur couverture par un dispositif d'assurance complémentaire.

Cette logique va dans le sens des travaux initiés par la FFA qui envisage de faire évoluer le label GAD pour améliorer les engagements en la matière. Notamment il est souhaité :

- l'adjonction de la couverture de la dépendance partielle en option garantissant le versement minimum d'un capital de 3500€ ou d'une rente ;
- le relèvement de l'âge de 50 ans à 60 ans pour l'absence de sélection médicale ;
- le niveau minimal de rente : au moins 500 € par mois avec une option d'indexation de 2 % par an ;
- une amélioration de l'information des assurés avant la signature du contrat et en cours de vie du contrat ;
- l'inclusion d'un socle commun de services : prévention, conseil, accompagnement, assistance administrative et juridique, aide à domicile, transport, présence d'un proche, aide aux aidants ;
- une attention particulière aux aidants : répit de l'aidant, formation, aide aux démarches administratives, assistance psychologique, intervention d'une aide à domicile ou d'un auxiliaire de vie.

Une consolidation du marché de la dépendance pourrait passer par une amélioration de la labellisation des contrats dépendance, permettant de renforcer la confiance des souscripteurs. Parmi les objectifs identifiés se trouvent : les mécanismes de revalorisation, pour mettre fin à l'érosion observée du pouvoir d'achat de la rente, la continuité et la transférabilité des droits acquis, l'homogénéisation des référentiels de perte d'autonomie (utilisation de la grille AGGIR et déclenchement automatique en cas de bénéfice de l'APA).

Ensuite, sur une logique similaire aux contrats responsables, il pourrait être prévu un mécanisme d'incitation fiscale à la souscription de contrats labellisés. (déductibilité totale ou partielle des cotisations du revenu imposable, taux réduit de TSCA[13]). Il pourrait être engagé des réflexions pour élargir la labellisation actuelles aux trois familles d'organismes complémentaires afin de définir une « garantie socle » d'assurance dépendance.

Enfin, en matière de soutien aux aidants, au-delà de l'amélioration de la labellisation sur cet aspect, des produits complémentaires à des contrats existants pourraient être proposés afin de compenser la perte de revenus en cas de cessation ou de réduction d'activité, que cette baisse intervienne dans le cadre d'un congé de proche aidant ou non, à l'instar de certaines garanties proposées par les mutuelles santé en cas d'arrêts maladie. Dans la mesure où certains accords collectifs prévoient un maintien total ou partiel de rémunération ou une indemnisation pendant le congé de proche aidant, les entreprises pourraient être intéressées pour souscrire de telles garanties pour leurs salariés. Le CTIP estime que cette thématique pourrait se développer via des accords d'entreprise ou de branche.

2.4.1.2.3. L'introduction d'une garantie pour l'adaptation du logement dans les contrats d'assurance multirisque habitation (MRH)

En 2018, le nombre de contrats d'assurance multirisque habitation (MRH) était de 41,9 millions, et les cotisations versées ont représenté 10,5 Md€ pour une prime moyenne de 271 € pour les contrats occupants (FFA). Ces contrats couvrent une pluralité de risques (incendie, tempête, dégâts des eaux, vol, responsabilité civile, bris de glace), selon des modalités propres à chaque contrat, mais pas les dépenses d'adaptation du logement rendues nécessaires par une perte d'autonomie. Le rapport Libault a proposé d'étudier l'introduction dans les contrats d'assurance habitation d'une offre de financement de l'adaptation du logement. L'introduction d'un critère d'âge à la souscription des contrats, rendant obligatoire la fourniture de cette garantie au-delà de l'âge fixé, pourrait être envisagée.

Selon la FFA, l'adaptation du logement figure dans les types de garantie qui sont donc d'ores et déjà proposés dans la majorité des contrats dépendance. Cela peut prendre différentes formes (service ou garantie financière) : bilan d'adaptation du domicile avec intervention d'un ergothérapeute ou professionnel du bâtiment, conseil personnalisé afin d'obtenir les aides publiques ou privées susceptibles de financer tout ou partie des travaux, versement d'un « capital premiers frais » pouvant être utilisé pour couvrir ces frais d'adaptation.

Selon la fédération, l'intégration d'une telle garantie dans un contrat de type MRH semblerait plus complexe à envisager, les contrats MRH n'identifiant généralement pas l'ensemble des personnes occupant le logement, et ne faisant pas référence à leur état de santé.

[13] Les contrats dépendance ne sont actuellement pas soumis à la TSCA (article 995 du code général des impôts), il faudrait créer un taux de TSCA pour les contrats dépendance, auxquels ne seraient pas soumis les contrats labellisés.

Selon le Trésor, si une telle garantie devait être mise en place, son caractère optionnel ou obligatoire présenterait chaque fois des inconvénients. Si la garantie était optionnelle, elle présenterait un fort risque d'anti-sélection et conduirait à des tarifs élevés. De la même manière, une assurance dépendance obligatoire dans les contrats d'assurance multirisque s'exposerait à des conséquences inflationnistes sur les tarifs des contrats d'assurance. Si une réflexion devait être entamée sur une telle garantie, plusieurs éléments devraient être précisés :

- la dérogation à la liberté contractuelle induite par une extension obligatoire de garantie : elle devrait s'appuyer sur un motif d'intérêt général ;
- le caractère libre ou fixe de la tarification. Une tarification libre conduirait à une nouvelle tarification du contrat chaque année, même si un mécanisme de solidarité peut être prévu pour faire contribuer les plus jeunes au-delà de leur risque. Une tarification administrée conduirait à établir un mécanisme de redistribution contraint ;
- la qualification du risque. Il est possible de cibler cette garantie sur la perte d'autonomie, mais il apparaît également pertinent d'y associer le risque de subir un handicap lourd. dans une garantie commune qui dépasserait le problème assurantiel lié au critère d'âge inclus dans la définition de la dépendance.

2.4.1.2.4. La transformation en rente de l'assurance vie au moment de l'entrée en dépendance

L'encours des contrats d'assurance-vie s'élevait fin 2019 à 1 788 M€, en progression de 6 % sur un an. Aujourd'hui, lorsqu'une assurance-vie est transformée en rente, une fraction de la rente viagère est soumise à l'imposition sur le revenu et aux prélèvements sociaux en fonction de l'âge de l'assuré. En effet, le 6 de l'article 158 du code général des impôts définit un barème fiscal dégressif de la fraction du montant soumis à l'IR selon l'âge à l'entrée en jouissance de la rente (tableau 21).

Tableau 21 : Barème d'assujettissement à l'impôt sur le revenu en cas de transformation de l'assurance-vie en rente viagère

Âge	Fraction soumise à l'IR
Moins de 50 ans	70 %
Entre 50 et 59 ans	50 %
Entre 60 et 69 ans	40 %
Au moins 70 ans	30 %

Source : Code général des impôts.

Afin d'inciter à transformer en rente les montants épargnés en assurance-vie au moment de l'entrée en dépendance, il pourrait être prévu un mécanisme fiscal permettant d'éviter une fiscalisation trop importante lors que l'entrée en jouissance de la rente correspond à l'entrée en dépendance lourde (GIR 1 ou GIR 2).

Sur ce type de mobilisation de l'épargne, la FFA propose qu'en matière d'assurance vie et de plan d'épargne retraite (PER), puisse être promue une option de doublement de la rente en cas de dépendance lourde. La prise de cette option pourrait être incitée à travers la défiscalisation et/ou l'exonération sociale des rentes lors de l'entrée en dépendance lourde.

2.4.2. Mobilisation du viager

2.4.2.1. Constats

Les personnes âgées présentent un taux de détention de patrimoine immobilier important. Le taux de détention du patrimoine immobilier est de 69,6 % pour les personnes de 60 à 69 ans et il est de 73,9 % pour les personnes de 70 ans et plus. Par ailleurs, le montant du patrimoine immobilier croît sensiblement avec l'âge : il atteint 202 300 pour les personnes de 60 à 69 ans et 188 700 pour les personnes de 70 ans. Selon l'INSEE, jusqu'à 60 ans, le montant du patrimoine immobilier détenu croît avec l'âge de la personne, puis décroît légèrement ensuite (en revanche, le patrimoine financier progresse continûment au cours du cycle de vie).

La mobilisation du patrimoine immobilier constitue un moyen de financer les dépenses liées à la perte d'autonomie, même si ce n'est pas la solution la plus usitée par les personnes. D'après l'enquête CARE-Institution de la DREES en 2018[14], un tiers des résidents déclarent devoir puiser dans leur épargne pour financer les frais liés à la prise en charge de leur dépendance en institution, et 11 % devoir mobiliser leur entourage. En revanche, seulement près d'un résident sur dix envisage, à l'avenir, de vendre du patrimoine pour couvrir ces dépenses.

Tableau 22 : Détention du patrimoine immobilier par tranche d'âge (2018)

Âge de la personne de référence du ménage	Montant moyen du patrimoine immobilier	Taux de détention du patrimoine immobilier (en %)
Moins de 30 ans	39 000	22,0
De 30 à 39 ans	130 400	54,8
De 40 à 49 ans	174 900	60,8
De 50 à 59 ans	204 000	66,4
De 60 à 69 ans	202 300	69,6
70 ans et plus	188 700	73,9
Ensemble	169 000	61,8

Source : INSEE.

Les ménages ont à leur disposition différentes solutions pour mobiliser leur patrimoine immobilier. Dans le cas d'une personne seule devant intégrer un établissement, la vente du bien immobilier, ou sa location, est le moyen le plus efficace pour financer une situation de dépendance. Dans le cas d'une personne dépendante à domicile ou d'un couple, en revanche, il est indispensable de pouvoir disposer de liquidités pour financer l'adaptation du logement à la dépendance, puis les frais récurrents, tout en continuant à jouir du bien.

Deux solutions permettent de retirer des rentes de biens immobiliers et de continuer à en disposer : la vente en viager et le recours au prêt viager hypothécaire (PVH). Le tableau ci-dessous (cf. tableau 23) présente les différentes modalités de mobilisation du patrimoine immobilier dans lesquelles le ménage conserve l'usufruit du bien. On distingue :

[14] « Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions », DREES, novembre 2018.

- le viager traditionnel sur les marchés de gré à gré. Le vendeur ne conserve que l'usufruit et perçoit un capital et des rentes viagères jusqu'à son décès. À sa mort, le bien revient au particulier acheteur. L'acheteur paye sur une durée inconnue pour recevoir un montant aléatoire (valeur du logement à la date du décès) ;
- le prêt viager hypothécaire est un prêt gagé sur le logement contracté par un ménage qui reste chez lui et reste propriétaire. Le ménage reçoit un capital et éventuellement des rentes jusqu'à son décès, remboursés à la banque lors de la vente du logement ou du rachat par les enfants.

Tableau 23 : Produits de vente en viager

	Usufruit et nue-propriété du bien	Usufruit seul
Rente viagère	Prêt viager hypothécaire couplé à un produit d'assurance	Vente en viager classique Vente en viager mutualisé
Versement d'un capital	Prêt viager hypothécaire classique Prêt viager hypothécaire à versement échelonné	Viager sans rente (y compris Vente Anticipée Occupée et Viagénérations)

Source : Direction générale du Trésor.

La vente en viager reste un marché de niche relativement limité (5 000 et 8 000 ventes par an en France) en raison notamment de l'obstacle moral pour l'acheteur, et des conditions financières pour le vendeur. Ce marché est en effet particulièrement déséquilibré puisque le nombre d'acheteurs est faible compte tenu de l'opacité de la transaction. Pour le vendeur, de nombreux freins existent liés au risque de perte en cas de mort prématurée, au risque dans les familles de voir la vente en viager interprétée comme une spoliation de l'héritage, et l'aliénation de la propriété du bien, dont le vendeur ne garde que l'usufruit.

Le prêt viager hypothécaire souffre de faiblesses du côté de l'offre comme de la demande :

- du côté de la demande, ces produits peuvent apparaître comme des actifs antifamiliaux : les enfants ne percevront de leur espérance d'héritage que le solde inconnu que l'établissement de crédit laissera après remboursement de la dette. Ces produits peuvent par ailleurs être interprétés là aussi comme une volonté de la personne de spolier les enfants de tout ou partie de l'héritage (mais ils peuvent permettre de ne pas faire appel à l'obligation alimentaire) ;
- du côté de l'offre, le risque principal est que la dette dépasse le prix de vente du logement, du fait d'une période de survie de l'emprunteur relativement longue. La banque se couvre donc en pratiquant des taux d'intérêt élevés (de l'ordre de 8%) et en limitant la part représentée par le montant de l'emprunt par rapport à la valeur du bien immobilier.

Introduits en 2008 et distribués par le seul Crédit Foncier, ces prêts se sont avérés très coûteux pour l'emprunteur notamment en raison de la difficulté de diversifier le risque de longévité dans l'environnement prudentiel bancaire. Leur distribution a depuis été arrêtée par le Crédit Foncier en partie en raison d'obstacles règlementaires.

2.4.2.2. Propositions

2.4.2.2.1. Le développement de fonds viagers mutualisés

Les fonds viagers mutualisés, agissant comme intermédiaires entre des investisseurs et les vendeurs, aident à dépasser l'obstacle moral qui limite le recours au viager et à mutualiser le risque de longévité, encourageant les investissements sur ce marché, mais ils restent peu développés. Ces produits prennent la forme de fonds professionnels auxquels ont recours des investisseurs institutionnels ou entreprises d'assurance.

Une des pistes pour stimuler le marché de l'acquisition de biens en viager par les investisseurs particuliers serait d'étendre ce type d'achat dans le champ d'investissement des sociétés civiles de placement immobilier (SCPI). Les SCPI représentent en effet un placement pour les particuliers dans les contrats d'assurance-vie (5 Md€), mais dont l'objet social ne permet à ce stade d'investir que dans l'achat de biens immobiliers en vue de leur location. Il pourrait être envisagé d'étendre leur champ d'investissement pour l'ouvrir à l'acquisition de biens en viager.

Encadré 2 : Certivia et ViaGénérations: deux exemples de fonds viagers mutualisés

Pour lever les réticences des vendeurs et mutualiser le risque de longévité des acheteurs, un fonds viager mutualisé, Certivia, a été créé dès 2008, notamment grâce au fort investissement de la Caisse des dépôts et consignations. Certivia intermédie les investissements d'acteurs institutionnels et la vente en viager par des particuliers. Le fonds, dont la première version gérait 450 biens, s'appuie sur un partenariat entre Renée Costes, expert de la vente de biens en viagers et le groupe La Française, gestionnaire d'actifs. Certivia est un Fonds Professionnel Spécialisé (FPS) dont la souscription des parts est réservée à des investisseurs professionnels (investisseurs institutionnels en majorité).

Certivia est proche de terminer avec succès sa deuxième levée de fonds (Certivia 2). Dans ce deuxième fonds, le bouquet initial versé varie en moyenne de 50 000 à 80 000 € et la rente mensuelle de 800 à 1 000€, ce qui représente selon La Française une augmentation moyenne des revenus des vendeurs de 40 % à 60 %. L'âge moyen des crédirentiers est de 80,1 ans et la valeur moyenne des biens est de 400 000 €. Les biens acquis en viager se trouvent tous dans de grandes agglomérations avec un choix d'investir un minimum de 50 % des biens à Paris ou en Ile de France. Cette localisation géographique permet de cibler un TRI cible de 6 % pour les investisseurs, avec une volatilité inférieure à 0,4 %.

Certivia propose des contrats viagers particulièrement adaptés au financement de la dépendance. Au moment du départ du vendeur en EHPAD, le fonds récupère la pleine propriété du bien et le vend. En contrepartie, il sert une rente viagère, supérieure à la rente avant le départ en EHPAD. Le fonds n'ayant plus de collatéral au moment du départ en EHPAD du vendeur, La Française, pour faire valider ces contrats auprès des notaires, doit souscrire une caution, ce qui est extrêmement coûteux pour le groupe.

En 2018, un fonds viager mutualisé d'initiative privée, ViaGénérations, a été lancé. Dotés de 55 M€ investis sur 60 biens, la constitution du fonds a été rendue possible par une première phase de collecte auprès de deux assureurs : Ageas et Apicil. Depuis avril 2019, le fonds lève aussi des investissements auprès de particuliers sur support assurance-vie en unités de compte, à hauteur de 5 M€ par mois.

Les biens sont achetés en viager en échange d'un bouquet sec. De nombreux vendeurs, dont l'âge moyen est de 80 ans, utilisent ce capital pour effectuer des travaux d'aménagements. Les épargnants désirant bénéficier d'un complément de revenus sont orientés vers des assureurs qui convertissent une partie de ce bouquet en rente viagère. En cas de départ anticipé en EHPAD, entraînant un abandon du droit d'usage et d'habitation avant l'âge théorique, le vendeur reçoit une indemnité compensatoire.

Si dans un premier temps le fonds se concentre aujourd'hui sur des biens de très grande valeur sur des marchés très liquides (Paris, Côte d'Azur, etc.), ses gérants envisagent d'augmenter l'encours de l'actif géré, et considèrent la possibilité d'inclure graduellement une partie de biens en zones détendues. En 2018, le rendement du fonds a été de 6 %, au-dessus de la performance initialement espérée par ses gérants (4-5%). Viagénérations est une SCI qui détient jusqu'à 30 % de valeurs mobilières, ce qui assure sa liquidité et permet sa commercialisation auprès des particuliers.

Source : Direction générale du Trésor.

Similairement, l'intervention directe sur le marché des pouvoirs publics pourrait être regardée, comme le proposait le rapport Libault, à travers la création d'un fonds pour l'achat en viager de logements sociaux, par exemple sous l'égide de la Caisse des dépôts.

D'autres propositions pourraient favoriser une meilleure utilisation du viager en renforçant la confiance des acteurs dans le dispositif. Le rapport Libault proposait notamment :

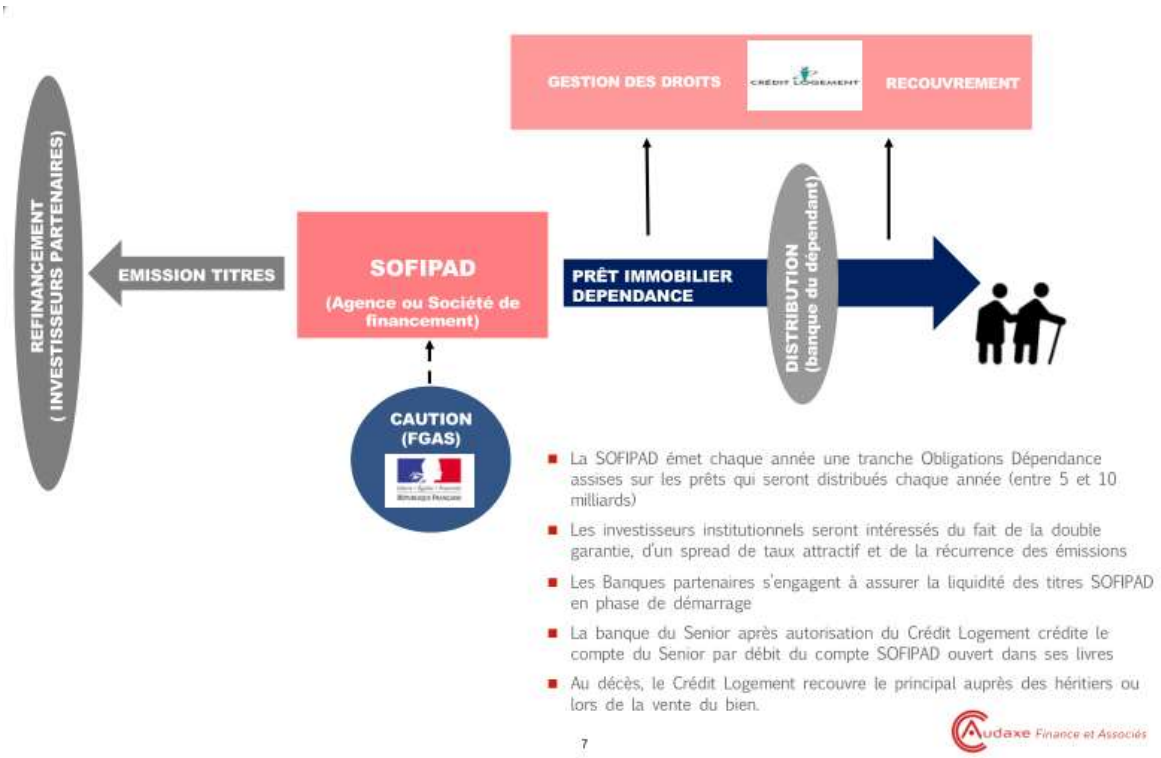
- la création d'un observatoire permettant de rendre plus transparents certains de ses mécanismes du marché ;
- la labellisation à dimension sociale pour favoriser l'inclusion dans le portefeuille de biens des institutionnels gestionnaires d'actifs d'une proportion minimale de logements modestes ou détenus par des populations à faibles revenus.

Au total, ces produits viagers resteront un marché de niche, utile mais pas de nature à solvabiliser une part significative des personnes âgées concernées par la perte d'autonomie et devant faire face à un reste à charge important.

2.4.2.2.2. Le prêt immobilier dépendance (SOFIPAD)

Le rapport Libault proposait le développement d'un prêt viager dépendance qui serait accordé aux personnes en dépendance lourde (GIR 1 et 2), à domicile ou en établissement. Ce mécanisme a notamment été travaillé par la SOFIPAD (société de financement pour l'autonomie et la dépendance) et des schémas ont été étudiés avec plusieurs acteurs et notamment la Caisse des Dépôts et Consignations, la Chaire TDTE, le Crédit Agricole et d'autres institutions bancaires. L'architecture en serait la suivante :

Graphique 4 Architecture de la garantie Sofipad



Source : SOFIPAD.

Le prêt immobilier dépendance serait distribué par les banques uniquement à l'entrée en dépendance. Le prêt serait garanti par le bien immobilier : le bien ne serait pas aliéné, le conjoint pouvant continuer à y vivre, et en cas de transfert en établissement, les héritiers pourraient le conserver au décès. La connaissance plus fine de l'espérance de vie de la personne au moment de son admission en dépendance permettrait de proposer des taux significativement inférieurs aux taux pratiqués sur le prêt viager hypothécaire. Il est ainsi envisagé que les mensualités du prêt soient plafonnées annuellement à une fraction de la valeur du bien en cas de dépendance partielle puis totale.

Au décès, seuls les montants effectivement versés sont à rembourser. Le remboursement du prêt serait assuré par la vente du bien ou par les héritiers sur la succession ou leurs disponibilités. Dans le cas d'une prise en charge en établissement, le prêt servirait de prêt-relais avant la vente du bien immobilier, selon un délai fixé à l'avance et autorisant des taux plus bas. Ce prêt-dépendance pourrait être réversible, permettant à la famille d'anticiper le remboursement de la dette accumulée au moment de la disparition du parent âgé ou de son départ en EHPAD si elle veut garder le bien immobilier. Les études réalisées par la SOFIPAD montrent que dans le cas central, le mécanisme serait calculé de sorte que les héritiers conservent entre 60 % et 65 % du capital.

Graphique 5 : Cas-type du mécanisme de prêt SOFIPAD

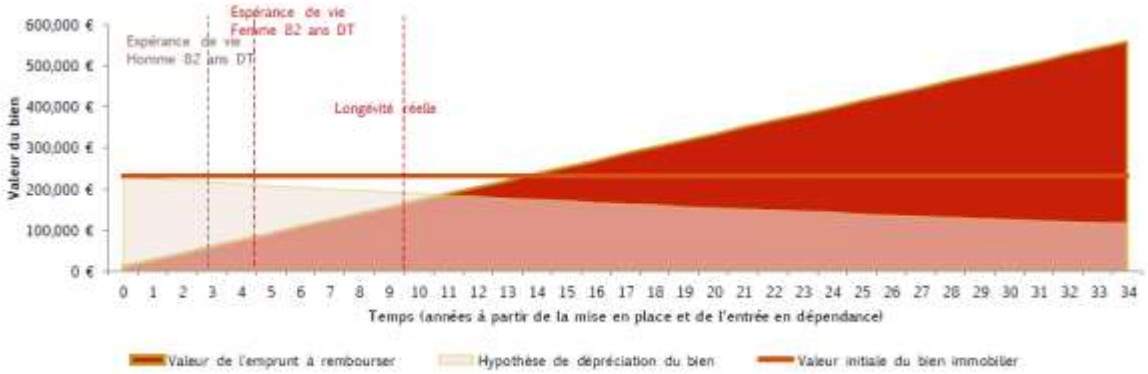
Degré de dépendance	Capital immédiat (adaptation du logement)	Montant des mensualités (par versement trimestriel)	Plafond annuel des versements
Dépendance Partielle (DP)	11,500 €	670 € / mois	17,500 €
Dépendance Partielle puis Totale	11,500 €	670 € puis 1340 € / mois	35,000 €
Dépendance Totale (DT)	11,500 €	1340 € / mois	35,000 €

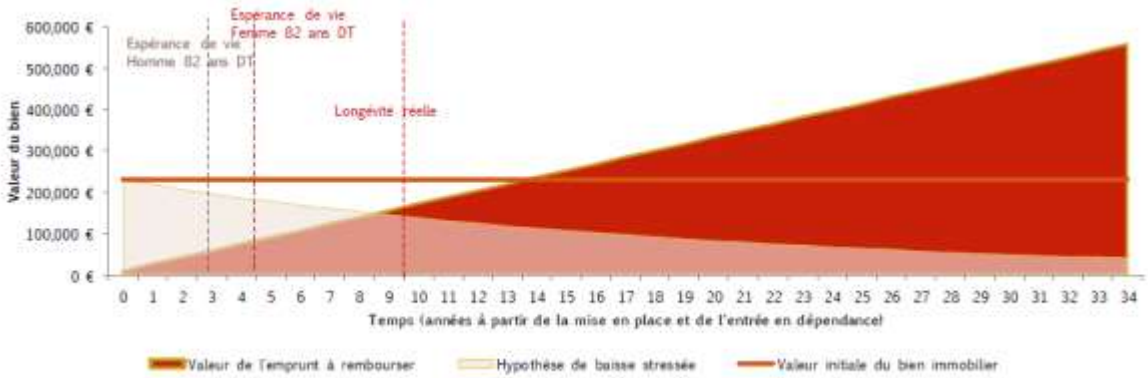
Hypothèses principales			
Valeur du bien	230,000 €		
Espérance de vie	Femme 75 ans	Femme 83 ans	Homme 83 ans
E(Vie) Dépendance Partielle	9.28	6.78	5
E(Vie) Dépendance Totale	5.9	4.73	2.71

Degré de dépendance	Capital dû au décès Femme 75 ans	Capital restant (iso valeur) Femme 75 ans	Capital dû au décès Femme 83 ans	Capital restant (iso valeur) Femme 83 ans	Capital dû au décès Homme 83 ans	Capital restant (iso valeur) Homme 83 ans
Dépendance Partielle (DP)	86,000 €	144,000 €	66,000 €	164,000 €	52,000 €	178,000 €
Dépendance Partielle puis Totale	Entre 86 000 et 106 000 €	134,000 €	Entre 66 000 et 88 000 €	153,000 €	Entre 52 000 et 55 000 €	176,500 €
Dépendance Totale (DT)	106,000 €	124,000 €	88,000 €	142,000 €	55,000 €	175,000 €

Source : SOFIPAD.

Graphique 6 : Illustrations de scénario de risque pour Sofipad





Source : SOFIPAD.

Note de lecture : Les graphiques illustrent la situation d'une personne entrant en dépendance totale (DT) et disposant d'un bien situé en zone C. L'espérance de vie d'une femme de 83 ans entrant en dépendance partielle est de 4,7 ans. Celle d'un homme du même âge entrant en dépendance partielle est de 2,7 ans. La variation supposée d'un bien en zone C est prévue à – 2 % par an. La Sofipad n'est en risque sur le prêt que s'il y a combinaison d'une baisse de la valeur du bien et une longévité nettement supérieure à l'espérance de vie initiale. Les cas en « zone rouge » sont très peu fréquents.

Un tel mécanisme nécessite toutefois une garantie dans les situations où la valeur du prêt n'est pas intégralement couverte par la vente du bien (en cas de sur-longévité ou de très forte baisse du marché immobilier). Un schéma de garantie est proposé par la SOFIPAD qui prendrait en charge la différence dans ce type de situations et couvrirait le risque de longévité. La SOFIPAD serait un fonds de garantie qui émettrait des titres obligatoires pour assurer le financement de cette garantie et serait financé par un pourcentage de la valeur des emprunts.

Selon le rapport Libault, la mise en œuvre de ce dispositif, quoiqu'intéressant, apparaît tout de même complexe sur le plan opérationnel sans que le coût de la garantie publique ne soit chiffré, l'existence de cette dernière constituant en soi un obstacle.

Cet obstacle peut cependant être atténué dans la mesure où la prime perçue par la SOFIPAD sur les prêts serait modulable dans le temps s'il s'avérait que la longévité des souscripteurs s'accroît, ou que le marché immobilier se détériore significativement.

Pour la mission, cette alternative aux solutions viagères traditionnelles qui se sont peu développées, mérite d'être approfondie avec les promoteurs du projet et les banques associées.

2.5. Hausse des prélèvements obligatoires

2.5.1. Instauration d'une deuxième journée de solidarité

2.5.1.1. Constats

La journée de solidarité a été instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, pour le secteur privé par son article 2 et pour la fonction publique par son article 6.

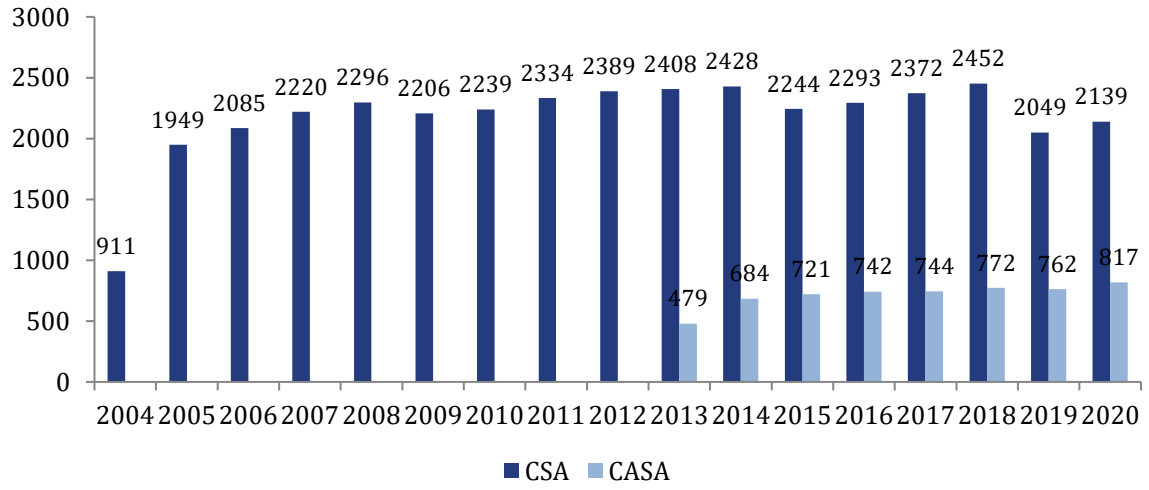
Cette journée prend la forme d'une journée annuelle de travail supplémentaire non rémunérée, dans la limite de sept heures. Le dispositif applicable aux salariés de droit privé est défini aux articles L. 3133-7 à L. 3133-11 du code du travail, consécutivement à l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007, et celui applicable aux fonctionnaires et aux agents publics non titulaires par l'article 6 de la loi du 30 juin 2004. La journée de solidarité n'ouvre pas droit à repos compensateur et ne s'impute pas sur le contingent d'heures supplémentaires.

Depuis la loi n° 2008-351 du 16 avril 2008 relative à la journée de solidarité, les modalités d'accomplissement de cette journée, initialement fixée au lundi de Pentecôte, sont fixées par accord d'entreprise ou d'établissement ou à défaut par accord de branche. En application de l'article L. 3133-8 du code du travail, l'accord ou la convention peut considérer que la journée de solidarité est constituée soit par le travail d'un jour férié précédemment chômé dès lors qu'il ne s'agit pas du 1er mai, soit par le travail d'un jour de réduction du temps de travail, soit par toute autre modalité permettant le travail d'un jour précédemment non travaillé.

En contrepartie de cette journée travaillée, mais non payée, les employeurs publics et privés versent une contribution de solidarité pour l'autonomie à hauteur de 0,3 % de la masse salariale (ce montant correspondant au surcroît de valeur ajoutée d'un jour de travail). La CSA est une contribution recouvrée selon les mêmes modalités que les autres cotisations sociales.

L'article 17 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, en modifiant notamment les articles L.14-10-4 et L.14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, a institué une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) de 0,3 % assise sur les préretraites ainsi que sur les pensions de retraite et d'invalidité.

Graphique 7 : Rendement de la CSA et de la CASA depuis 2004 (en M€)



Source : CNSA. Estimation non révisée du rendement en 2020.

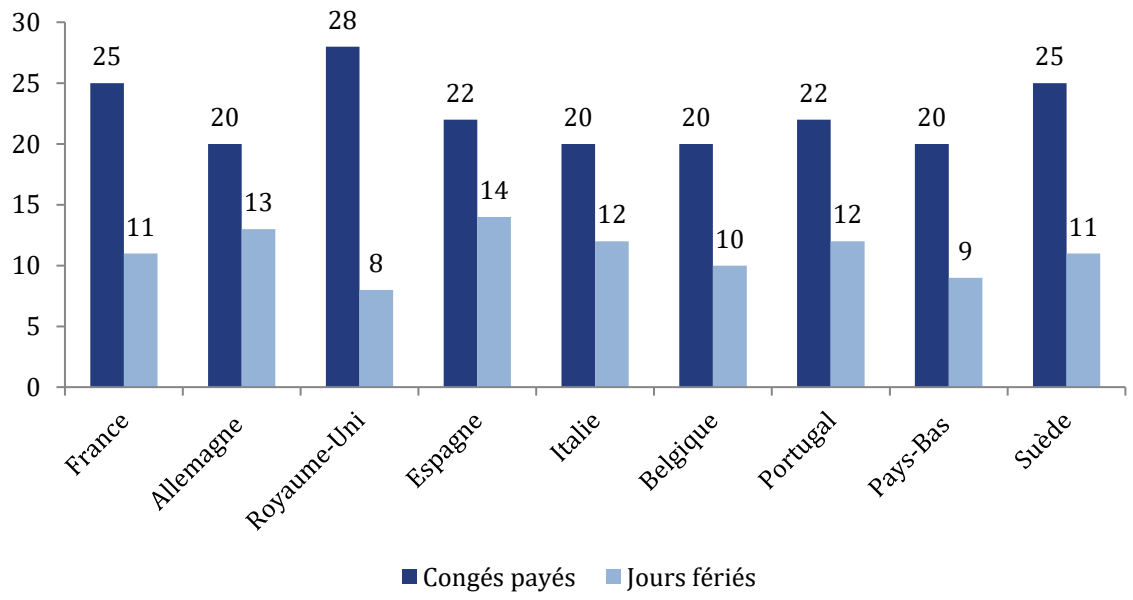
Selon la CNSA, entre 2004 et 2020, la CSA a rapporté 37 Md€ au bénéfice des personnes âgées et des personnes handicapées et la CASA, depuis sa création en 2013, 5,7 Md€. En 2020 (montant non réévalué consécutivement à la crise sanitaire), la journée de solidarité devrait permettre de collecter 2 948 M€ au bénéfice des personnes âgées et des personnes handicapées :

- 2 132 M€ d'euros grâce à la contribution solidarité autonomie (CSA) ;
- 817 M€ grâce à la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

Au sein des pays de l'OCDE, la France se distingue par un nombre de jours non travaillés nettement plus élevé sur une année : la France est dans la moyenne en ce qui concerne le nombre de jours fériés, et au-dessus de la moyenne pour ce qui concerne le nombre de jours de congés annuels (cf. graphique 8).

En effet, les salariés français travaillant à temps plein bénéficient d'un minimum de 25 jours de congés payés par an. Avec onze jours fériés, dont un consacré à la solidarité, la France se situe toutefois en dessous de la moyenne européenne de douze jours fériés. En Allemagne, avec 20 jours de congés payés et seulement 9 jours fériés, les salariés allemands comptabilisent 7 jours de repos de moins que les salariés français.

Graphique 8 : Nombre de congés et de jours fériés en Europe (2020)



Source : OCDE. Le nombre de jours fériés peut varier selon les régions, notamment en Allemagne (de 9 à13 jours) et en Espagne (de 11 à 14 jours). Le nombre de jours de congés peut être augmenté par accords ou conventions collectives.

2.5.1.2. Propositions

La hausse de la durée du travail peut constituer un axe de mobilisation de ressources publiques supplémentaires. Elle pourrait par exemple se traduire par la suppression d'un jour férié. En effet, la suppression d'un jour férié, en augmentant le temps de travail par salarié, augmente la productivité par tête. Cette hausse de productivité, équivalente à sept heures de travail serait de 0,46 % sous l'hypothèse que la productivité horaire reste inchangée.

Toutefois, ce chiffre constitue certainement un majorant dans la mesure où les heures réalisées pourraient se substituer en partie à des heures supplémentaires et que la productivité horaire d'une heure de travail supplémentaire est décroissante avec la durée annuelle de travail.

En outre, l'amélioration à court terme de la productivité dépendrait de la position de l'économie dans le cycle. Comme le précise la direction générale du Trésor : « *en bas de cycle, les entreprises sont contraintes sur leurs débouchés et non sur leurs facteurs de production ; dans ces conditions, une augmentation de la durée annuelle du travail de chaque salarié ne se traduira pas par une augmentation de la production, mais par une baisse de la productivité horaire ; en haut de cycle, les entreprises sont plutôt contraintes sur leurs facteurs de production, et le surcroît de ressources en facteur travail est immédiatement utilisé à produire davantage. La hausse de la productivité effective serait alors plus rapide* ».

Le rapport Libault a précisé que cette mesure avait été débattue dans le cadre de la concertation menée, mais « *n'est pas apparue opportune à ce stade dans la mesure où sont privilégiées les options de financement sans hausse de prélèvements obligatoires* ». Dans sa conférence de presse du 25 avril 2019, le Président de la République avait estimé que l'idée d'une suppression d'un jour férié ne serait pas la plus efficace évoquant une « *complexité absolument abyssale pour tout le monde* ». Toutefois, une telle mesure pourrait s'accorder avec l'objectif de travailler davantage.

Deux types de mesures pourraient être analysés :

- **L'instauration d'une journée travaillée sans cotisation supplémentaire**

La suppression d'un jour férié sans autre mesure supplémentaire augmenterait l'activité de 0,4 point de PIB à long terme. Toutefois, le chômage s'accroîtrait à court-moyen terme, le temps que la demande s'ajuste à l'offre, d'autant plus que la crise actuelle place l'économie dans une situation de bas de cycle. Ce n'est qu'à long terme que les destructions d'emplois induites seraient progressivement résorbées.

L'effet, en termes de finances publiques de la mesure, sans l'adjoindre à une cotisation associée (telle que la CSA) est assez incertain : elle pourrait se traduire, à valeur ajoutée inchangée par une hausse de l'excédent brut d'exploitation générant ainsi un surplus d'impôts sur les sociétés, mais ce gain pourrait être contrecarré par les éventuels effets à court terme de hausse du chômage. Ce n'est qu'à moyen-terme (environ trois à quatre ans), que *via* la hausse de l'activité induite, cette mesure serait favorable aux finances publiques. Ainsi, après une légère dégradation pendant les premières années, le solde public s'améliorerait progressivement de + 0,2 point de PIB environ à long terme.

Toutefois, dans ce schéma, l'affectation de la ressource nouvelle dégagée au financement du soutien à l'autonomie ne serait pas aisée, dans la mesure où le gain de recettes publiques serait lié à de multiples facteurs et par suite à de multiples contributions liées à la production et à la consommation.

- **L'instauration d'une journée travaillée supplémentaire avec hausse de CSA**

Si la suppression d'un jour férié était accompagnée, sur le modèle de 2004, d'un doublement du taux de la CSA pour le porter à 0,6 point, l'impact brut supplémentaire sur les finances publiques serait à court terme de l'ordre de 2,3 Md€, et l'effet net sur les finances publiques de l'ordre de 1,9 Md€ (toutes APU, en neutralisant la prise en compte de la hausse du taux de CSA pour les employeurs publics). Si le doublement de la CSA ne portait que sur les revenus d'activité (et non aussi ceux du capital), l'effet net serait alors de 1,6 Md€.

L'augmentation du taux de la CSA serait sans incidence sur le coût du travail au niveau du SMIC dans la mesure où la CSA fait partie des allègements généraux dégressifs jusqu'à 1,6 SMIC. Au-delà, son impact serait croissant avec un effet plein de 0,3 point de cotisation employeur supplémentaire pour les salariés rémunérés à partir de 1,6 SMIC. Par ailleurs, en réduisant la hausse de la productivité induite par la journée supplémentaire de travail, une hausse de la CSA ne permettrait pas, contrairement au scénario sans doublement de la CSA, d'obtenir un impact positif à moyen terme s'agissant du PIB.

Quel que soit le schéma, l'instauration d'une deuxième journée de solidarité pèserait sur les actifs, avec donc un fort effet de redistribution intergénérationnelle vers les personnes âgées (même si ceux-ci pourraient être touchés par une augmentation équivalente de la CASA).

Tableau 24 : Deuxième journée de solidarité

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	+	=	+	+	=	-	-
Commentaires	Déclinaison de la mesure au niveau conventionnel	Bilan mitigé de l'actuelle journée de solidarité	La mesure se traduit par une hausse de la CSA	Impact sur les salariés et sur les employeurs	Mesure ciblée principalement sur les salariés	Effet sur le chômage à CT, effets incertains à LT	Limité compte tenu de l'effort

Source : Mission.

2.5.2. Recentrage à 2,5 SMIC des allègements de cotisations patronales

2.5.2.1. Constats

Le coût des différents dispositifs d'allègement du coût du travail s'élèverait à 60,5 Md€ en 2020 (prévisions de juin 2019), soit près de 2,5 points de PIB (hors dispositifs d'exonération spécifiques). Il se décompose comme suit (cf. graphique 9) :

- la réduction générale, dégressive entre 1,0 et 1,6 SMIC, représente un peu moins de la moitié de ce coût, soit un peu moins de 30 Md€ ;
- le bandeau d'exonération de 6 points de cotisations maladie jusqu'à 2,5 SMIC, qui remplace le CICE, a un coût de près de 23 Md€ ;
- le bandeau d'exonération de 1,8 point de cotisations famille jusqu'à 3,5 SMIC, créé dans le cadre du Pacte de responsabilité, aurait pour sa part un coût un peu supérieur à 8 Md€.

Si les réductions de cotisations se sont beaucoup développées depuis 2012, de récents travaux d'évaluation montrent que l'effet de ces dispositifs sur l'emploi et la compétitivité est très incertain quand ils ne sont pas ciblés sur les niveaux de rémunérations les plus faibles.

Des travaux récents mettent en doute leur efficacité pour stimuler la compétitivité à mesure que l'on s'éloigne du voisinage du SMIC. En effet, les évaluations du CICE par France Stratégie et plus récemment celle du Conseil d'analyse économique (CAE)[15] montrent que les baisses du coût du travail sur les salaires plus élevés (au-delà de 1,6 SMIC) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, et notamment, n'ont pas montré d'impact positif sur les exportations, alors qu'elles étaient en partie motivées par un objectif de compétitivité. Une étude de l'institut des politiques publiques (IPP[16]) et une étude du LIEPP[17] concluent à l'absence d'effet visible sur la compétitivité des allègements du coût du travail sur des salariés éloignés du SMIC

Les raisons théoriques et empiriques au ciblage des baisses du coût du travail sont multiples. Une exonération d'un montant donné réduit d'autant plus le coût du travail, en pourcentage, qu'elle est concentrée sur les bas salaires. Le coût du travail est un déterminant de moins en moins important à mesure que les salaires augmentent. Les bas salaires sont surreprésentés

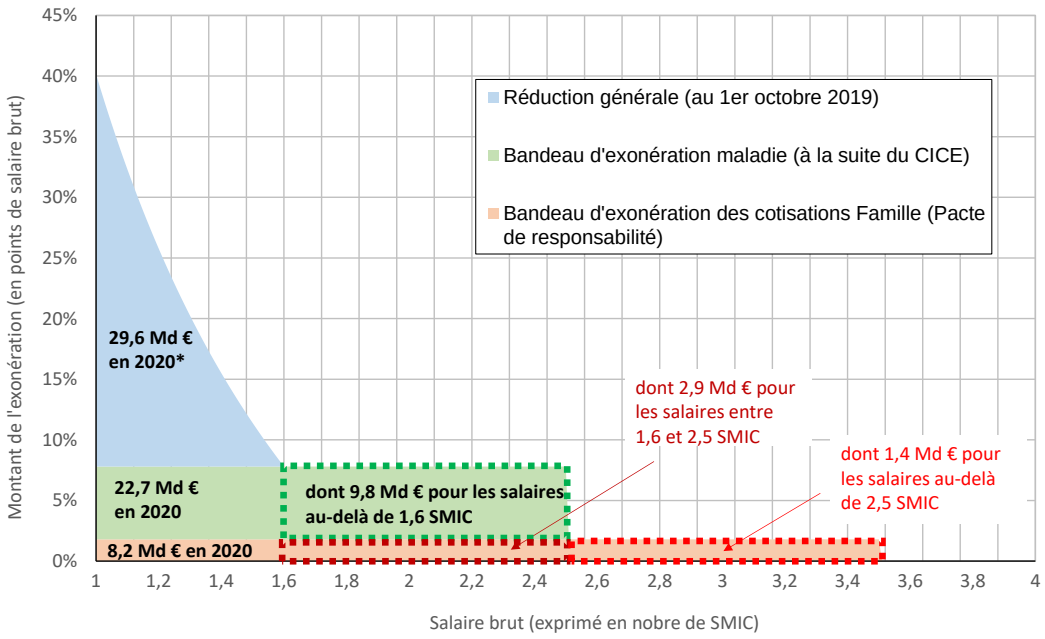
[15] « Baisses de charges : stop ou encore », Note du CAE n°49, janvier 2019.

[16] « Coût du travail et exportations : analyses sur données d'entreprises », Malgouyres C, IPP, 2019.

[17] « Exportations et exonérations, les deux vont-elles de pair ? Analyse empirique sur données individuelles d'entreprises françaises », Levratto N. et A. Garsaa (2018), EconomiX Working Paper, 2018.

dans les secteurs d'activité où les baisses de coûts sont répercutées dans les prix et non dans les marges, ce qui produit un effet plus important sur le volume de production et sur l'emploi. Enfin, les exonérations de cotisations au SMIC se traduisent par une baisse effective du coût du travail alors que pour les salaires intermédiaires à élevés, où le pouvoir de négociation est plus fort, cela peut se traduire par des hausses de salaires, ce qui réduit les effets sur l'emploi.

Graphique 9 : Barème des allègements de cotisations et contributions sociales



Source : Estimations DG Trésor.

2.5.2.2. Propositions

Dans sa note d'analyse, le CAE propose de revenir sur les réductions du coût du travail au-delà de 2,5 voire 1,6 SMIC. Sur la base de cette proposition, la direction générale du Trésor analyse par ailleurs qu'un recentrage sur les bas salaires permettrait de dégager des marges de manœuvre budgétaires, tout en limitant les conséquences sur l'emploi.

Une analyse macroéconomique a été réalisée consistant à supprimer les allègements de cotisations employeur au-delà de 2,5 SMIC. Cela signifie donc que la réduction de 1,8 point du taux de cotisation famille s'appliquerait désormais jusqu'à 2,5 SMIC au lieu de 3,5 SMIC. Cette mesure reviendrait donc sur l'extension qui avait été réalisé à l'article 7 de la loi °2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement pour la sécurité sociale pour 2016.

Le montant brut de cotisations supplémentaires s'élèverait à 1,4 Md€ (soit 1,1 Md€ net de l'effet retour sur l'impôt sur les sociétés). Selon la direction générale du Trésor ce scénario se traduirait par une hausse du coût du travail des entreprises mais elle serait concentrée sur les hauts salaires, ce qui atténuerait considérablement ses effets négatifs sur l'emploi. Selon la modélisation du Trésor, le nombre d'emplois détruits par cette mesure serait limité à moins de 3 000 emplois, à horizon de 5 ans et à moins de 5 000 emplois à long terme.

Selon le Trésor, la hausse du coût du travail entrainerait certes une hausse des prix de production qui réduirait légèrement la compétitivité. Mais, au total, toutes choses égales par ailleurs, les économies effectuées n'auraient que peu d'impact sur l'activité, qui reculerait très légèrement de -0,01 pt de PIB, à horizon 5 ans. À long terme, la dégradation de l'activité serait d'environ 0,02 pt de PIB.

Enfin, la mise en œuvre de cette mesure pourrait se faire de façon progressive et devrait être mise en œuvre à une échéance probablement éloignée de l'actuel bas de cycle, tout en permettant aux entreprises de pouvoir l'anticiper suffisamment, afin d'atténuer son effet sur l'économie et l'emploi. Ainsi, la restriction de l'exonération du taux de cotisation famille pourrait être proposée en deux années à compter de 2022 (par exemple, limitation du plafond à 3,0 SMIC en 2022 puis à 2,5 SMIC en 2023).

Une telle mesure et son calendrier pourrait s'articuler avec le maintien de la trajectoire de diminution du taux d'impôt sur les sociétés (qui doit atteindre 25 % à compter de 2022). En touchant les salaires éloignés du SMIC, elle ne serait pas contradictoire avec les annonces du gouvernement visant à renforcer les aides de façon ciblée sur l'embauche des jeunes de moins 25 ans, avec une ampleur budgétaire équivalente. Enfin, elle serait concomitante avec les mesures annoncées d'allègement des impôts de production, pour un montant (20 Md€) très supérieur à l'effet d'une réduction du plafond d'exonération du taux de cotisations famille.

Cette mesure représente néanmoins une augmentation des cotisations, à rebours des orientations générales de baisse des charges et impôts pesant sur les entreprises.

Tableau 25 : Plafonnement à 2,5 SMIC des exonérations de cotisations patronales

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	+	+	+	+	=	=	-
Commentaires	Ajustement en LFSS	Barème d'exonération ajustable	Rendement certain (1,5 Md€)	Impact limité sur le coût du travail	Mesure ciblée sur les salariés les mieux rémunérés	Effet sur l'emploi très limité.	Mesure qui tempère les efforts de baisse du coût du travail

Source : Mission.

2.5.3. Plafonnement à 1 plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) de l'abattement de 1,75 % pour frais professionnels applicable sur la CSG

2.5.3.1. Constats

L'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale prévoit un abattement au titre des frais professionnels sur le calcul de l'assiette de la CSG et de la CRDS. Il a été institué pour assurer l'égalité devant les charges publiques[18] entre salariés et indépendants en ce qui concerne l'assujettissement à ces contributions, compte tenu du fait que les travailleurs indépendants peuvent déduire leurs frais professionnels de l'assiette sociale. Pour ces derniers, c'est en effet le revenu net des frais professionnels, et non un revenu brut, qui est retenu pour déterminer l'assiette de CSG comme celle des cotisations sociales.

[18] Décisions du Conseil constitutionnel sur la CSG : n° 90-285 DC du 28 décembre 1990 et n° 2004-504 DC du 12 août 2004.

L'abattement de l'assiette de la CSG et de la CRDS de 1,75 % est calculé sur le montant brut des rémunérations inférieures à quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale (4 PASS soit dans la limite de164 544 € bruts annuels pour 2020). Cet abattement pour frais professionnels a fait l'objet d'une rationalisation depuis sa création : le taux d'abattement est passé de 5 % à 1,75 % tandis que le plafonnement à 4 PASS a été introduit en loi de finances pour 2011. D'après l'annexe 5 du PLFSS pour 2020, l'abaissement du taux d'abattement est « *la contrepartie de la prise en charge croissante des frais professionnels des salariés directement par leurs employeurs, notamment en matière de transport, de frais de repas et de téléphonie mobile* ».

Tableau 26 : Évolution du dispositif d'abattement de CSG pour frais professionnels

Véhicule législatif	Champ d'application	Plafonnement	Taux
LF pour 1991 (art. 128)	Tous les éléments de rémunération (traitements, indemnités, émoluments, salaires, revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des salaires) et allocations de chômage	Déplafonnée	5 %
Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (art. 72)	Tous les éléments de rémunération (traitements, indemnités, émoluments, salaires, revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des salaires) et allocations de chômage	Déplafonnée	3 %
LFSS pour 2011 (art. 20)	Tous les éléments de rémunération (traitements, indemnités, émoluments, salaires, revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des salaires) et allocations de chômage	4 PASS	3 %
LFSS pour 2012 (art. 17-I)	Traitements, indemnités, émoluments, salaires à l'exception des éléments visés au II de l'art. L. 136-2 (intéressement, participation, épargne salariale, actionnariat salarié etc.), revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des salaires, allocations de chômage	4 PASS	1,75 %

Source : Annexe 5 du PLFSS pour 2020.

2.5.3.2. Propositions

Le plafonnement à 4 PASS de cet abattement pour frais professionnels conduit à offrir un avantage en réduction de CSG et de CRDS pour des salariés ayant des rémunérations élevées, même si l'avantage financier est limité en proportion de ces rémunérations, puisqu'il peut aller jusqu'à 279 € par an.

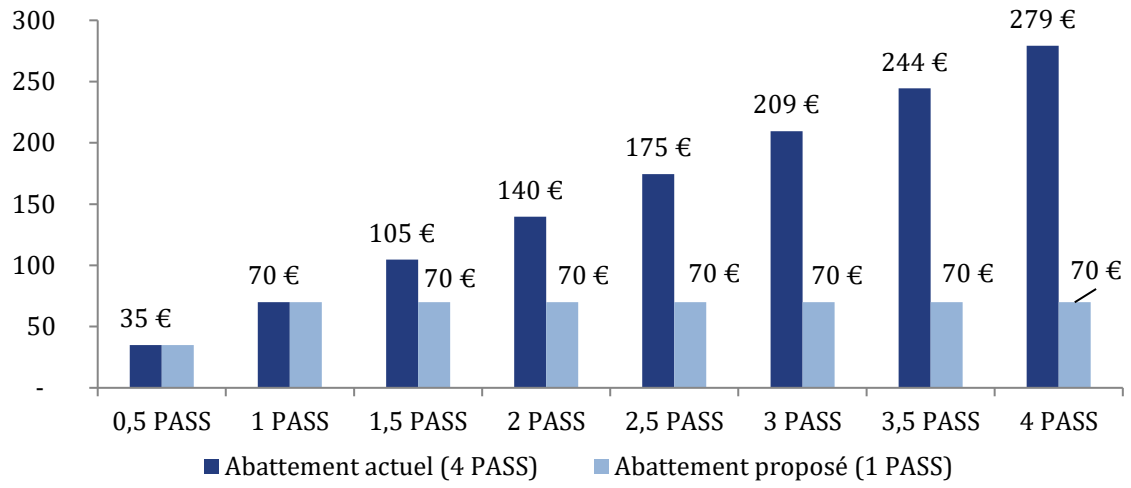
L'augmentation de la CSG de 1,7 point décidée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, en contrepartie de la suppression de la cotisation salariale d'assurance chômage et de celle d'assurance maladie pour lesquelles aucun abattement n'est appliqué, a paradoxalement accru le niveau de cet avantage puisque ni le taux d'abattement ni le plafonnement n'ont été modifié en contrepartie.

Dans la perspective de la recherche de financement de la branche autonomie, un ajustement de cet abattement pourrait être proposé. Si l'ajustement du taux d'abattement concernerait tous les salariés au premier euro de rémunérations, il pourrait être proposé de revoir le plafonnement pour éviter que l'abattement n'avantage trop les plus hautes rémunérations. Cette mesure s'inscrirait en cohérence avec la proposition de plafonner les exonérations de cotisations patronales, en les ciblant sur les salaires les plus proches du SMIC.

Il pourrait ainsi être proposé de limiter à 1 PASS le bénéfice de cet abattement[19], ce qui conduirait à restreindre l'avantage pour les actifs rémunérés au-delà de 41 136 € bruts annuels. L'abattement serait ainsi plafonné à 70 € annuels pour les salariés rémunérés au-delà d'1 PASS, conduisant ainsi réduire les salaires nets versés pour ces actifs. La perte serait au maximum de 209 €, ce qui représente au maximum 0,13 % de diminution du salaire net.

Enfin, compte tenu de la répartition des salaires chez les actifs, la mesure ne toucherait pas aux salaires inférieurs à 3 428 € bruts par mois, ce qui représente de l'ordre de 87 % des salariés en France. Seules les plus hautes rémunérations seraient donc visées par cet effort. Le gain du plafonnement de cet abattement serait de 150 M€ dont 180 M€ au titre de la CSG, 10 M€ au titre de la CRDS et compte tenu d'un effet retour de 40 M€ sur l'impôt sur le revenu.

Graphique 10 : Proposition de plafonnement de l'abattement de CSG-CRDS



Source : Mission.

Si cette mesure était proposée, elle ferait toutefois peser le financement de la branche autonomie sur les actifs en emploi et ne s'inscrirait pas en parfaite cohérence avec les mesures prises par le gouvernement pour réduire la pression fiscale et sociale sur les revenus du travail, notamment à l'occasion de la bascule CSG-cotisations qui a eu un impact positif sur tous les salaires jusqu'à 4 PASS (la cotisation chômage supprimée s'appliquait dans la limite de 4 PASS).

Enfin sur le plan juridique, si une suppression totale de l'abattement n'apparaît pas compatible avec le principe d'égalité devant les charges publiques, le fait de fixer un plafond inférieur à celui existant nécessitera des justifications. Le juge constitutionnel[20] a déjà admis la baisse du niveau de l'abattement dès lors que celle-ci était justifiable au regard des évolutions liées à la prise en charges des frais professionnels.

[19] La référence au PASS serait cohérente avec le dispositif actuel : 1 PASS correspond en 2020 à 2,2 SMIC ce qui est proche du plafonnement proposé en matière de niches sociales en faveur des employeurs.

[20] Décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 (considérant 51).

Tableau 27 : Plafonnement à 1 PASS de l'abattement de 1,75 % sur la CSG-CRDS

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	=	+	+	+	+	=	-
Commentaires	Justifier la rationalisation d'un abattement pour frais professionnels	Barème d'exonération ajustable	Rendement proportionné aux salaires concernés	Impact sur les actifs les mieux rémunérés	Mesure qui ne touche pas les bas salaires	Effet limité compte tenu du ciblage	Mesure qui tempère les efforts de gain de pouvoir d'achat

Source : Mission.

2.5.4. Alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs

2.5.4.1. Constats

L'article 8 de la LFSS pour 2018 a porté le taux normal de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité à 8,3 % mais a maintenu le différentiel de 0,9 point avec le taux de la CSG activité. Ce taux de CSG est applicable en fonction d'un seuil de revenu fiscal de référence : les bénéficiaires de retraite ou d'invalidité sont, selon leur RFR, exonérés de CSG ou se voient appliquer un taux réduit (3,8 %). La hausse de CSG n'a concerné que les pensionnés dont le revenu fiscal de référence (RFR) était au moins égal à 14 404€ pour la première part. N'ont donc pas supporté cette hausse les 40 % des retraités ayant les revenus les plus faibles.

L'article 3 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales a rétabli le taux de CSG applicable antérieurement au 1er janvier 2018, soit le taux de 6,6 %, pour les personnes dont le montant de pension (pour un retraité seul et sans autre revenu) est inférieur à 2 000€ nets en 2019. Cette mesure a permis que près de la moitié des personnes qui avaient supporté la hausse de CSG de 1,7 point en 2018 en soient exonérées à partir du 1er janvier 2019. L'introduction du taux intermédiaire a eu un coût de 1 462 M€ sur les retraites et de 33 M€ sur l'invalidité en 2019. Près de la moitié des personnes qui ont supporté la hausse de CSG de 1,7 point en ont été exonérées. Le nombre de foyers fiscaux bénéficiaires de la mesure est d'environ 3,8 millions (soit 5,0 millions de retraités), ce qui représente 28 % des foyers fiscaux avec au moins un retraité.

Désormais, le barème d'application des prélèvements sur les retraites et l'invalidité comprend quatre étages selon le niveau de revenu fiscal de référence du ménage (cf. tableau 29) L'article 14 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a introduit un dispositif de lissage de l'effet de seuils qui consiste à ce qu'un redevable exonéré ou assujetti au taux de 3,8 % ne sera assujetti l'année suivante à un taux supérieur à 3,8 % que si ses revenus excèdent au titre de deux années consécutives le plafond d'assujettissement au taux réduit. Ce lissage a eu un coût de 240 M€ en 2019.

Compte tenu de ces évolutions, la CSG sur les revenus de remplacement est désormais assise à 91 % sur les pensions versées par les régimes d'assurance vieillesse et à 9 % sur les prestations d'invalidité, d'assurance chômage et de pré-retraite. Le rendement de la CSG remplacement a augmenté de 4,8 Md€ entre 2017 et 2018, avant de baisser de 1,0 Md€ en 2019. La CSG sur les retraites et l'invalidité génère respectivement 20 799 M€ et 414 M€ de recettes en 2019.

Tableau 28 : Rendement de la CSG remplacement (en milliers d'euros)

Recettes	2017	2018	2019
CSG remplacement	19 100	23 927	22 836

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Tableau 29 : Barème de prélèvements des pensions de retraite et d'invalidité

RFR N-2 (pour une part fiscale)	Cotisations et contributions sociales
Jusqu'à 11 305 €	Aucun prélèvement
Entre 11 306 € et 14 780 €	CSG au taux réduit de 3,8% CRDS au taux de 0,5%
Entre 14 781 € et 22 940 €	CSG au taux de 6,6 % (retraite / invalidité) CRDS au taux de 0,5% CASA au taux de 0,3 % Cotisation maladie de 1% (avantages de retraite complémentaire et supplémentaire)
22 941 € et plus	CSG au taux de 8,3 % (retraite / invalidité) CRDS au taux de 0,5% CASA au taux de 0,3 % Cotisation maladie de 1% (avantages de retraite complémentaire et supplémentaire)

Source : Barème issu des dispositions du code la sécurité sociale.

2.5.4.2. Propositions

Le taux normal de CSG des retraités à revenus identiques est inférieur à celui des actifs alors même que la logique de la CSG est de taxer de façon identique les revenus d'un même montant, quelle qu'en soit l'origine. Afin d'apporter des financements supplémentaires aux besoins en matière d'autonomie et dans la logique de la création d'une branche au sein de la sécurité sociale, il est possible, en équité, d'examiner une réduction ou une annulation de cet écart de taux de CSG entre les actifs et les retraités.

Cette mesure, qui a été régulièrement proposée depuis plusieurs années, rétablirait une forme d'équité dans un prélèvement universel et de solidarité. Ciblée sur le taux normal, elle ferait contribuer les retraités ayant les pensions les plus élevées (au-delà de 22 941 € de revenu fiscal de référence) afin de financer les besoins en matière d'autonomie.

Une telle mesure s'inscrirait dans un environnement où, malgré la hausse de CSG intervenue en 2018, le niveau de vie des retraités reste en moyenne plus élevé que celui de l'ensemble de la population. Avec le contexte de crise sanitaire et de chute du revenu moyen par tête, les pensions de retraite qui restent indexées sur l'inflation, seront maintenues à leurs niveaux.

Ainsi, lors d'une séance plénière du 11 juin 2020, le conseil d'orientation des retraites (COR) analyse que la rémunération moyenne nette des actifs baisserait de 5,3 % entre 2019 et 2020 alors que la pension moyenne nette serait quant à elle en hausse de 1,2 % sur la période. Si les prévisions pour 2020 sont encore fragiles, il apparait donc que le niveau de vie des retraités, protégé des conséquences de la crise, relativement à celui de l'ensemble de la population, serait en hausse, passant de 105 % en 2019 à 110 % en 2020.

Si l'on fait l'hypothèse que les taux réduit et intermédiaire resteraient inchangés, respectivement à 3,8 % et 6,6 %, l'alignement de la CSG sur le taux normal viserait ainsi les foyers fiscaux retraités concernés par le taux de 8,3 %, dont le revenu fiscal de référence (RFR) est supérieur à 22 941 €. D'après les études d'impact conduites sur les réformes précédentes en matière, la part des foyers fiscaux retraités concernés par ce taux serait de l'ordre de 29 %.

L'alignement du taux de CSG retraités sur celui de l'activité conduirait à une hausse de 0,9 point du taux de CSG déductible de de l'impôt sur le revenu (6,8 % contre 5,9 % auparavant). Le gain de CSG est estimé à 1,6 Md€ et en retour la perte sur l'impôt sur le revenu du fait de l'augmentation de la CSG déductible serait de 0,3 Md€. Le gain net serait ainsi de 1,3 Md€.

Cette mesure conduirait de nouveau à rehausser le taux de CSG pour les retraités après celle de 2018 et poserait une question d'acceptabilité politique, malgré les éléments rappelés ci-dessus sur leur niveau de vie relatif. Elle aurait un impact net pour les retraités dont le montant de pension (pour un retraité seul et sans autre revenu) est supérieur à 2 000 € nets[21]. Cela représenterait pour ces personnes une perte relative de 18 € par mois à toutefois nuancer des revalorisations annuelles de leurs pensions.

Pour réduire les effets de la mesure, il pourrait être proposé plusieurs ajustements :

- une montée en charge progressive de cette mesure sur plusieurs années (par exemple en trois années à raison de 0,3 points par an permettant d'éviter une baisse des pensions puisqu'elles seraient parallèlement revalorisées chaque année sur l'inflation. Les prévisions d'inflation pour 2021 et 2022 sont respectivement de 1,3 % et 1,4 %, si bien que la hausse de CSG n'emporterait pas de baisse de la valeur nominale des pensions ;
- une suppression de la cotisation d'assurance maladie de 1 % applicable sur les retraites complémentaires. Cette cotisation dont le rendement est de 850 M€ est applicable aux retraités dont les pensions sont assujetties au taux de CSG de 6,6 % et de 8,3 %. La suppression de ce prélèvement en parallèle de l'alignement du taux de CSG conduirait à faire des gagnants parmi les retraités dont la pension est assujettie au taux de 6,6 % (sauf à rehausser ce taux intermédiaire à due concurrence pour neutraliser les gains, ce qui représenterait le maintien d'un effort de l'ordre de 170 M€) et exigerait un effort moindre pour ceux dont la pension est assujettie au taux de 8,3 % et qui aurait vocation à passer à 9,2 %. En revanche, cette mesure ne concernerait pas les bénéficiaires de pensions d'invalidité et n'affecterait pas les titulaires de pension de retraite de façon identique dans la mesure où la part de la retraite complémentaire ou supplémentaire peut varier, notamment selon le régime. En effet, les fonctionnaires seraient davantage perdants dans la mesure où ils ne perçoivent pas de retraite complémentaire et ne sont donc pas aujourd'hui assujettis à cette cotisation de 1 %. La suppression de la cotisation de 1 % réduirait le gain (net de l'effet retour sur l'impôt sur le revenu) de 690 M€. La mesure aurait un gain net pour les finances publiques de 610 M€ (ou 780 M€ en cas de neutralisation de la suppression de la cotisation de 1 % pour le taux intermédiaire) ;
- l'intégration de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonome (CASA) dans l'objectif d'alignement du taux de CSG sur le taux normal. Il conviendrait de considérer que les 0,3 % de CASA dont sont redevables les retraités dont les pensions sont assujetties au taux de CSG de 6,6 % et de 8,3 % soient transformées en 0,3 % de CSG. L'effort à réaliser pour parvenir à l'alignement de la CSG pour les retraités serait ainsi limité. Ce schéma pourrait être couplé avec la suppression de la cotisation de 1 % maladie sur les retraites complémentaires à condition de compenser les gains de cette suppression pour les retraités assujettis à 6,6 %. Au global, dans ce scénario, la CSG à 6,6 % passerait à 7,1 % et celles à 8,3 % serait aligné sur le taux de la CSG activité à 9,2 % (gains de 1,7 Md€) et en contrepartie, la CASA (0,77 Md€) et la cotisation de 1 % (0,69 Md€) seraient supprimées. Le gain net serait donc de 240 M€.

[21] Le critère n'est pas le niveau de pension mais reste celui du RFR du ménage.

Encadré 3 : Cas-type

Dans l'hypothèse où la CSG à 8,3 % passerait à 9,2 % : pour un retraité assujetti au taux de 8,3 % ayant une pension brute totale de 2 500 €/mois et en prenant l'hypothèse que la pension complémentaire représente 23 % de cette pension totale, l'augmentation des prélèvements sociaux serait de 22,5 €/mois en cas d'augmentation de la CSG de 0,90 point et de 16,75 €/mois si cette hausse est couplée à la suppression de la cotisation maladie.

Tableau 30 : Effet de l'alignement de CSG sur un retraité avec 2 500 euros de pensions

Pension brute	Prélèvements sociaux avant	Prélèvement sociaux après	Avec suppression de la cotisation maladie
2 500	233,25	255,75	250,00

Source : Direction de la sécurité sociale.

Dans l'hypothèse où la CSG à 8,3 % passerait à 9,2 % en intégrant la CASA dans cet alignement : Pour un retraité assujetti au taux de 8,3 % ayant une pension brute totale de 2 500 €/mois et en prenant l'hypothèse que la pension complémentaire représente 23 % de cette pension totale, l'augmentation des prélèvements sociaux serait de 15 €/mois et de 9,25 €/mois si cette hausse est couplée à la suppression de la cotisation maladie.

Tableau 31 : Effet de l'alignement de CSG sur un retraité avec 2 500 euros de pensions

Pension brute	Prélèvements sociaux avant	Prélèvement sociaux après	Avec suppression de la cotisation maladie
2 500	233,25	248,25	242,50

Source : Direction de la sécurité sociale.

Une option alternative pourrait être proposée si l'alignement du taux de CSG pour les retraités dont le montant de pension est supérieur à 2 000 € nets[22] était considéré comme une charge trop lourde. Il s'agirait de créer une nouvelle tranche de CSG aux taux de 9,2 % visant des niveaux de vie plus élevés.

Par exemple, selon le calibrage souhaité, une tranche dont le seuil d'assujettissement serait fixé à un RFR égal ou supérieur à 30 000 € pour une part, générait un gain de l'ordre de 730 M€. Si ce seuil était fixé à 40 000 €, le gain serait de l'ordre de 550 M€.

Tableau 32 : Alignement de la CSG entre actifs et retraités

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	+	-	+	+	+	=	-
Commentaires	Ajustement en LFSS	Difficulté possible sur les systèmes d'information de certaines caisses de retraite	Rendement proportionné aux niveaux de pensions	Impact sur les retraités ayant les pensions les plus élevées	Mesure qui vise l'équité en matière de CSG	Effet limité sur des retraités dont le niveau de vie est supérieur	Des efforts ont déjà été demandés ces dernières années aux retraités

Source : Mission.

[22] Le critère n'est pas le niveau de pension mais reste celui du RFR du ménage.

2.5.5. Réduction de l'abattement de 10 % pour le calcul de l'impôt sur le revenu des retraités et interaction avec la CSG

2.5.5.1. Constats

Conformément aux deuxième et troisième alinéas du 5.a. de l'article 158 du code général des impôts, les pensions et retraites font l'objet d'un abattement de 10 % pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Cet abattement ne peut être inférieur à 393 €, sans pouvoir excéder le montant des pensions ou des retraites et il s'applique dans la limite d'un plafond de 3 850 €. D'après le tome 2 des voies et moyens, l'abattement bénéfice à 14,5 millions de ménages pour un coût total de 4 515 M€ pour l'année 2019.

Cet abattement s'applique sur les pensions de retraite, les pensions d'invalidité, mais aussi d'autres revenus servis sous forme de pensions (allocations veuvage ou allocations versées par des régimes de prévoyance ou des régimes complémentaires obligatoires et aux prestations servies sous forme de rente), ainsi qu'aux pensions alimentaires.

L'existence d'un tel abattement de 10 % a fait l'objet de nombreuses critiques au regard de sa justification en équité vis-à-vis des actifs. En effet, cet abattement fait le parallèle avec la déduction forfaitaire prévue au 3° de l'article 83 du code général des impôts et qui prévoit un abattement de 10 % pour les salariés représentatif des frais professionnels, dès lors qu'ils n'ont pas opté pour la justification sur frais réels. Selon le bulletin officiel des finances publiques, la déduction forfaitaire de 10 % est représentative « *de tous les frais qui se rapportent normalement à l'exercice de l'activité ou de la fonction pour laquelle le salarié est rémunéré (frais de déplacement, frais de restauration sur le lieu de travail et de documentation personnelle et de mise à jour des connaissances nécessités par l'activité professionnelle)* ». Or, le parallèle entre ces deux abattements ne peut se justifier, dans la mesure où les retraités n'ont plus à supporter des frais professionnels de ce type.

Cette situation a été particulièrement critiquée par la Cour des Comptes. Dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2011, la Cour a ainsi estimé que « *l'abattement de 10 % sur les pensions, qui n'a guère de justifications et réduit la progressivité de l'impôt sur le revenu des retraités, devrait être réexaminé* ».

L'avantage accordé par l'abattement de 10 % sur les pensions de retraites a non seulement des effets sur l'impôt sur le revenu mais aussi sur d'autres avantages fiscaux ou sociaux dont le bénéfice ou le montant dépendent du caractère imposable des personnes ou du niveau du revenu fiscal de référence. C'est notamment le cas du bénéfice de certaines prestations comme l'APA. Plus fondamentalement, cela peut également jouer sur le taux de CSG applicable aux pensions des assujetties compte tenu du fait que le RFR détermine le taux de CSG applicable, lui-même contenant une part variable de CSG déductible, ce qui modifier également le RFR

À cet égard, l'articulation entre l'impôt sur le revenu et la CSG pose des difficultés de cohérence puisque par son effet sur le RFR, la différence actuelle de déductibilité selon le taux de CSG applicable, peut conduire pour certains niveaux de revenus – y compris constants – à une itération entre deux taux d'assujettissement. En effet, en cas de franchissement de seuil, si le revenu a augmenté dans une proportion inférieure au niveau de CSG déductible supplémentaire dont l'assuré est redevable au titre d'une année N, la baisse du RFR de cette année peut entraîner un passage au taux réduit en N+2. L'application de ce taux réduit en N+2 tendra à augmenter le RFR N+2, et ainsi à faire repasser le pensionné au taux plein en N+4.

Tableau 33 : Taux de CSG par type de revenus

Type de revenus	Taux	Part non déductible	Part déductible	Seuil d'assujettissement (pour une part en métropole)
Activité	9,2 %	2,4 %	6,8%	
Retraite - Invalidité	0	-	-	
	3,8 %	0	3,8 %	11 307 €
	6,6 %	2,4 %	4,2 %	14 782 €
	8,3 %	2,4 %	5,9 %	22 941 €
Chômage	0			
	3,8 %	0	3,8 %	11 307 €
	6,2 %	2,4 %	3,8 %	14 782 €
Indemnités journalières	6,2 %	2,4 %	3,8 %	

Source : Code de la sécurité sociale.

2.5.5.2. Propositions

La mise à contribution des retraités pourrait être envisagée, à travers l'abaissement progressif du plafond de l'abattement fiscal de 10 % sur les pensions et rentes. L'impact actuel serait d'environ 4,5 Md€ en cas de suppression totale. Toutefois, du fait de la réforme du barème de l'IR en 2020, cet impact devrait être un peu moindre, avec 4,2Md€.

Une autre option serait de cibler la mesure en réduisant de moitié du plafond de cet abattement (qui passerait alors de 3 850 € par foyer à 1 925 €), qui génère une hausse d'impôt sur le revenu de l'ordre de 1,5 Md€.

Enfin, s'agissant de l'articulation entre la CSG sur l'impôt sur le revenu, une option consisterait à appliquer le même niveau de CSG déductible (3,8 points) pour tous les taux de CSG remplacement[23]. Cela conduirait à augmenter l'imposition des seuls redevables de la CSG au taux de 6,6 % et 8,3 % et aurait pour effet d'augmenter la non-déductibilité respectivement de 0,4 point et de 2,1 points. L'augmentation de la non déductibilité serait neutre dès lors que la pension brute est inférieure à 1 700 € par mois (pour une personne seule ayant pour unique revenu une pension de retraite) et impliquerait une augmentation de l'imposition de 20 € en moyenne jusqu' à 2 300€/mois de pension, pour un gain estimé de l'ordre de 800 M€.

Tableau 34 : Taux de CSG avant et après

Taux de CSG	3,8 %	6,6 %	8,3 %
CSG non déductible avant	0%	2,4 %	2,4 %
CSG non déductible après	0%	2,8 %	4,5 %
CSG déductible avant	3,8 %	4,2 %	5,9%
CSG déductible après	**3,8 %**	**3,8 %**	**3,8 %**

Source : Direction de la sécurité sociale.

[23] La part de CSG non déductible deviendrait toutefois supérieure à celle des pour les revenus d'activité.

Tableau 35 : Hausse de l'impôt sur le revenu des retraités

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	+	+	+	-	=	=	-
Commentaires	Pas d'enjeu d'équité avec les salariés	Aucune difficulté opérationnelle	Rendement paramétrable	Impact important sur les contribuables avec effet retour sur les prestations	Mesure qui transige avec l'application uniforme de l'abattement de 10 %	Effet de réduction du pouvoir d'achat des retraités	Acceptabilité limitée Mesure ambivalente en matière d'équité

Source : Mission.

2.5.6. Extension de l'assiette de la CSA et/ou de la CASA

2.5.6.1. Constats

L'article L.14-10-4 du code de l'action sociale et des familles fixe l'acquittement d'une contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution présente la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations.

Ainsi, la contribution de solidarité pour l'autonomie de 0,3 % dont l'assiette est alignée sur les cotisations patronales, ne s'applique pas à certains éléments de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité. Il existe en effet un écart entre l'assiette des cotisations prévue à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et l'assiette de la CSG prévue à l'article L. 136-2.

Sont notamment incluses dans l'assiette de la CSG mais exclues de l'assiette des cotisations sociales, les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement, de la participation, et de la participation de l'employeur aux plan d'épargne et au financement des prestations de protection sociale complémentaire. Ces sommes sont en effet assujetties à un forfait social au taux de droit commun de 20 % (par dérogation, des taux de 8 %,10 % et 16 % peuvent trouver à s'appliquer). D'autres assiettes (retraite chapeau, attribution gratuite d'action et stock-option) présentent des prélèvements spécifiques à la charge de l'employeur.

Enfin, la CSA fait souvent partie des prélèvements qui font l'objet d'exonération dans le cadre des nombreux dispositifs de niches sociales. C'est notamment le cas depuis la LFRSS pour 2014 dans le cadre de la réduction générale de cotisations et contributions sociales (allègements généraux). Les moindres recettes associées à la prise en compte de la CSA dans le calcul des exonérations sociales est chiffré à 285 Md€ dans l'annexe 5 du PLFSS pour 2020.

L'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles prévoit une contribution additionnelle (CASA) de 0,3 % sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite, dès lors que le bénéficiaire des avantages de retraite et d'invalidité est redevable de la CSG au taux de 6,6 % (seuil de revenu fiscal de référence de 14 782 € en 2020). Sont exonérées de la CASA les prestations de retraite versées sous forme de rente ou de capital, issues d'un plan d'épargne retraite mentionné à l'article L. 224-1 du code monétaire et financier lorsque ces prestations correspondent à des versements volontaires. En outre, la CASA ne s'applique par sur les autres revenus de remplacement (IJ maladie, chômage).

Enfin depuis 2004, la CSA était également applicable aux revenus de patrimoine et de placements. Toutefois, la LFSS pour 2019 a refondu cette contribution dans le prélèvement de solidarité prévu par l'article 235 ter du code général des impôts notamment pour permettre que les personnes qui ne résident pas fiscalement en France mais perçoivent des revenus de source française y soient assujetties[24]Dans le cadre de cette réforme, les prélèvements sociaux sur les revenus du capital, à l'exception de la CRDS et de la CSG, ont été réaffectés à l'État et ont été simplifiés. Le taux de CSG a été aligné sur celui des revenus d'activité, la CSA a été supprimée et un nouveau prélèvement de solidarité taux de 7,5 % a été créé et affecté au budget de l'État.

2.5.6.2. Propositions

Lors de la création de la CSA, son assiette était réduite aux revenus d'activité des salariés dans la mesure où elle était le pendant de la journée de la solidarité. En étendant la CSA aux revenus de remplacement, le législateur a rapproché cette contribution de la CSG ou de la CRDS qui ont pour caractéristique d'être assises sur une assiette universelle au sens où l'ensemble des revenus contribuent au financement de la protection sociale. Or, la création d'une branche autonomie pose la question d'un financement par tous les actifs avec une plus grande acuité.

En conséquence, par équité avec les salariés, l'extension d'une contribution de solidarité aux revenus d'activité des travailleurs indépendants (qui bénéficient des prestations comme l'APA) pourrait être proposée, dans le souci de parvenir à un financement fondamentalement universel de l'autonomie. À l'instar des salariés, la CSA pourrait être assise sur l'assiette de la cotisation maladie-maternité des travailleurs indépendants, c'est-à-dire sur les revenus professionnels. L'application d'un taux unique de 0,3 %, identique au taux applicable aux salariés entrainerait un gain de l'ordre de 250 M€. Pour tenir compte de l'impact de la crise sanitaire sur les revenus des indépendants, cette mesure pourrait être progressive sur 3 ans.

Pour renforcer l'acceptabilité de la mesure, il serait également possible de faire varier le taux de CSA en fonction du revenu des travailleurs non-salariés. Cette contribution se rapprocherait alors davantage d'une cotisation sociale, notamment de la cotisation maladie, qui s'applique avec des taux réduits pour les plus bas salaires et avec un taux progressif pour les travailleurs indépendants. Le fait d'exonérer ou de réduire le montant de contribution pour les indépendants à faibles revenus serait cohérent avec le fait de l'inclusion de la CSA, s'agissant des salariés, dans la réduction dégressive de cotisations sociales. En conséquence, il pourrait ainsi être envisagé de n'assujettir à la CSA que les travailleurs indépendants redevables du taux plein de la cotisation maladie, c'est-à-dire ceux ayant un revenu égal ou supérieur à 110 % du PASS (45 250 €). Le rendement de l'extension serait dès lors moindre, de l'ordre de 160 M€.

Une option, plus ambitieuse, constituerait à asseoir la CSA sur la même assiette de revenus d'activité que la CSG et la CRDS. En effet, l'assiette de la CSA exclut certains compléments de salaire assujettis à la CSG et la CRDS. Dans une logique d'universalité, il pourrait donc être logique que l'assiette de la contribution inclue désormais l'épargne salariale, des contributions des employeurs à la protection sociale complémentaire des salariés, les stock-options ainsi que des indemnités de rupture du contrat de travail. Cela revient, pour une grande partie, à utiliser l'assiette du forfait social pour y fixer un prélèvement de CSA.

[24] Pour être redevable de la CSA sur les revenus du patrimoine et de placement, il fallait que le redevable soit résident fiscal français et affilié à un régime français de sécurité sociale. Cette règle vaut également pour la CASA sur les revenus de remplacement et de manière générale pour la CSG et la CRDS sur les revenus d'activité et de remplacement

Le développement ces dernières années de ces formes de rémunération alternative et leur importance grandissante dans la rémunération des salariés justifient leur assujettissement à la CSA dans le cadre d'un financement global de la perte d'autonomie. Néanmoins cet assujettissement pourrait aller à l'encontre des réformes récentes sur l'épargne salariale qui ont pour but d'alléger le forfait social dû sur ces sommes afin d'en inciter le recours. La LFSS pour 2019 a en effet supprimé le forfait social sur l'intéressement dans les entreprises de moins de 250 salariés et sur l'épargne salariale en général dans les entreprises de moins de 50 salariés. Cet argument est toutefois à relativiser au regard de la faiblesse du prélèvement que représenterait la CSA. Une extension de l'assiette de la CSA sur ces compléments de salaires (uniquement pour les salariés), générerait un gain d'environ 240 M€.

Toutefois, cette option pourrait soulever deux conditions pour son application :

- d'une part, elle pose la question de l'inclusion de la CSA dans le calcul des allègements généraux Un élargissement de l'assiette de la CSA à celle de la CSG pourrait rendre nécessaire de retirer cette contribution du périmètre des allègements généraux, dont le calcul deviendrait très complexe s'il est basé sur deux assiettes distinctes. Une telle remise en cause générerait un gain de 260 M€ et aurait un impact sur le coût du travail. Des mécanismes spécifiques pourraient être toutefois recherchés pour éviter cet effet ;
- d'autre part, si la CSA est calculée sur l'assiette de CSG, elle pourrait impliquer par parallélisme d'asseoir également la CSA des travailleurs indépendants sur l'assiette de CSG, dont l'assiette est plus large (la CSG est calculé sur l'assiette des cotisations sociales majorée du montant des cotisations dues). Cette extension de la CSA sur cette assiette permettrait un gain de l'ordre de 360 M€, au lieu de 250 M€ sur l'assiette des cotisations.

Enfin, s'agissant de la CASA, l'absence d'assujettissement à cette contribution pour certains revenus de remplacement (bénéficiaires des indemnités journalières ou des allocations chômage notamment) remet en cause la logique d'universalité qui s'applique à cette contribution. Une extension de la CASA à ces revenus généreraient un rendement de 100 M€.

Tableau 36 : Extension de l'assiette de CSA

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	+	+	+	+	+	=	=
Commentaires	Il existe déjà des assiettes définies juridiquement	Aucune difficulté opérationnelle	Rendement proportionné et ajustable	Impact limité compte tenu de faible taux	Mesure qui vise l'universalité de l'assiette	Effet limité car faible impact	Hausse des prélèvements sur les revenus d'activité ou les allocations chômage

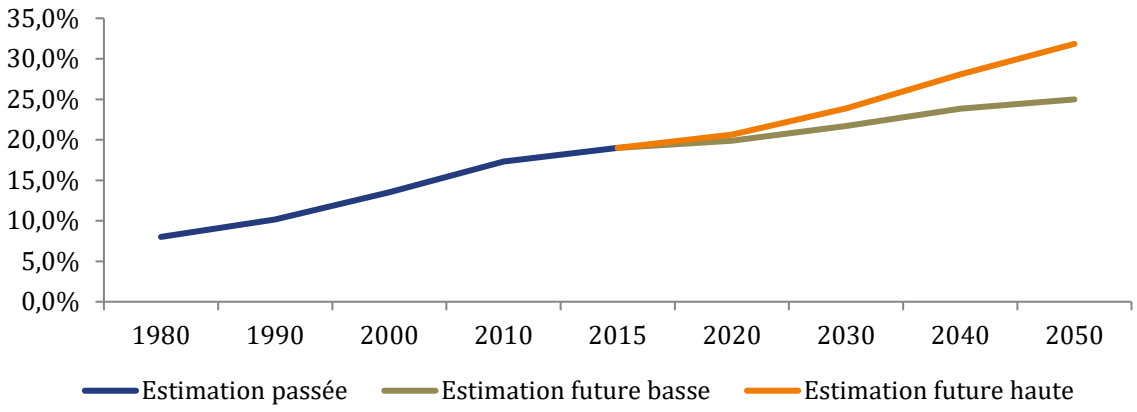
Source : Mission.

2.5.7. Instauration d'un prélèvement sur les transmissions de patrimoine

2.5.7.1. Constats

Selon une note d'analyse de France Stratégie en 2017[25], entre 1980 et 2015, le patrimoine net des français a été multiplié par trois, passant de 3 500 à 10 600 Md€, et il représente 8 années de revenu disponible des ménages, contre 4,5 années en 1980. Cette augmentation du patrimoine s'est accompagnée d'un accroissement des inégalités et d'une concentration accrue de la richesse vers les ménages les plus aisés. Ainsi, en France, les 10 % des ménages les plus fortunés possèdent la moitié du patrimoine alors qu'ils ne concentrent que 25 % des revenus.

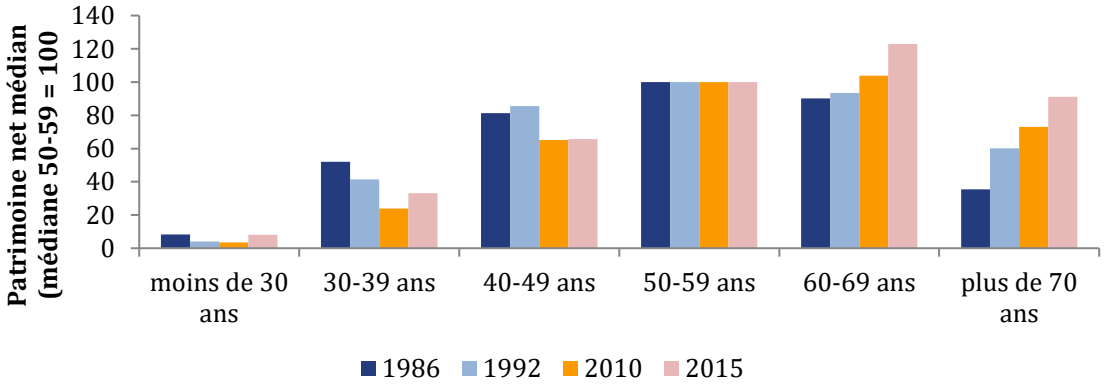
Graphique 11 : Successions et donations en % des revenus disponibles (1980-2015 et projections)



Source : France Stratégie, 2017.

Le vieillissement de la population conjugué à l'augmentation des prix de l'immobilier ont conduit à une augmentation annuelle du nombre et de la valeur des transmissions, pour un montant qui atteint 280 Md€ en 2019. Ces flux représentent 19 % du revenu disponible net des ménages, contre 8,5 % en 1980. L'augmentation de la valeur du patrimoine n'a pas été uniforme. En 1986, le patrimoine net médian des trentenaires était 45 % plus élevé que celui des plus de 70 ans, et en 2015, il est trois fois plus faible.

Graphique 12 : Patrimoine net médian par génération entre 1986 et 2015



Source : France Stratégie, 2017.

[25] « Peut-on éviter une société d'héritier ? », M. Clément Dherbécourt. France Stratégie, janvier 2017.

Cet accroissement de l'assiette de la transmission et de sa part dans les revenus disponibles des ménages ne s'est pas traduit de façon aussi satisfaisante sur le plan fiscal. Les transmissions sont taxées en moyenne à un taux de 5,5 %, par l'intermédiaire des droits de mutation à titre gratuit (DMTG) dont le rendement de 15,3 Md€ reste limité par rapport à l'assiette car seule une petite minorité des successions donne lieu à un prélèvement. En effet, sur les 280 Md€ d'assiette de transmission, seuls 55 Md€ représentent une part taxable.

Les successions et les donations font l'objet d'une fiscalité spécifique et complexe, selon un barème progressif qui fait intervenir de nombreux critères : les abattements d'assiette et de taux varient avec le degré de parenté entre l'individu décédé et son héritier. Le barème tient compte des donations du défunt reçues par l'héritier sur les quinze dernières années, et de la nature de certains actifs qui sont exonérés totalement ou partiellement de droits de succession.

Si la structure globale des DMTG a peu évolué, les évolutions notables intervenues ces dernières années ont concerné les ajustements suivants :

- d'abord, une augmentation du niveau des abattements en cas de succession ou donation en ligne directe est intervenue dans le cadre de la loi « TEPA » en 2007[26], qui est passé de 50 000 € à 150 000 € (succession et donations) ;
- puis, un abaissement de l'abattement pour les donations et successions en ligne directe à 100 000 € (loi de finances pour 2012). En outre, les taux des deux tranches supérieures du barème ont été relevés en 2012 passant de 30 % à 40 % et de 40 à 45 % ;
- enfin, un alignement progressif du barème des donations sur celui des successions : les exonérations ont progressivement disparu en 1999, puis en 2010).

Le barème actuel induit des incohérences :

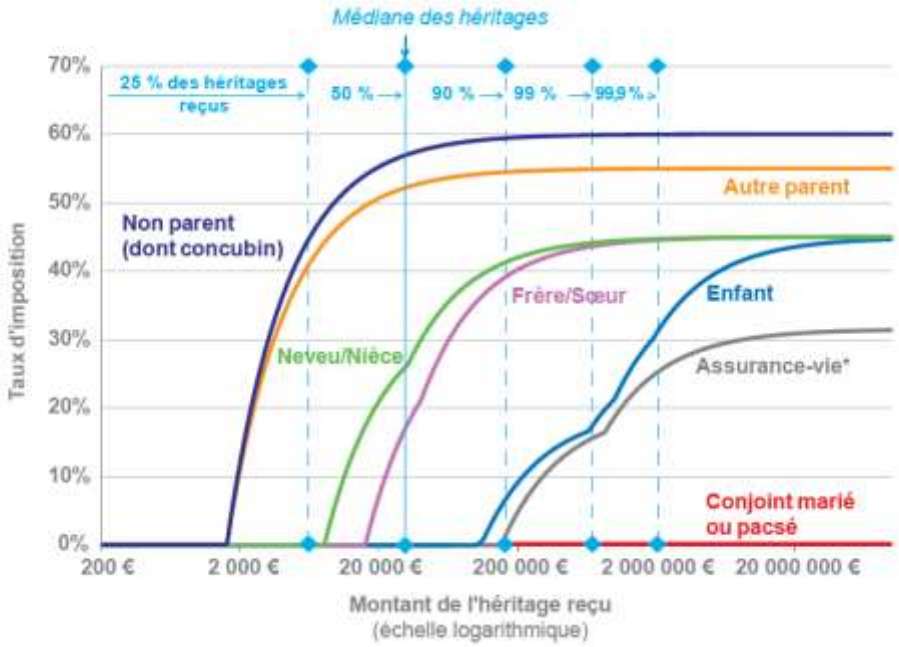
- en concentrant les prélèvements obligatoires sur les successions en ligne collatérale qui représentent, selon le Conseil des prélèvements obligatoires[27], 10 % des flux de transmissions du patrimoine mais 50 % du rendement des DMTG. Selon France Stratégie, le système actuel est dual : « *Il fait payer des taux très élevés aux individus sans enfant, du fait d'un abattement faible et de taux d'entrée élevés. À l'inverse, l'abattement élevé et le faible taux d'entrée aboutissent à une faible taxation en ligne directe* ». Cette logique n'est pas équitable, notamment lorsqu'elle conduit à taxer les faibles successions en ligne indirecte beaucoup plus que les successions plus élevées en ligne directe ;
- en ayant une progressivité relative de son barème : les successions ou donations en ligne collatérale ou entre non-parents ne comprennent qu'un ou deux taux variant selon le degré de parenté (35 % ou 45 % entre frères et sœurs, 55 % pour les parents jusqu'au 4ème degré inclus, 60 % pour les parents au-delà du 4ème degré). Le barème des DTMG en ligne directe admet sept tranches, avec toutefois des ampleurs très importantes pour certaines tranches (la tranche à 20 % concerne les transmissions dont la part taxable se situe entre 15 932 € et 552 324 €, la tranche à 30% celles dont la part taxable se situe entre 552 324 € et 902 838 €) et qui ne correspond pas au niveau des successions moyens[28].

[26] Article 8 de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

[27] Les prélèvements obligatoires sur le capital des ménages, CPO. janvier 2018.

[28] Il existe en réalité deux barèmes (transmission en ligne directe et transmission entre époux ou partenaires) qui ont les mêmes taux mais une légère variation dans la définition des tranches.

Graphique 13 : Barème d'imposition des donations et successions



Source : France Stratégie.

2.5.7.2. Propositions

Lors des débats sur le projet de loi relative à la dette sociale et à l'autonomie en commission sociale à l'Assemblée Nationale, un amendement (N° 52 de Mme Delphine Bagarry) a proposé d'instaurer une taxe de 1 % sur tous les actifs successoraux, ce qui rejoint une proposition de la CFDT. Alternativement, la base pourrait être celle des droits de mutation à titre gratuit pour ne pas impacter les petites successions. Cette éventualité a aussi été débattue dans le cadre de la concertation « Grand âge et autonomie » en visant les successions d'un montant important.

L'institution d'un nouveau prélèvement social sur les transmissions destinée au financement de la branche autonomie apparaît pertinente pour plusieurs raisons :

- un prélèvement sur cette assiette permettrait de poursuivre l'universalisation du financement de la sécurité sociale, alors que les successions ne font l'objet actuellement d'aucun prélèvement affecté à la sécurité sociale (pas de CSG-CRDS) ;
- il pourrait conduire à affecter à la nouvelle branche un financement dynamique, qui tient compte du vieillissement de la population et qui paraît cohérent avec l'objet même des dépenses à financer. En cela, il s'agirait de réaliser une forme de redistribution intra-générationnelle pour le financement de la dépendance, d'autant plus pertinent que l'âge moyen à l'héritage a beaucoup progressé, de 40 ans en 1960 à 50 ans aujourd'hui donc à un moment où les charges liées à l'éducation des enfants ou la constitution d'un patrimoine immobilier diminuent ;
- ce prélèvement n'alourdirait pas la fiscalité des successions les plus faibles dans la mesure où le prélèvement ne remettrait pas en cause les abattements et exonérations applicables en matière fiscale qui préservent les successions d'un moindre montant ;
- enfin, le contexte invite à identifier des sources de financement ne pesant pas sur le coût du travail ou les facteurs de production afin d'éviter notamment de freiner la reprise d'activité des entreprises.

Il pourrait donc être proposé d'instaurer un prélèvement social, à taux très faible, assis sur les transmissions de capital à titre gratuit (successions et donations) et qui s'appliquerait selon les mêmes modalités et sur la même assiette que les DMTG existants. S'appuyer sur l'assiette actuelle des DMTG permet de garantir une cohérence avec le système fiscal actuel, de préserver les faibles successions ou donations et de rendre la mesure facilement réalisable sur le plan opérationnel (recouvrement par la DGFIP).

Ce prélèvement pourrait être de 0,8 % ou de 1,0 % pour un rendement de 400 M€ ou 500 M€. Il pourrait être intégralement et directement affecté à la branche autonomie, ou alternativement être composé du panier de taxes suivant :

- de la CSA à hauteur de 0,3 %, dont le taux serait cohérent avec les autres contributions ;
- de la CRDS à un taux de 0,5 % et qui devra être reversée à la CADES mais dont le rendement pourrait être réaffecté au financement de la branche autonomie via le transfert d'une fraction de CSG de la CADES vers la nouvelle branche dès 2021 ;
- le cas échéant d'une CSG ou d'un prélèvement social au taux de 0,2 %.

Cette augmentation de la fiscalité aurait des effets limités in fine : les taux de progression les plus importants jouent sur des montants de faible niveau en valeur absolue et s'imputent sur des héritages et donations bénéficiant déjà des abattements les plus favorables. Ainsi, par exemple, dans l'hypothèse de l'héritage de 120 000 € pour un enfant en ligne directe, le prélèvement de 1 % supplémentaire s'élèverait à 200 €, soit une progression 0,2 % par rapport à l'héritage considéré dans sa globalité (120 000 €). Pour un neveu, les prélèvements augmenteraient de 700 €, ce qui représente une hausse de 1,82 % de la fiscalité.

D'autres mesures pourraient être proposées pour favoriser une plus grande équité dans le barème actuel des DMTG, même si la réaffectation à la sécurité sociale n'irait pas de soi. En particulier, il pourrait être proposé de la création d'une nouvelle tranche de 25 % pour des transmissions dont la part taxable se situerait entre 284 128€ et 552 324€

Le seuil de 284 128€ correspond au point médian entre le seuil d'entrée dans la quatrième tranche (15 932€), dont le taux est de 20 %, et la cinquième tranche (552 324€) dont le taux est de 30 %. Ce taux est intermédiaire entre le taux de la quatrième et de la cinquième tranche ; le gain de cette réforme serait alors de 200 M€. Cette mesure renforcerait l'équité du barème en sollicitant davantage les transmissions en ligne directe parmi les plus élevées.

Tableau 37 : Prélèvement sur les transmissions

	Faisabilité juridique	Faisabilité pratique	Rendement	Impact sur les assurés	Équité de la mesure	Impact économique	Acceptabilité politique
+ favorable - défavorable	+	+	+	+	+	+	=
Commentaires	Il existe déjà une assiette et des barèmes définis	Aucune difficulté opérationnelle si l'assiette est celle connue de la DGFIP	Rendement proportionné et ajustable. Assiette dynamique	Impact limité sur les héritiers compte tenu du faible taux	Mesure qui vise l'universalité et une forme de solidarité intra-générationnelle	Pas d'impact économique	Hausse de la fiscalité du patrimoine mais qui paraît peu conséquente sur la transmission

Source : Mission.

ANNEXE V

Méthode et résultats de la concertation

SOMMAIRE

1. RESULTATS DE LA CONCERTATION 1

1.1. Méthode de concertation 1

1.1.1. Rappel de la méthodologie 1

1.1.2. Liste des contributions transmises 2

1.2. Synthèse des positions des parties prenantes 3

1.2.1. Les parties prenantes se rejoignent sur l'ambition d'une 5ème branche au périmètre élargi 4

1.2.2. Si la gouvernance nationale actuelle n'est pas fondamentalement remise en question, les avis sont partagés sur l'amélioration de la gouvernance locale 5

1.2.3. Le principe d'un financement par la solidarité nationale est partagé 6

2. QUESTIONNAIRES TRANSMIS AUX PARTIES PRENANTES 8

2.1. Questionnaire n° 1 : périmètre et architecture de la branche autonomie 8

2.1.1. Quelle architecture de la branche autonomie ? 8

2.1.2. Quelle gouvernance de la branche ? 12

2.2. Questionnaire n° 2 : les mesures de financement du soutien à l'autonomie 14

2.2.1. Transferts de ressources 15

2.2.2. Financements personnels complémentaires 15

2.2.3. Mesures d'économies 17

2.2.4. Niches fiscales 18

2.2.5. Prélèvements obligatoires 18

3. LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 20

3.1. Ministres 20

3.2. Cabinets 20

3.2.1. Cabinet du Premier ministre 20

3.2.2. Cabinet du ministre des solidarités et de la santé 20

3.2.3. Cabinet du ministre de l'économie, des finances et de la relance 20

3.2.4. Cabinet du ministre délégué chargé des comptes publics 20

3.2.5. Cabinet de la ministre déléguée chargée de l'autonomie 20

3.2.6. Cabinet de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées 20

3.3. Administrations 21

3.3.1. Direction de la sécurité sociale (DSS) 21

3.3.2. Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) 21

3.3.3. Direction générale de l'offre de soins (DGOS) 21

3.3.4. Direction du budget (DB) 21

3.3.5. Direction générale du Trésor 21

3.3.6. Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP) 21

3.3.7. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales 21

3.3.8. Inspection générale des finances (IGF) 22

3.3.9. Inspection générale des affaires sociales (IGAS) 22

3.3.10. Conseil d'État 22

3.4. Opérateurs et organismes sociaux 22

3.4.1. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) 22

3.4.2. Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) 22

3.4.3. Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) *22*
3.4.4. Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) *23*
3.4.5. Mutualité sociale agricole (MSA) *23*
3.4.6. Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) *23*
3.4.7. Agence France Trésor (AFT) *23*
3.4.8. Fonds de réserves des retraites (FRR) *23*
3.4.9. Haut Conseil au financement de la protection sociale (HCFIPS) *23*
3.4.10. Haut Conseil de l'enfance, des familles et de l'âge (HCFEA) *23*
3.4.11. Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) *23*
3.4.12. Agences régionales de santé (ARS) *23*
3.5. Élus 24
3.5.1. Parlementaires *24*
3.5.2. Départements *24*
3.6. Partenaires sociaux 24
3.6.1. Organisations syndicales *24*
3.6.2. Représentants d'employeurs *24*
3.7. Associations et fédérations 25
3.8. Secteur de l'assurance et de la banque 26
3.9. Autres 26

1. Résultats de la concertation

1.1. Méthode de concertation

1.1.1. Rappel de la méthodologie

Par lettre de mission du 24 juin 2020, le ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'action et des comptes publics et la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées ont confié à M. Laurent Vachey, inspecteur général des finances, une mission visant à contribuer à la réflexion du Gouvernement sur la création d'une 5ème branche, « *en concertant avec les acteurs et en faisant des recommandations* ». La lettre de mission demandait spécifiquement qu'une concertation soit conduite avec les partenaires sociaux, les représentants des personnes et des acteurs du secteur du grand âge et du handicap, les collectivités territoriales et les financeurs privés (secteur des assurances notamment).

Pour répondre à cette demande, et compte tenu des contraintes fortes du calendrier et du contexte de crise sanitaire, la mission a procédé à une concertation directement tournée vers les parties prenantes et associant plusieurs canaux d'échanges :

- **deux questionnaires** ont été transmis aux parties prenantes à partir du 7 juillet 2020 visant à recueillir les positions des acteurs sous la forme de contributions écrites. Les questionnaires, reproduits au 2 de la présente annexe, ont été rédigés de manière à obtenir un retour de la part des parties prenantes qui soit essentiellement dirigé sur les questions posées à la mission :
  - un premier questionnaire a concerné le périmètre de la branche autonomie et la gouvernance nationale et locale souhaitée pour cette branche ;
  - un second questionnaire a concerné les différentes mesures de financement, en reprenant une liste des propositions qui avaient été faites à l'occasion des différents rapports ou études portant sur cette question.

Les contributions écrites ont été reçues dans le cours du mois de juillet et d'août. **En fin de mission, 38 contributions écrites avaient été transmises.** Celles-ci ont été analysées[1] afin de pouvoir en déduire sur chaque proposition les positions des différentes parties prenantes, tenant compte également des informations échangées lors des auditions.

- **des auditions** ont été réalisées par la mission avec l'ensemble des acteurs intéressés et/ou ayant sollicité un entretien. Les échanges ont d'abord été organisés par le biais des instances existantes concernées par la politique de soutien à l'autonomie, avec une présentation générale de la mission et des enjeux (CNSA, CNCPH, Conseil de l'âge du HCFEA notamment) :
  - trois séances de travail (17, 24 et 30 juillet) ont été organisées par la présidente de la CNSA au sein d'une « cellule d'urgence » associant une partie du conseil de la CNSA ;
  - une journée de concertation a été proposée aux partenaires sociaux et s'est tenue le 27 juillet sous forme de réunions bilatérales. Elle a permis de recueillir l'avis d'une majorité des organisations syndicales et des représentants des employeurs (CFDT, FO, CFE-CGC, FSU, CPME,), les autres organisations ayant privilégié la rédaction de contributions écrites (CFTC, CGT) ;

[1] La mission remercie les stagiaires de l'IGF pour leur appui à la cartographie des positions des acteurs.

- des rencontres spécifiques ont eu lieu avec les élus : d'une part les parlementaires dans le cadre de la préparation du PLFSS et d'autre part les conseils départementaux (essentiellement via l'assemblée des départements de France) ;
- au-delà, de multiples auditions se sont tenues avec les acteurs dans la sphère publique (directeurs d'ARS, conseils départementaux) ou des représentants du secteur (SYNERPA, NEXEM, UNIOPSS, FEHAP, APF France Handicap, etc.) ayant souhaité rencontrer la mission.

- **les travaux techniques** ont été séquencés en lien avec les principales administrations et organismes sociaux pour aborder les différentes problématiques de la mission et nourrir le rapport (périmètre, gouvernance, mesures de financement).
  - les administrations du ministère des solidarités et de la santé (DSS, DGCS) et du ministère de l'économie et des finances (DB, Trésor) ont été associées aux travaux. Trois réunions et des points hebdomadaires ont été organisés avec elles. La DGOS et la DREES ont également été associées plus ponctuellement ;
  - des échanges avec la CNSA et les caisses nationales de sécurité sociale ont également été organisés pour étudier les implications pour ces caisses de la création d'une 5ème branche du régime général de la sécurité sociale ;
  - des échanges ont eu lieu avec les auteurs des rapports précédents sur la politique de soutien à l'autonomie (et notamment M. Dominique Libault, M. Denis Piveteau, M. Bertrand Fragonard, ainsi que des inspecteurs de l'IGAS ayant contribué récemment à des rapports en lien avec la politique de l'autonomie).

1.1.2. Liste des contributions transmises

Les parties prenantes suivantes ont fait part de leurs contributions écrites dans le cadre de la concertation :

Organisations syndicales

- Confédération française démocratique du travail (CFDT) ;
- Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE-CGC) ;
- Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) ;
- Confédération générale du travail (CGT) ;
- Force Ouvrière (FO).

Représentants d'employeurs

- Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME) ;
- Union des entreprises de proximité (U2P) ;
- Fédération des services à la personne et de proximité (FEDESAP)
- Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) ;
- NEXEM (organisation professionnelle des employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire à but non lucratif).

Associations/représentants de personnes âgées ou organismes couvrant le secteur

- Fédération des associations des retraites de l'artisanat et du commerce de proximité (FENARAC) ;
- Fédération nationale des associations et amis de personnes âgées et de leurs familles (FNAPAEF) ;
- Fédération nationale des associations de retraités (FNAR) ;

- Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA).

Associations/représentants de personnes âgées et handicapées ou organismes couvrant le secteur

- Aide à domicile en milieu rural (ADMR) ;
- Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) ;
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP) ;
- Fédération française des associations d'infirmes moteurs cérébraux (FFAIMC) ;
- Fédération hospitalière de France (FHF) ;
- Union nationale des associations familiales (UNAF) ;
- Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA) ;
- Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS).

Conseils départementaux

- Assemblée des Départements de France (ADF) ;
- Association nationale des directeurs d'action sanitaire et sociale (ANDASS).

Associations / représentants de personnes handicapées ou organismes du secteur

- Autisme France ;
- APF France Handicap ;
- France Alzheimer ;
- Fédération nationale pour l'inclusion des personnes en situation de handicap sensoriel et DYS (FISAF) ;
- Fédération nationale des associations au service des élèves présentant une situation de handicap (FNASEPH) ;
- Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH).

Caisses et organismes sociaux

- Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) ;
- Caisse nationale de l'assurance vieillesse (CNAV) ;
- Mutualité sociale agricole (MSA).

Fédérations ou groupes du monde de l'assurance

- Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) ;
- Fédération française des assurances (FFA) ;
- Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) ;
- Groupe VYV.

1.2. Synthèse des positions des parties prenantes

Cette synthèse a été établie à partir des contributions écrites et des auditions. Les questions formulées par la mission dans les questionnaires n'ont pas toujours fait l'objet de réponses exhaustives, ou entrant dans le détail technique de l'application de positions de principe.

1.2.1. Les parties prenantes se rejoignent sur l'ambition d'une 5ème branche au périmètre élargi

L'ambition nécessaire d'une réforme en matière de soutien à l'autonomie fait l'unanimité parmi les parties prenantes concernées, la création d'une 5ème branche ou d'un 5ème risque étant perçue comme le levier permettant sa réalisation concrète. C'est principalement sous l'angle de l'universalité et de la correction des inégalités territoriales que la notion de branche de sécurité sociale prend son sens pour les acteurs.

En matière de périmètre, pour la grande majorité des acteurs, sans qu'ils se prononcent tous avec précision sur les financements à intégrer, la création de la 5ème branche ne peut se limiter à un transfert des seuls budgets actuellement gérés par la CNSA.

Sur l'articulation avec la branche maladie, les parties prenantes sont majoritairement en phase avec la séparation d'avec l'objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM) et à un transfert direct de recettes vers la branche autonomie. En revanche, les partenaires sociaux restent globalement tous attachés à la construction historique de la sécurité sociale et pour certains (CGT, FO par exemple), auraient préféré une articulation de la politique de l'autonomie au sein de la branche maladie.

En revanche, les avis sont partagés sur le maintien d'un découpage entre les enveloppes « personnages âgées » et « personnes handicapées ». Leur transfert en recettes et dépenses au sein de la nouvelle branche ne pose pas de difficultés pour les parties prenantes, mais les associations de personnes handicapées expriment en général le souhait de conserver des enveloppes séparées là où les associations de personnes âgées plaident pour la fusion des enveloppes. Si deux enveloppes étaient conservées, le HCFEA suggère de réfléchir à une fongibilité.

En matière de dépenses aujourd'hui affectées à la branche maladie, une forte majorité se dégage pour un transfert du financement des USLD (avec une réticence de la FHF et une nuance de la part de la CFDT au regard des constats imprécis sur la situation de ces structures et leur articulation avec l'hôpital). Les parties prenantes souhaitent également afficher dans la branche autonomie les interventions des infirmiers libéraux auprès des personnes en perte d'autonomie, qui pourraient ainsi rejoindre l'annexe au PLFSS en matière d'autonomie.

Les retours sont plutôt partagés sur l'intégration des dépenses liées à l'invalidité essentiellement du fait du caractère technique de ce transfert et des implications pour la branche maladie. L'absence de pilotage et les insuffisances du risque invalidité sont pointées (CFDT) tandis que l'articulation avec des notions connexes comme l'inaptitude ou l'incapacité et l'enjeu de la réforme des services de santé au travail invitent à une plus grande réflexion (CPME, FO).

L'intégration des prestations gérées et/ou financées par la branche famille relatives au handicap recueille une appréciation globalement favorable des acteurs du secteur. La mauvaise articulation entre l'AEEH et la PCH pose une question de fond et le rapprochement du pilotage de ces deux prestations au sein de la même branche peut constituer une étape préalable (APF France Handicap considérant toutefois opportun de conserver l'AEEH de base au sein des prestations familiales, et la FNASEPH proposant le transfert d'une partie des compléments d'AEEH dans la 5ème branche et la prise en charge des frais de rééducation par la branche maladie).

L'intégration de l'AAH dans la branche autonomie s'inscrit également dans la logique d'universalité de la branche, sans que le fait qu'il s'agisse d'un minima social ne soit considéré comme un obstacle. Celle-ci est soutenue par les acteurs (UNA, APF France Handicap, FHF, FENARAC) hormis quelques réticences : le Synerpa est opposé à son intégration dans la mesure où l'AAH ne fait pas partie de la politique de l'autonomie selon cette organisation, la FEHAP soulève le risque d' « enfermement » des personnes dans un unique statut .

S'agissant des dépenses de l'assurance vieillesse liées à la perte d'autonomie (et de l'action sociale des caisses en particulier), les acteurs présents dans la gouvernance de la CNAV (notamment les partenaires sociaux) sont défavorables à leur transfert. De manière générale, il est important pour eux de conserver des dispositifs d'action sociale ou de prévention dans les différentes caisses existantes.

Les autres dépenses du programme 157 liées au soutien à l'autonomie, en particulier l'aide au poste dans les ESAT, pourraient également rejoindre la nouvelle branche sans difficultés exprimées de la part des acteurs

Concernant les autres dépenses de l'État visant à intégrer les enjeux liés à l'autonomie dans des politiques publiques de droit commun, telles que l'enseignement, la mobilité, l'accès à l'emploi, des réserves sont émises. La nécessité de conserver une transversalité suppose que ces financements restent au cœur des programmes de l'État concernés. L'identification de ces dépenses au sein du PQE autonomie apparaît en revanche indispensable.

Pour ce qui est des dépenses de l'ANAH et d'Action Logement relatives à l'adaptation du logement, leur intégration à la 5ème branche est en revanche favorablement perçue par les acteurs, associations de personnes âgées et handicapées en particulier.

Enfin, la plupart des parties prenantes qui se sont exprimées sont favorables au fait que les dépenses des départements devraient être intégrées dans la logique même de la branche autonomie et faire l'objet d'un vote au Parlement en LFSS (CFDT notamment) et *a minima* devrait continuer d'être affichées dans l'annexe relative à l'autonomie.

1.2.2. Si la gouvernance nationale actuelle n'est pas fondamentalement remise en question, les avis sont partagés sur l'amélioration de la gouvernance locale

L'ensemble des acteurs s'accorde sur la nécessité de donner à la CNSA les moyens du pilotage de la branche et de la politique en faveur de l'autonomie, en renforçant son positionnement. Une clarification des missions actuelles, un renforcement de la fonction exécutive et de contrôle, tout en conservant le rôle d'animation des dispositifs et de veille sur l'équité territoriale, sont mentionnés (UNA, UNAF, Uniopss, associations de PH et PA).

Des propositions divergentes sont émises sur la composition du conseil. Les partenaires sociaux, dont certains n'excluent pas les scénarios d'une gestion du risque autonomie directement par les actuelles branches de la sécurité sociale (CGT, FO ou FSU proposent l'intégration dans la branche maladie), plaident pour une mise en cohérence de la composition du conseil de la CNSA sur le modèle de celui des autres caisses, en limitant le nombre de membres jugé excessif et en évoluant vers une composition paritaire voire une gouvernance par les partenaires sociaux. Les autres acteurs du secteur souhaitent quant à eux majoritairement le maintien de la composition actuelle avec une forte représentation des associations et du secteur et leur participation à la gouvernance de la politique de l'autonomie.

La présence de l'État et son poids au sein du conseil sont diversement appréciés : certaines associations souhaitent une place moins prépondérante (ADPA, APAJH, UNIOPSS, APF France Handicap…).

Il est également largement souhaité que les pouvoirs du directeur de la CNSA soient alignés sur ceux des autres directeurs de caisse : sur ce point, un maintien de l'existant semble satisfaire à ces exigences. Seul APF France Handicap exprime le souhait d'un conseil d'administration dont les pouvoirs seraient prépondérants sur ceux du directeur de la Caisse et de l'État.

Concernant la gouvernance locale, les avis sont dispersés sur les différents scénarios. Les associations représentatives de personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que les partenaires sociaux, sont globalement opposés à une gestion unique par les départements. L'ADF, la CFTC et l'ADMR défendent en revanche ce modèle, mais de manière relativement isolée. Le scénario d'une gestion unique par les ARS est soutenu par quelques associations et fédérations (FNAR, FENARAC, APF France Handicap, FHF pour la majorité de ses membres) comme garantie d'une meilleure égalité, mais ne fait pas davantage l'unanimité (Autisme France considère que le modèle des ARS fonctionne mal). C'est finalement le scénario partenarial associant départements et ARS qui recueille le plus d'adhésion, en particulier des organisations syndicales, de l'ANDASS, et de l'UNIOPSS, mais il est demandé que la CNSA ait plus de leviers d'action pour organiser (contraindre ?) ce partenariat. Le scénario de création d'un réseau de caisse ou d'appui sur un réseau de caisses existantes (les CARSAT en particulier) reste marginal, même s'il est largement évoqué par les représentants d'employeurs et la CNAV.

1.2.3. Le principe d'un financement par la solidarité nationale est partagé

Les transferts de ressources depuis la CADES, de manière anticipée au scénario présenté avec l'affectation d'une fraction de CSG à la CNSA avant 2024 apparaissent à privilégier pour une majorité des acteurs. D'autres revendiquent le fléchage d'une fraction plus importante, équivalente à la CRDS, pour la prise en charge de l'autonomie (CFE-CGC).

Certains syndicats (CGT, FO, CFE-CGC) refusent toutefois par principe le mécanisme ayant consisté à mettre la dette issue du Covid-19 à la seule charge de la sécurité sociale. La mobilisation du FRR n'apparaît en revanche qu'une solution transitoire là où des financements pérennes doivent être trouvés (Synerpa, FHF).

Le transfert de ressources depuis la branche famille en prévision des évolutions de natalité à la baisse repose de manière déséquilibrée sur la solidarité intergénérationnelle (CFDT), aura un effet négatif sur les classes moyennes (CFE-CGC) et est, logiquement, jugée «inopportune » par le président du conseil de l'enfance au HCFEA. L'UNAF est également hostile à tout prélèvement sur la branche famille, qu'ils considèrent comme ayant déjà été beaucoup taxée avec les financements des avantages retraite.

Certains acteurs estiment que la création de la 5ème branche renvoie à un financement en totalité par la solidarité nationale (la plupart des syndicats et notamment la CFDT, la CGT, FO, mais aussi des associations comme France Alzheimer).

À cet égard, les différentes formes de financements privés complémentaires (viager, le prêt viager hypothécaire, garantie pour l'adaptation du logement dans les contrats habitations, mobilisation de l'assurance vie), sont au mieux perçus comme un moyen additionnel et facultatif pour le financement de l'autonomie.

Ces mécanismes fondés sur la responsabilité individuelle restent relativement exclues par une grande partie des syndicats (CFE-CGC, FO, CGT). Les scénarios proposés par les représentants du monde de l'assurance (FFA, FMNF) de mise en place d'une assurance privée obligatoire ne constituent pas des pistes privilégiées en termes d'acceptabilité.

Concernant les mesures d'économie, elles sont perçues plutôt négativement notamment lorsqu'elles ont un impact sur le reste à charge des ménages :

- la prise en compte du patrimoine dans l'attribution de l'APA à domicile est globalement perçue défavorablement : risque d'exclusion pour ne pas gager sa succession (FHF), rejet par le HCFEA et les associations de PH ;
- la suppression de l'aide au logement en EHPAD, perçue comme risquant d'augmenter le reste à charge ;
- la prise en compte de l'aide au logement dans les ressources du calcul de l'APA ;

- le report à 75 ans de l'exonération de cotisations patronales pour l'aide à domicile : notamment car les gains sont identifiés comme limités et que cela fragiliserait le secteur.

S'agissant des niches fiscales, l'évolution du périmètre du crédit d'impôt « aide à domicile » est perçue défavorablement vis-à-vis du secteur que cela contribuerait à fragiliser (CFDT, CFE-CGC), sauf à refondre entièrement le secteur de l'aide à domicile.

Proposition de la CFDT, une taxation additionnelle sur les transmissions paraît plutôt favorablement perçue, hormis parmi certains représentants (représentants des entrepreneurs comme la CPME ou la CFE-CGC pour la situation des cadres). Cette position ne préjuge pas de l'impact potentiel d'une telle mesure dans l'opinion générale.

Les opinions, notamment syndicales, semblent globalement assez défavorables sur l'augmentation des prélèvements obligatoires, qu'il s'agisse en particulier de l'alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs (compte tenu des précédentes réformes) ou de l'extension du champ de la CSA/CASA. Toutefois, il existe une perception partagée du fait que « *l'effort national doit être partagé par tous* » (FNATH) et ne peut reposer que sur une fraction de la population, que ce soient les seuls retraités ou les seuls salariés (FNATH, CFDT).

Le principe d'une seconde journée de solidarité est quant à lui très majoritairement écarté, en particulier par les partenaires sociaux (salariés et employeurs), à la fois pour l'effort qui serait demandé aux seuls actifs et pour les effets négatifs sur le coût du travail et sur l'emploi qu'une augmentation des prélèvements sur la masse salariale pourrait générer. La complexité opérationnelle liée à la mise en place de cette journée de solidarité (application non généralisée dans l'ensemble de la société, mise en place d'accords dans les entreprises) est soulignée par les employeurs, notamment dans les petites et moyennes entreprises (CPME) comme par les représentants de salariés. Des solutions simples de financement comme la mise en place d'une cotisation spécifique pour les salariés sont préférées.

2. Questionnaires transmis aux parties prenantes

2.1. Questionnaire n° 1 : périmètre et architecture de la branche autonomie

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

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

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

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

2.1.1. Quelle architecture de la branche autonomie ?

2.1.1.1. Le périmètre

Les financements publics actuels de l'autonomie vont bien au-delà de ce que retrace l'actuel OGD. 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 faut 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).

- **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 participent à la prise en charge de l'autonomie. Faut-il les intégrer dans la branche autonomie (avec réaffectation des recettes associées) ?

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

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

  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. 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 servies sans conditions de ressources.

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

  Cela concerne à la fois à 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€).

- **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 ?**

  Les Unités de soins de longue durée 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.

- **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 ?

- **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€): institut national des jeunes aveugles (INJA) de Paris, instituts nationaux de jeunes sourds (INJS) de Bordeaux, Metz, Chambéry et Paris 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 (ANAH), 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 (cf. 1.2)

2.1.1.2. 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 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.

2.1.2. Quelle gouvernance de la branche ?

2.1.2.1. 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).

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

2.1.2.2. 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 scenario 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, 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 ?

2.2. Questionnaire n° 2 : les mesures de financement du soutien à l'autonomie

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

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

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

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

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

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

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

2.2.1. Transferts de ressources

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

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

2.2.1.2. Depuis le Fonds de réserve des retraites (FRR)

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

2.2.1.3. Depuis la branche Famille

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

2.2.2. Financements personnels complémentaires

2.2.2.1. Une assurance complémentaire

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

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

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

2.2.2.3. Le viager

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

2.2.2.4. Le prêt viager hypothécaire

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

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

L'encours des contrats d'assurance-vie s'élevait fin 2019 à 1.788 milliards d'euros, en progression de 6% sur un an. Aujourd'hui, lorsqu'une assurance vie est transformée en rente, une fraction de la rente viagère est soumise à l'imposition sur le revenu et aux prélèvements sociaux en fonction de l'âge de l'assuré (moins de 50 ans : 70 %, entre 50 et 59 ans : 50 %, entre 60 et 69 ans : 40 %, à partir de 70 ans révolus : 30 %). La reconnaissance d'une perte d'autonomie est sans incidence sur ce régime fiscal.

2.2.3. Mesures d'économies

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

En Angleterre, le *Community Care*, organisé par les collectivités locales, tient compte du patrimoine des personnes âgées, qui au-dessus d'un certain seuil doivent financer intégralement leurs dépenses. La prise en charge complète de l'hébergement par la sécurité sociale n'est disponible que pour les personnes dont les actifs sont inférieurs à 14 250 livres sterling **et** qui ont un niveau de dépendance élevé. Cette prise en charge est dégressive jusqu'à un niveau d'actifs de 23 250 livres sterling.

En 2008 et 2010, les rapports du sénateur VASSELLE avaient proposé, pour l'APA à domicile, de solliciter les patrimoines les plus élevés par le choix offert à l'entrée en dépendance entre une APA à 50 % ou une prise de gage de 20 000 euros au maximum sur la fraction du patrimoine dépassant un seuil déterminé, à fixer entre 150 000 euros et 200 000 euros. Le rapport Fragonard avait effectué un chiffrage de cette mesure, entre 450 et 950 M€ d'économies sur l'APA selon le seuil de prise de gage. Cette question a été réabordée dans le cadre de l'atelier 2 de la concertation « grand âge et autonomie ».

2.2.3.2. La suppression de l'aide au logement en EHPAD

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

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

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

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

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

2.2.4. Niches fiscales

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

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

2.2.4.2. Une taxation des donations

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

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

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

2.2.5. Prélèvements obligatoires

2.2.5.1. Une deuxième journée de solidarité

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

2.2.5.2. Une taxation des successions

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

2.2.5.3. Un alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs

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

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

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

3. Liste des personnes rencontrées

3.1. Ministres

- M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé ;
- Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargé de l'autonomie ;
- M. Olivier Dussopt, ministre délégué chargé des comptes publics ;
- Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées.

3.2. Cabinets

3.2.1. Cabinet du Premier ministre

- Mme Carole Bousquet-Bérard, adjointe à la cheffe du pôle social ;
- M. Hugo Gilardi, conseiller santé.

3.2.2. Cabinet du ministre des solidarités et de la santé

- Mme Marie Daudé, directrice adjointe de cabinet ;
- M. Clément Lacoin, conseiller.

3.2.3. Cabinet du ministre de l'économie, des finances et de la relance

- M. Emmanuel Monnet, directeur adjoint de cabinet.

3.2.4. Cabinet du ministre délégué chargé des comptes publics

- M. Florian Colas, directeur de cabinet ;
- Mme Delphine Champetier, conseillère chargée des comptes sociaux ;
- M. Paul-Antoine Georges, conseiller chargé des comptes sociaux.

3.2.5. Cabinet de la ministre déléguée chargée de l'autonomie

- M. Vincent Léna, directeur de cabinet ;
- Mme Laëtitia Buffet, directrice adjointe de cabinet.

3.2.6. Cabinet de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées

- Mme Marine Darnault, directrice de cabinet ;
- Mme Cécile Courault, conseillère budget et 5ème branche.

3.3. Administrations

3.3.1. Direction de la sécurité sociale (DSS)

- M. Franck Van Lennep, directeur de la sécurité sociale ;
- Mme Marianne Kermoal-Berthome, cheffe de service ;
- Mme Monica Bosi, cheffe de cabinet ;
- M. Morgan Delaye, sous-directeur du financement de la sécurité sociale ;
- M. Denis Le Bayon, sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- M. Timothée Mantz, adjoint au sous-directeur du financement du système de soins.

3.3.2. Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

- Mme Cécile Tagliana cheffe de service des politiques sociales et médico-sociales ;
- M Anatole Puiseux, sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;
- M. Olivier Bachellery, sous-directeur des affaires financières et de la modernisation.

3.3.3. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Mme Sylvie Escalon, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins ;
- Mme Anne Hegoburu, adjointe à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins.

3.3.4. Direction du budget (DB)

- Mme Amélie Verdier, directrice du budget ;
- Mme Marie Chanchole, sous-directrice de la 6ème sous-direction.

3.3.5. Direction générale du Trésor

- M. Antoine Deruennes, chef du service des politiques publiques ;
- M. Thierry Grignon, chef du bureau santé et comptes sociaux ;
- M. Pierre Tanneau, adjoint au chef du bureau santé et comptes sociaux ;
- Mme Pauline Meinzel, adjointe au chef du bureau santé et comptes sociaux.

3.3.6. Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP)

- M. François Adam, directeur de la DHUP ;
- M. Emmanuel Rousselot, sous-directeur du financement et de l'économie du logement et de l'aménagement.

3.3.7. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

- Mme Muriel Vidalenc, cheffe de service du pôle « Santé-Agences régionales de santé ».

3.3.8. Inspection générale des finances (IGF)

- M. Benoît Mournet, inspecteur des finances en mission d'appui auprès des cabinets du ministre des solidarités et de la santé et de la ministre déléguée à l'autonomie ;
- Mme Sarah Sauneron, inspectrice des finances, ancienne chef du bureau de l'accès aux soins à la direction de la sécurité sociale.

3.3.9. Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

- M. Laurent Gratieux, inspecteur général en mission d'appui auprès des cabinets du ministre des solidarités et de la santé et de la ministre déléguée à l'autonomie ;
- M. Pierre Aballéa, inspecteur général des affaires sociales ;
- M. Joël Blondel, inspecteur général des affaires sociales ;
- M. Daniel Lenoir, inspecteur général des affaires sociales ;
- M. Philippe Dole, inspecteur général des affaires sociales.

3.3.10. Conseil d'État

- M. Denis Piveteau, conseiller d'État.

3.4. Opérateurs et organismes sociaux

3.4.1. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- Mme Marie-Anne Montchamp, présidente ;
- Mme Virginie Magnant, directrice ;
- M. Stéphane Corbin, directeur adjoint ;
- Mme Irina Schapira, directrice des ressources.

3.4.2. Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

- M. Vincent Mazauric, directeur ;
- M. Frédéric Marinacce, directeur des politiques familiales et sociales ;
- M. Jean-Baptiste Hy, directeur comptable et financier.

3.4.3. Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

- Mme Delphine Rouilleault, directrice de cabinet ;
- M. Claude Gissot, directeur de la stratégie, des études et des statistiques ;
- M. Pierre Peix, directeur des opérations ;
- M. Marc Scholler, directeur délégué des finances et de la comptabilité ;
- Mme Éléonore Ronflet, directrice du réseau médical et des opérations de gestion du risque.

3.4.4. Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

- M. Renaud Villard, directeur ;
- Mme Frédéric Garlaud, directrice nationale de l'action sociale ;
- M. Laurent Tarrieu, adjoint à la directrice nationale de l'action sociale.

3.4.5. Mutualité sociale agricole (MSA)

- M. Pascal Cormery, président ;
- M. François-Emmanuel Blanc, directeur général ;
- Mme Magalie Rascle, directrice de l'action sociale ;
- Mme Géraldine Vieuille, directrice des affaires publiques.

3.4.6. Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

- M. Jean-Louis Rey, président ;
- M. Philippe Noël, chef du département des opérations de marchés.

3.4.7. Agence France Trésor (AFT)

- M. Anthony Requin, directeur général ;
- M. Philippe Guyonnet-Dupérat, chef du bureau cellule trésorerie.

3.4.8. Fonds de réserves des retraites (FRR)

- M. Yves Chevalier, directeur exécutif ;
- Mme Salwa Boussoukaya-Nasr, directrice financière.

3.4.9. Haut Conseil au financement de la protection sociale (HCFIPS)

- M. Dominique Libault, président.

3.4.10. Haut Conseil de l'enfance, des familles et de l'âge (HCFEA)

- M. Bertrand Fragonard, président.

3.4.11. Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

- M. Jérémie Boroy, président.

3.4.12. Agences régionales de santé (ARS)

- M. Pierre Pribile, directeur général de l'ARS Bourgogne Franche-Comté ;
- M. Michel Laforcade, directeur général de l'ARS Aquitaine ;
- M. Pierre Ricordeau, directeur général de l'ARS Occitanie ;

- M. Philippe De Mester, directeur général de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

3.5. Élus

3.5.1. Parlementaires

- M. Bernard Perrut, député du Rhône ;
- M. Sylvain Maillard, député de Paris ;
- M. Thomas Mesnier, député de la Charente, rapporteur général de la commission des affaires sociales ;
- M. Bernard Bonne, sénateur de la Loire ;
- Mme Michelle Meunier, sénatrice de la Loire Atlantique.

3.5.2. Départements

- M. Frédéric Biery, Président du Département du Bas-Rhin et de la commission Solidarités et affaires sociales de l'assemblée des départements de France (ADF) ;
- M. Olivier Richefou, président du conseil départemental de la Mayenne ;
- M. Jean-Michel Rapinat, directeur délégué chargé des politiques sociales à l'assemblée des départements de France (ADF).

3.6. Partenaires sociaux

3.6.1. Organisations syndicales

- Mme Jocelyne Cabanal, secrétaire nationale CFDT ;
- M. Xavier Becker, CFDT, membre du conseil de la CNSA ;
- M. Serge Legagnoa, secrétaire confédéral FO ;
- M. Pierre Roger, secrétaire national CFE-CGC ;
- M. Christophe Roth, délégué national CFE-CGC ;
- M. Jacques Doury, CFTC, membre du conseil de la CNSA ;
- Mme Martine Vignau, secrétaire nationale UNSA ;
- M. Dominique Corona, secrétaire adjoint de l'UNSA chargé du secteur protection sociale ;
- M. Benoît Teste, secrétaire général FSU ;
- Mme Marylène Cahouet, FSU ;
- M. Didier Bourgoin, FSU.

3.6.2. Représentants d'employeurs

- M. Eric Chevée, vice-président de la CPME ;
-
- Mme Florence Arnaiz-Maume, déléguée générale du syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) ;
- Mme Pauline Meyniel, responsable du pôle médico-social du SYNERPA ;

- M. Philippe Calmette, président délégué de Nexem ;
- M. Stéphane Racz, directeur général de Nexem.

3.7. Associations et fédérations

- M. Antoine Perrin, directeur général de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP) ;
- M. Jean Christian Sovrano, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie de la FEHAP ;
- M. Marc Bourquin, conseiller stratégie à la Fédération hospitalière de France (FHF), responsable la coordination parcours, proximité, autonomie et territoire ;
- M. Prosper Teboul, directeur général d'APF France Handicap ;
- M. Alain Rochon, président de l'association des paralysés de France (APF France Handicap) ;
- M. Sylvain Denis, président de la fédération nationale des associations de retraités et pré-retraités (FNAR) ;
- M. Jean-Louis Garcia, président de l'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) ;
- M. Pascal Champvert, président de l'association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) ;
- M. Luc Gateau, président de l'union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) ;
- M. Jacques Doury, Fondation John Bost ;
- Mme Danièle Langloys, présidente de Autisme France ;
- M. Jean-Pierre Riso, président de la fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA) ;
- Mme Nathalie Groh, présidente de la fédération française des DYS ;
- Mme Marie-Reine Tillon, présidente de l'association d'aide à domicile en milieu rural (UNADMR) ;
- M. Thierry Daboville, secrétaire général de l'UNADMR ;
- Mme Elisabeth Hubert, présidente de la fédération de l'hospitalisation à domicile ;
- M. Didier Eyssartier, directeur général de l'Agefiph ;
- M. Patrick Doutreligne, président de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) ;
- M. Jérôme Voiturier, directeur général de l'Uniopss ;
- M. Etienne Petitmengin, président de la commission autonomie et citoyenneté des personnes âgées et des personnes handicapées de l'Uniopss ;
- Mme Elsa Masson, responsable du pôle SAAD de l'Adedom (Fédération d'employeurs du secteur de l'aide et des soins à domicile) ;
- M. Vincent Vincentelli, responsable représentation sectorielle à l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) ;
- Mme Guillemette Leneveu, directrice générale de l'union nationale des associations familiales (UNAF) ;
- M. Jean-Philippe Vallat, directeur des politiques et actions familiales, et des études de l'UNAF.

3.8. Secteur de l'assurance et de la banque

- Mme Florence Lustman, présidente de la fédération française des assurances (FFA) ;
- M. Philippe Poiget, délégué général de la FFA ;
- M. Stéphane Pénet, délégué général adjoint de la FFA ;
- M. Albert Lautman, directeur général de la fédération nationale de la mutualité française (FNMF) ;
- Mme Guénaëlle Haumesser, directrice du réseau national social et médico-social à la FNMF, membre suppléante du conseil de la CNSA ;
- Mme Marie-Laure Dreyfuss, directrice générale du centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) ;
- M. Bertrand Boivin-Champeaux, directeur prévoyance et retraite supplémentaire au CTIP ;
- M. André Renaudin, directeur général d'AG2R La Mondiale ;
- Mme Cécile Waquet, directrice adjointe métier santé prévoyance d'AG2R La Mondiale ;
- M. David Jacquillat, représentant de la Sofipad ;
- M. Jacques-Henri David, président d'ACXIOR CF.

3.9. Autres

- M. Philippe Denormandie, directeur relations santé MNH group, membre du conseil de la CNSA ;
- M. Cyrille Billaud, directeur-associé secteur public KPMG ;
- M. Jean Pierre Aquino, International Longevity Center ;
- Professeur Françoise Forette, International Longevity Center ;
- M. Nicolas Biard, directeur technique, association nationale des ergothérapeutes ;
- M. Guillaume Pelé, vice-président de l'association nationale des ergothérapeutes.

PIÈCES JOINTES

LISTE DES PIÈCES JOINTES

PIÈCE JOINTE 1 : **LETTRE DE MISSION**

PIÈCE JOINTE 2 : **TABLEAU DES DÉPENSES RELATIVES À L'AUTONOMIE**

PIÈCE JOINTE N°1

Lettre de mission

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE
MINISTERE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS
SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES

Ref : MD/20-040235

Paris, le 24 JUIN 2020

Le Ministre des Solidarités et de la Santé
Le Ministre de l'Action et des Comptes publics
La Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées

A

Laurent VACHEY, inspecteur général des finances

Monsieur,

Le Gouvernement a annoncé le lancement d'un plan en faveur du Grand âge qui s'insère dans une ambition plus générale de l'accompagnement de l'autonomie, du vivre ensemble et d'une société de choix qui ne laisse pas de côté ses anciens et ses personnes en situation de handicap.

Aujourd'hui malgré notre effort collectif, la vision globale des besoins de soutien à l'autonomie et de l'articulation efficace des différentes aides et prestations fait défaut dans la construction d'une solidarité efficace et de pleine participation de ceux de nos concitoyens qui doivent être soutenus dans leur autonomie.

En cohérence de cette ambition, le Gouvernement a déposé un projet de loi et un projet de loi organique qui visent parallèlement à transférer la dette de l'Acoss à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et permettre l'élargissement du champ des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) au soutien à l'autonomie. Ces dispositions ouvrent la voie à la création d'un nouveau risque et d'une nouvelle branche de la sécurité sociale auxquels sera réaffectée une partie de la recette actuellement dédiée à l'amortissement de la dette portée par la CADES à compter de 2024, date estimée d'amortissement des dettes sociales reprises antérieurement aux deux projets de loi précités.

L'ensemble de ces mesures constitue le socle permettant d'asseoir l'orientation retenue par le Gouvernement, dont la déclinaison opérationnelle interviendra dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. Nous souhaitons à ce titre que vous puissiez contribuer à la réflexion du Gouvernement sur cette traduction, en concertant les acteurs concernés et en faisant des recommandations.

.../...

Ces recommandations ne porteront pas sur les autres aspects propres au plan Grand âge lui-même, qui seront soumis en parallèle à une concertation avec les parties prenantes, mais sur les principes et l'architecture générale de la branche autonomie et sur 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 nos territoires.

Vous veillerez ainsi dans un premier temps à organiser une concertation large sur la création d'une cinquième branche, avec les partenaires sociaux, les représentants des personnes et des acteurs du secteur du grand âge et du handicap, ainsi qu'avec les collectivités territoriales dont la place est essentielle notamment en tant que cofinanceurs de ces politiques. Vous inclurez également les financeurs privés (assurances notamment) aux concertations.

Vous ferez des propositions sur les principales questions déjà identifiées, notamment celles rappelées ci-dessous, et sur les nouvelles questions qui émergeraient de vos concertations :

- en matière de périmètre de la nouvelle branche et du / des risque(s) à couvrir ainsi que des dépenses associées : cette réflexion veillera à considérer les moyens de concilier l'autonomie nécessaire à cette nouvelle branche – afin de lui donner une vraie lisibilité en matière de mesures mises en œuvre et de leur traduction financière – et l'articulation avec les autres branches de sécurité sociale (notamment la branche maladie / invalidité), mais aussi avec les dépenses financées par les collectivités territoriales et notamment les conseils départementaux, ou encore les dépenses portées par le budget de l'Etat et concourant à l'accessibilité et l'autonomie des personnes ;

- en matière de pilotage financier, dans une logique de lisibilité des ressources et dépenses associées, afin d'assurer l'équilibre de cette branche dans la durée et d'empêcher la constitution future de déficits ;

- en matière de missions dévolues à la Caisse nationale de solidarité autonomie dans ce nouveau contexte ;

- en matière d'articulation au sein de cette branche entre politiques distinctes et sujets de recoupement entre grand âge et handicap.

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

.../...

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

Vous serez appuyés dans votre mission par l'IGAS et l'IGF, et par les services du ministère des solidarités et de la santé et du ministère de l'action et des comptes publics, notamment la direction de la sécurité sociale, la direction générale de la cohésion sociale, la direction du budget, la direction générale du Trésor ainsi que par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Vous ferez un point d'étape aux trois cabinets à la mi-juillet et rendrez vos travaux définitifs au 15 septembre au plus tard.

Sucheur

Sophie CLUZEL	Gérald DARMANIN	Olivier VERAN

PIÈCE JOINTE N°2

Tableau des dépenses relatives à l'autonomie

Pièce jointe n° 2

Prestations et financements en jeu dans l'autonomie	Objet	Cible	Type de prestation / origine du financement	Organe de versement	Nombre de bénéficiaires*	Organe décisionnaire d'attribution / ouverture des droits	Co-financement et taux de couverture	Montants* (M€)
ONDAM Médico-Social - OGD Personnes handicapées	11 744 M€ de remboursement aux régimes d'assurance maladie (frais d'hébergement et partie soins) ; 40,5 M€ de financement des groupe d'entraide mutuelle ; 0,5 M€ de financement de l'ANAP ; 28,2 M€ d'opérations et de contributions diverses.	Enfants et adultes handicapés	Prestation de sécurité sociale et financement de programmes Avec dotation CNSA	Assurance Maladie / CNSA				11 800,00
ONDAM Médico-Social - OGD Personnes âgées	10 592 M€ de remboursement aux régimes d'assurance maladie (partie soins) ; 96,3 M€ de financement des MAIA ; 14,7 M€ de financement de l'ANAP et de l'ATIH ; 35,8 M€ d'opérations et de contributions diverses.	Adultes > 60 ans	Prestation de sécurité sociale et financement de programmes Avec dotation CNSA	Assurance Maladie / CNSA				10 800,00

FIR budgets de prévention dans le champ médico-social	- 68,6 Md€ pour des actions de prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie (61,8 Md€ de consultations mémoire, 6,8 Md€ d'action de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, 2,6 M€ d'autres missions de prévention et dans le domaine médico-social) ; - 142,5 M€ pour des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale (MAIA, PAERPA, GEM, Unités d'hébergement renforcées en EHPAD, Unités cognitives comportementales, Plateforme de répit) ; - 86,5 M€ pour le financement des équipes mobiles gériatrie - 3,9 M€ pour les unités consultations dédiées pour personnes handicapées	Enfants et adultes handicapés Adultes > 60 ans	Assurance Maladie - Fonds d'intervention territorialisé de l'assurance maladie (avec dotation CNSA)	ARS				301,50
Concours de la CNSA	Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement (charges nettes) (242,5 M€) Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation (117,5 M€) Dépenses d'animation, prévention et études et autres actions (318,6 M€) Dotation aux MDPH - personnels et fonctionnement (75M€)	Enfants et adultes handicapés	Concours de la CNSA	CNSA				753,60

Soins de ville infirmiers des personnes dépendantes	Les dépenses des soins de ville infirmiers s'adressant aux personnes âgées de plus de 75 ans regroupent les d'actes infirmiers de soins (AIS) qui comprennent « l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne ». Il s'agit des personnes âgées dépendantes, au sens administratif, c'est-à-dire évaluées en GIR 1 à 4 sur la grille AGGIR. (l'exclusion des GIR 5 et 6 conduit à diminuer d'1,5 Md€ le montant total de dépenses). La dépense en AIS pour les personnes âgées de plus de 75 ans en secteur libéral vient en effet compléter la prise en charge de l'offre médico-sociale, et notamment des services infirmiers de soins à domicile (SSIAD).	Adultes>75 ans	Prestation de sécurité sociale	Assurance Maladie		CPAM		2 000,00
AEEH (allocation éducation des enfants handicapés) et ses compléments	- L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant ou un jeune de moins de 20 ans en situation de handicap et est versée à la personne qui en assume la charge. - Compléments AEEH : frais supplémentaires liés notamment à la cessation d'activité des parents, l'embauche d'une tierce personne	Enfants handicapés < 20 ans	Prestation de sécurité sociale versée par la branche famille	Caisses de la CAF ou de la MSA	321 600	MDPH		1 060,00
AJPP (allocation journalière de présence parentale) tous motifs	Allocation de la compensation de perte de revenus du fait de nécessité de présence parentale	Enfants handicapés < 20 ans	Prestation de sécurité sociale versée par la branche famille	Caisses de la CAF ou de la MSA	10 000	Médecin conseil CPAM		96,00

Établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) en situation de handicap	Soutenir la prise en charge des enfants en situation de handicap dans les structures d'accueil collectif (Bonus handicap et Fonds publics et territoires du FNAS de la CNAF)	Enfants handicapés < 3ans	Prestation d'aide sociale versée par la branche famille	CNAF		Caisses de la CAF ou de la MSA		19,80
Bonus handicap au complément du libre choix du mode de garde (CMG)	Bonus inclusion handicap dans le cadre du complément du libre choix du mode de garde (CMG). Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) a été revalorisé de 30 % à partir de novembre 2019 pour les familles allocataires de l'AEEH.	Enfants handicapés < 3 ans		CNAF		Caisses de la CAF ou de la MSA		1,80
Accueils de loisir sans hébergement (ALSH) des enfants en situation de handicap	Poursuivre le soutien aux ALSH sur le temps périscolaire et favoriser leur accessibilité (handicap). L'offre des ALSH doit notamment favoriser l'inclusion et la socialisation des enfants en situation de handicap bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	Enfants handicapés		CNAF		Caisses de la CAF ou de la MSA		15,00
École inclusive (unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), AESH, AVS)	Inclusion scolaire des élèves en situation de handicap du programme 230 « Vie de l'élève » (postes d'assistants d'éducation, etc.) de la mission Enseignement scolaire	Enfants handicapés	Prestation assurée par l'éducation nationale		321 476			1 500,00
Aide des départements à l'accueil en établissements des personnes handicapées et des personnes âgées	Frais de séjour et service pour l'accueil en hébergement ou de jour en établissements médico-sociaux (foyer d'hébergement, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, EHPAD et USLD)	Enfants et adultes handicapés Adultes > 60 ans	Prestation d'aide sociale gérée par les conseils départementaux (au titre de leurs compétences générales pour l'autonomie)	Départements	150 100	Équipes médico-sociales des départements		5 409,00

Protection juridique des majeurs	Environ 800 000 personnes, qui ne sont pas en situation de pourvoir à leurs intérêts en raison de la diminution de leurs facultés mentales ou corporelles, font l'objet d'une mesure de protection juridique décidée par un juge (sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle). Il s'agit donc soit de personnes en situation de handicap généralement mental ou psychique, soit de personnes âgées le plus souvent atteintes d'une maladie neurodégénérative.	Adultes handicapés	Financement des services mandataires assuré par l'État sur le programme 304 « inclusion sociale et protection des personnes»	État	800 000	Magistrat		688,50
Instituts nationaux pour jeunes sourds et jeunes aveugles	Les cinq instituts : institut national des jeunes aveugles (INJA) de Paris, instituts nationaux de jeunes sourds (INJS) de Bordeaux, Metz, Chambéry et Paris 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.	Enfants handicapés	Aide financée par l'État sur le programme 157, piloté DGCS	État	10 000			15,00
Accompagnement dans l'emploi des personnes en situation de handicap	Le dispositif d'emploi accompagné est mobilisé en complément de l'offre existante de services, aides et prestations d'accompagnement proposées notamment par les structures relevant du service public de l'emploi (Cap emploi, pôle emploi, SAMETH etc.)	Adultes handicapés	Aide financée par l'État sur le programme 157, piloté DGCS	État	1 228		État / Agefiph / Fiphfp	10,00

PCH (prestation de compensation du handicap)	L'ACTP et la PCH sont destinées à aider au financement d'aides humaines principalement, mais aussi techniques, et de certains aménagements, la première n'accueillant plus de nouveau bénéficiaire depuis la création de la seconde en 2006.Droit individuel visant à permettre le projet de vie exprimé par la personne et apporter le complément nécessaire du fait de son handicap - versé sans condition de ressources.	Enfants et adultes handicapés	Prestation d'aide sociale gérée par les conseils départementaux (au titre de leurs compétences générales pour l'autonomie)	Départements	315 000	MDPH	Concours CNSA à 751 M€ (30%)	2 525,00
dont PCH enfants					20 972			
ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne)					61 300			
Autres aides dont services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah)	Action sociale en faveur des personnes handicapées	Adultes handicapés	Aide sociale des Départements	Départements	ND	Équipes médico-sociales des départements		736,64

Allocation adulte handicapé (AAH)	L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est destinée à des personnes handicapées âgées de 20 ans ou plus ne pouvant prétendre à une pension de retraite, un avantage invalidité (pension d'invalidité et allocation supplémentaire d'invalidité ou une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à l'AAH. Elle est attribuée selon des critères médicaux et sociaux évalués par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).Les personnes âgées d'au moins 20 ans (et n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite) et aux revenus modestes peuvent prétendre à l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Cette allocation est soumise à condition de ressource (en cohérence avec sa logique de minimum social).	Adultes handicapés > 20 ans	Aide financée par l'État sur le programme 157, piloté DGCS	Versé par les caisses de la CAF et de la MSA	1 160 000	MDPH		10 560,00
Habitat inclusif	Dispositif « Habitat facile de l'ANAH » : aides aux travaux d'adaptation du logement pour handicap ou perte d'autonomie	Enfants et adultes handicapés Adultes > 60 ans	Subvention sur travaux Contribution de la CNSA à hauteur de 20M€ / Contribution État (ministère chargé de la transition écologique) / Autres contributions	ANAH	20 353	ANAH (condition de ressources, critères CDAPH, adéquation du projet aux besoins)		67,00

	Disposition « Action logement » : aides de l'État par convention avec Action logement, pour trois types de travaux : douche à l'italienne, WC rehaussés, lavabo adapté personne à mobilité réduite Convention quinquennale 2018 - 2022 entre État et Groupe Action Logement : 1,55 Md€ pour aménager un habitat plus inclusif répartis sur 5 ans		Subvention couvrant 100 % du montant des travaux dans la limite de 5 000 € Contribution État	Action Logement	Objectif de 200 000 sur la période 2019-2022			310,00
Financement des établissements spécialisés d'accueil par le travail (ESAT)	Le financement des ESAT est assuré par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Le budget de la CNSA intègre donc désormais les dotations destinées à leur fonctionnement, soit 1,469 Md€ pour environ 1350 ESAT	Adultes handicapés	Sécurité sociale	Assurance Maladie	1350 établissements			1 469 M€ inclus dans OGD PH
Financement de la garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH) ou aide au poste en ESAT	Incitation à l'activité professionnelle, afin de l'aider à financer la rémunération garantie, l'établissement ou le service d'aide par le travail reçoit, pour chaque personne handicapée qu'il accueille, une aide au poste financée par l'État. Cette aide au poste est versée directement à l'Esat et non pas au travailleur handicapé.	Adultes handicapés	Aide financée par l'État sur le programme 157 piloté DGCS	Versé par l'agence de service et paiement (ASP)	120 000			1 375,00
Aide au poste des entreprises adaptées (EA)	Aide au poste visant à compenser la perte de productivité liée au handicap	Adultes handicapés	Aide financée par l'État sur le programme 102 "Accès et retour à l'emploi" piloté par la DGEFP	Versé par l'agence de service et paiement (ASP)	33 486			395,43

Financement de l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)	Promotion de l'insertion professionnelle des personnes handicapées (à hauteur de 1 % des dépenses en faveur de cette population).	Adultes handicapés	Contributions des employeurs privés et publics qui n'atteignent pas le taux obligatoire d'emploi de personnes en situation de handicap.	AGEFIPH/FIPHFP				575,00
Aides ménagères	Action sociale en faveur des personnes âgées	Adultes > 60 ans	Aide sociale des Départements	Départements	17 000	Équipes médico-sociales des départements		81,00

Allocation sociale à l'hébergement (ASH)	Sert à acquitter tout ou partie du tarif « hébergement » des établissements pour les personnes âgées à faibles ressources. Elle peut également servir à rémunérer des accueillants familiaux, et être cumulée avec l'APA. Elle est récupérable au moins pour partie auprès des obligés alimentaires des personnes bénéficiaires et par recours sur succession.	Adultes > 60 ans	Prestation d'aide sociale gérée par les Départements. Les modalités de gestion de l'ASH et le calcul du montant de la participation du bénéficiaire varient d'un département à l'autre. Les bénéficiaires de l'ASH occupent 16 % des 752 000 places d'hébergement en établissement au 31 décembre 2015, soit 24 % des 510 000 places habilitées à l'aide sociale à cette date	Départements	124 000	Équipes médico-sociales des départements		1 062,00
Aide personnalisée à l'autonomie (APA)	Mise en place en 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est destinée aux personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie. Elle représente les neuf dixièmes de l'ensemble des mesures d'aide sociale des départements en faveur des personnes âgées. 59% des bénéficiaires sont à domicile. L'APA à domicile est affectée au paiement de dépenses préalablement identifiées dans le cadre d'un plan d'aide. En moyenne, en 2017, 92 % des montants versés d'APA à domicile sont mobilisés pour financer le recours à un intervenant à domicile.	Adultes > 60 ans	Prestation d'aide sociale gérée par les Départements	Départements	1 300 000	Équipes médico-sociales des départements	Dont concours CNSA à 2,3Mds€ (39%)	5 900,00

Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)	Au 31 décembre 2015, 728 000 personnes âgées sont accueillies dans près de 11 000 structures d'hébergement. La capacité d'accueil de ces établissements s'est accrue entre 2011 et 2015 (+4,5 %). Les personnes accueillies sont elles aussi plus nombreuses, mais également plus âgées et plus dépendantes, 83 % de résidents étant en perte d'autonomie (GIR 1 à 4). Les tarifs journaliers sont en légère augmentation, et le coût de l'hébergement atteint 55,90 euros par jour pour une place habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) représentent 70 % des structures d'hébergement pour personnes âgées et totalisent 80 % des places.	Adultes > 60 ans	Tarification ternaire : hébergement / dépendance / soins. Le tarif soins est pris en charge par l'assurance maladie (cf Ondam médico social et Ondam hospitalier pour les USLD). Les tarifs hébergement et dépendance sont acquittés par le résident dans l'établissement, mais une partie peut être prise en charge par le Département (par le biais de l'allocation personnalisée d'autonomie [APA] et de l'aide sociale à l'hébergement [ASH].	Assurance Maladie / Départements / financements complémentaires ARS dans le cadre CPOM via le FIR	728 000	Habilitation des places éligibles à l'ASH par le Département Autorisation ARS		
dont USLD	596 établissements en 2015	Adultes > 60 ans		Assurance Maladie	32790			1 000,00

Action sociale Fonds National d'Action Sanitaire et Social (FNASS)	Dispositif de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS) qui apporte une aide financière, sous certaines conditions, pour soutenir le maintien ou le retour à domicile d'une personne gravement malade en fin de vie nécessitant une prise en charge en soins palliatifs		Prestation d'aide sociale	CNAM		CPAM		10,00
Action sociale des caisses de retraite	Action sociale destinée à favoriser la prévention de la perte d'autonomie, visant à accompagner des bénéficiaires dans les différentes étapes de l'avancée en âge, de la retraite jusqu'aux premières fragilités, et lutter contre l'isolement afin d'éviter la perte d'autonomie (ciblage GIR 5 et 6)	Adultes > 60 ans	Prestations extra-légale et facultatives	CNRACL	78634	Caisse concernée / CARSAT		130,00
				MSA	141000			49,00
				Agirc-Arrco	763472			445,20
				CNAV (régime général et fonction publique)	545326			367,00
Allocation vieillesse des parents aux foyers (AVPF) des aidants	L'assurance vieillisse des parents aux foyers (AVPF) correspond à une affiliation au régime général pour les personnes qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper de leurs enfants. Le dispositif conduit à la prise en charge de cotisations d'assurance vieillesse par la caisse nationale d'allocation familiale (CNAF). Ce dispositif de politique familiale a été étendu progressivement étendu aux aidants de personnes handicapées, malades ou dépendantes.	Adultes > âge légal départ retraite	La CNAF prend en charge les cotisations d'assurance retraite et bénéficie d'un remboursement de la CNSA pour les cotisations acquittées et versées à la CNAV	CNAF	54 079	CNAF		15,00

Majorations de durée d'assurance pour aidants familiaux de personnes handicapées (adultes ou enfants)	La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites permet aux assurés du régime de base ayant élevé un enfant handicapé de bénéficier d'une majoration de leur durée d'assurance à raison d'un trimestre par période d'éducation de 30 mois, dans la limite de 8 trimestres. La loi n° 2014 40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a également crée une majoration de durée d'assurance pour aidants familiaux d'adultes handicapés,	Adultes > âge légal départ retraite	Prestation de sécurité sociale / branche vieillesse	Caisses de retraite du régime d'affiliation				Non chiffrable : l'estimation des effets de la MDA sur le montant des pensions est par nature conventionnel. Aucune dépense au titre de la MDA n'est inscrite dans les comptes, quel que soit le fait générateur.
Dérogation à l'âge du taux plein pour les aidants de personnes handicapées	La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a créé un dispositif de retraite anticipée des travailleurs handicapés (RATH) qui permet aux assurés ayant effectué une large part de leur carrière en situation de handicap, de bénéficier d'un départ en retraite anticipée à partir de 55 ans	Adultes > âge légal départ retraite	Prestation de sécurité sociale / branche vieillesse	Caisses de retraite du régime d'affiliation	3 600			N.D.

Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	Allocation individuelle, elle s'adresse, sous condition de ressources, aux personnes invalides soumises à une réduction d'au moins deux tiers de leur capacité de travail ou de gain, résidant en France et percevant l'un des dispositifs suivants : pension d'invalidité, pension de réversion, pension d'invalidité de veuf ou de veuve, retraite anticipée (pour cause de carrière longue, de handicap, d'incapacité permanente ou au titre du dispositif de pénibilité créé par la réforme des retraites de 2014). Certaines personnes peuvent toucher l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), en complément d'une pension d'invalidité, éventuellement cumulée avec l'AAH. Elle est versée jusqu'à l'âge minimum légal de départ à la retraite.	Adultes handicapés	Aide financée par l'État sur le programme 157 piloté DGCS	Versée par l'organisme qui paye la pension d'invalidité (Caisse nationale de l'assurance maladie [CNAM], Mutualité sociale agricole [MSA]…) ou l'avantage vieillesse (Caisse nationale d'assurance vieillesse [Cnav], MSA…)	81 600	Médecin conseil CPAM		232,00
Pensions d'invalidité du RG	Les personnes qui ne peuvent plus exercer d'activité professionnelle ou qui sont contraintes de la réduire ou d'en changer, à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle, peuvent être reconnues comme invalides par leur régime d'affiliation. Les pensions d'invalidité sont versées jusqu'à l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite.	Adultes handicapés	Prestation de sécurité sociale	Caisses de retraite du régime d'affiliation	667 000	Médecin conseil CPAM		6 075,39
Pensions d'invalidité au titre des autres régimes					154 300			1 432,00

dont majoration pour tierce personne (MTP) du RG	Les personnes en invalidité qui sont empêchées de travailler et qui ont recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie peuvent percevoir une majoration de cette pension.				14170 (pour 176 M€)			
Pensions de retraite au titre de l'inaptitude et pensions de retraite des ex-invalides	Au moment du passage à la retraite, les invalides, les bénéficiaires d'une rente AT-MP, voient leur allocation convertie en pension à destination des ex-invalides ou en pension d'inaptitude. Les bénéficiaires de l'AAH se voient attribuer automatiquement le taux plein au titre de l'inaptitude, sous réserve qu'ils en fassent la demande.	Adultes handicapés >âge légal départ en retraite			2 286 000	CARSAT		1 696,54
Rente d'indemnisation d'incapacité permanente (rente AT-MP)	Lorsque l'invalidité est d'origine professionnelle, une rente pour incapacité permanente peut être demandée (cette rente est conservée après l'ouverture des droits à la retraite).	Adultes handicapés	Prestation de sécurité sociale Ces rentes sont comptabilisées, dans les Comptes de la protection sociale, au sein du risque "accident du travail" / branche AT-MP	Assurance Maladie	1 102 970	CARSAT		5 300,00
Compensation d'exonérations de cotisations PA								562,00

Compensation d'exonérations de cotisations PH								1 151,00
Dépenses fiscales associées au programme 157 PH + PA								1 949,00
TOTAL								**78 471,40**
* Chiffres indicatifs : 2017, 2018, 2019 et 2020 selon disponibilité Sources : Drees, CNAF, CNSA, Anah, Action Logement, PLFSS 2020, ANNEXE 1 Programme de qualité et d'efficience "Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA", "Retraites", "Famille", RAP 2020, LFI 2020								