

SEPTEMBRE 2020

DÉMARCHE PROSPECTIVE  
DU CONSEIL DE LA CNSA

## CHAPITRE 3 :

# Quel financement pour les politiques d'autonomie ?

Vers la cinquième branche de protection  
sociale

Version du : 14 Août 2020

# Éditorial

On ne refait pas le cours des événements. On ne réécrit pas l'histoire. Mais interrogeons-nous sur les choix qu'une politique de l'autonomie aurait rendus possibles pendant la crise épidémique du printemps 2020... Aurions-nous été dans l'obligation de mettre en œuvre un état d'urgence d'une telle ampleur ? Aurions-nous été contraints de décréter le confinement dans des territoires peu touchés par la COVID-19 si nous avions été en mesure d'accompagner de façon différenciée nos concitoyens les plus fragiles face au virus ?

Si nous avons pu garantir que chacun d'entre eux pouvait vivre protégé et soutenu, aurions-nous tardé à donner aux professionnels du domicile les matériels de protection indispensables à la poursuite de leur activité ?

Que l'on nous comprenne bien : il n'y a dans ces questions aucune mise en cause mais un constat, celui du besoin d'une politique de l'autonomie.

Nous le savons aujourd'hui parfaitement, les grands risques contemporains ont noms : maladie chronique, invalidité, handicap lié à la grande prématurité, aux accidents vasculaires et de la vie... Au-delà, la singularité, la différence, quelle qu'en soit la cause, nous appelle à lutter contre les inégalités de destin. Nous venons de vivre ensemble une crise épidémique, dans une situation inédite, qui a montré nos fragilités individuelles et collectives et un nouveau visage du risque : systémique, il peut naître à tout moment des évolutions démographiques, du réchauffement climatique et des mutations environnementales dans un contexte mondialisé.

En 2004, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est née de la volonté du législateur de garantir aux Français que leur effort de solidarité envers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ne serait pas vain, par l'affectation réelle de la contribution dont ils s'acquittent, à une politique d'accompagnement des plus fragiles.

Quelques mois plus tard, par la loi du 11 février 2005, des droits nouveaux ont été définis par le législateur : ils procèdent du choix des personnes en situation de handicap et de leur famille de vivre comme elles l'entendent en égalité de droits, de chances, par la participation et la citoyenneté.

Ces droits sont d'une essence nouvelle : ce sont des droits pour et non plus seulement des droits à. Les droits pour l'autonomie sont en effet nés d'une ambition collective. Ils nécessitent un partenariat social élargi aux représentants des personnes elles-mêmes, aux collectivités territoriales et locales, aux professionnels. Ils appellent la mobilisation de la société tout entière comme le dispose la loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015.

Une politique pour l'autonomie se fixe donc pour objectif de donner à chacun, quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé, les moyens d'exercer pleinement sa citoyenneté.

C'est cette ambition que portent les parties prenantes du conseil de la CNSA.

**La création de la cinquième branche pour l'autonomie est historique en ce qu'elle ouvre la voie à une évolution de notre système de protection sociale.**

Pour cela, plusieurs orientations doivent guider les choix du législateur :

- **d’abord définir les enjeux d’une politique de l’autonomie fondée sur les principes de l’égalité des chances et la convergence des politiques à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;**
- **affirmer ensuite l’élargissement du périmètre traditionnel de la protection sociale à l’ensemble des politiques publiques concernées, cohésion des territoires et logement, développement économique pour apporter un soutien au secteur médico-social et mobiliser une large capacité d’investissement, numérique afin d’accompagner la transformation de l’offre et des métiers ;**
- **renforcer la représentation et la représentativité des personnes dans la gouvernance de la branche et y associer l’ensemble des parties prenantes au niveau national et territorial ;**
- **investir dans des modalités de pilotage modernes – animation, accompagnement, évaluation et contrôle – au niveau national et territorial, de tous les acteurs, et en premier lieu, conseils départementaux, agences régionales de santé (ARS), services de l’État, par la mise en place de conférences pour l’autonomie dans les territoires ;**
- **garantir l’effort de financement de la politique de l’autonomie, en référence aux différents rapports et contributions de Dominique Libault, du Haut Conseil de la famille, de l’enfance et de l’âge (HCFEA), d’Audrey Dufeu Schubert, de Myriam El Khomri et du conseil de la CNSA notamment ;**
- **adopter une loi de programmation dédiée, la rendre effective par la contractualisation d’un engagement pluriannuel de l’ensemble des financeurs dans le respect de leurs compétences et dans un dialogue parlementaire renforcé ;**
- **permettre enfin, par une trajectoire pluriannuelle :**
  - l’urgente revalorisation salariale des personnels et tout particulièrement ceux du domicile, premier recours des politiques de soin et de prendre soin ;
  - la convergence des politiques à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, et l’élargissement de la prestation de compensation aux bénéficiaires qui en sont encore exclus ;
  - les différentes fonctionnalités pour l’autonomie : le soin, le prendre soin, le logement et la fonction présentielle qui préserve le lien social ;
  - la diminution volontariste de ce qui reste à la charge personnelle de nos concitoyens et plus particulièrement des personnes âgées en établissement.

Marie-Anne Montchamp,

Présidente du conseil de la CNSA

# Sommaire

1	L'autonomie en protection sociale et dans les politiques publiques .....	7
	L'autonomie en protection sociale .....	7
	La conception d'une protection sociale .....	8
	Des risques sociaux importants à couvrir au lendemain de la guerre et un enjeu de cohésion sociale : la création de la Sécurité sociale .....	9
	La construction progressive du risque autonomie.....	10
	L'autonomie définie au sein de la protection sociale.....	13
	L'autonomie dans les politiques publiques .....	14
	L'autonomie au cœur des différentes étapes de décentralisation.....	14
	Une décentralisation en plusieurs étapes.....	14
	L'autonomie des collectivités françaises comparée à celle d'autres pays européens .....	16
	Les collectivités et les politiques pour l'autonomie .....	16
	Des MDPH inscrites dans le paysage institutionnel mais faisant face à de nombreux défis .....	17
	Les ARS, trait d'union entre réponse médico-sociale et sanitaire.....	18
2	Les financements d'une politique pour l'autonomie, maintenant !.....	20
	Une politique pour l'autonomie : pour quoi faire ? .....	20
	L'égalité des chances .....	20
	L'égalité des chances à l'épreuve de la crise COVID-19.....	21
	La participation .....	21
	La participation des personnes pendant la crise COVID-19 .....	22
	La citoyenneté.....	23
	L'affirmation de la citoyenneté pendant la crise COVID-19 .....	24
	Construire l'égalité des droits réels .....	24
	Transformer l'offre pour une réelle égalité des droits .....	25
	Le périmètre et le champ de financement.....	26
	Tout ce qui concourt à l'autonomie de la personne .....	26
	Une politique pour l'autonomie qui prend en compte la personne, quelle que soit sa situation.....	26
	S'appuyer sur les aspirations et les choix des personnes .....	26
	Affirmer la convergence des politiques pour l'autonomie des personnes quel que soit leur âge ou leur situation de handicap .....	26
	Toutes les fonctions associées à l'autonomie de la personne .....	27
	Le soin .....	29
	L'accompagnement.....	31
	Le logement.....	32
	La fonction présentielle .....	33

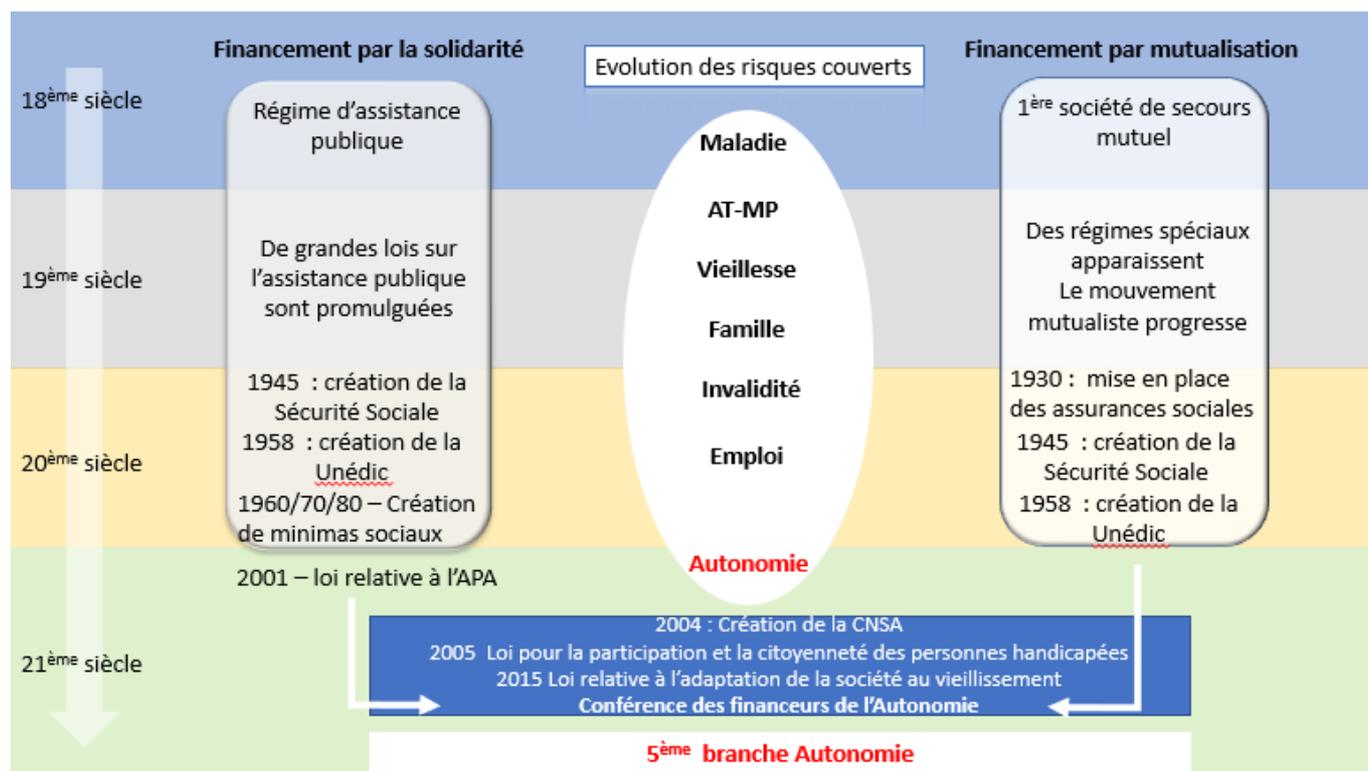
Au total, près de 95 Md€ de financement.....	34
Des besoins nouveaux de financements d'ores et déjà identifiés.....	36
Le périmètre de financement médico-social.....	36
Des financements opérés par la CNSA .....	36
L'architecture financière actuelle .....	36
Une évolution des missions de la CNSA depuis quinze ans.....	40
L'impact de la crise COVID-19 .....	46
Les politiques de l'autonomie face à la crise COVID-19.....	47
Une dérogation aux droits et de nombreuses initiatives .....	47
Un effet ciseau : une baisse des ressources propres et une augmentation des dépenses .....	50
La crise a montré des limites et invite à une nouvelle architecture budgétaire .....	51
3 La construction de la branche autonomie : une démarche programmatique pour une pleine efficacité à horizon 2030 .....	55
La conjoncture en France et dans le monde.....	55
Avant la crise COVID-19.....	55
Après la crise COVID-19.....	56
Bilan des LFSS et pistes pour l'avenir .....	57
Structure générale et financement de la politique autonomie .....	58
La branche autonomie, maintenant ! Un nouveau design des financements .....	60
De l'intérêt d'une reconnaissance du risque autonomie en protection sociale .....	61
Les trois périmètres envisageables pour la cinquième branche autonomie.....	63
Les conséquences de la branche autonomie pour la CNSA .....	69
Un impact sur ses missions .....	69
Une nouvelle architecture financière pour la CNSA .....	70
La gouvernance de la branche.....	71
La construction progressive du périmètre de la branche autonomie .....	72
La fondation de la branche et la gestion de l'urgence (2021) .....	73
La phase de transition (2021-2030).....	74
La phase de maturité de la branche (2030).....	74
Faire converger .....	74
Quel que soit l'âge, la situation de handicap ou de santé .....	74
L'approche domiciliaire .....	75
Pour une éthique du financement .....	77
Garantir la pérennité de la ressource.....	77
Affecter pour une égalité des droits réels.....	78
Évaluer .....	78
Soutenir l'économie réelle .....	78
Une forte dynamique d'emploi sous réserve d'une revalorisation des métiers.....	78
Soutien sectoriel : transformation, numérisation, prévention des risques psychosociaux.....	80

Évaluer par la preuve avec la personne et l'accompagnant professionnel ou non .....	81
4 Facile à lire et à comprendre .....	84
5 Annexe : la démarche de prototypage .....	85
Genèse de la démarche de prototypage .....	85
Le prototypage de la gouvernance future des politiques pour l'autonomie dans les territoires : qu'est-ce que c'est ? .....	85
La démarche de prototypage : pourquoi ? .....	86
Objectifs, calendrier et état d'avancement de la première phase de la démarche de prototypage de la gouvernance et du pilotage futurs des politiques pour l'autonomie dans les territoires .....	87
Premier bilan de la démarche de prototypage : la transition engagée.....	88
Un socle commun.....	88
Des priorités nationales et territoriales, identifiées et confirmées par la preuve.....	90
Des vecteurs de transition adaptés au contexte, aux contraintes des territoires et aux attentes/besoins des habitants / parties prenantes du territoire .....	90
Une méthode de pilotage, de consensus et de transition permettant d'intégrer par l'association des parties prenantes du territoire et leur niveau d'adhésion, toutes les politiques nationales et territoriales qui soutiennent l'autonomie de la personne chez elle .....	90
<b>UNE MÉTHODE COMMUNE DE CONSENSUS ET DE TRANSITION TERRITORIALISÉE</b> d'ores et déjà modélisée et en cours de prototypage .....	93
Les prototypes « <i>lab</i> » du pilotage futur.....	93
6 Glossaire.....	94

# 1 L'autonomie en protection sociale et dans les politiques publiques

## L'autonomie en protection sociale

La protection sociale est le fruit d'une longue construction, aussi, comprendre les mécanismes qui ont façonné nos politiques actuelles de protection sociale nous permet de déterminer les raisons de l'émergence du nouvel enjeu qu'est l'autonomie dans les politiques publiques, pour mieux les redéfinir et les réinventer.



À travers les siècles, la prise en compte des risques sociaux a évolué selon leur acception par la société. Depuis l'aide et la charité personnelle au Moyen-Âge jusqu'à l'émergence d'une mutualisation du risque individuel avec les premières sociétés de secours mutuels (XVIII<sup>e</sup>) et les premiers régimes spéciaux (XIX<sup>e</sup>), c'est au XX<sup>e</sup> siècle, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale que vont s'entrecroiser des logiques d'assistance aux personnes et de mutualisation pour faire face aux grands risques maladie, accidents du travail et maladie professionnelle (AT-MP), vieillesse, famille, perte d'emploi/chômage.

Ce n'est en réalité qu'au tout début du XXI<sup>e</sup> siècle qu'apparaît l'enjeu de l'autonomie, pour les citoyens âgés ou en situation de handicap. Le principe d'une aide à l'autonomie, fondée sur une réponse personnalisée au projet de vie de la personne, quel que soit le territoire où elle vit, prend toute sa place dans la protection sociale contemporaine même si sa mise en œuvre se révèle d'autant plus complexe qu'elle implique de nombreux acteurs et fait appel à de multiples politiques publiques. La création d'une branche, distincte, en capacité de gérer, animer ce risque d'un nouveau type, consacre cette évolution des attentes sociales dans un contexte contemporain inédit de risques systémiques : climatique, pandémique, démographique.

## La conception d'une protection sociale

Dès le Moyen-Âge, l'assistance envers les plus fragiles naît de la charité dans le cadre d'une société médiévale qui s'organise progressivement selon trois formes : confréries religieuses, corporations et compagnonnage. À partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, les notions de liberté, de démocratie et de solidarité se renforcent et l'on voit apparaître, en 1780, la première société de secours mutuel. La révolution industrielle va accentuer leur essor, en réponse à l'augmentation des besoins sociaux qu'elle engendre. Les œuvres caritatives demeurent néanmoins très présentes.

La Révolution française remet en cause les formes de protection sociale assurées sous l'Ancien Régime par l'Église, la noblesse, les corporations et les municipalités. Si l'État n'y jouait qu'un rôle modeste, il était néanmoins précurseur d'un premier régime d'assistance publique, avec par exemple la création de l'Hôtel des invalides. La Constitution du 3 septembre 1791 prévoit de créer un établissement de secours public mais qui ne sera finalement pas mis en œuvre. La Révolution française affirme ainsi une nouvelle approche de la gouvernance de l'aide sociale. Pour la première fois, un questionnement politique sur l'organisation de la protection sociale voit le jour : quelle organisation de la protection ? Obligation collective ou individuelle de prévoyance ? Corporatisme ou mutualité ? Quelle intervention de l'État ?

Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, les enjeux d'une couverture sociale obligatoire se heurtent à la conception traditionnelle qui relève de la charité et de la protection individuelle. Alors que la notion de droits sociaux est encore totalement absente, des régimes spéciaux apparaissent cependant, celui des agents publics (militaires, fonctionnaires de l'État, collectivités territoriales et hôpitaux). Il s'agit pour l'essentiel d'octroyer des pensions de retraite. Les cheminots auront également leur première caisse de retraite dès 1850, la Compagnie parisienne du gaz crée pour ses employés une caisse de secours et de prévoyance en 1858. D'autres régimes spéciaux sont créés, ceux de la Comédie française, de l'Opéra, des transports en commun parisiens (1898). Puis plus tard naîtront ceux des sapeurs-pompiers volontaires (1922) et des clercs et employés de notaires (1937).

Tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle le mouvement mutualiste progresse. En 1898, les personnes couvertes par des droits mutualisés sont près de 2 millions. Les sociétaires décident des droits couverts et des prestations qui sont attribuées aux personnes impactées par les risques couverts.

En parallèle, fin XIX<sup>e</sup>, début XX<sup>e</sup>, de grandes lois d'assistance sont promulguées en France. Les principes sont les suivants : assistance assurée par les collectivités publiques, en proximité (notion de domicile de secours), pour les individus sans ressources. Parmi ces lois : celle du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, celle du 14 juillet 1913 versant une aide aux familles nombreuses nécessiteuses et d'autres lois sur l'enfance (1874, 1889, 1904). La loi du 14 juillet 1905 sur les vieillards, infirmes et incurables ouvre droit aux prestations qui comprennent soit une assistance à domicile soit dans un hospice.

Ces lois ont donné lieu à de nombreux débats. Henry Berthélemy dans sa préface du *Traité théorique et pratique d'assistance publique* précise : « le principe qui domine nos institutions publiques d'assistance n'est plus l'observation du devoir de charité [...] ce n'est plus même la philanthropie fort à l'honneur à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, ni la fraternité dont les idéalistes de 1848 ont voulu faire l'une des assises de l'ordre nouveau. C'est une conception moins noble, assurément, mais plus efficace, en ce qu'elle a pour fin non le soulagement de quelques-uns, mais l'intérêt de tous. C'est la constatation de l'interdépendance étroite des membres d'un même corps social, autrement dit la notion positive, égoïste, utilitaire de la

solidarité. Ce principe transformant l'assistance en charge publique obligatoire en va modifier l'objet. Il n'est plus suffisant d'offrir aux indigents, aux malades, aux infirmes, aux vieillards, des secours nécessairement limités par les ressources obtenues de la générosité collective ou de la bienfaisance privée [...]. Il s'agit en effet de réaliser l'assurance efficace contre les risques sociaux [...]. Instituer l'assistance administrative, c'est en fait proclamer le droit à l'assistance [...]. La proclamation du droit à l'assistance n'est pas un danger, dès que la loi qui l'institue en limite les conditions et en détermine la mesure<sup>1</sup>. »

« Les lois sur l'assistance publique, par la reconnaissance de droits juridiques à l'assistance publique, garantis par des voies de recours juridiques, constituent une étape essentielle dans la construction d'une protection sociale<sup>2</sup> ». La solidarité (notion positive, utilitaire) y émerge par un soutien aux personnes qui en ont la nécessité (réaliser l'assurance efficace contre les risques sociaux) pour « l'intérêt de tous ».

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, le gouvernement entend mettre en place une protection pour les ouvriers par le biais d'assurances sociales. La réintégration de l'Alsace et de la Moselle, ayant connu le système de protection bismarckien va conduire l'État français à une réforme plus large, concernant d'autres personnes que celles ciblées par les lois sur l'assistance publique. Le principe de la loi sur les assurances sociales adoptée en 1930 préfigure le système de Sécurité sociale et repose sur un financement de cotisations salariales et patronales. L'étendue de la couverture des assurances sociales reste néanmoins limitée. Les cadres sont exclus de ce mécanisme par un plafond d'affiliation. Les travailleurs indépendants ne sont pas pris en compte. La gestion de ces assurances est rendue complexe et coûteuse par la multitude de caisses (727 caisses primaires de répartition et les 80 caisses de capitalisation) faiblement contrôlées.

Plusieurs phénomènes au sens du service rendu aux citoyens ont conduit les politiques publiques vers une protection sociale s'appuyant tantôt sur une logique d'assistance (soutien aux personnes faisant face à des risques sociaux financé par la solidarité), tantôt sur une logique d'assurance sociale (reposant sur un principe de cotisations pour des risques identifiés). C'est au lendemain de la Seconde Guerre mondiale qu'une protection sociale ambitieuse va être consacrée : la Sécurité sociale.

## **Des risques sociaux importants à couvrir au lendemain de la guerre et un enjeu de cohésion sociale : la création de la Sécurité sociale**

Le Conseil national de la Résistance (CNR), avant même la Libération, préconisait la mise en place d'un système de protection sociale ambitieux : « la reconstitution, dans ses libertés traditionnelles, d'un syndicalisme indépendant, doté de larges pouvoirs dans l'organisation de la vie économique et sociale ;

---

<sup>1</sup> H. Derouin, A. Gory, F. Worms, *Traité théorique et pratique d'assistance publique*, Paris, Recueil Sirey, 1914.

<sup>2</sup> Michel Laroque, « Des premiers systèmes obligatoires de protection sociale aux assurances sociales », *Vie sociale*, 2015/2 (n° 10), *La Protection sociale face à ses défis : 70<sup>e</sup> anniversaire de la Sécurité sociale*, p. 31-48.

un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État<sup>3</sup> » Pierre Laroque donnera une définition de la Sécurité sociale, le 23 mars 1945 lors d'une conférence intitulée « Sécurité et assurances sociales », lors de l'inauguration de la section des assurances sociales de l'École nationale d'organisation économique et sociale (ENOES) : « La garantie donnée à chacun qu'il disposera en toutes circonstances d'un revenu suffisant pour assurer à lui-même et à sa famille une existence décente ou à tout le moins un minimum vital. » Aussi, la Sécurité sociale doit protéger le travailleur des aléas de la vie. Pour autant, Pierre Laroque estime qu'il faut lier cette capacité de travail avec l'organisation médicale : « Le problème de l'organisation médicale n'est pas seulement un problème de soins, c'est aussi et surtout un problème de prévention de la maladie et de l'invalidité sur le plan général, mais aussi sur le plan professionnel. »

Le texte du CNR ne vise pas exclusivement les travailleurs. L'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945, acte de naissance de la Sécurité sociale, prévoit d'élargir à d'autres personnes que les travailleurs et leurs familles : « Envisagée sous cet angle, la Sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de grande généralité quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants, mais ce qu'il est possible de faire aujourd'hui, c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan<sup>4</sup>. »

La Sécurité sociale est donc le fruit d'un siècle et demi de réflexions et lois successives. Tout d'abord, par la mutualité et les sociétés de recours mutuels (début XIX<sup>e</sup>), puis par la mise en place d'un système complet d'assistance obligatoire (fin XIX<sup>e</sup>/début XX<sup>e</sup>), enfin, après la Première Guerre mondiale, par la mise en place du système d'assurances sociales.

## **La construction progressive du risque autonomie**

Les politiques pour l'autonomie, si elles ne voient le jour qu'au début du XXI<sup>e</sup> siècle, trouvent leur origine au fil des années, dans une politique publique d'assistance et d'assurance sociale. Ainsi, à partir des années 1960, les premières aides aux personnes âgées à domicile verront le jour, mais sous la forme d'une aide sociale relevant de l'assistance plus que de la prise en compte globale de leur besoin, et moins encore de leurs aspirations.

Depuis plus de 70 ans, le poids des différents risques au sein du système de protection sociale français n'a cessé de progresser, passant de 14,5 % du produit intérieur brut (PIB) en 1959 à 34,3 % en 2016. Les ressources du système ont en parallèle considérablement augmenté mais pas à la hauteur de ses dépenses, ce qui a conduit à la constitution de déficits massifs que les gouvernements successifs cherchent à contenir ou à réduire par des efforts d'efficience et par des réformes. Toutefois, malgré des hypothèses de retour à l'équilibre avant la crise COVID-19, cette dernière a conduit à une très forte

---

<sup>3</sup> Programme d'action du Conseil national de la Résistance, également baptisé *Les Jours heureux*, adopté le 15 mars 1944.

<sup>4</sup> Exposé de motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale.

reconstitution d'une dette sociale, alors que, dans le même temps, les risques couverts s'accroissent et se transforment. Au côté des risques historiques – maladie, AT-MP, famille, retraite –, d'autres risques sociaux ont émergé : le risque de perte d'emploi, conduisant à la création de l'Unédic en 1958 et prenant une importance particulière avec le chômage de masse à partir des années 1980. Le risque logement avec la création d'allocations de logement à partir des années 1970. Enfin, l'exclusion sociale et la pauvreté, entraînant la création du minimum vieillesse (1956), l'allocation aux adultes handicapés (AAH, 1975), l'allocation de parent isolé (API, 1976) ou le revenu minimum d'insertion (RMI, 1988).

Sous l'impulsion des personnes elles-mêmes et des familles, regroupées en associations militantes, la politique en faveur des personnes handicapées a connu plusieurs étapes. La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est un tournant. Elle régleme nte les conditions de création, de financement, de formation et de statut du personnel des établissements et services du secteur. Elle fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics : importance de la prévention et du dépistage des handicaps ; obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés ; accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population ; et maintien des personnes handicapées chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fixe de nouvelles règles relatives aux droits des personnes. Elle définit les droits fondamentaux intégrant l'association de la personne, de son entourage et de sa famille à la conception et à la mise en œuvre du projet avec : un respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne ; le libre choix entre les prestations (services/établissement...) ; un accompagnement individualisé et de qualité dans le respect d'un consentement éclairé ; la confidentialité des données concernant l'utilisateur ; l'accès à l'information ; une information sur les droits fondamentaux et les voies de recours ; une participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

Quelques temps après l'entrée en vigueur de cette loi, la canicule de 2003 révèle, par le lourd tribut payé par les plus âgés, leur solitude et leur isolement. Cette tragédie a conduit le gouvernement à la création de la Contribution solidarité autonomie (CSA), équivalente au don symbolique du produit d'une journée travaillée et à la mise en œuvre d'une caisse spécifique, dans l'objectif de garantir l'affectation de cette ressource nouvelle en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ainsi, la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dispose : « Il est institué une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui a pour mission, dans la limite des ressources qui lui sont affectées, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire. »

La notion même de solidarité pour l'autonomie, qui définit la CNSA, est novatrice à plusieurs égards. Le conseil de la CNSA, dès son origine en 2006, puis en 2007, la décrit ainsi : « La solidarité pour l'autonomie d'autrui, de tout autre, est un chemin d'accueil et de rencontre qui déstabilise bien des certitudes toutes faites, et fait progresser en humanité celui qui s'en dégage. C'est une solidarité qui met en jeu, au-delà des deux biens fondamentaux que sont la santé et le revenu, et sans se substituer aux solidarités informelles ou familiales, un troisième bien fondamental qui est la relation autonome à son propre environnement et la participation à la vie sociale. C'est une solidarité collective qui vise

l'autonomie de l'individu. Du collectif qui cherche à stimuler le développement de chacun dans ce qu'il a de particulier<sup>5</sup>. »

Une autre étape fondamentale pour les politiques de l'autonomie est la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. » Elle a pour objectif de consacrer l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées selon quatre grands principes : la garantie du libre choix du projet de vie de la personne ; la compensation personnalisée (évaluation individualisée de la situation et réponses individualisées) ; la participation à la vie sociale ; la simplification de l'accès aux droits.

Le vieillissement de la population et la croissance substantielle du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans en risque de perte d'autonomie à l'horizon 2030, associés à la dégradation du rapport population active/inactive lié à ce phénomène de vieillissement et à une situation économique difficile engendrent des déséquilibres de financement du système de protection sociale.

C'est en ces termes que se pose en France l'intégration d'un risque autonomie au sein de la Sécurité sociale, comme c'est déjà le cas dans certains pays du nord de l'Europe. Ainsi, en Allemagne, le risque autonomie a été institué par la loi sur l'assurance dépendance (*Pflegebedürftigkeit*) : « énoncée lors de la phase de sa problématisation : elle caractérise la situation d'une personne ayant besoin d'être aidée et soignée (*gepflegt*) durant plus de six mois. Elle se rapproche donc de la maladie : si les individus ont besoin d'aide dans la vie quotidienne pendant moins de six mois, ils sont considérés comme seulement malades ; au-delà, ils le sont aussi comme dépendants (Klie, 2005). En revanche, la dépendance ne relève pas de l'âge<sup>6</sup>. »

Afin de répondre aux besoins liés au vieillissement de la population, la loi ASV du 28 décembre 2015 dispose que : « L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation. [...] La réponse au défi de la "révolution de l'âge" doit avoir un caractère universel : tout le monde est concerné par l'âge. Alors que les politiques de l'âge se sont construites par étapes successives, l'ambition du gouvernement est aujourd'hui de les remettre en cohérence, d'impulser une dynamique et d'assurer l'égalité de tous les citoyens face au risque de perte d'autonomie. » Pour autant, les moyens consacrés à cette loi ne suffisent pas pour les besoins croissants des personnes. Aussi, le 1<sup>er</sup> octobre 2018 débute une concertation Grand Âge Autonomie pilotée par Dominique Libault afin de trouver des perspectives de financement à plus long terme.

Concernant le besoin de financement, le rapport de Dominique Libault, *Grand Âge, le temps d'agir* (mars 2019) conduit à projeter un niveau de dépenses publiques s'élevant autour de 1,6 % du PIB en 2030

---

<sup>5</sup> CNSA, Rapport Annuel 2014, Chapitre prospectif : 10 ans de solidarité pour l'autonomie, p. 37-38, <https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/publications-de-la-cnsa/les-rapports-annuels-et-lessentiel-de-la-cnsa>.

<sup>6</sup> Clémence Ledoux, « L'Assurance dépendance allemande, une copie de l'assurance maladie ? Des premiers débats aux réformes actuelles », *Revue française des affaires sociales*, 2015/4, p. 83-106.

(contre 1,4 % en tendancier) soit près de 35 % de plus qu'en 2018. Environ 45 % de cette hausse proviendrait du seul effet de l'évolution démographique, les 55 % restants finançant les mesures nouvelles proposées pour l'amélioration de la qualité de l'offre ou pour la baisse du reste-à-charge en établissement. La mission a fait apparaître un besoin de financement public supplémentaire par rapport à 2018 pour améliorer l'accompagnement de la « perte d'autonomie » des Français : il s'élèverait à 6,2 Md€ en 2024 et 9,2 Md€ d'ici 2030, en tenant compte à la fois des perspectives démographiques et des mesures nouvelles présentées.

## L'autonomie définie au sein de la protection sociale

Le risque autonomie est inhérent aux autres risques que notre système de protection sociale se fixe de couvrir et de prévenir. Il a au fond toujours été présent selon différentes acceptions qui en ont fait évoluer la prise en compte au fil de l'histoire, souvent en lien avec des événements qui ont renforcé la perception de ses enjeux. La protection sociale, conçue pour les travailleurs salariés à son origine, s'ouvre progressivement aux non-salariés puis à ceux qui ne peuvent pas travailler, et à partir des années 1980 aux personnes qui ne trouvent pas de travail.

Parce que la perte d'autonomie est perçue comme une rupture, comme une situation d'exception à la norme à l'origine, ce sont tout à la fois les mouvements associatifs portés par et pour les personnes en situation de handicap puis la prise de conscience collective du vieillissement de la population qui conduisent à penser autrement les politiques de protection sociale et à engager la solidarité nationale en faveur de l'autonomie. La création de la CNSA consacre cette évolution par une institution nouvelle et originale en ce qu'elle déroge aux modes habituels de pilotage des risques. Elle a ouvert la voie à une nouvelle branche de protection sociale<sup>7</sup>.

Soixante-quinze ans après la création d'une solidarité publique face au risque maladie, il s'agit désormais de construire une solidarité pour compenser et prévenir la perte d'autonomie et assurer l'accompagnement des personnes selon leurs aspirations tout au long de leur parcours de vie, quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé, quel que soit le territoire où elles vivent, en égalité des chances et selon une ambition inclusive.

Les premières lois d'assistance publique, par la reconnaissance de droits, visaient à assurer efficacement contre les risques sociaux dans l'intérêt de tous. L'assistance était gérée en proximité par les collectivités publiques. Lors de la création de la Sécurité sociale, l'exposé des motifs évoquait la difficulté d'embrasser une mise en œuvre large d'emblée mais prévoyait d'élargir à d'autres risques : **« Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité »**. La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie se situe à la croisée d'ambitions complémentaires. Si elle contribue au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire, elle se fixe

---

<sup>7</sup> Avec pour ambition, penser un cinquième risque, voir le premier Rapport d'activité de la CNSA, 2006.

également comme objectif de mettre en œuvre les moyens d'une vie autonome et de prévenir les évolutions des situations qui limitent et amoindrissent l'autonomie de nos concitoyens.

Avec la cinquième branche autonomie émerge une ambition nouvelle pour la protection sociale du xx<sup>e</sup> siècle, répondant ainsi à l'injonction qu'exprimait Pierre Laroque, le 23 mars 1945 : « [l'organisation française de la protection sociale] doit être faite d'institutions vivantes, se renouvelant par une création continue. »

Au sein de notre système de protection sociale, fondé sur la solidarité nationale, l'autonomie est un droit universel à compensation pour la vie autonome de chaque citoyen selon ses aspirations, sous forme d'une réponse personnalisée et en prévention quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé et quel que soit le territoire où il vit.

## **L'autonomie dans les politiques publiques**

### **L'autonomie au cœur des différentes étapes de décentralisation**

#### **Une décentralisation en plusieurs étapes**

Le modèle de l'État centralisé, hérité de la Révolution et de l'Empire, s'est longtemps imposé dans notre pays. À partir des années 1980, une étape importante marque le début d'une certaine autonomie des collectivités locales. Entre mars 1982 et juillet 1983, trois lois sont promulguées :

- la loi du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;
- la loi du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ;
- la loi du 22 juillet 1983 qui complète la loi du 7 janvier 1983.

Elles reposent sur trois principes :

- l'absence de tutelle d'une collectivité sur une autre ;
- le maintien des différentes structures d'administration locale existantes ;
- la compensation financière des transferts de compétences.

La loi du 2 mars 1982 exprime la nouvelle donne que la décentralisation introduit dans l'organisation des pouvoirs, en transférant le pouvoir exécutif du préfet aux présidents de conseil général et régional. Avant 1982, c'était le préfet, aidé par les administrations d'État, qui assurait l'exécution des décisions du conseil général. Avec la loi du 2 mars 1982, le département devient une collectivité de plein exercice. Désormais, c'est le président du conseil général, élu au suffrage universel direct, qui préside l'assemblée, prépare et exécute les budgets et les délibérations. Il devient également le chef de l'administration départementale.

De cette première période de décentralisation, les départements se voient dotés d'une compétence générale en matière de prestations d'aide sociale et en matière de prévention sanitaire et de services

sociaux. Cette compétence de droit commun concerne notamment l'aide médicale, l'aide sociale à l'enfance, aux familles et aux personnes âgées, la vaccination.

Une nouvelle période dans la politique de décentralisation, aussi appelée acte II, s'ouvre avec le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin, en mai 2002. Cet « acte II » est institué par le vote de la loi constitutionnelle du 28 mars 2003, relative à l'organisation décentralisée de la République.

Cette première révision importante du titre XII de la Constitution consacré aux collectivités territoriales depuis 1958, visait à permettre des évolutions juridiques et statutaires que le texte initial, tel qu'il avait été interprété par la jurisprudence du Conseil constitutionnel, interdisait. Il en est ainsi de la reconnaissance de l'expérimentation législative et de la possibilité de donner à une collectivité la qualité de cheffe de file pour gérer des compétences communes à plusieurs niveaux de collectivités.

Cette révision introduit aussi plusieurs dispositions novatrices relatives notamment aux finances locales pour permettre des évolutions statutaires pour les collectivités situées outre-mer.

Elle consacre enfin le principe selon lequel l'organisation de la République française « est décentralisée » (art. 1<sup>er</sup> de la Constitution).

L'« acte II » devait être aussi l'occasion d'une vaste redistribution des compétences entre l'État et les différents niveaux territoriaux.

Les départements reçoivent notamment de cet « acte II » une nouvelle compétence en gestion et pilotage du RMI, ainsi que la gestion de plusieurs fonds sociaux comme le fonds de solidarité logement (FSL).

La loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) confie de nouvelles compétences aux régions (soutien économique, aménagement durable du territoire). Elle est complétée par une loi qui modifie le découpage des régions et présente le calendrier électoral des élections régionales et départementales. Le texte supprime la clause générale de compétence pour les départements et les régions. Le département reste responsable des compétences de solidarité.

La loi NOTRe réaffirme la vocation de promotion des solidarités et de la cohésion territoriale de la collectivité départementale. L'action sociale du département, dont le coût financier représente en moyenne plus de la moitié de son budget de fonctionnement, concerne principalement :

- l'enfance : aide sociale à l'enfance (ASE), protection maternelle et infantile (PMI), adoption, soutien aux familles en difficulté financière ;
- les personnes handicapées : présidence du groupement d'intérêts publics (GIP) Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), paiement de la prestation de compensation du handicap (PCH) ; gestion de l'offre (foyers de vie...) ;
- les personnes âgées : gestion de l'offre (EHPAD, soutien à domicile), gestion et versement de l'APA ;
- les prestations légales d'aide sociale : gestion du revenu de solidarité active (RSA), dont le montant est fixé au niveau national ;
- la contribution à la résorption de la précarité énergétique.

Un nouvel acte de décentralisation est en réflexion en 2020. Le projet de loi « 3D », pour décentralisation, différenciation et déconcentration, initié par Jacqueline Gourault, ministre de la Cohésion des territoires, a pour ambition de transformer les relations entre l'État et les collectivités territoriales sans constituer pour autant un nouveau « *big bang* » territorial mais privilégiant les besoins et les projets, plutôt qu'une solution définie d'en haut et administrée de manière indifférenciée.

## **L'autonomie des collectivités françaises comparée à celle d'autres pays européens**

La France se singularise par une faible décentralisation des dépenses publiques. Seulement 20 % de ces dépenses sont payées par les administrations territoriales, contre 31 % en moyenne dans l'Union européenne. Tous les grands pays voisins décentralisent plus que la France, notamment en matière d'éducation et de santé. Ce constat est à nuancer s'agissant des investissements publics, les administrations territoriales françaises en finançant une part importante. En outre, la part des dépenses locales dans le total des dépenses publiques est un indicateur imparfait du degré de décentralisation : le payeur n'est pas toujours celui qui décide. La France est moins singulière pour la répartition des ressources des administrations territoriales. La part des recettes fiscales y est un peu plus forte que dans les autres pays et celle des transferts de l'État un peu plus faible. Est-ce le signe d'une plus grande autonomie des administrations territoriales ? Pas forcément, car le pouvoir réel des administrations territoriales sur ces recettes se révèle très variable. Ainsi, les transferts de l'État sont plus largement forfaitaires en France que dans les autres pays, où ils sont souvent fléchés vers des politiques particulières. À cet égard, les collectivités territoriales françaises seraient donc plus autonomes. S'agissant des recettes fiscales, elles semblent moins autonomes que dans les pays fédéraux mais autant que dans les autres pays.

Si la décentralisation des dépenses publiques apparaît faible en France, les ressources des administrations territoriales leur confèrent une autonomie de gestion qui n'est pas inférieure à celle des autres pays européens.

Par ailleurs, le taux de la dépense publique locale dans les dépenses de protection sociale en France est de 9 % en 2017 contre une moyenne de 25 % pour les autres pays européens. Pour la santé, ce ratio est de 1 % avec une moyenne qui s'établit à 6 % au niveau européen<sup>8</sup>.

## **Les collectivités et les politiques pour l'autonomie**

En 2018, la dépense nette d'action sociale des départements de France métropolitaine s'élève à 37,9 Md€, alors que le montant de la charge nette (une fois déduites les contributions de l'État pour les allocations) est de 29,5 Md€.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> François Écalte et Sébastien Turban, *La Note d'analyse, Autonomie des collectivités territoriales : une comparaison européenne*, n° 80, juillet 2019.

<sup>9</sup> Lettre de l'ODAS, *Dépenses départementales d'action sociale en 2018 : Un pacte financier respecté... mais à quel prix ?*, juin 2019.

Avec seulement 1,3 % d'augmentation, la dépense nette d'action sociale départementale affiche, en 2018, la plus faible progression enregistrée depuis plusieurs années. Les départements ont en effet veillé à respecter les instructions gouvernementales sur l'augmentation de leur dépense (+ 1,2 %), ce qui s'est répercuté sur leur principal budget de fonctionnement, celui de l'action sociale. Ce résultat pourrait être perçu comme rassurant s'il ne s'accompagnait d'un autre constat : les dépenses obligatoires que sont les allocations augmentent de 2 %, tandis que l'ensemble des autres dépenses progresse de moins de 0,7 %. On voit donc à nouveau s'accroître le poids des dépenses obligatoires que sont les allocations par rapport aux autres dépenses sociales. Or ces dernières sont intrinsèquement liées à la principale mission sociale des départements : agir en matière de prévention, d'insertion et d'accompagnement social. Le rôle des départements semble ainsi de plus en plus impacté par des responsabilités gestionnaires qui réduisent leurs marges de manœuvre pour intervenir en amont des problèmes et d'empêcher leur aggravation.

## **Des MDPH inscrites dans le paysage institutionnel mais faisant face à de nombreux défis**

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont créées par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La MDPH est présente dans chaque département.

La MDPH informe et accompagne les personnes handicapées et leurs familles dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution. Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée et une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.

La MDPH est un groupement d'intérêt public (GIP) constitué pour une durée indéterminée, dont le département assure la tutelle administrative et financière. Sont membres de droit de ce groupement, le département, l'État et les organismes locaux d'assurance maladie (CPAM) et d'allocations familiales (CAF) du régime général de Sécurité sociale. D'autres personnes morales peuvent demander à en être membres, notamment celles représentant les organismes gestionnaires d'établissements ou de services destinés aux personnes handicapées.

L'ensemble des partenaires sont rassemblés afin de simplifier les démarches des personnes handicapées et de leur famille et d'améliorer l'efficacité des politiques publiques : le conseil départemental, les ARS, la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS), la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), les CAF et les caisses de mutualité sociale agricole (MSA), les CPAM, l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph) et l'inspection académique.

Près de quinze ans après leur création, les MDPH sont incontournables dans la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap ainsi que dans le paysage institutionnel départemental, régional et national. Face à l'augmentation des demandes et des besoins, les MDPH sont confrontées à de nombreux chantiers qui impliquent une transformation de leur organisation afin d'améliorer le service rendu aux personnes : harmonisation des pratiques *via* le système d'information (SI) commun, mise en

œuvre de la « Réponse accompagnée pour tous », simplification des démarches pour les usagers, pilotage des délais de traitement, mesure de la satisfaction des usagers.

### **Les maisons de l'autonomie, un lieu commun d'information, de conseil et d'orientation**

La loi ASV fixe pour mission à la CNSA la labellisation des organisations en maisons départementales de l'autonomie (MDA), pour les départements en faisant la demande. La MDA est une organisation fédérant les missions et les moyens de la MDPH et du département en matière 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.

La MDA de la Mayenne est à ce jour, et depuis juillet 2019, la seule MDA labellisée conformément au cahier des charges prévu par voie réglementaire et après avis favorable de la commission de labellisation.

### **Les ARS, trait d'union entre réponse médico-sociale et sanitaire**

Les agences régionales de santé (ARS) ont été créées par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. Ce sont des établissements publics de l'État à caractère administratif (EPA) sous tutelle ministérielle directe mais disposant d'une part d'autonomie.

Elles interviennent en matière de prévention, de soins en ville et à l'hôpital, ainsi qu'en matière médico-sociale, domaines auparavant pris en charge par différentes administrations. Dans le but de simplifier et de clarifier l'organisation sanitaire régionale, elles se substituent ainsi à sept organismes, dont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), la direction régionale et les directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS), l'Union et les caisses régionales d'assurance maladie (Urcam et Cram).

Les ARS – dont le nombre a été ramené à 17 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 à la suite de la réforme territoriale de la loi NOTRe – déclinent au niveau régional la politique de santé publique et doivent tenir compte « des spécificités de chaque région ». Elles sont notamment chargées de la veille sanitaire, de la promotion de la santé dans leur région et elles contribuent à répondre aux situations d'urgence ou de crise. Elles doivent par ailleurs améliorer l'efficacité du système de santé et en renforcer l'ancrage territorial en l'adaptant aux besoins et aux spécificités de chaque territoire. Elles conduisent ainsi, conjointement avec les caisses d'assurance maladie, une politique de gestion du risque.

Ces missions sont renforcées par la loi de modernisation de notre système de santé. Promulguée en janvier 2016, cette loi vise à décloisonner les prises en charge et recentre le système de santé sur les soins de proximité, autour du médecin traitant.

Pour les ARS, il s'agit de :

- décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social, entre la ville et l'hôpital, entre la prévention et les soins au bénéfice des parcours de santé ;
- renforcer la prise en charge de premier recours par les professionnels libéraux et appuyer ces professionnels ;
- consolider le service public hospitalier ;
- favoriser les coopérations entre établissements ;

- améliorer l'information des usagers sur l'offre de soins de proximité, en particulier sur la permanence des soins ambulatoires ;
- développer la démocratie sanitaire.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé promulguée à l'été 2019 vise à faire émerger un système de santé mieux organisé dans les territoires en renforçant l'accès aux soins. Il s'agit notamment de créer, dans tous les territoires, un collectif de soins au service des patients, par le biais d'hôpitaux de proximité qui permettront de répondre aux besoins de la population avec de la médecine générale, de la gériatrie et de la réadaptation, et la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), c'est-à-dire des professionnels de santé d'un même territoire qui s'organisent pour trouver un médecin traitant, permettre un accès à des consultations le jour même... et le recrutement des assistants médicaux auprès des médecins dans les zones où la densité médicale est faible. Un axe numérique important y est également présent avec l'objectif de créer un espace numérique de santé pour tous les patients et d'investir dans les échanges et la transmission d'informations entre professionnels (virage numérique en santé). Il s'agit d'autant d'axes forts sur lesquels les ARS sont pleinement mobilisés.

La crise COVID-19 requestionne les rôles respectifs des différentes institutions. La crise sanitaire a démontré, une nouvelle fois, l'importance d'une coordination entre tous les acteurs et à tous les niveaux. Elle a révélé des cloisonnements et des rigidités, des inégalités entre territoires, mais elle a également été propice à l'innovation et à l'organisation d'espaces de dialogue nouveaux ou renforcés. Ainsi, l'idée promue par le conseil de la CNSA de conférences départementales de l'autonomie, inspirées des conférences départementales des financeurs, prend tout son sens au sortir de cet épisode de crise. Il semble nécessaire au conseil de construire des instances transverses qui permettent un échange collectif sur l'ensemble des aspects du parcours de vie des personnes.

À l'issue de cette première partie nous pourrions tenter une définition de l'autonomie en protection sociale.

---

## **📌 Définition contemporaine de l'autonomie en protection sociale et dans les politiques publiques**

Une politique pour l'autonomie donne à chacun, quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé, les moyens d'exercer pleinement sa citoyenneté.

**En protection sociale, l'autonomie est un droit universel à compensation, fondé sur la solidarité nationale, pour une aide/un soutien/un accompagnement à la vie autonome sous forme d'une réponse personnalisée et en prévention, ancrée dans les territoires.**

L'ensemble des politiques publiques est concerné et concourt à cette politique pour l'autonomie afin de répondre pleinement aux besoins des personnes et à leur citoyenneté.

## **2 Les financements d'une politique pour l'autonomie, maintenant !**

### **Une politique pour l'autonomie : pour quoi faire ?**

Une politique pour l'autonomie donne à chacun, quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé, les moyens d'exercer pleinement sa citoyenneté. L'ensemble des politiques publiques sont concernées et concourent à cette politique pour l'autonomie afin de répondre pleinement aux besoins des personnes. Plusieurs grands principes doivent guider une telle politique : l'égalité des chances, la participation des personnes, la citoyenneté et construire une égalité des droits réels.

### **L'égalité des chances**

Fondement de notre Nation : « Les Hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits<sup>10</sup>. » Une politique pour l'autonomie, qui par sa nature, donne à chacun les moyens d'exercer pleinement sa citoyenneté contribue à construire une société française une et indivisible. Notre histoire, celle de notre nation et de nos politiques pour l'autonomie, consacre l'égalité des chances en symbole, devise et valeurs républicaines, présents partout et tout au long de la vie de nos concitoyens.

L'article 1<sup>er</sup> de la Constitution de la V<sup>e</sup> République française<sup>11</sup> stipule : « La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. Son organisation est décentralisée. La loi favorise l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et fonctions électives, ainsi qu'aux responsabilités professionnelles et sociales<sup>12</sup>. »

Bien que le texte de l'article 1<sup>er</sup> de notre Constitution ne mentionne pas explicitement nos concitoyens âgés ou en situation de handicap, les Constituants ont défini le fondement de notre ordre social dans l'égalité en droit de tous, sans distinction. La loi fondamentale nous enjoint au plus strict refus des discriminations qui conduiraient à exclure du corps social un citoyen « distingué » des autres en raison de caractères ou caractéristiques faisant de lui un être « à part ». Cela conduirait à son exclusion partielle ou totale et à entraver l'exercice de ses droits et de ses libertés. Les États membres de l'Union européenne sont tenus de « prendre les mesures nécessaires en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle<sup>13</sup> ». On trouve là, à n'en pas douter, l'impulsion fondatrice du principe d'inclusion sociale que le gouvernement a fait le choix d'affirmer dans la droite ligne du projet et des engagements du président de la République.

---

<sup>10</sup> Article 1<sup>er</sup> de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen, 1789.

<sup>11</sup> Constitution du 4 octobre 1958.

<sup>12</sup> Second alinéa ajouté par la loi constitutionnelle du 23 juillet 2008. Il reprend et complète une disposition présente auparavant dans l'article 3.

<sup>13</sup> Consacré par l'article 19 du traité de Maastricht et confirmé par l'article 13 du traité de Lisbonne en 2007.

Ce principe doit guider et nourrir la politique pour l'autonomie.

## **L'égalité des chances à l'épreuve de la crise COVID-19**

La pandémie de COVID-19 a montré la complexité de mise en œuvre du principe d'égalité et de non-discrimination. En période de crise et d'état d'urgence sanitaire, répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées a mis sous tension nos organisations médico-sociales. L'état d'urgence sanitaire ayant disposé le confinement domiciliaire comme mesure renforcée de distanciation physique s'appliquant à tous les citoyens, ses dispositions ont engendré une distanciation sociale qui s'est traduite pour beaucoup par une perte de chance. L'objectif de limiter le risque de contamination aurait dû mieux prendre en compte cette perte de chance liée à l'isolement, dans la conception et la mise en œuvre des mesures liées au confinement et au déconfinement domiciliaire. Pour cela, il aurait été nécessaire de se référer au socle de principes qui sous-tendent nos politiques pour l'autonomie et à l'ensemble des textes qui les régissent, en particulier l'affirmation de l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté de nos concitoyens quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé.

Garantir l'égalité des chances entre tous les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux, mobilisés en première ligne, dans la durée, a été une condition primordiale pour tenir le confinement et mettre en œuvre le déconfinement. Il s'agit par ailleurs de compenser la fragilité souvent préexistante des organisations, exacerbée par l'urgence sanitaire et les modalités du confinement / déconfinement domiciliaire. Leur investissement doit être pleinement reconnu. Tous, professionnels du soin et professionnels du « prendre soin », doivent bénéficier des mêmes droits et chances pour faire face à la situation : toutes les ressources nécessaires doivent être mobilisées pour protéger et soutenir les capacités d'action et d'engagement des professionnels auprès des personnes accompagnées. Chaque professionnel doit être écouté et participer à la décision pour tout ce qui le concerne : mesures de protection, adaptation/différentiation du management et des mesures de confinement domiciliaire en fonction de la situation, anticipation et accompagnement de la sortie du confinement.

L'approche des questions d'égalité implique une démarche transversale à tous les niveaux : entre les administrations, entre les territoires, les parties prenantes et les personnes. Elle conduit également à lier la notion d'égalité des chances à celle de solidarité, comme le conseil de la CNSA la définissait en 2006 : « La solidarité pour l'autonomie d'autrui, de tout autre, est un chemin d'accueil et de rencontre qui déstabilise bien des certitudes toutes faites, et fait progresser en humanité celui qui s'en dégage<sup>14</sup>. »

## **La participation**

Chaque personne doit être reconnue, dans sa singularité et dans son rôle social inaliénable quelle que soit sa situation – âge, état de santé ou handicap. La reconnaissance de ce rôle au sein de la société nécessite de donner une pleine capacité de participation selon ses choix propres. Il ne s'agit pas de faire à la place de la personne, mais de mobiliser, de soutenir et de favoriser le maintien des capacités des personnes. Cela implique de changer nos modes de représentation, de sortir d'une logique de

---

<sup>14</sup> CNSA, Rapport annuel 2006, p. 66, [https://www.cnsa.fr/documentation/Rapport\\_annuel\\_OCT\\_2006-3-3.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/Rapport_annuel_OCT_2006-3-3.pdf).

catégorisation, de normativité visant à identifier des besoins homogènes en fonction d'une évaluation distanciée des situations de « perte d'autonomie ».

L'annonce du maintien de mesures de confinement pour les plus de 70 ans a été durant la crise COVID-19 fraîchement accueillie par les intéressés. « À 70 ans, il y a des gens en pleine forme, qui ont envie de faire des choses, de reprendre leurs études, de s'investir dans des activités associatives<sup>15</sup>. »

La cessation de l'activité professionnelle, pour ne pas conduire à un renoncement à la participation et à la vie sociale, appelle des réponses spécifiques, « dans le cadre de la transition entre l'emploi et la retraite, qui doivent être pensées pour permettre tout à la fois l'anticipation de situations futures, la prévention des risques liés à l'autonomie et la valorisation de la place de nos concitoyens dans la vie de la Cité<sup>16</sup> ».

Notre société doit tout autant repenser ses modes de représentations de nos concitoyens qui avancent en âge : de trop nombreux stéréotypes que l'on identifie comme discriminatoires et constitutifs de l'âgisme, influent sur la conception et l'organisation des réponses que notre système de protection sociale se fixe d'apporter aux plus âgés ou aux personnes en situation de handicap quelle qu'en soit la cause. Ces réponses doivent désormais intégrer et respecter les choix des citoyens et la spécificité de leur situation propre.

Une société inclusive, ouverte à tous, reconnaît la personne en tant qu'experte de sa situation. Les freins à la participation des personnes dans la construction des politiques nationales et territoriales doivent être levés. Il s'agit de donner la capacité à chacun de s'impliquer dans les politiques de l'autonomie à tous niveaux. C'est aussi le rôle d'un État moderne que d'être en mesure de permettre des réponses personnalisées qui donnent le droit et la capacité d'agir à chaque personne, seule ou dans un collectif, d'exprimer des valeurs, d'évoluer et de se rétablir.

## **La participation des personnes pendant la crise COVID-19**

Pour les personnes âgées, pour les personnes en situation de handicap, les temps d'adaptation, les changements, nécessitent une prise en compte spécifique qui impose un haut niveau d'anticipation.

Le rôle des associations et organisations représentatives des personnes, des familles, des personnels, des organisations et des territoires, association des parties prenantes, s'est révélé essentiel. Mais convenons que la définition des dispositions liées à l'état d'urgence s'est construite sans concertation et sans qu'elles puissent recueillir leur adhésion.

Réunis en séminaire en juin 2020, les membres du Conseil ont tiré des premiers enseignements de la crise, parmi ceux-ci des constats : la représentation des personnes et des aidants doit être améliorée ;

---

<sup>15</sup> Charlotte Belaiche, « Vieillesse: "Notre société donne à une partie de sa population le sentiment d'être un poids" », entretien avec Michel Billé et Jérôme Pellissier, *Libération*, 11 mai 2018.

<sup>16</sup> CNSA, *Démarche prospective du conseil de la CNSA. Chapitre 1 : pour une société inclusive, ouverte à tous*, p. 41.

elle doit participer de la gouvernance des politiques de l'autonomie ; le champ de l'âge ne présente pas la même structuration et représentation des intérêts des personnes que dans le champ du handicap.

En effet, si l'on considère la représentativité des personnes handicapées, la force du mouvement associatif, sa capacité à coproduire avec les pouvoirs publics les évolutions législatives est structurante, ancienne et particulièrement active. Elle est indispensable à l'essor des modes complémentaires de représentation des personnes par elles-mêmes, autoreprésentants, experts d'expérience, de personnes qualifiées ...

Une politique pour l'autonomie doit lever les freins à la participation des personnes en prenant appui sur les politiques qui ont ouvert la voie pour renforcer la place des personnes âgées, quelle que soit leur situation dans les décisions qui les concernent.

## **La citoyenneté**

L'affirmation de la pleine et entière citoyenneté de la personne fonde nos politiques pour l'autonomie. Le statut juridique de citoyen est un statut de liberté. La personne, citoyen augmenté d'une histoire propre qui appelle une reconnaissance sociale et sociétale, prend une place structurante dans notre système de protection sociale. La personne est à l'origine même de la réponse en protection sociale. La personne se définit par l'endroit où elle vit, son chez-soi, point d'appui pour sa conquête dans l'expression de ses choix. La personne est un citoyen qui exprime une souveraineté de soi. Il devient irremplaçable et appelle des réponses personnalistes chez lui. Chaque personne, quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de maladie dispose d'un « droit à l'essai », de la capacité d'évoluer, de se rétablir. Chaque personne a la liberté de faire des choix et dispose d'un droit à l'erreur.

La citoyenneté se définit par la participation à la vie de la cité. La citoyenneté ne se prescrit pas, elle se vit : le statut juridique de citoyen est un statut de liberté.

La citoyenneté unit tous ceux qui contribuent à la solidarité nationale par leurs impôts et leurs cotisations et qui en deviennent bénéficiaires.

« Tout citoyen est une personne, unique, irremplaçable, non substituable, avec ses aspirations, ses choix, ses préférences auxquelles l'ubérisation peut donner l'illusion de répondre, à faible coût et en créant de nouvelles fractures au sein du corps social<sup>17</sup>. »

Cet objectif de solidarité, propre à la Sécurité sociale et à l'aide sociale, oblige ainsi à partager les ressources et à compenser les inégalités en vue d'une protection commune, notamment des personnes les plus démunies, l'ensemble étant placé sous l'égide du principe d'égalité qui irrigue les différentes composantes de la protection sociale.

---

<sup>17</sup> Marie-Anne Montchamp, *Tout citoyen est une personne*, Ramsay, 2020, 4<sup>e</sup> de couverture.

## **L'affirmation de la citoyenneté pendant la crise COVID-19**

Les parties prenantes ont pu formuler des recommandations pour affirmer la citoyenneté des personnes pendant la pandémie de COVID-19.

La représentation des personnes, des familles, des proches et des personnels dans les consultations publiques nationales ou locales est fondamentale. Les parties prenantes en ont défini deux principes :

- le fonctionnement des instances de décisions et consultatives doit être aménagé et soutenu par des dispositions matérielles et financières adaptées à la situation et aux besoins ;
- la consultation des parties prenantes dans la préparation des dispositions les concernant doit être mise en œuvre selon des modalités qui garantissent son effectivité (délais de prévenance, accessibilité, périodicité...).

## **Construire l'égalité des droits réels**

Construire l'égalité des droits réels est le moteur d'une politique pour l'autonomie. En effet, affirmer la pleine citoyenneté des personnes, c'est également prendre en compte les capacités des personnes et adapter les réponses à leurs situations.

L'égalité de traitement ne peut devenir une réalité que s'il y a une prise en compte raisonnable de l'âge, de l'état de santé ou du handicap de façon à permettre l'utilisation des aptitudes de la personne concernée.

Par exemple, un employeur doit prendre les mesures appropriées, en fonction des besoins dans une situation concrète, pour permettre à une personne handicapée d'accéder à un emploi, de l'exercer ou d'y progresser, ou pour qu'une formation lui soit dispensée. C'est tout l'esprit de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. En matière de handicap, la notion d'aménagement raisonnable contribue donc à promouvoir une plus grande égalité réelle au profit des personnes qui en souffrent.

D'après Bruno Lasserre, vice-président du conseil d'État, lors d'un discours prononcé à l'École nationale de la magistrature le jeudi 29 novembre 2018 : « [...] notre pays est aujourd'hui confronté à la nécessité pressante de faire émerger du principe d'égalité une égalité plus réelle et concrète, sans toutefois que cet impératif ne conduise à remettre en question les principes constitutionnels. C'est donc un équilibre très fin qu'il s'agit de trouver entre les mesures dites de rattrapage, qui permettent de corriger certaines inégalités de fait, et les principes d'égalité et d'unité qui excluent la reconnaissance d'un droit à la différence. »

La réflexion d'Amartya Sen sur les « capacités », qui tend à l'épanouissement personnel en mettant l'accent sur la liberté positive permettant à chacun de déployer son potentiel au service de la destinée qu'il a choisi, est à ce titre intéressante.

Cette approche met en rapport ce que la personne a comme aspirations, ce qui la rend épanouie, avec ses capacités (selon ses propres caractéristiques : santé physique, mentale, genre, âge) mais aussi en prenant en compte le contexte dans lequel les personnes évoluent (contexte socio-économique, culturel,

politique et environnemental). Elle permet de mettre l'accent sur les capacités de chaque personne et ainsi de proposer un ensemble de réponses.

Il s'agit ainsi d'une autre vision de l'égalité : non pas offrir à chacun la même réponse mais offrir un ensemble de ressources adaptées à sa situation. En d'autres termes, l'approche par les capacités cherche à évaluer la liberté réelle dont disposent les individus pour atteindre les différentes dimensions qui composent leur bien-être, défini selon leurs propres valeurs. Ces dimensions regroupent par exemple la santé, l'éducation, la participation politique, l'autonomie, etc. L'approche par les capacités offre donc un cadre d'analyse pour évaluer la qualité de vie qui est pertinent autant pour les pays du Nord que pour les pays du Sud et ce cadre d'analyse est multidimensionnel<sup>18</sup>.

Dès lors, répondre aux aspirations des personnes, quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé tout en prenant en compte leurs capacités ou capabilités, c'est concevoir une politique pour l'autonomie large, qui invite à une convergence d'autres politiques, et ce quel que soit le territoire de vie de la personne.

## **Transformer l'offre pour une réelle égalité des droits**

Depuis plusieurs années, la CNSA est fortement engagée dans le processus de transformation de l'offre médico-sociale. Il s'agit de faire évoluer les établissements et services vers une offre permettant de favoriser une vie en milieu ordinaire, un accompagnement plus souple et modulaire pour tenir compte de la diversité des aspirations et de l'évolution dans le temps des besoins, mais aussi des réponses mieux coordonnées en sorte de mobiliser les ressources de droit commun autant que nécessaire, notamment dans le champ sanitaire. Elle mobilise son expertise et tous ses leviers d'action – répartition des crédits, animation et appui aux réseaux, recherche et innovation, formation professionnelle, systèmes d'information... – tant pour soutenir et stimuler les démarches d'inclusion des personnes à travers la scolarité, le logement, l'emploi que pour apporter des réponses innovantes aux besoins d'accompagnement en établissement ou service. Plusieurs démarches structurantes sont en cours : la transformation de l'offre médico-sociale, la réforme des services d'aide et d'accompagnement à domicile, l'habitat inclusif.

« Le conseil de la CNSA s'attache à apporter aux parties prenantes que sont d'abord les personnes elles-mêmes, leurs proches et leurs aidants, une méthode nouvelle de conception des réponses à leurs aspirations et leurs attentes, quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé : par leur expression directe, par le recueil de leur expertise, par l'affirmation et l'effectivité de leurs droits et de leur pleine citoyenneté, partout dans nos territoires de métropole et d'outre-mer<sup>19</sup>. »

---

<sup>18</sup> Voir « Développement durable et approche par les capacités », [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/5709developpement%20durable%20et%20approche%20par%20les%20capabilites\\_fformatted.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/5709developpement%20durable%20et%20approche%20par%20les%20capabilites_formatted.pdf).

<sup>19</sup> CNSA, *Démarche prospective du conseil de la CNSA. Chapitre 1 : pour une société inclusive, ouverte à tous*, p. 5.

# **Le périmètre et le champ de financement**

## **Tout ce qui concourt à l'autonomie de la personne**

### **Une politique pour l'autonomie qui prend en compte la personne, quelle que soit sa situation**

Une société ouverte à tous favorise l'accès de chaque personne à tous les biens sociaux, quel que soit son âge, son état de santé, son handicap ou l'endroit où elle vit. Prendre en compte la situation de la personne implique une réponse individualisée.

La politique pour l'autonomie doit ainsi offrir une réponse adaptée aux aspirations des personnes. Quant à son lieu de vie, son chez-soi, elle garantit l'accessibilité géographique y compris dans des zones rurales et dans tous les quartiers de la ville, dans les régions de faible densité ou encore dans les territoires d'outre-mer.

### **S'appuyer sur les aspirations et les choix des personnes**

À l'instar de l'approche sur les capacités, il convient de partir des aspirations des personnes et de les mettre en balance avec leurs capacités. Une politique pour l'autonomie offre des réponses ouvertes, dans une logique domiciliaire permettant à la personne de disposer d'un « chez-soi », lieu d'expression de ses attentes, de ses choix de vie et de ses préférences quelle que soit l'organisation de ce domicile, avec ou sans services mutualisés.

Les aspirations des personnes évoluent dans le temps, cela implique d'adapter sans cesse la réponse à leurs besoins.

### **Affirmer la convergence des politiques pour l'autonomie des personnes quel que soit leur âge ou leur situation de handicap**

L'âge et la situation de handicap ne sont pas le point d'entrée d'une politique pour l'autonomie. La convergence des politiques de l'âge et du handicap en est un principe structurant.

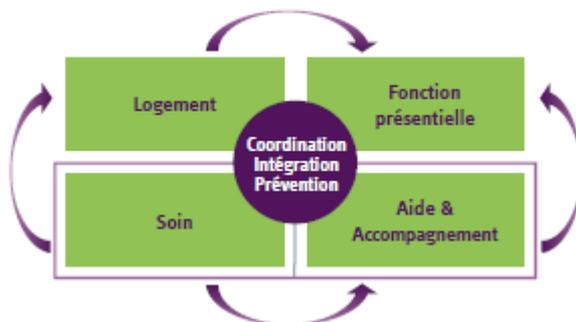
En faisant le choix de s'attacher exclusivement à la situation de la personne et à son projet de vie ou de fin de vie, on affirme la nécessité de lui apporter des réponses personnalisées, là où elle vit, en prenant en compte ses choix, ses aspirations et l'expression pleine et entière de sa citoyenneté. Une jeune personne handicapée physique en recherche d'insertion professionnelle et une personne âgée atteinte de troubles cognitifs n'attendent à l'évidence pas les mêmes réponses de notre système de protection sociale et de la société tout entière. Pourtant, toutes deux sont également citoyennes et doivent pouvoir avoir l'assurance de la reconnaissance de la singularité de leur situation, de l'importance de leur rôle social et de la centralité de leurs aspirations dans la construction des réponses en santé, sociales et sociétales qui leur sont nécessaires.

## Toutes les fonctions associées à l'autonomie de la personne

Les réponses concernant l'accompagnement pour l'autonomie sont complexes, intriquées selon les différentes dimensions de l'approche domiciliaire. Elles se structurent en quatre grands enjeux identifiés par le conseil de la CNSA : le soin, l'aide et l'accompagnement, le logement et la présence sociale que, par convention, le conseil appelle « la fonction présenteielle ».

Le conseil de la CNSA prend part au débat de société sur l'évolution du système de protection sociale en imaginant des besoins en financement autour de ces quatre dimensions. Aborder en ces termes les enjeux du modèle de financement conduit à s'interroger sur la différente nature des dépenses à financer.

Différents niveaux de contribution sont identifiés pour le financement de chacune des quatre fonctions. Le conseil s'accorde sur l'intérêt de se projeter en termes de besoins cibles sur chacune des quatre fonctions de la réponse à l'avancée en âge, mais également d'appréhender l'effet de « noria » que peut générer l'évolution du financement de l'une d'entre elles sur le besoin de financement des autres fonctions. Il est ainsi communément admis qu'une dépense médico-sociale (MAS, EHPAD, SAAD<sup>20</sup> par exemple) peut avoir un effet minorant sur la dépense hospitalière (moins recours aux urgences, moins taux de retour, politique plus efficiente de soutien au domicile) ou ambulatoire. Pourtant, l'éparpillement des financements liés à ces différents dispositifs rend difficile l'identification d'une complémentarité accrue des financements dédiés d'autant que les effets de noria sont, dans notre modèle actuel, rarement sources de redéploiement.



L'ambition que partagent les membres du conseil et les parties prenantes pour les politiques de l'autonomie et particulièrement pour la loi Grand Âge, nécessite de concilier de hauts niveaux de financement dans un contexte de contraintes fortes. Les modes de financement traditionnels des politiques de l'autonomie ne permettent pas, par une progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de l'objectif global de dépenses (OGD) de 2 à 2,5 %, de répondre au

<sup>20</sup> MAS : Maison d'accueil spécialisée ; SAAD : Services d'aide et d'accompagnement à domicile.

double enjeu de l'augmentation de la demande sociale et la transformation de notre modèle selon une approche domiciliaire.

Les financements devront tenir compte :

- de la situation des finances publiques, mais être volontaristes (il s'agit d'investir dans les politiques pour l'autonomie) ;
- des réalités territoriales et des capacités de financement des collectivités publiques ;
- de la situation des personnes en termes d'attentes, de besoins, de prévention mais aussi de leurs ressources et de leur patrimoine.

Les parties prenantes, par le consensus, ont identifié ces quatre fonctionnalités (soin, aide et accompagnement, logement et fonction présentielle) qui doivent être soutenues par des financements responsables et durables afin de permettre le virage domiciliaire.

La base de financement doit être la contribution de la solidarité nationale en prenant en compte un cadre systémique, pour soutenir la réflexion sur le financement des politiques pour l'autonomie qui implique une approche interministérielle.

Pour chacune de ces fonctionnalités, en complément de la solidarité nationale, il est possible d'imaginer la mobilisation d'autres financements, notamment par le biais de la mutualisation du risque.

---

### 👉 **La contribution des assureurs, des mutuelles et instituts de prévoyance**

Les assureurs, les mutuelles et les instituts de prévoyance se sont engagés dans une réflexion avec le conseil de la CNSA afin de faciliter la réunion des parties prenantes sur une vision commune « dans la fabrique de la cinquième branche ».

Le questionnement s'articule autour de quatre dimensions :

- le rôle de l'assureur aux côtés de la personne : prévention, information/orientation, connaissance et proximité de la personne/client à savoir ses besoins et aspirations, ses capacités de financement/reste-à-charge, l'accompagnement, l'anticipation des situations futures sur un temps long ;
- les contributions existantes et envisageables de l'assurance à chacune des composantes de la réponse pour l'autonomie : aide/accompagnement, logement, lien social/présentiel, soin ;
- la mutualisation du risque en l'état et la définition des niveaux de mutualisation cible envisageables ;
- La contribution à l'offre de service à la vie autonome, quels que soient l'âge et la situation de la personne : prévention, assistance, évaluation des besoins et du service rendu, offre de service

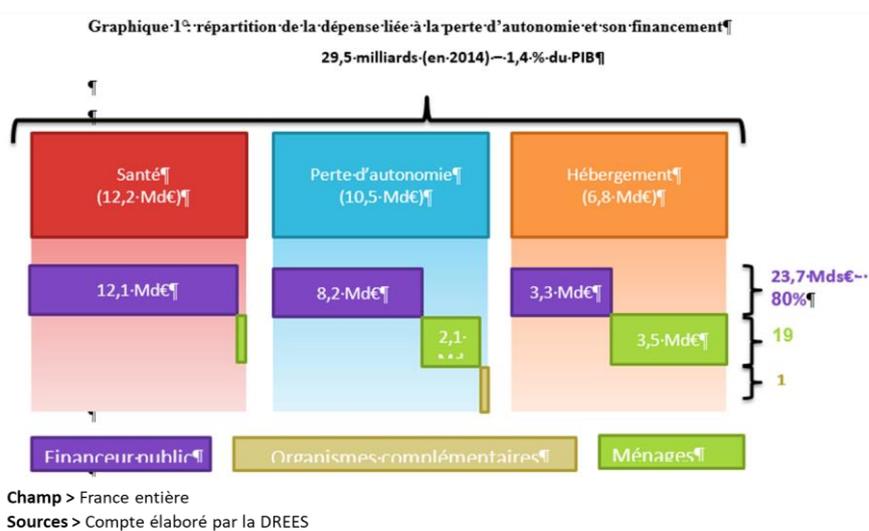
---

Le financement des politiques pour l'autonomie est bien souvent identifié à partir de l'objet de la dépense, par exemple la section soins en EHPAD ou les concours APA ou PCH. Afin d'identifier les grandes masses financières concernées et l'impact final pour l'utilisateur, il s'agit de dépasser l'approche en silos et d'avoir une vision globale. Deux approches sont habituelles :

- une approche macro-économique : le principe de cet exercice est d'identifier le champ le plus large possible, couvrant l'ensemble des aspects que peut recouvrir la question. Il s'agit de chiffrer chacun de ces aspects et d'essayer de les décomposer en agrégats plus fins ;
- une approche micro-économique : le principe de cet exercice est d'identifier les besoins et les diverses prestations perçues, pour chaque personne, compte tenu de sa situation spécifique et de ses revenus. Elle est menée à partir de données observées ou de modèles de simulation.

Lors du séminaire du conseil du 25 février 2020, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) est intervenue et y a présenté notamment le compte de la dépendance de 2014. La fonction Santé représente 12 Md€, l'accompagnement de l'autonomie représente environ 10 Md€ et le logement et l'hébergement 7 Md€, pour un total d'environ 30 Md€.

➤ **Une structure de financement très différente par poste de dépenses**



La structure de financement est très différente selon le poste de dépenses. Pour l'accompagnement, le financement est majoritairement public. Il inclut toutefois une petite partie restant à charge des ménages. Sur l'hébergement, la moitié des dépenses reste à la charge des ménages.

En projection, la croissance annuelle de la dépense publique devrait s'accélérer au cours des années 2030 en lien avec les évolutions démographiques.

Pour chacune de ces fonctionnalités, les différents financements sont précisés ci-après.

## Le soin

Les modalités de catégorisation des financements des politiques pour l'autonomie sont davantage prévues par type de financeur ou type de public, pour autant, il est possible d'identifier les grands objets de financement par fonctionnalité, c'est l'objet du tableau ci-dessous.

Soins (en Md€)		
Personnes âgées	Objectif global de dépenses (OGD)	10,26
	Soins de ville (dont 0,1 de reste-à-charge <sup>21</sup> )	2,1
	Unités de soins longue durée (USLD)	1
Personnes handicapées	Objectif global de dépenses (OGD)	11,51
<b>TOTAL</b>		<b>24,87</b>

Source : Programme

qualité efficience (PQE) annexé au PLFSS 2020 – Montants pour l'année 2018.

La répartition par fonctionnalité fait apparaître un montant des surcoûts en santé imputable à la perte d'autonomie de 24,87 Md€. Ces crédits se subdivisent par un financement de l'objectif global des dépenses (OGD) pour les personnes âgées de 10,26 Md€, de 2,1 Md€ imputables aux soins de ville pour ces personnes dont 100 M€ de reste à charge pour les ménages et de 1 M€ pour le financement d'unité de soins longue durée. Le financement de l'OGD pour les personnes handicapées est de 11,7 Md€.

Ce périmètre de financement ne tient cependant pas compte des dépenses engagées par les personnes au titre de leur frais de santé qui ne sont pas identifiées spécifiquement par catégorie de population, par exemple les dépenses hospitalières d'une personne âgée ou d'une personne handicapée ne sont pas prises en compte par l'ONDAM médico-social mais par l'ONDAM sanitaire. Le concept de santé publique devra impérativement être élargi au « prendre soin ». Le financement de la prévention des risques systémiques au-delà de la prévention personnalisée appelle la définition d'un modèle spécifique de financement et de gouvernance.

Par ailleurs, d'autres sources de financement, pourraient être ajoutées dans ce tableau, il s'agit des financements qui peuvent être attribués par les groupes de protection sociale, les mutuelles et les assurances.

## 📌 L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité – Rapport de Philippe Denormandie et Marianne Cornu-Pauchet

Dans le cadre d'un rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité, les auteurs préconisent de finaliser, rendre transparent et homogène sur le territoire le panier de soins des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) de même que les règles et modalités de dépassement et d'utilisation des soins de ville. Les auteurs précisent que le contenu réel des services et activités financés par l'enveloppe soin dans le budget des établissements médico-sociaux n'est pas clair et source de nombreuses polémiques. Ils recommandent

<sup>21</sup> Reste-à-charge estimé, basé sur l'étude de Romain Roussel, « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », *Études et résultats*, octobre 2017, n° 1032, DREES, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1032.pdf>.

que le contenu des prestations relevant d'un financement de soin soit finalisé, transparent et identique sur le plan national.

Au sein de ce rapport, il est également préconisé de créer un observatoire de la santé et de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap qui devrait regrouper l'ensemble des institutions impliquées : la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la CNSA (et son conseil scientifique), la Haute Autorité de santé (HAS), le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), les représentants des départements. Il aurait pour mission d'identifier les critères qui permettent de suivre la santé des personnes en situation de handicap (par exemple certaines affections de longue durée – ALD) et les prestations accordées par les MDPH (AAH, PCH et autres), d'analyser l'impact de la mise en place des mesures de ce rapport, de suivre l'état de santé des personnes, de comparer avec la population générale, de promouvoir ces résultats et de faire des recommandations.

## L'accompagnement

Une politique pour l'autonomie s'appuie sur une fonctionnalité d'accompagnement de la personne, l'accompagner dans sa vie quotidienne pour garantir sa pleine citoyenneté.

<b>Accompagnement (en Md€)</b>		
Personnes âgées	APA	6
	Reste-à-charge APA*	2,5
	Action sociale des caisses de retraite*	0,9
	Exonérations de cotisations et déductions fiscales	1
Personnes handicapées	PCH et allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	2,38
	Exonérations de cotisations et déductions fiscales	1,15
	Dispositifs d'accompagnement à l'emploi	2,32
	Dispositifs d'accompagnement à la scolarisation	2,17
<b>TOTAL</b>		<b>18,42</b>

Source : Programme qualité efficience (PQE) annexé au PLFSS 2020 – Montants pour l'année 2018.

\*Issue des comptes de la dépendance – DREES – 2014.

Les dépenses relatives à l'accompagnement pour les personnes âgées sont de 10,4 Md€ incluant, le financement de l'APA (60 % pour l'APA à domicile et 40 % pour l'APA établissement<sup>22</sup>) à hauteur de 6 Md€ de finances publiques et 2,5 Md€ de reste-à-charge estimé, ainsi que diverses exonérations employeurs et aides fiscales (1 Md€), l'action sociale des collectivités et des caisses de Sécurité sociale (900 M€).

<sup>22</sup> Source DREES, Enquête Aide sociale, Dépenses annuelles brutes totales d'APA.

Le montant dédié à l'accompagnement à l'autonomie des personnes handicapées est de 8,02 Md€ en retenant le financement de la PCH et de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (2,38 Md€), la compensation d'exonération de cotisations pour l'emploi d'une aide à domicile (1,151 Md€). À ces montants peuvent être ajoutés les financements dédiés au titre de l'accompagnement à l'emploi (2,323 Md€<sup>23</sup>) et à la scolarisation (2,17 Md€)<sup>24</sup>

Au global, c'est 18,42 Md€ qui sont aujourd'hui consacrés à la fonctionnalité accompagnement.

Par ailleurs, d'autres sources de financement pourraient être ajoutées dans ce tableau, il s'agit des financements qui peuvent être attribués par les groupes de protection sociale, les mutuelles et les assurances.

## Le logement

Le tableau ci-dessous précise les différents financements qui concourent à la fonctionnalité logement pour les personnes.

<b>Logement (en Md€)</b>		
Personnes âgées	Aide sociale à l'hébergement (ASH)	1
	Reste-à-charge hébergement <sup>25</sup>	3,8
	Autres aides (aide personnalisée au logement – APL, réductions d'impôts...) <sup>26</sup>	2,1
	Adaptation logement (action logement)	1
Personnes handicapées	Frais de séjour en établissement	5,41
Transverse	Aides de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) pour l'adaptation du logement	0,9
	Plan d'aide à l'investissement (PAI) et crédits non reconductibles (CNR) dédiés à l'investissement	0,25
<b>TOTAL</b>		<b>14,46</b>

Source : Programme qualité efficience (PQE) annexé au PLFSS 2020 – Montants pour l'année 2018.

Les dépenses consacrées à la fonctionnalité logement représentent 14,46 Md€ et comprennent 7,9 Md€ de financement pour les personnes âgées (1 Md€ pour l'ASH, 3,8 Md€ de reste-à-charge, 1 Md€ pour l'adaptation des salles de bain, 2,1 Md€ d'autres aides). Les frais de séjour en établissement sont de

<sup>23</sup> Chiffres issus du tableau 2 page 21 du PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » – Annexe 1 du PLFSS 2020 ; à savoir 1,359 Md€ pour l'incitation à l'activité professionnelle (garantie de ressources de travailleurs handicapés), 389 M€ pour les mesures en faveur de l'emploi des personnes handicapées du programme « Accès et retour à l'emploi », 450 M€ au titre de l'Agefiph et 125 M€ au titre du FIPHFP.

<sup>24</sup> Chiffres issus du tableau 2 page 21 du PQE « Invalidité, dispositifs gérés par la CNSA » – Annexe 1 du PLFSS 2020 ; à savoir 1,170 Md€ au titre de l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap du programme « Vie de l'élève » et 1 Md € au titre de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

<sup>25</sup> Estimation sur la base de l'étude de Romain Roussel, « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », *Études et résultats*, octobre 2017, n° 1032, DREES, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1032.pdf>.

<sup>26</sup> *Ibid.*

5,41 Md€ pour les personnes handicapées. Enfin c'est 1,15 Md€ consacrés aux personnes âgées et handicapées pour l'adaptation des logements (900 M€) et pour une aide à l'investissement (250 M€).

Le reste-à-charge lié à l'hébergement est particulièrement important pour les personnes âgées hébergées en EHPAD. En effet, fin 2018, le prix médian en hébergement permanent d'une chambre individuelle en EHPAD, calculé à partir des données des 6 668 EHPAD ayant transmis leurs prix, s'élève à 1 977 euros par mois<sup>27</sup>. Ce prix correspond en partie au reste-à-charge pour les personnes, déduction faite des aides attribuées sous conditions de ressources (APL, aide sociale à l'hébergement,).

L'enquête CARE réalisée en 2016 auprès de personnes résidant en établissements fait ressortir en majorité la nécessité de puiser dans l'épargne personnelle pour financer les frais en établissement. Certaines personnes ont des ressources suffisantes pour couvrir les frais, d'autres ont suffisamment d'aides. Enfin, certaines sont aidées par leur entourage.

Pour faire face à ce reste-à-charge, il est aujourd'hui possible de mobiliser plusieurs sources de financement, au-delà de la solidarité nationale, par le biais de la mutualisation du risque ou la mobilisation du patrimoine (viager par exemple).

### 📌 Amortir le reste-à-charge par le biais de son assurance multirisques habitation

L'intérêt de l'approche menée par les parties prenantes identifiant ces quatre fonctionnalités différentes est d'imaginer des pistes nouvelles de couverture d'un risque par la mutualisation. Par exemple, pour la fonctionnalité logement, il serait possible d'associer une couverture de ce risque de perte d'autonomie à l'assurance multirisques habitation. Il s'agirait de provisionner une partie de la cotisation d'assurance habitation, dès que chaque personne a son propre logement, pour amortir le reste-à-charge en établissement si cela s'avérait un jour nécessaire.

## La fonction présentielle

La fonction présentielle (ou lien social) demeure, à ce stade, largement impensée par le système actuel, comme le montrent les modèles de tarification.

### Fonction présentielle (en Md€)

Transverse	Conférence des financeurs	0,18
	Congé de proche aidant	0,2
	Valorisation de l'aide informelle <sup>28</sup>	19
<b>TOTAL</b>		<b>19,38</b>

<sup>27</sup> *Analyse statistique*, n°8, octobre 2019. Réalisée par Marie-Hélène Toupin, sous la coordination de Céline Moreau, pôle allocation budgétaire, direction des établissements et services médico-sociaux – CNSA.

<sup>28</sup> Sitara Khan, Lionel Ragot, « L'aide informelle aux personnes âgées dépendantes en France : quels enjeux ? Quels coûts économiques ? », juin 2019. Étude effectuée dans le cadre de la chaire « Transitions démographiques, transitions économiques ».

Source CNSA. Montants pour l'année 2018.

La fonction présenteielle couvre tout ce qui représente des dépenses liées à la présence auprès des personnes âgées en perte d'autonomie : dépenses en faveur de la prévention et l'aide à l'indemnisation de congé proche aidant (200 M€), valorisation de l'aide informelle, etc.

Un chiffrage de la valorisation de l'aide informelle auprès des personnes âgées dépendantes<sup>29</sup> a mis en évidence un montant de 19 Md€.

Considérant que le sujet de l'autonomie est l'affaire de tous, la fonction présenteielle est nécessaire pour l'adaptation de la société. Il convient de valoriser cette fonction car elle participe de l'équilibre général du système. La crise COVID-19 l'a montré de manière particulièrement aiguë.

### **Au total, près de 95 Md€ de financement**

À ce jour, l'éclatement des financements liés aux différentes fonctionnalités de la réponse rend difficile l'identification d'une complémentarité des financements dédiés. Certains mécanismes budgétaires propres à chacun des financeurs freinent leurs capacités d'action en la matière.

Pour autant, les éléments récapitulés ci-après montrent qu'il est possible de se livrer à une première approche de répartition des différents financements attribués aux politiques de l'autonomie en les regroupant par ces quatre fonctionnalités que sont le soin, l'accompagnement, le logement et la fonction présenteielle/liens sociaux.

En y ajoutant les garanties de ressources (AAH et pensions d'invalidité) qui peuvent aussi concourir au financement de l'une de ces quatre fonctionnalités, soit près de 17,7 Md€, c'est un total de près de 95 Md€ que les parties prenantes consacrent à ces différentes fonctionnalités.

### **Financement des différentes fonctionnalités (données 2018, en Md€, issues de la loi de financement de la Sécurité sociale – LFSS – 2020)**

Soins	Personnes âgées	OGD	10,26
		Soins de ville (dont 0,1 de reste à charge*)	2,1
		USLD	1
	Personnes handicapées	OGD	11,51
<b>TOTAL</b>			<b>24,87</b>

<sup>29</sup> Ibid.

Accompagnement	Personnes âgées	APA	6
		Reste-à-charge APA*	2,5
		Action sociale des caisses de retraite*	0,9
		Exonérations de cotisations et déductions fiscales	1
	Personnes handicapées	PCH et ACTP	2,38
		Exonérations de cotisations et déductions fiscales	1,15
		Dispositifs d'accompagnement à l'emploi	2,32
		Dispositifs d'accompagnement à la scolarisation	2,17
<b>TOTAL</b>			<b>18,42</b>

Logement	Personnes âgées	ASH	1
		Reste-à-charge hébergement*	3,8
		Autres aides (APL, réductions d'impôts...)*	2,1
		Adaptation logement (action logement)	1
	Personnes handicapées	Frais de séjour en établissement	5,41
	Transverse	Aides de l'ANAH pour adaptation du logement	0,9
		PAI et CNR dédié à l'investissement	0,25
<b>TOTAL</b>			<b>14,46</b>

Présentielle	Transverse	Conférence des financeurs	0,18
		Congé de proche aidant	0,2
		Valorisation de l'aide informelle <sup>30</sup>	19
<b>TOTAL</b>			<b>19,38</b>

Garantie de ressources	Personnes handicapées	AAH	10,5
		Pension d'invalidité	7,2
<b>TOTAL</b>			<b>17,7</b>

<b>TOTAL global</b>	<b>94,83</b>
<b>dont financement public</b>	<b>69,43</b>
<b>dont reste à charge pour les personnes</b>	<b>6,4</b>
<b>dont valorisation de l'aide informelle</b>	<b>19</b>

\*issue des comptes de la dépendance - DREES - 2014

<sup>30</sup> Sitara Khan, Lionel Ragot, « L'aide informelle aux personnes âgées dépendantes en France : quels enjeux ? Quels coûts économiques ? », juin 2019. Étude effectuée dans le cadre de la chaire « Transitions démographiques, transitions économiques ».

## Des besoins nouveaux de financements d'ores et déjà identifiés

Au-delà des financements ou des ressources identifiés ci-dessus s'ajoutent des besoins en financement nouveaux que nous pouvons d'ores et déjà chiffrer. Il s'agit de prendre en compte l'actualisation des besoins liés à la politique du handicap et au vieillissement de la population afin que la branche autonomie intègre ces enjeux de programmation budgétaire.

La concertation Grand Âge Autonomie faisait apparaître un besoin nouveau de 9,2 Md€ à horizon 2030. Par ailleurs, dans le champ du handicap plusieurs besoins nouveaux en financement apparaissent :

- désolidarisation des revenus du conjoint pour le calcul de l'allocation aux adultes handicapés ;
- élargissement de l'accès à la PCH pour les personnes qui ne sont pas aujourd'hui reconnues éligibles;
- prise en compte des besoins mal couverts aujourd'hui (financement des activités domestiques en dehors des repas) ;
- prise en compte de l'impact de l'aide à la parentalité dans les financements futurs accordés ;
- suppression de la barrière d'âge pour l'octroi de la PCH. La suppression de la barrière d'âge de 75 ans (supprimée depuis la loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap) et repousser la barrière d'âge de 60 à 65 ans représenteraient un coût compris entre 83 M€ et 137 M€<sup>31</sup>.

La convergence des prestations entre les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, devrait également faire l'objet d'un chiffrage précis afin d'identifier les financements qu'il conviendrait d'y affecter.

## Le périmètre de financement médico-social

### Des financements opérés par la CNSA

#### L'architecture financière actuelle

Dès sa création et la promulgation de sa loi fondatrice<sup>32</sup>, la CNSA est dotée de six sections budgétaires. A prévalu, dans sa construction budgétaire, un principe d'affectation défini dans la loi de ses recettes propres, notamment la journée de solidarité, au bénéfice des personnes âgées et des personnes handicapées. Parmi les débats qui ont conduit à ce principe, la crainte a émergé que les ressources nouvelles collectées soient utilisées à d'autres fins. C'est l'une des raisons qui ont poussé le législateur

---

<sup>31</sup> Rapport IGAS sur l'évolution de la PCH, 2016, [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-046R\\_tome\\_1\\_.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-046R_tome_1_.pdf).

<sup>32</sup> Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

à préciser cette affectation précise des ressources entre les différentes sections budgétaires de la Caisse.

Aussi, dans son tout premier rapport d'activité en octobre 2006, suite à la mise en place effective en mai 2005 de la CNSA, la Caisse présente un budget de 14,5 Md€ réparti entre 3,6 Md€ de recettes propres et 10,9 Md€ de crédits d'assurance maladie. Parmi les premières lignes de ce rapport figure les termes « Transparence d'abord ». Ceci traduit bien l'esprit de méfiance à l'époque sur l'utilisation des produits de la nouvelle journée de solidarité afin qu'elle bénéficie bien, *in fine*, aux personnes pour qui la cotisation est prévue. Voici les premières phrases de ce premier rapport d'activité : « La CNSA a une responsabilité de transparence sur les sommes qu'elle collecte au titre de la « journée nationale de solidarité », en sorte qu'aucune contestation n'est possible sur le fait que cet argent va bien à celles et ceux à qui il est destiné : les personnes âgées et handicapées privées d'autonomie. Mais plus que cela encore : la CNSA récapitule aussi, dans son budget, toutes les dépenses que les organismes de protection sociale effectuent en faveur des établissements et services (maisons de retraite, foyers, services de soins...) qui accueillent des personnes âgées ou des personnes handicapées. Elle permet donc cette transparence supplémentaire d'une vision complète, et globale, de toute la diversité des prises en charge collectives de la perte d'autonomie<sup>33</sup>. »

La CNSA gère en 2019 un budget de 27 Md€. Il a presque doublé par rapport à 2006, avec un niveau de participation de l'ONDAM en hausse constante. La participation de la CNSA en 2017 représentait près de 40 % du total des financements des politiques de l'autonomie.

Le budget de la Caisse est aujourd'hui organisé autour de sept sections financières différentes. Chacune correspond à des objets de dépenses :

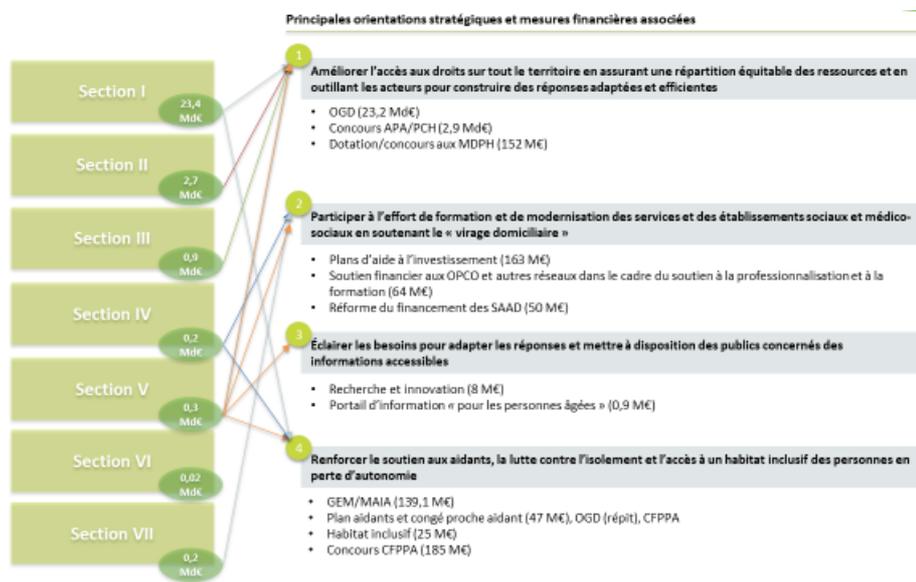
- Section I : consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux avec une sous-section pour les personnes âgées et une pour les personnes handicapées ;
- Section II : consacrée à l'APA) ;
- Section III : relative à la PCH et au financement des MDPH ;
- Section IV : consacrée à promotion des actions innovantes, la formation des aidants et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- Section V : rassemble le financement des concours attribués au titre de la conférence des financeurs, des crédits relatifs à l'habitat inclusif, de la recherche et autres frais d'études et d'expertises dans le domaine d'action de la Caisse ;
- Section VI : concerne les frais de gestion de la Caisse ;
- Section VII : finance l'aide à l'investissement des établissements et services.

La CNSA soutient financièrement différentes catégories d'acteurs au sein de l'écosystème des politiques d'autonomie, notamment les ARS pour 85 % du budget, et les conseils départementaux pour 12 %. L'exercice analytique de rattacher chacune des sections à des orientations stratégiques est plus

---

<sup>33</sup> CNSA, Rapport d'activité 2006, p. 11, [https://www.cnsa.fr/documentation/Rapport\\_annuel\\_OCT\\_2006-3-3.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/Rapport_annuel_OCT_2006-3-3.pdf).

complexe. Le schéma ci-dessous permet d'identifier une répartition des différentes sections financières par objectif. Le budget de la CNSA contribue, de façon parfois imbriquée, au financement des composantes du soutien à l'autonomie. L'OGD contribue par exemple à financer du soin, du logement, des aides et de l'accompagnement. La prévention de la perte d'autonomie représente quant à elle un soutien direct à la composante « soutien à l'autonomie ».



Dans un objectif de lisibilité, de meilleure compréhension du financement des politiques de l'autonomie et de transparence, le budget de la CNSA pourrait être modifié. Néanmoins, l'exercice s'avère complexe, il conviendrait d'identifier l'approche ou l'angle le plus pertinent.

Les modalités actuelles de présentation du budget de la CNSA ne favorisent pas la lisibilité des financements alloués à la perte d'autonomie :

- les sept sections actuelles ne recourent 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 (1) de la tendance à financer des dispositifs (exemple : soutien aux aidants, habitat inclusif) destinés sans distinction aux deux populations ; (2) 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

(personnes âgées – PA et personnes handicapées – PH) sont bien différents ; (3) de la création d'un risque ou d'une branche « perte d'autonomie ».

Pour mémoire, le Code de l'action sociale et des familles (CASF)<sup>34</sup> 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 projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), ne couvre qu'une partie des financements alloués par l'opérateur, sans qu'il s'agisse strictement 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.

La rigidité des modalités de construction du budget de la CNSA (cf. schéma ci-dessous), 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 importantes ;
  - ce principe n'assure pas non plus l'exécution des financements sur le modèle prévu en budget initial<sup>35</sup> ;
- 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 ;

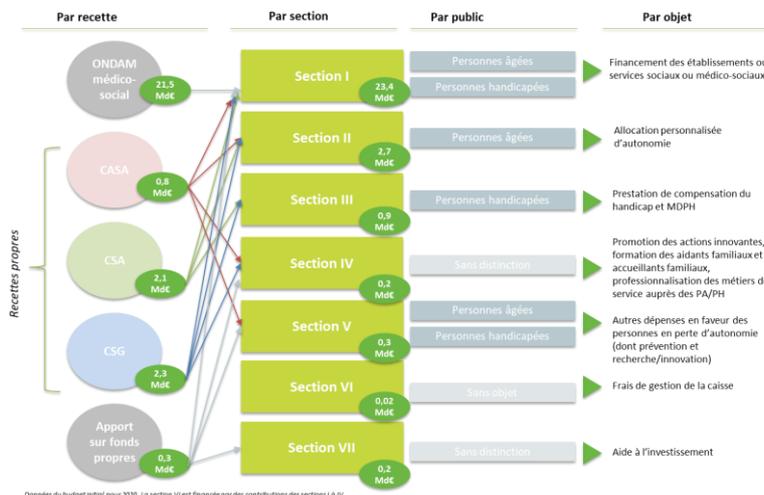
---

<sup>34</sup> 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. »

<sup>35</sup> 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 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).

## Structure actuelle du budget de la CNSA



Si les concepteurs de la CNSA ont clairement défini ces sections budgétaires en y précisant les affectations de ressources par objet de la dépense et entre les publics visés, dans un objectif de transparence de la dépense publique notamment l'utilisation de la journée de solidarité, ce mécanisme peut également conduire à des rigidités qu'il conviendrait de lever.

## Une évolution des missions de la CNSA depuis quinze ans

En quinze ans, les missions de la CNSA ont été progressivement élargies.

Deux lois sont particulièrement importantes : la loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées du 11 février 2005 et la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015. Elles ont largement étendu le champ d'action de la CNSA, consacrant ainsi son statut de « maison commune de l'autonomie ». D'autres textes ont introduit quelques évolutions : les lois de financement de la Sécurité sociale pour 2008 (mission d'aide à l'investissement), 2010 (analyses des coûts des établissements et services) et 2011 (financement des groupes d'entraide mutuelle – GEM), ainsi par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (financement de formations pour les aidants familiaux) et la loi de modernisation de notre système de santé du 28 janvier 2016 (« Réponse accompagnée pour tous »). Au-delà de textes de loi, certaines missions se sont par ailleurs développées suite notamment aux conférences nationales de handicap.

Les principales missions de la CNSA, en tant qu'agence sont les suivantes :

- assurer une mission d'animation de réseau, d'appui et d'harmonisation des pratiques ;
- assurer une mission d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs aidants ;
- faciliter l'accès aux actions de prévention et aux aides techniques ;
- assurer un rôle d'expertise et de recherche sur toutes les questions liées à l'accès à l'autonomie, quel que soit l'âge et l'origine du handicap.

La CNSA veille au respect de l'égalité de traitement pour toutes les personnes concernées sur l'ensemble du territoire et assure la répartition équitable des enveloppes financières destinées au fonctionnement des établissements et des services d'accompagnement à domicile. Afin de garantir l'égalité de traitement, la CNSA apporte un appui technique aux acteurs locaux. Elle agit comme un lieu d'échange et de convergence des pratiques, en favorisant leur harmonisation sur le territoire national.

Elle travaille étroitement avec les ARS. Dans leur activité de programmation de nouvelles places d'accueil et de nouveaux services, mais aussi dans leurs travaux prospectifs relatifs à l'évolution des politiques médico-sociales sur les territoires, les ARS s'appuient sur l'expertise et les recommandations de la CNSA.

Après avoir accompagné la création des MDPH et l'émergence de leur réseau, la CNSA poursuit son appui technique, organisationnel et stratégique à ces acteurs clés dans les parcours des personnes en situation de handicap.

La CNSA doit aussi veiller à une plus grande homogénéité des pratiques d'évaluation des besoins des personnes âgées et de construction des plans d'aide par les équipes médico-sociales des conseils départementaux. Elle les appuiera dans leurs pratiques et a élaboré avec elle un outil d'évaluation multidimensionnelle.

### **Une relation contractuelle entre la CNSA et les départements qui traduit une évolution des politiques pour l'autonomie**

Dès 2006, la CNSA a initié avec les conseils départementaux une politique de conventionnement, prévue à l'origine par la loi de 2005<sup>36</sup>

Le conseil de la CNSA explicitait en ces termes cet objectif en 2006 : « La CNSA n'a pas à garantir l'égalité en se substituant aux conseils généraux, ni en prenant à leur égard une posture de contrôleur. L'égalité ne peut en réalité résulter que d'une démarche active, qui veille à ce que les moyens techniques, financiers, informationnels de la qualité de service soient distribués de manière égale partout. L'égalité passe par des outils que l'on élabore ensemble et que l'on diffuse à tous ; l'égalité passe par de l'information qui circule, sur les expériences réussies comme sur les erreurs à éviter ; l'égalité repose sur ce réseau d'échanges entre les départements et la CNSA, et sur les comparaisons qui permettent de progresser. Surtout, et c'est le second terrain d'action de la CNSA, l'égalité n'aura de sens que si – comme le reste – elle prend pour seule mesure les véritables attentes des personnes privées d'autonomie. C'est avec elles, et par rapport à leur environnement de vie concret, que l'on peut décider de la manière dont il faudra évaluer l'application pratique du principe d'égalité. C'est donc à leur écoute que la CNSA et les départements ont commencé à définir ensemble, et à inscrire dans un contrat de qualité de service prévu par la loi, les meilleurs critères de mesure de l'égalité de service rendu. Concevoir ainsi la conduite d'une politique publique, par la mesure de résultats définis en commun et

---

<sup>36</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, notamment son article 61 (devenu art. L.14-10-7 CASF), qui prévoit la signature d'une convention entre chaque département et la CNSA.

partagés par les usagers eux-mêmes, est porteur d'une fantastique transformation des pratiques administratives<sup>37</sup>. »

La CNSA initie sa cinquième génération de conventionnement avec les départements.

La toute première génération (1<sup>er</sup> octobre 2006 jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2009), intitulée à ce moment-là convention d'appui à la qualité du service rendu aux personnes handicapées par la MDPH, encadrait principalement les échanges de données entre la CNSA et la MDPH, ainsi que le versement du concours MDPH, en considérant que la loi confie au département le pilotage de la MDPH.

La deuxième génération de conventionnement (1<sup>er</sup> juillet 2009 au 30 juin 2012), plus large, intègre différents axes tels que les concours APA/PCH, l'appui de la CNSA aux MDPH, la modernisation de l'aide à domicile, le soutien aux actions innovantes, la planification médico-sociale (transmission des schémas départementaux et autres données de planification à la CNSA). La troisième génération de conventionnement du 1<sup>er</sup> juillet 2012 au 31 décembre 2015 reprend les mêmes items que la génération précédente. Elle a été prorogée par loi ASV jusqu'au 31 décembre 2016.

La quatrième de convention (1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2020) intègre les nouvelles dispositions de la loi ASV et consolide les engagements relatifs aux missions et qualité de service des MDPH. Parmi les nouveaux engagements :

- mesure de satisfaction des usagers des MDPH ;
- contribution à la mise en œuvre de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » ;
- mise en œuvre du système d'information (SI) SI MDPH ;
- contribution au portail *Pour les personnes âgées* ;
- mise en œuvre d'un référentiel d'évaluation multidimensionnel des besoins ;
- Labellisation des maisons départementales de l'autonomie (MDA) ;
- mise en place de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ;
- appui à la formation des accueillants familiaux.

La cinquième génération de conventionnement prévue pour la période 2021-2024 va entrer dans sa phase de négociation entre les départements et la CNSA après une validation de la trame commune de conventionnement par le conseil de la CNSA du 2 juillet 2020. Cette dernière est le fruit d'un travail de concertation important avec les conseils départementaux. Basée sur un socle commun d'engagements réciproques pour concourir à l'égalité de traitement sur le territoire national et garantir la qualité du service, cette convention nouvelle génération ménage en même temps la possibilité, pour chaque territoire, de faire valoir ses spécificités.

La CNSA a organisé en 2019 cinq ateliers de co-construction du nouveau modèle de convention avec des directeurs et des élus de plus d'une vingtaine de départements volontaires. Elle est assortie d'indicateurs de suivi et de pilotage.

---

<sup>37</sup> CNSA, Rapport d'activité 2006, p. 23, [https://www.cnsa.fr/documentation/Rapport\\_annuel\\_OCT\\_2006-3-3.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/Rapport_annuel_OCT_2006-3-3.pdf).

Plusieurs étapes sont prévues afin de concilier des engagements réciproques tenant compte de contraintes calendaires (du fait de l'impact de la crise COVID-19), notamment une convention socle 2021-2024 dite de méthode, non personnalisée et resserrée sur l'engagement de définir ultérieurement une feuille de route entre la CNSA et chaque conseil départemental. Cette convention sécurise le versement des financements (concours) sur la période 2021-2024 et décline l'accord de méthode relatif au pilotage et au fonctionnement des MDPH conclu entre l'État et l'Assemblée des départements de France (ADF) à l'occasion de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 11 février 2020. Elle doit être signée d'ici la fin de l'année 2020. Dans un deuxième temps, une feuille de route stratégique et opérationnelle formalisera les engagements réciproques personnalisés entre la collectivité et la CNSA (à négocier en 2021). Sa durée de mise en œuvre court de sa signature à la fin de la convention en 2024.

Cette nouvelle dynamique de conventionnement traduit la volonté des parties prenantes de s'inscrire dans une relation gagnant-gagnant, c'est la capacité à gérer en réseau, de respecter les identités et les responsabilités de chacun, mais en mettant en concordance les énergies pour un but commun.

### **D'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie à la conférence de l'autonomie**

Mises en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) rassemblent les parties prenantes des politiques de la prévention sur le territoire départemental en vue de définir une stratégie et un programme coordonné de financement des actions de prévention. Ce dispositif, présidé par le président du conseil départemental, vice-présidé par l'ARS est désormais plébiscité par tous, moins de cinq ans après son élaboration.

Au sein de la conférence siègent également des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, de l'ANAH à travers ses délégations locales, des fédérations des institutions de retraite complémentaire et des organismes régis par le code de la mutualité. 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. Quand les représentants des services départementaux de l'État compétents en matière d'habitat et de cohésion sociale ou toute autre personne concernée par les politiques de l'habitat rejoignent les membres de la conférence des financeurs, celle-ci devient alors la conférence des financeurs de l'habitat inclusif.

Les parties prenantes du conseil de la CNSA plébiscitent un élargissement de cette conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie en conférence pour l'autonomie.

Afin de définir des stratégies partagées intégrant l'avancée en âge et le handicap et les contraintes liées aux politiques d'aménagement des territoires, de définir et de mettre en œuvre des programmes d'actions coordonnés pluriannuels pour l'autonomie du territoire, les champs de compétences et les missions des conférences des financeurs pourraient être étendus et renommés « conférences pour l'autonomie ». Les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) intégreraient notamment les conférences pour l'autonomie.

Asseoir la gouvernance territoriale sur ces conférences pour l'autonomie, c'est définir une gouvernance stratégique partagée capable de renforcer un fonctionnement agentiel territorial.

Le chapitre 2 de la démarche prospective du conseil de la CNSA, *Chez-soi : l'approche domiciliaire* propose une définition et un mode de préfiguration : « Les conférences pour l'autonomie seraient :

- dotées d'une fonction agentielle pour accompagner le développement de politiques et de financements coordonnés pour l'autonomie des personnes. Cette fonction agentielle devra permettre aux conférences pour l'autonomie d'organiser l'allocation et la juste répartition des financements partagés des politiques publiques pour l'autonomie des personnes dans les territoires (des outils tels que le GIP offrant plus de souplesse, plus d'efficacité et renforçant la relation de confiance entre les parties prenantes du territoire devront être expérimentés) ; [...]
- garanties par une gouvernance partagée, solide et intégrée<sup>38</sup>. »



« La CNSA, future institution gestionnaire de la cinquième branche, animerait le réseau des conférences pour l'autonomie et pourrait participer au financement de leur fonctionnement. [...] La CNSA aurait également une fonction renforcée de régulation des politiques de l'autonomie dans les territoires, renforçant ainsi ses missions agentielles actuelles. [...]

Aussi, au-delà de leur mission de coordination des actions de prévention, [les missions des conférences pour l'autonomie] seraient étendues au pilotage, à la mise en cohérence et à l'intégration de toutes les actions du territoire pour l'autonomie (champ handicap, soutien au montage de projets d'habitat inclusif, soutien aux aidants de personnes en situation de handicap, bientraitance, soutien à la pratique sportive...)<sup>39</sup>. »

<sup>38</sup> CNSA, *Démarche prospective du conseil de la CNSA. Chapitre 2 : Chez-soi : l'approche domiciliaire*, p. 114.

<sup>39</sup> *Ibid.*

La gouvernance territoriale, partagée, solide, intégrée basée sur un fonctionnement agentiel doit être le socle d'une politique pour l'autonomie du XXI<sup>e</sup> siècle et s'inscrire dans le paysage d'une nouvelle branche de protection sociale.

C'est en ce sens qu'à la suite des deuxièmes Rencontres nationales départements-CNSA du 3 décembre 2019, le conseil de la CNSA et l'ADF ont initié une démarche de prototypage de cette nouvelle gouvernance avec une douzaine de départements engagés à identifier en fonction des réalités de leur territoire, les modalités de cette forme avancée de pilotage des politiques de l'autonomie.

### **La démarche de prototypage de la gouvernance et du pilotage futur des politiques pour l'autonomie dans les territoires impulsée par des présidents de conseils départementaux, le conseil de la CNSA et l'ADF**

Le 3 décembre dernier, des présidents de conseils départementaux volontaires pour s'engager dans la démarche, le conseil de la CNSA avec le soutien de l'ADF et un groupe de parlementaires, se sont engagés dans l'élaboration de prototypes de la gouvernance future des politiques de l'autonomie dans leurs territoires. Les départements ont ainsi souhaité définir à partir de leurs caractéristiques, de leurs spécificités, de leurs contraintes propres, les modalités d'un pilotage des politiques de l'autonomie pour leur territoire.

En lien avec l'ADF et la mission du conseil de la CNSA dédiée, la présidente du conseil de la CNSA a engagé cette démarche avec chacun d'entre eux au mois de janvier dernier, et a reçu leurs lettres d'engagement : en s'engageant dans cette démarche, les départements « prototypeurs » ont tous confirmé leur pleine adhésion aux orientations prospectives 2019 pour l'autonomie et le grand âge du conseil de la CNSA. Ils ont mis en évidence la cohérence des enjeux de pilotage avec leurs priorités et leurs enjeux territoriaux en intégrant les objectifs de transition de leurs réponses pour l'autonomie.

Le contexte de crise que nous traversons donne un sens particulier à cette démarche. Il confirme que la seule manière de conduire des politiques pour l'autonomie ambitieuses, respectueuses de l'égalité des chances, est de les mettre en œuvre dans le cadre d'une démarche territorialisée et partenariale entre tous les acteurs : les départements dont c'est la compétence, les agents déconcentrés de l'État, les collectivités locales, et l'ensemble des partenaires associés.

« Les territoires, c'est la vie des gens. Libérer les territoires, c'est libérer les énergies. C'est faire le pari de l'intelligence collective. Nous devons réarmer nos territoires [...] La confiance dans les territoires suppose que le droit à la différenciation soit consacré dans une loi organique [et passe] par une nouvelle étape de la décentralisation [et] une évolution profonde de l'organisation interne de l'État » a affirmé Jean Castex, Premier ministre, dans sa déclaration de politique générale à l'Assemblée nationale, le 15 juillet 2020.

L'enjeu exprimé par le Premier ministre, se situe à la croisée de plusieurs réformes qui doivent s'articuler : au-delà de la mise en œuvre de la cinquième branche Autonomie, la préparation de la loi 3D « décentralisation, différenciation, déconcentration », la loi organique Expérimentation sont à cet égard indissociables.

À l'issue de la phase de lancement de la démarche et après réception des lettres d'engagement des Conseils départementaux, plusieurs prototypes sont en cours de finalisation et prêts à être partagés –

pour certains, activés en période de crise, afin de coordonner et de soutenir les énergies des territoires, pour d'autres, afin de permettre l'intégration de stratégies, démarches ou orientations nationales.

Des démarches pertinentes ont par ailleurs été initiées ou réactivées dans le cadre de la mise en œuvre de prototypes de la gouvernance future des politiques pour l'autonomie. Bien qu'elles se confrontent parfois à des injonctions paradoxales, des incompréhensions ou encore des freins administratifs, législatifs ou réglementaires, la transition vers l'approche domiciliaire est d'ores et déjà engagée, selon des principes partagés (égalité des chances, approche domiciliaire, évaluation par la preuve) et selon une méthode de consensus, pour chacun de ces territoires.

Début septembre, la mission du conseil de la CNSA, l'ADF et les présidents de conseils départementaux remettront les premières conclusions de la démarche de prototypage et y associeront les parties prenantes de leurs territoires.

Ils proposeront un cahier des charges pour l'expérimentation de nouveaux modes de pilotage territorialisés et partagés des politiques autonomie dans l'esprit des conclusions de la réunion de concertation initiée par le ministre des Solidarités et de la Santé et la ministre de la Cohésion des territoires, avec l'ADF, et en présence de la présidente du conseil de la CNSA.

## **L'impact de la crise COVID-19**

La pandémie de COVID-19 a touché particulièrement les personnes les plus âgées et les personnes en situation de handicap. Les professionnels et les proches qui les aident, les accompagnent ou assurent une présence auprès d'elles sont en première ligne.

La période récente a mis en évidence des difficultés face à une crise aiguë éprouvant les organisations, bouleversant les modalités d'accompagnement et ayant pu exacerber des limites des politiques de l'autonomie qui préexistaient à la crise.

Inversement, cette période a mis en lumière des facteurs de résilience des organisations, des établissements et des services, notamment en fonction des dispositifs de coordination et de partenariat déjà existants.

Elle a également confirmé le fort potentiel d'innovation sociale, organisationnelle et territoriale du secteur : dans ce contexte de crise, de nombreux acteurs ont initié et déployé des initiatives et des dispositifs apportant des solutions concrètes, dans des domaines et dimensions diverses : activation ou formes nouvelles de coopérations et de solidarités entre acteurs pour maintenir la continuité des activités essentielles, innovation dans les modalités d'accompagnement, développement de nouveaux outils et services pour maintenir le lien social et lutter contre l'isolement,

La crise sanitaire met en lumière des enjeux spécifiques et constants du champ de l'autonomie ; elle accroît les tensions à court, moyen et long terme sur les finances sociales (dépenses nouvelles et accrues, perspectives de ressources dégradées) ; elle est porteuse de transformations des approches habituelles des politiques de protection sociale.

## **Les politiques de l'autonomie face à la crise COVID-19**

La crise sanitaire a démontré, une nouvelle fois, l'importance d'une coordination entre tous les acteurs et à tous les niveaux. Elle a révélé des cloisonnements et des rigidités, des inégalités entre territoires, mais elle a également été propice à l'innovation et à l'organisation d'espaces de dialogue nouveaux ou renforcés. Ainsi, l'idée promue par le conseil de la CNSA de conférences départementales de l'autonomie, inspirées des conférences départementales des financeurs, prend tout son sens au sortir de cet épisode de crise. Il semble nécessaire au conseil de construire des instances transverses qui permettent un échange collectif sur l'ensemble des aspects du parcours de vie des personnes.

Pour le conseil, cette gouvernance locale doit s'accompagner d'un pilotage national interministériel et associer pleinement les personnes âgées et les personnes handicapées puisqu'elles en sont les premiers bénéficiaires.

Dans le cadre de leur fonction agentielle, les ARS doivent investir dans une gouvernance partagée pour la cohérence et la coordination du soin, de l'aide et de l'accompagnement.

Le pilotage des politiques pour l'autonomie doit être territorialisé, construit de façon ascendante à partir du chez-soi de la personne, dans l'hyper-proximité du territoire.

## **Une dérogation aux droits et de nombreuses initiatives**

### **La dérogation aux droits**

La loi d'urgence n° 2020-290 du 23 mars 2020 pour faire face à l'épidémie de COVID-19 a déclaré l'état d'urgence sanitaire pour une durée de deux mois initialement mais il a été prolongé jusqu'au 11 juillet 2020. Ce texte comprend diverses dispositions d'ordre général et autorise le gouvernement à légiférer par ordonnances dans différents domaines et en particulier pour assurer la continuité de l'accompagnement et la protection des personnes en situation de handicap et des personnes âgées vivant à domicile ou dans un établissement ou service social ou médico-social (5° du I de l'art. 11 de la loi). L'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux et l'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux ont été prises en application de cette habilitation. Ces textes visent à assurer la continuité des droits des personnes, dans un contexte de fonctionnement dégradé des MDPH.

Les dispositions de l'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux ont permis de sécuriser le niveau de financement des ESMS en neutralisant la prise en compte de l'impact négatif de la crise sur leur activité. Sont notamment prévus l'absence de modulation des dotations, pour les établissements sous contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), pour la période d'état d'urgence ainsi que le maintien des financements pour les ESMS sous prix de journée.

L'ordonnance visant à adapter les conditions d'ouverture ou de prolongation des droits ou des prestations permet pour les personnes en situation de handicap ayant des droits expirés avant le 12 mars mais qui n'ont pas été renouvelés à cette date ou qui expirent entre le 12 mars et le 31 juillet 2020 la prolongation de tous les droits automatiquement de six mois. En outre, à tout moment, en cas

de changement de situation, pouvant par exemple justifier un complément d'AEEH, une PCH plus élevés, les demandes de réexamen sont examinées de façon prioritaire par les MDPH. D'autres simplifications sont prévues par exemple pour éviter de demander en partie des pièces justificatives (justificatif d'identité ou de domicile) en cas de situation inchangée pour un renouvellement de droits. La durée de validité du certificat médical va être portée à un an. Le dispositif des droits sans limitation de durée doit continuer d'être mobilisé chaque fois que possible. Pour les bénéficiaires de l'AAH, un mécanisme d'avances sur droit est prévu. Les règles de fonctionnement des MDPH et des CDAPH sont simplifiées. L'ensemble des décisions relevant de la compétence de la CDAPH peuvent être prises soit par le président de la commission, soit par une ou plusieurs de ses formations restreintes. L'ordonnance autorise la commission exécutive (comex) de la MDPH et la CDAPH à délibérer par visioconférence. Les délais de recours administratifs sont prolongés.

L'ensemble de ces mesures a pour objet d'assurer dans un contexte de fonctionnement des MPDH impacté par l'épidémie une continuité dans les droits et les prestations dont bénéficient les personnes en situation de handicap.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) intervenant auprès de personnes âgées et des personnes handicapées sont également en première ligne afin d'assurer la continuité des interventions auprès de ces publics fragiles dans le contexte de l'épidémie de COVID-19. Afin d'assurer la continuité de ces services, un soutien financier est apporté par les départements. Le décret n° 2020-822 du 29 juin 2020 précise les modalités de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans le cadre de l'épidémie de COVID-19

Ce soutien peut prendre la forme d'un maintien des financements quel que soit le niveau d'activité sous différentes formes en fonction de la situation des services :

- maintien des dotations prévues pour les SAAD tarifés (déjà prévu par l'ordonnance n° 2020-316) et pour les SAAD sous CPOM ;
- maintien des financements pour les SAAD financés sous la forme de tarifs horaires versés à terme échu en tenant compte de l'activité prévisionnelle et non de l'activité réalisée ;
- financement des services non habilités à l'aide sociale pour compenser les heures non réalisées dans le cadre de convention conclue avec le département.

Ces financements sont versés sous la forme d'avance basée sur un historique et pourront être régularisés en articulation avec les autres mesures de compensation sur la base d'un examen des comptes des services.

---

## **La prime aux professionnels du secteur médico-social**

Les parties prenantes réunies en conseil le 23 avril 2020 ont adopté, une motion<sup>40</sup> soutenant le versement d'une prime exceptionnelle et universelle reconnaissant l'investissement de ces

---

<sup>40</sup> Les membres du conseil représentant l'État n'ont pas pris part au vote.

professionnels dans la crise. Pour le conseil, cette prime exceptionnelle devra être rapidement versée et financée dans des conditions permettant de sécuriser l'équilibre budgétaire des structures, d'ores et déjà fragilisé. Elle ne doit pas « masquer les problèmes structurels du secteur et notamment la revalorisation des métiers et de l'amélioration des conditions de travail des professionnels à long terme. Il doit s'agir d'un prélude à une réforme de fond ». Quelques semaines après ce conseil, les modalités de la prime ont été précisées, par un financement de l'État pour cette prime aux professionnels des établissements et services financés en tout ou partie par l'assurance maladie. Les parties prenantes considèrent les modalités d'attribution de la prime aux personnels du secteur médico-social inéquitable et problématique, et précise : « Elle est inéquitable, car elle crée de fait une distorsion de reconnaissance et de traitement entre des salariés qui s'engagent, chaque jour depuis le début de la pandémie, avec la même abnégation et le même souci de prendre soin des plus fragiles d'entre nos concitoyens. Elle est inéquitable, car en l'état des arbitrages, elle oublie les personnels des SAAD et de nombreux établissements qui assurent la protection des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Elle est problématique, en ce qu'elle révèle des mécanismes d'arbitrage fondés sur des cloisonnements et des rapports de force dont les personnels ne doivent en aucune façon subir les conséquences. Les parties prenantes en appellent à un arbitrage rapide : l'attribution sans délai dans des conditions de justice et d'équité de cette prime fortement symbolique doit être un gage pour l'avenir des politiques de l'autonomie. Elle doit constituer la première pierre d'un ordre meilleur garantissant avec justesse, l'égalité des chances pour tous, partout, maintenant et dans l'après-virus. La digue du domicile tient encore. Elle n'a pas cédé. Plus que jamais, nous devons la soutenir. » Le mardi 4 août 2020, le président de la République annonce que l'État s'est engagé à verser une enveloppe de 80 M€ pour permettre, avec la contribution des départements, le versement de primes de 1 000 € au *pro rata temporis*. Après échanges entre le Premier ministre et la ministre déléguée à l'Autonomie, en lien avec la secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées, Dominique Bussereau, président de l'ADF et des représentants de l'ADF, ce financement sera mobilisable en contrepartie d'un effort financier au moins égal des collectivités et d'un engagement des assemblées départementales avant fin septembre 2020 à verser un montant de primes aux salariés présents sur le terrain pendant la période de crise. Les conseils départementaux ayant déjà versé la prime seront éligibles au soutien national, sous réserve du respect du montant global des primes versées au moins équivalent à l'aide exceptionnelle de l'État.

---

De toutes parts, des initiatives ont contribué à impulser une dynamique citoyenne face à la crise COVID-19 : plateformes pour organiser le renfort de professionnels ou centraliser les propositions d'aide, appui dans la gestion des systèmes d'information, lignes de soutien psychologique, appels à projets pour financer des actions de lutte contre l'isolement des bénéficiaires... Les acteurs nationaux et locaux s'organisent pour soutenir les professionnels mobilisés au quotidien dans la gestion de la crise COVID-19.

---

## Exemples d'initiatives menées pendant la crise

Pour répondre à l'accroissement des demandes d'intervention à domicile, notamment suite aux sorties d'hospitalisation, la Fédération du service aux particuliers (FESP), la Fédération française des services à la personne de proximité (Fédésap), l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) et l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) ont développé une coopération inter-services grâce au soutien de la Fédération française des industries de santé, de

l'Ocirp, de Klésia ainsi qu'à l'appui de la présidente du conseil de la CNSA. Cette coopération se matérialise par la mise en ligne de la plateforme SolidaritéDomicile<sup>41</sup> qui permet aux acteurs du domicile de coordonner et de mutualiser leurs ressources sur un même territoire, afin d'assurer la continuité de service pour tous les bénéficiaires et de répondre aux demandes croissantes de prises en charge. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile des départements de l'Île-de-France, du Bas-Rhin, de la Haute-Garonne, de l'Hérault, de la Vendée, du Var, de la Drôme et de l'Yonne sont les premiers à utiliser la plateforme.

La Croix-Rouge s'est associée avec le Cercle Vulnérabilités et Société et Arbitraryum pour lancer ENTRAIDE<sup>42</sup>, une plateforme de partage de questionnements et de partage de bonnes pratiques face aux enjeux humains et organisationnels auxquels sont confrontés les professionnels du soin, de l'âge et du handicap dans la gestion de cette crise.

## **Un effet ciseau : une baisse des ressources propres et une augmentation des dépenses**

### **L'impact de la crise sur les comptes sociaux**

La crise sanitaire impacte l'équilibre des finances publiques : une baisse des recettes de l'État (prélèvements sociaux, cotisations...) et une augmentation des dépenses (principalement dans le champ du chômage).

La situation des comptes de la Sécurité sociale avant la crise COVID-19 était déjà problématique. Alors que la LFSS 2019 prévoyait le retour à l'équilibre de la Sécurité sociale en 2019, avec un léger excédent (de 0,1 Md€), le déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est reparti à la hausse pour s'établir à 1,9 Md€ en 2019, contre 1,2 Md€ en 2018, compte tenu des mesures d'urgence économiques et sociales de fin 2018<sup>43</sup>.

La crise a pesé très lourdement sur les finances sociales et a fortement impacté la trésorerie des caisses de Sécurité sociale, gérée par l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS), du fait notamment :

- des reports de paiement des cotisations pour soutenir les entreprises impactées par les effets du confinement. Ils représentent 22 Md€ de rentrées en moins dans les caisses de la Sécurité sociale entre le 15 mars et le 15 mai, soit 35 % des échéances de cotisations
- une forte détérioration de la masse salariale qui constitue la principale assiette des contributions sociales, en lien avec la mise en place de l'activité partielle qui n'est pas

---

<sup>41</sup> <https://solidaritedomicile.fr>.

<sup>42</sup> <https://arbitraryum.fr/entraide>.

<sup>43</sup> Synthèse du rapport de la Cour des comptes sur la situation financière de la Sécurité sociale en 2019, <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-06/20200630-synthese-situation-financiere-securite-sociale-2019.pdf>.

soumise à cotisation sociale. Les hypothèses établies dans le cadre de la loi de finances rectificative n° 2 projettent un déficit du régime général, sur 2020, de 41 Md€ ;

- une augmentation des dépenses d'assurance maladie à hauteur de 8 Md€. C'est un chiffre provisoire qui intègre la forte augmentation des besoins pour les achats de masques et d'équipements médicaux, les primes exceptionnelles pour les soignants, établissements de santé et établissements médico-sociaux, et les dépenses au titre des indemnités journalières pour les personnes malades, les personnes vulnérables et les parents d'enfants qui ne pouvaient pas aller travailler.

Cette situation impacte de façon inédite les besoins de financement de l'ACOSS. En début d'année 2020, elle assumait déjà des déficits non repris par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) à hauteur de 25 Md€, qui représente la somme des déficits des branches maladie et vieillesse sur les exercices depuis 2017.

L'impact de la crise sanitaire sur les comptes sociaux en 2020 et au-delà rend nécessaire la définition d'une nouvelle trajectoire de retour de la Sécurité sociale à l'équilibre.

### **L'impact de la crise sur le budget de la CNSA**

Dans la trajectoire de l'équilibre économique de la Sécurité sociale, la CNSA se retrouve également face à un effet ciseau : une augmentation de ses dépenses (compensation des surcoûts, attribution des primes COVID-19) et une baisse de ses recettes propres due à une assiette de cotisation réduite, du fait des mesures impactant la masse salariale (chômage partiel, baisse de l'activité économique).

Conformément aux annonces du gouvernement, les mesures exceptionnelles destinées à la fois à reconnaître l'engagement des professionnels du secteur de l'âge et du handicap et à permettre aux établissements et services de faire face aux surcoûts ou aux baisses de recettes associées à cette crise sanitaire sans précédent sont intégralement financées par l'assurance maladie. Ainsi le niveau de l'ONDAM 2020 progresse de 1,24 Md€ (+ 5,7 %) par rapport au premier budget rectificatif n°1 de 2020 de la CNSA, il intègre un surcroît de financement, en section I du budget de la CNSA, de 0,98 Md€ dans le champ des personnes âgées et de 0,26 Md€ dans celui des personnes handicapées, destiné à financer un relèvement équivalent de l'OGD.

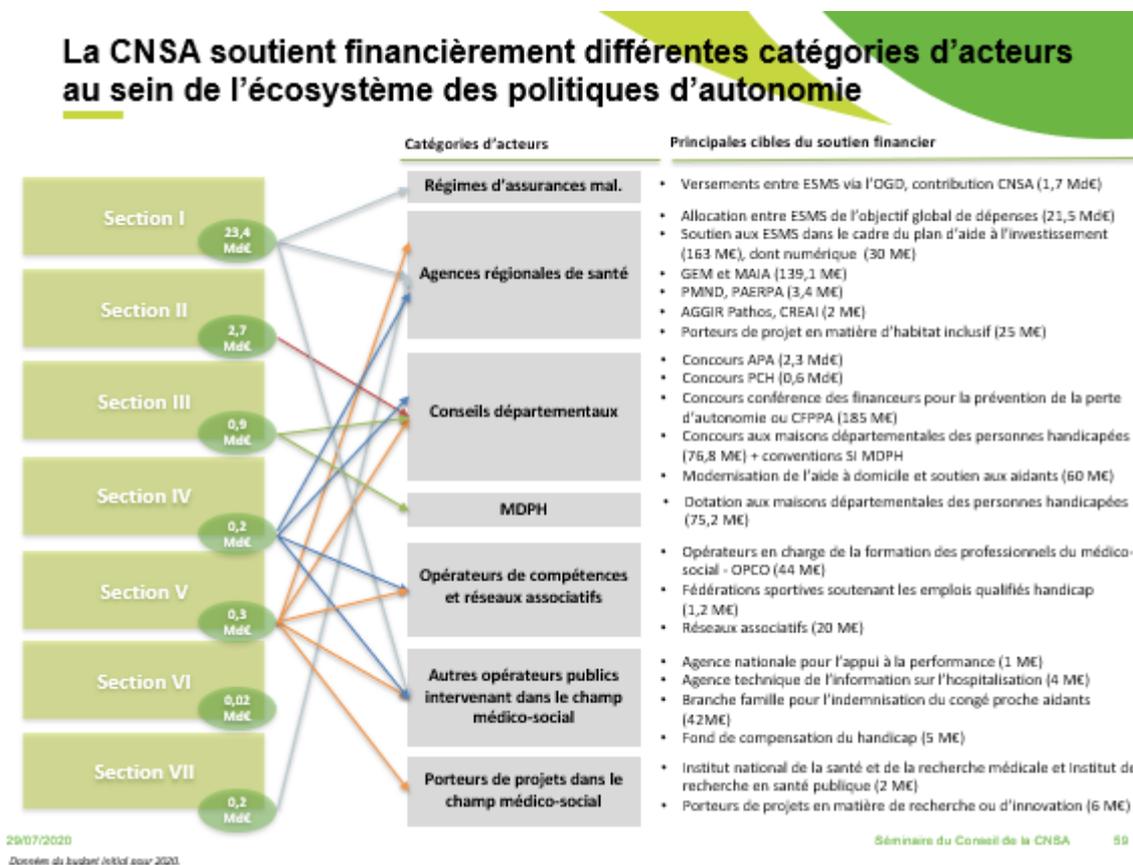
Les autres sections du budget de la CNSA n'ont pour le moment pas fait l'objet de modifications. Les sections consacrées aux allocations pour les personnes âgées et handicapées (APA et PCH) seront pourtant impactées par les baisses de recettes propres de la CNSA. Cela pourrait conduire, en conséquence, à un montant de concours aux départements plus faibles qu'en 2019 et ainsi diminuer le taux de couverture APA/PCH. Pour limiter cette baisse, un mécanisme de solidarité entre les sections budgétaires de la Caisse pourrait être imaginé afin d'attribuer des recettes plus importantes aux sections relatives aux concours par rapport aux autres sections, notamment la section I, dont les surcoûts liés à la crise sanitaire ont été pris en charge intégralement par l'assurance maladie.

### **La crise a montré des limites et invite à une nouvelle architecture budgétaire**

Si les concepteurs de la CNSA ont clairement défini ses sections budgétaires en précisant les affectations de ressources par objet de dépense et entre les publics concernés, dans un objectif de transparence de la dépense publique, notamment l'utilisation de la journée de solidarité, ce mécanisme conduit cependant à des rigidités qu'il conviendrait de lever.

Une nouvelle architecture budgétaire mérite d'être conçue en lien avec les enjeux contemporains de la politique de l'autonomie. Le schéma ci-dessous propose une option de présentation par catégories d'acteurs.

## Une architecture financière par catégories d'acteurs

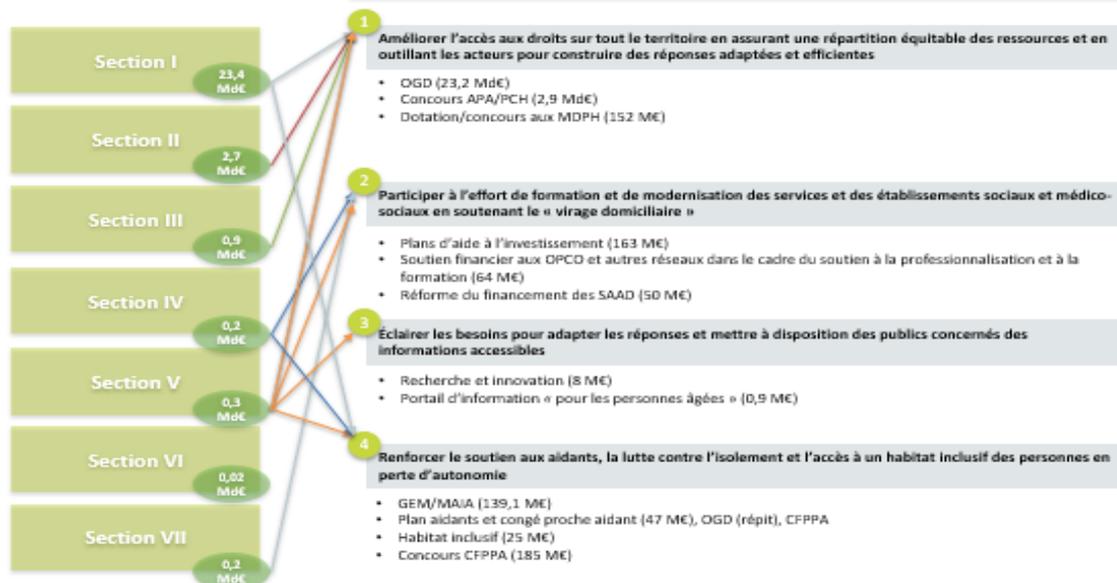


On mesure qu'une telle répartition des financements comporte le risque de complexifier la lisibilité pour le bénéficiaire et donc pour assurer une bonne transparence de l'effort consenti. Elle présente en outre l'inconvénient de ne pas matérialiser la convergence des politiques PA/PH, principe essentiel porté par les membres du Conseil.

## Une architecture financière par grandes orientations

# Le budget de la CNSA traduit également la volonté d'accompagner les orientations stratégiques des politiques de l'autonomie

Principales orientations stratégiques et mesures financières associées



29/07/2020

Données du budget initial pour 2020. NB : dans le cadre de sa fonction d'agence, les ETP financés sur la section VI contribuent à la mise en œuvre de l'ensemble des orientations stratégiques.

Séminaire du Conseil de la CNSA

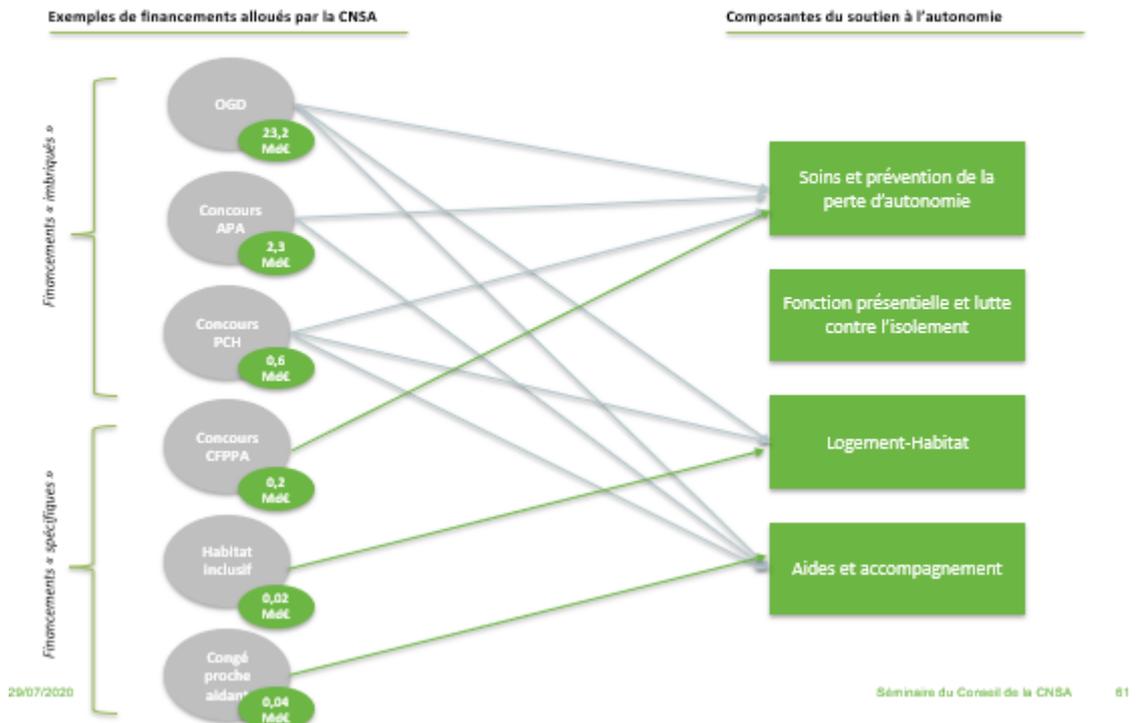
80

L'intérêt de cette présentation par grandes orientations est de définir une architecture financière selon des objectifs de politiques publiques. La difficulté est de rendre ces objectifs suffisamment exhaustifs pour recouvrir l'ensemble des objets de financement des politiques de l'autonomie et de pouvoir s'adapter à de nouveaux enjeux.

Enfin, une autre hypothèse serait d'essayer une architecture financière qui prendrait appui sur les quatre fonctionnalités identifiées par le conseil, le schéma ci-dessous présente une telle répartition.

**Une architecture prenant appui sur les quatre composantes du soutien à l'autonomie**

## Le budget de la CNSA contribue, de façon parfois imbriquée, au financement des composantes du soutien à l'autonomie



La nouvelle architecture budgétaire de l'institution en charge de la cinquième branche doit être au service de la politique pour l'autonomie telle qu'elle a été définie par les parties prenantes du conseil de la CNSA dans les chapitres précédents de cette démarche prospective.

### **3 La construction de la branche autonomie : une démarche programmatique pour une pleine efficacité à horizon 2030**

Une politique pour l'autonomie ne peut que s'inscrire dans l'ensemble des politiques publiques. Elle est contingente du contexte social et économique. La conjoncture économique impacte fortement l'équilibre économique de la protection sociale et, en l'occurrence, de la politique pour l'autonomie.

On mesure bien que la mise en œuvre effective d'une politique pour l'autonomie appelle une vision pluriannuelle, interministérielle capable d'intégrer l'évolution des risques avec une résilience suffisante dans le contexte économique de notre pays. C'est pour cette raison que les parties prenantes du conseil de la CNSA se sont prononcées en faveur d'une loi de programmation, qui permettrait de dessiner une trajectoire pour la montée en puissance de la cinquième branche, au-delà de son périmètre cible.

## **La conjoncture en France et dans le monde**

### **Avant la crise COVID-19**

D'après la banque de France<sup>44</sup>, la situation économique s'est dégradée depuis 2018 partout dans le monde. La dernière prévision économique pour 2019 montre que la croissance dans le monde a été de 2,4 %, nous étions donc en récession. Sur la zone euro, un ralentissement fort de la croissance était constaté en 2019. Cet épisode de faiblesse provenant essentiellement de l'international devait, d'après les projections, prendre fin en 2020/2021, avec un rebond de la croissance.

En France, les perspectives à court terme n'étaient pas très favorables. La croissance avait été négative au quatrième trimestre 2019. Cela conduisait à réviser à la baisse la prévision pour 2020, avec une croissance en dessous de 1 %. Le scénario était toujours un scénario de rebond, toutefois conditionné par le rebond de l'économie mondiale qui restait encore une hypothèse centrale de plus en plus contestée.

En France, la croissance est restée résiliente grâce à la consommation des ménages qui a été stimulée par des mesures budgétaires et fiscales. Par ailleurs, le pouvoir d'achat a été stimulé par le salaire moyen par tête et la création d'emploi. La création d'emploi a été plus dynamique que prévu. Cela est lié en partie à l'ensemble des mesures prises par le gouvernement. Les prévisions de la Banque de France dans les deux années à venir étaient les suivantes : revenir à une création d'emploi plus conforme aux fondamentaux et le pouvoir d'achat sera tiré par une augmentation des salaires moyens.

---

<sup>44</sup> Au cours du séminaire du 25 février 2020, Bruno Cabrillac, directeur général adjoint des statistiques, des études et de l'international à la Banque de France a présenté les grandes lignes de la situation économique française.

Le taux d'épargne des ménages avait augmenté et il aurait dû se stabiliser dans les années à venir. Ce facteur pourrait permettre, s'il rebaisserait, d'avoir un peu plus de croissance avec un peu plus de consommation.

Concernant les finances publiques, toutes les marges de manœuvre permises par la baisse des taux d'intérêt avaient été utilisées. La trajectoire de la dette restait donc croissante. La France était le seul pays de la zone euro où la dette continuait de croître.

Sur le plus long terme, il faut prendre conscience que le siècle de croissance très rapide que nous avons connu ces cent dernières années ne se renouvellera pas. Le PIB potentiel se situe autour de 1,5 % au niveau mondial, et pour la France autour de 1,3 %. Cela ne permet pas d'imaginer des politiques qui pourraient être extrêmement coûteuses.

## **Après la crise COVID-19<sup>45</sup>**

La crise COVID-19 est différente des autres crises : elle n'est pas le produit des dysfonctionnements de nos économies, mais du choix délibéré de sauver les vies.

Un double choc d'offre et de demande a paralysé des pans entiers de l'économie française pendant presque deux mois, du 17 mars au 11 mai 2020. Après une plongée qui a fait perdre près du tiers du PIB fin mars, l'économie française a amorcé une reprise rapide, en forme de «demi-V», avec une perte d'activité revenue à – 9 % dès la fin du mois de juin. Puis la reconstruction pourrait être un peu moins forte, avec une remontée en pente douce en profil d'« aile d'oiseau ». Au total, les deux mois de confinement ont coûté environ 6 points de PIB, et l'épargne « forcée » accumulée pendant cette période pourrait atteindre 100 Md€.

Les ménages et les entreprises les plus fragiles ont été durement affectés par des pertes de revenus, mais l'État a pleinement joué son rôle d'amortisseur, supportant environ 61 % du coût du choc. La détérioration du marché du travail sera néanmoins importante : le taux de chômage pourrait connaître un pic temporaire supérieur à 11 % mi-2021.

L'économie française pourrait retrouver son niveau d'avant la crise en 2022. Le scénario central porte la croissance à – 10 % en 2020, puis + 7 % en 2021 et + 4 % en 2022.

D'après la Banque de France, la soutenabilité de la politique budgétaire de sortie de crise s'opère en trois temps :

- 2020 : réparer et contrer résolument la récession ;
- 2021 : éviter de prolonger les mesures exceptionnelles prises en 2020, par une gestion préventive d'un redémarrage de la pandémie ;

---

<sup>45</sup> Banque de France, « Lettre au président de la République : « Les économies française et européenne à l'épreuve de la Covid-19 », 9 juillet 2020, <https://publications.banque-france.fr/lettre-au-president-de-la-republique-les-economies-francaise-et-europeenne-lepreuve-de-la-covid-19>.

- après 2022 : cantonner la « dette COVID » (avoisinant 20 % du PIB) – à la dette sociale et à l'autonomie<sup>46</sup> selon l'avis du conseil de la CNSA<sup>47</sup>, à rembourser après environ dix ans.

L'initiative franco-allemande du 18 mai 2020 en faveur de la création d'un instrument d'endettement commun est une avancée majeure pour la solidarité économique européenne. La capacité d'emprunt européenne est un levier de croissance. Les investissements pour la transition écologique et la transition digitale sont une urgence d'intérêt commun. L'Europe doit promouvoir la coopération et la méthode multilatérale, la seule qui nous permettra de relever les défis mondiaux. Proposé par la Commission européenne le 27 mai et adopté par le Conseil européen le 21 juillet, le plan de relance pour faire face aux conséquences économiques de la crise du COVID-19 adopté après quatre journées et quatre nuits de tractations entre les 27, d'un montant de 750 Md€ doit venir en complément du prochain budget pluriannuel, que le Conseil européen a fixé à un montant de 1 074,3 Md€, pour un montant total de 1 824,3 Md€. Ce plan de relance, ainsi que le budget pluriannuel, doivent encore être approuvés par le Conseil de l'Union européenne, et par le Parlement européen.

Il s'agit de définir les modalités qui permettraient à la France de soutenir son secteur médico-social par ces financements qui pourraient compléter le plan de relance français, dont on voit que les conditions de mobilisation pour les politiques de l'autonomie restent réduites.

## Bilan des LFSS et pistes pour l'avenir

La réflexion engagée au Parlement, à la fin des années 1990, autour de l'efficacité de la dépense publique et du rôle des assemblées en matière budgétaire, a fait naître un consensus politique sur la nécessité de moderniser les règles de la gestion budgétaire et comptable. Les lois de financements de la Sécurité sociale sont encadrées par un texte de nature organique qui en fixe le contenu, en détermine la présentation et en régit l'examen et le vote : la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (LOLFSS) du 2 août 2005.

L'objectif de la loi organique est de doter les lois de financement de la Sécurité sociale d'outils de pilotage plus performants. Dans ce but, chaque loi de financement doit intégrer un cadrage pluriannuel : des prévisions de dépenses et de recettes sont établies pour quatre ans. Les équilibres prévisionnels doivent être votés pour l'ensemble de la Sécurité sociale, mais aussi pour chacune de ses branches. Le texte introduit notamment une démarche « objectifs – résultats », dans le prolongement de celle de la LOLF. Il permet ainsi d'apporter plus de visibilité et de transparence aux lois de financement en permettant un vrai débat sur l'équilibre de chacune des branches de la sécurité sociale.

Depuis 1996, les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes des administrations de sécurité sociale sont votés tous les ans par le Parlement dans le cadre de l'examen de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Les administrations de Sécurité sociale (ASSO) regroupent l'ensemble des

---

<sup>46</sup> Loi organique n° 2020-991 et loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

<sup>47</sup> Avis du conseil exceptionnel du 26 mai 2020.

régimes de Sécurité sociale (régimes généraux et régimes spéciaux), les hôpitaux ainsi que les régimes de retraite complémentaire et l'assurance chômage. Elles représentent un poids important dans la dépense des administrations publiques comparativement à la plupart des membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le champ des LFSS est plus restreint que celui des ASSO : il n'intègre pas les régimes complémentaires obligatoires, le régime de l'assurance-chômage ni les comptes des hôpitaux.

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) est présenté annuellement par le gouvernement à l'automne, comme pour le projet de loi de finances (PLF). Bien que les intitulés du PLFSS et du PLF se ressemblent et qu'ils soient présentés tous les ans à la même période, ces deux projets de loi se distinguent par leur nature. Le PLFSS est un projet de loi de financement et non de finances ce qui implique, notamment, qu'il n'a pas une portée budgétaire.

Les annexes aux lois de financement de la Sécurité sociale donnent une information exhaustive sur les prévisions de recettes des régimes et notamment sur les dispositifs d'exonérations et d'abattements d'assiette. Les prévisions économiques gouvernementales sous-jacentes, communes aux lois de financement de la Sécurité sociale et aux lois de finances, font l'objet d'un contrôle par les institutions européennes et désormais par le Haut Conseil des finances publiques. La mise en œuvre de la LFSS fait par ailleurs l'objet d'un contrôle par la Cour des comptes qui produit annuellement un rapport sur son application.

Le PLFSS s'inscrit enfin, comme le PLF, dans une démarche de performance qui se traduit dans les programmes de qualité et d'efficacité (PQE). Ceux-ci fixent, pour chaque branche de la Sécurité sociale, une série d'objectifs et mesurent leur réalisation au travers d'indicateurs chiffrés.

Près de 25 années après leur création, la LFSS n'échappe pas à quelques limites, c'est ainsi que le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dans son dernier rapport sur la régulation du système de santé de juin 2020<sup>48</sup>, questionne le primat donné à la dimension budgétaire annuelle de la régulation depuis la création des LFSS, qui mobilisent l'essentiel du temps du débat parlementaire au lieu d'une vision systémique et de réformes plus structurelles. Il conditionne l'acceptabilité d'une politique de maîtrise budgétaire sur le moyen terme à l'atteinte d'amélioration de l'accès aux soins. Le HCAAM invite à adopter un raisonnement pluriannuel.

## **Structure générale et financement de la politique autonomie**

Le champ des politiques de l'autonomie est extrêmement large, et fait intervenir de nombreux financeurs. Le périmètre retenu pour la politique de l'autonomie inclut à la fois les personnes âgées et les personnes handicapées, intègre tant les logiques propres au domicile et aux établissements, et évoque à la fois les approches de financement de prestation de protection sociale et de financement d'une offre de service.

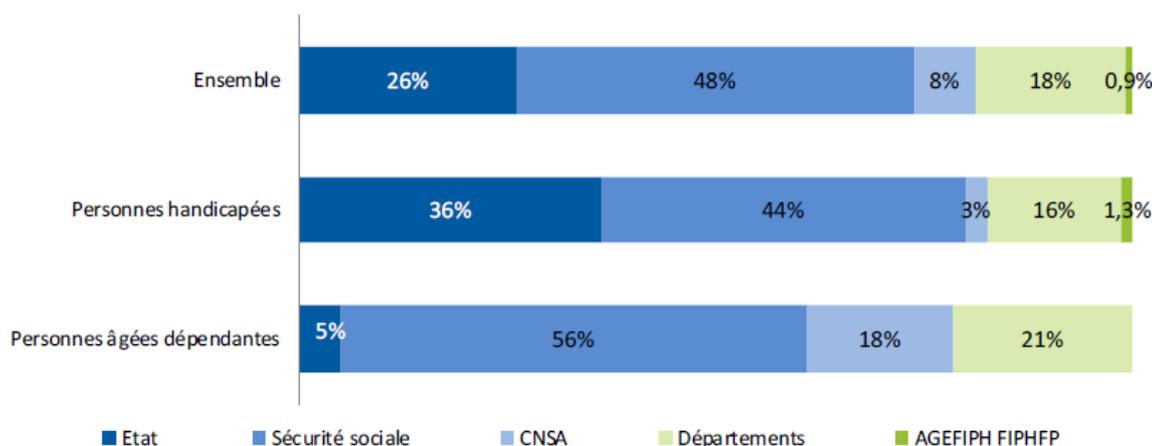
Selon le périmètre du PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », le financement de la politique de l'autonomie représente 66 Md€ pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

---

<sup>48</sup> <https://www.strategie.gouv.fr/publications/evolution-dispositifs-de-regulation-systeme-de-sante>.

Le périmètre n'est cependant pas exhaustif. La vision proposée est toutefois plurielle, en ce qu'elle intègre les financements de la Sécurité sociale, de la CNSA, de l'État, des départements et des autres contributeurs. Il est intéressant de constater que 21,6 Md€ sont consacrés aux personnes âgées dépendantes, et 44,7 Md€ aux personnes en situation de handicap. La répartition entre les financeurs montre que l'État s'engage en faveur des personnes en situation de handicap à hauteur de 16 Md€, soit 36 % des 44,7 Md€. Dans le champ de la politique de l'autonomie en faveur des personnes âgées, les contributions de la Sécurité sociale et la CNSA s'élèvent respectivement à 12 Md€ et 3,8 Md€. Ces chiffres correspondent à l'année 2018. Ces 66 Md€ financent à la fois des prestations sociales et des prestations de service. Les prestations visent à compenser la réduction ou la suppression des revenus, ou bien la couverture de frais spécifiques liés à la perte d'autonomie.

Graphique 1 • Répartition des dépenses de protection sociale liées à la prise en charge des personnes handicapées et dépendantes, par financeur, en 2018



Sources: CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHP ; calculs DSS (cf. précisions méthodologiques).

La prise en charge de la perte de l'autonomie n'est à l'heure actuelle pas juridiquement reconnue comme un champ de la protection sociale.

L'article 34 de la Constitution laisse à la loi le soin de déterminer les principes fondamentaux de la Sécurité sociale, dont l'article L. 111-1 revêt une importance capitale pour le champ de la protection sociale. Cet article affirme que « la Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale. Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille. Elle garantit les travailleurs contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires. Elle assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre du présent code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens. »

La protection sociale fait donc intervenir plusieurs financeurs, et la loi de financement de la Sécurité sociale est un levier parmi d'autres pour structurer le risque de perte d'autonomie.

## La branche autonomie, maintenant ! Un nouveau design des financements

Les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ont payé un lourd tribut à la crise COVID-19. Cette dure réalité nous rappelle qu'elles sont plus exposées aux risques contemporains. Les parties prenantes, comme après la crise de 2003, sont appelées à se mobiliser pour renforcer notre système de protection sociale et soutenir l'urgence d'une grande loi autonomie disposant la convergence des politiques de l'âge et du handicap.

L'affirmation du principe de l'égalité des chances, du droit à compensation, de l'accessibilité universelle, doit fonder cette réforme pour garantir la pleine citoyenneté de nos concitoyens quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé.

Le conseil rappelle que les besoins de financement de nos politiques pour l'autonomie mobilisent des parties prenantes qui ne dépendent pas de la responsabilité directe de l'État. Nos politiques pour l'autonomie soutiennent et mobilisent d'autres politiques. Elles appellent en ce sens un élargissement du périmètre traditionnel de la protection sociale et une transversalité des réponses.

Une grande loi autonomie devra en conséquence définir un effort de financement dont le rapport Libault, le rapport El Khomri, le HCFEA et le conseil de la CNSA ont évalué le niveau et qu'il conviendra de mobiliser par les dispositions d'une loi de programmation dédiée, en complément de l'ONDAM et de l'OGD.

La loi du 7 Août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit, dans son article 5, la création d'une cinquième branche de Sécurité sociale intitulée branche Autonomie et définie ainsi : « La Nation affirme son attachement au caractère universel et solidaire de la prise en charge du soutien à l'autonomie, assurée par la Sécurité sociale ». « La prise en charge contre le risque de perte d'autonomie et la nécessité d'un soutien à l'autonomie sont assurées à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. ». Elle détermine que la CNSA « gère la branche » autonomie.

Il y est par ailleurs précisé qu'un rapport est remis au parlement le 15 septembre 2020 pour présenter 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 loi organique du 7 Août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit la création d'une annexe spécifique à cette cinquième branche, l'annexe 7bis, 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.

## De l'intérêt d'une reconnaissance du risque autonomie en protection sociale

La reconnaissance du risque autonomie est le fruit d'un long cheminement de la protection sociale à travers les siècles et qui connaît son acmé au XXI<sup>e</sup> siècle par la création de la branche autonomie. Il en résulte un principe fondamental, celui d'un risque couvert par la Nation au caractère universel et solidaire, indépendamment de l'âge et de l'état de santé.

Dès lors, l'inscription de ce risque autonomie en protection sociale diffère de la notion d'aide sociale et des dispositions prévues par le CASF dont le principe général est que « toute personne résidant en France bénéficie, si elle remplit les conditions légales d'attribution, des formes de l'aide sociale telles qu'elles sont définies par le présent code<sup>49</sup> ». Il s'agit là d'une différence fondamentale dans la conception des réponses aux personnes.

Inscrire le risque autonomie dans le champ des lois de financement de la Sécurité sociale présente plusieurs avantages. Cela permet tout d'abord de faire progresser les mesures en faveur des personnes en situation de handicap ou des personnes âgées en situation de perte d'autonomie sans avoir à attendre de loi spécifique.

Le deuxième enjeu concerne le renforcement de l'information relative à la politique de l'autonomie auprès de la représentation nationale. Le débat parlementaire a un rôle à jouer quant à la prise de conscience de ces sujets pour la cohésion sociale de notre société. Les annexes du PLFSS couvrent à ce sujet un champ beaucoup plus large que ce que mentionne le corps du texte des lois de financement de la Sécurité sociale. Le champ d'intervention du PLFSS doit être rendu compatible avec le principe constitutionnel de libre administration des collectivités territoriales, qu'il ne peut contraindre à honorer tel ou tel type de dépense. En revanche, les annexes du PLFSS permettent de retracer l'effort national en faveur de cette politique. L'inscription du risque autonomie dans le champ des lois de financement de la Sécurité sociale permet par ailleurs d'obtenir des recettes dédiées, des prévisions et des objectifs de dépenses sur un champ plus large. En outre, cette intégration permet d'affirmer que la politique de l'autonomie est financée par la solidarité nationale. L'enjeu concerne la mutualisation de la couverture du risque selon une logique de cotisation selon ses moyens et d'allocation selon ses besoins.

Conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale (CSS)<sup>50</sup>, la création d'une branche dédiée à la perte d'autonomie implique *a minima*, chaque année en LFSS, comme pour les autres quatre autres branches existantes<sup>51</sup> :

- l'approbation d'un tableau d'équilibre du dernier exercice clos ;
- la rectification des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des objectifs de dépenses pour la branche ;
- la prévision, pour la branche, des recettes et la fixation des objectifs de dépenses pour l'ensemble des régimes obligatoires de base ;
- l'inscription, si nécessaire, de toutes mesures dans le champ de l'autonomie ayant un

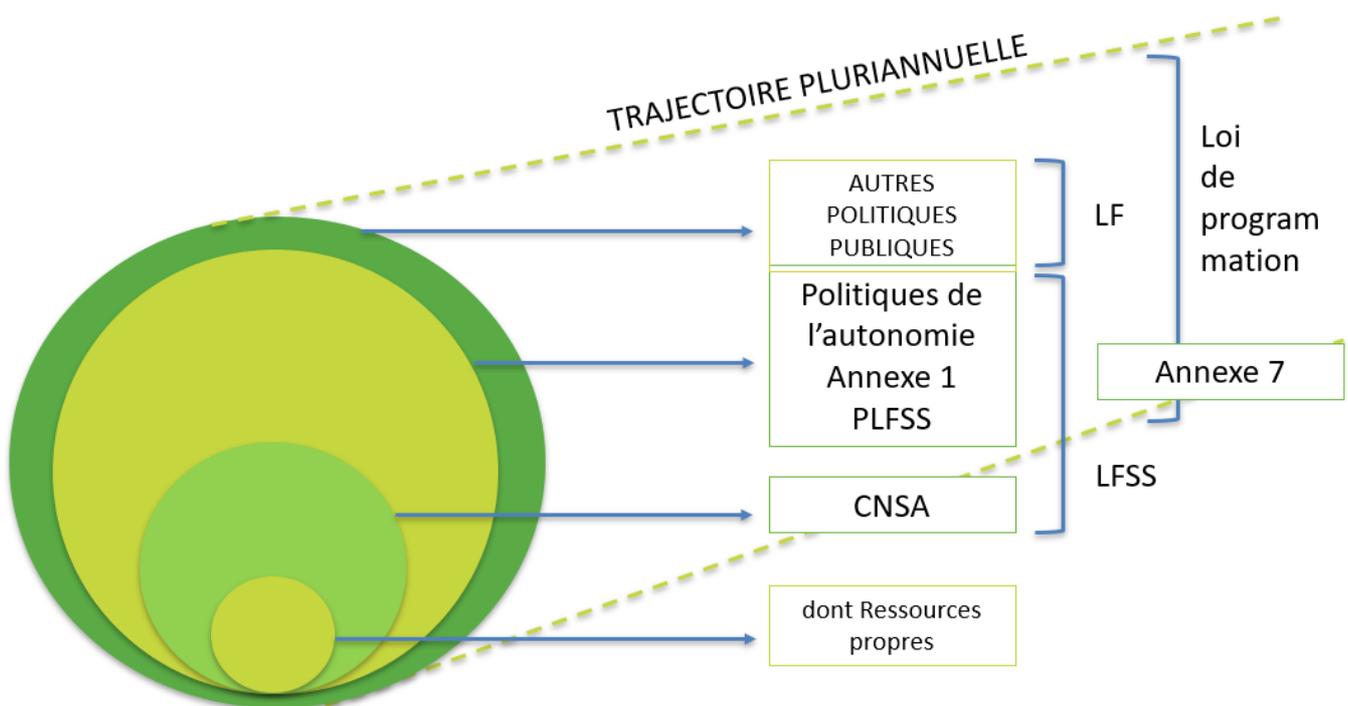
---

<sup>49</sup> Article L. 111-1 du CASF.

<sup>51</sup> Voir en particulier le chapitre 1<sup>er</sup> bis du livre I.

- effet sur les recettes ou les dépenses de l'année en cours ou des années ultérieures, ou modifiant les règles relatives à la gestion des risques ainsi que les règles d'organisation ou de gestion internes de la CNSA ;
- la présentation d'un « programme de qualité et d'efficience relatif aux dépenses et aux recettes de la branche comportant 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, de l'année en cours<sup>52</sup>. »

Le schéma ci-dessous pose l'intérêt d'identifier l'ensemble des financements liés aux politiques de l'autonomie par le biais d'une annexe dédiée au PLFSS (annexe 7). Il s'agit de l'articuler avec les autres politiques publiques et de l'inscrire dans une trajectoire pluriannuelle par une démarche programmatique à horizon 2030.



Enfin, les lois de financement de la Sécurité sociale s'inscrivent dans une vision pluriannuelle en ce qu'elles intègrent d'une part une annexe obligatoire votée par le Parlement prévoyant des tableaux d'équilibre à quatre ans, d'autre part parce qu'elles permettent d'envisager des projections à plus long terme, par exemple à 40 ans.

<sup>52</sup> Article LO111-4 CSS.

## Les trois périmètres envisageables pour la cinquième branche autonomie

Une conception large de la politique de l'autonomie fait intervenir plusieurs financeurs et intègre à la fois les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. L'ambition de la branche autonomie est de rendre visible l'ensemble des acteurs contribuant au financement de la politique pour l'autonomie, et de donner en visibilité d'autres politiques qui concourent à l'autonomie, par exemple le logement, la mobilité...

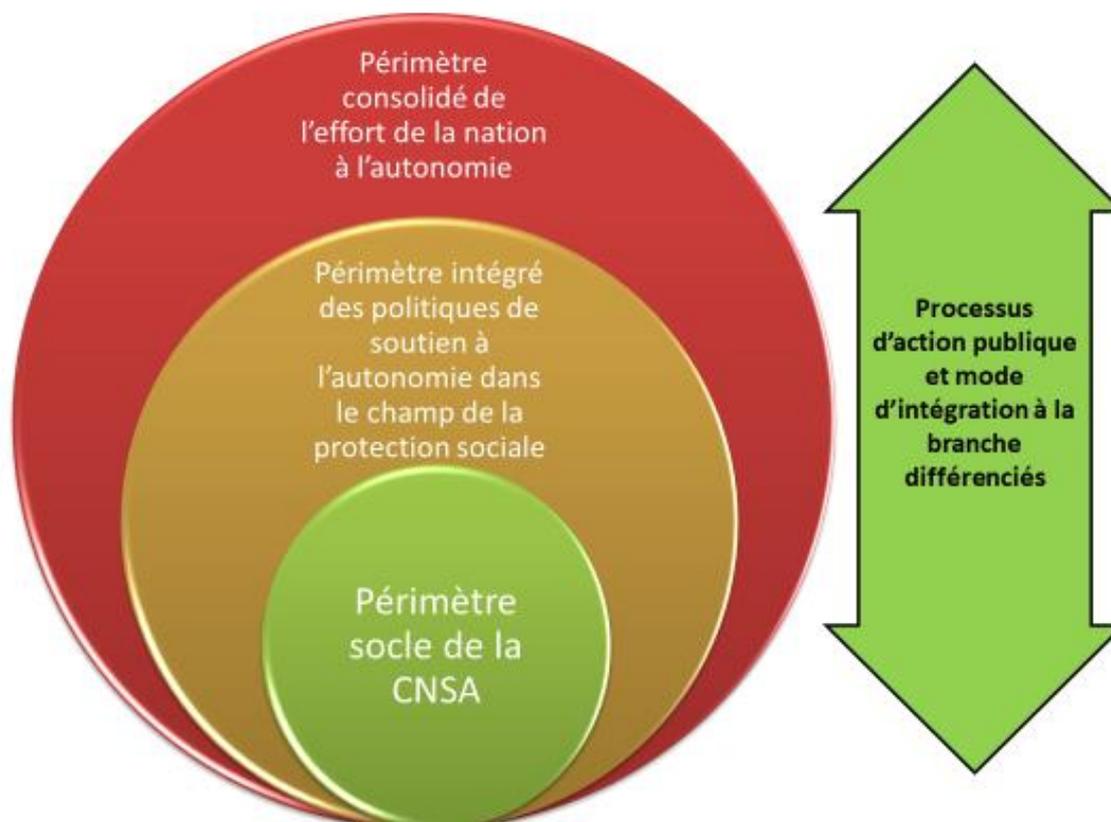
La création de la cinquième branche pour l'autonomie est historique en ce qu'elle ouvre la voie à une évolution de notre système de protection sociale. Elle nous invite à questionner le périmètre actuel de financement de chaque financeur, à identifier le futur périmètre possible de la branche et les possibles transferts de recettes et dépenses. Concevoir la branche autonomie comme un ensemble cohérent est déterminant pour faire progresser les mesures en faveur de l'autonomie.

Les financements de la branche autonomie pourraient être résumés en trois périmètres :

- un périmètre socle de financement : des ressources affectées directement à la CNSA ;
- un périmètre intégré des politiques de soutien à l'autonomie dans le champ de la protection sociale : des ressources pilotées ;
- un périmètre retraçant l'effort de la Nation à l'autonomie : des ressources consolidées.

Le passage d'une dépense d'un périmètre à un autre peut être envisagé progressivement par transfert d'une recette correspondante

Le schéma ci-dessous présente ces trois niveaux différents, il s'agit d'un processus d'action publique mettant en évidence des modes d'intégration différenciés à la branche.



### Périmètre n° 1 : Le périmètre socle de financement à la CNSA

Ce premier niveau de financement correspond à la couverture du champ médico-social dans une approche retraçant les financements actuels et historiques de la CNSA.

Dépenses	Recettes
Financement des établissements et services médico-sociaux  Prestations individuelles, prévention et soutien aux MDPH (concours aux départements)  Modernisation du secteur, aidants, innovation et soutien à l'investissement	Contribution solidarité autonomie (CSA)  Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)  Contribution sociale généralisée (CSG)  Transfert de crédits d'assurance maladie vers la branche autonomie par une part correspondante de cotisation sociale  Recettes nouvelles identifiées (+ 0,15 de CSG en 2024 et 1 Md€ en 2021).

## Périmètre n° 2 : intégration de l'ensemble des actions de soutien à l'autonomie dans le champ de la protection sociale

Ce deuxième niveau intègre au premier niveau des financements identifiés au sein du PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA ».

Dépenses	Recettes
<p>Périmètre 1 (CNSA « historique)</p> <p>Prestations et allocations de garantie de ressources (AAH, AEEH, allocation journalière de présence parentale – AJPP, garantie de ressources des travailleurs handicapés – GRTH, pensions d'invalidité)</p> <p>Prestations de soutien à domicile (accès aux soins des personnes âgées)</p> <p>Financement des établissements et services (USLD, aide sociale des départements)</p> <p>Soutien aux projets de vie (prévention, aide à l'emploi, scolarisation)</p> <p>Autres financements (aides sociales et fiscales, fonds d'intervention régional – FIR)</p>	<p>Périmètre 1 (CSA, CASA, CSG, transfert de l'ONDAM PA-PH, recettes nouvelles)</p> <p>Pilotage de ressources d'autres branches de Sécurité sociale à la branche autonomie</p> <p>Pilotage de ressources d'État à la branche autonomie</p> <p>Pilotage partagé de ressources des départements à la branche autonomie</p> <p>Pilotage des fonds Agefiph et Fiphfp à la branche autonomie</p>

Ce deuxième niveau permet d'intégrer dans la branche l'ensemble des dimensions liées aux ressources des personnes, de donner une vision d'ensemble sur les financements des établissements et services et de donner une vision globale du projet de vie des personnes.

Par le pilotage des ressources allouées au risque, le gestionnaire de la branche s'assure que les financements associés correspondent aux besoins des personnes et à leurs aspirations sur tous les territoires, qu'ils correspondent en proportion et en montant à ces besoins et qu'ils sont en cohérence avec la politique pour l'autonomie, quel que soit l'acteur-tiers qui en effectue la gestion territoriale. Il s'agit de mettre en œuvre par ce pilotage un fonctionnement agentiel qui garantisse le fléchage et la bonne fin des financements de la branche autonomie.

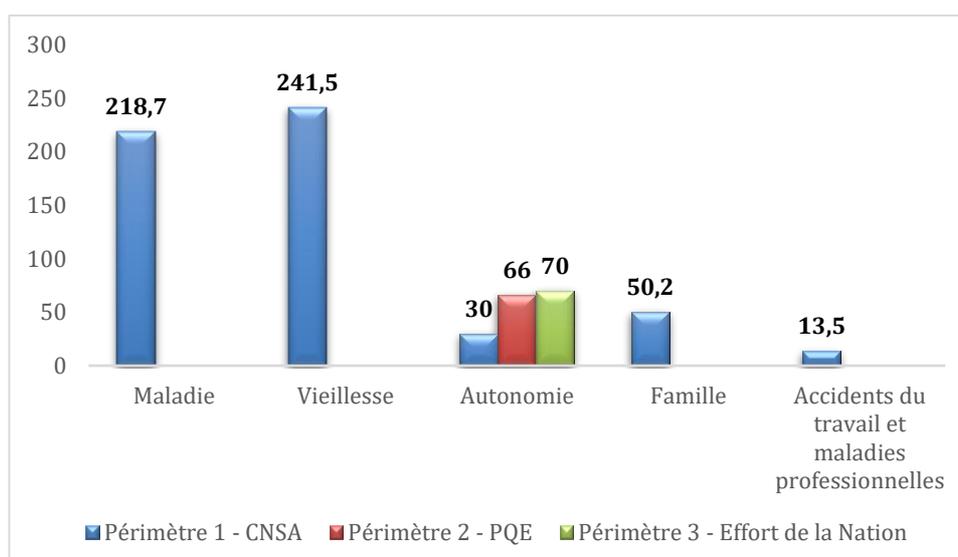
## Périmètre n°3 : consolidation de l'ensemble de l'effort de la Nation à l'autonomie

Ce troisième niveau intègre au deuxième niveau des financements d'autres politiques publiques interministérielles qui concourent aux besoins des personnes âgées et handicapées.

Dépenses	Recettes
Périmètre 1 + 2 (actions spécifiques de soutien à l'autonomie)  +  Aides à l'aménagement du logement  Action sociale de la branche vieillesse	Périmètre 1 + 2  +  Consolidation et évaluation de financement de soutien à la transition démographique : fonds « action logement » et fonds de soutien économique sectoriel et à la transition numérique  Financement de l'État aux collectivités territoriales  Tout autre financement pouvant concourir aux politiques de l'autonomie

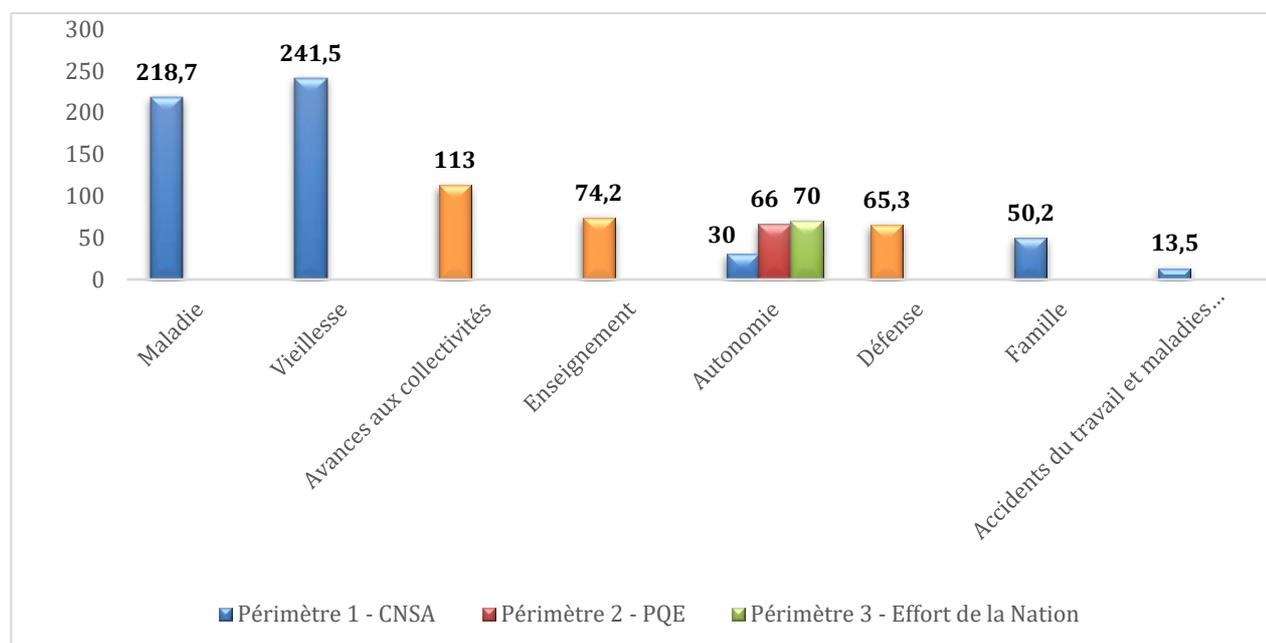
La branche autonomie, selon cette hypothèse, se verrait coordonner un ensemble de financements large, cohérent avec l'effort de la Nation pour les politiques de l'autonomie. Il s'agit de donner de la visibilité aux politiques publiques qui ne font pas partie du périmètre « socle » de la branche mais qui contribuent à l'autonomie de nos concitoyens, par exemple pour l'adaptation de logements et des mesures de soutien à l'économie sectorielle, à la transition numérique, à la mobilité, à la scolarisation, à l'emploi... Il s'agit de retracer toutes les politiques, non comprises dans le périmètre 2 mais qui concourent à l'autonomie des personnes.

La prise en compte de ces différents périmètres, permet de situer la branche autonomie par rapport aux quatre branches historiques de la Sécurité sociale.



Le graphique ci-dessus prend en compte les dépenses de l'ensemble des régimes de base obligatoires de Sécurité sociale en 2019 inscrits au PLFSS (en Md€), et fait apparaître le niveau consolidé de la branche autonomie, sur la base des périmètres 2 et 3.

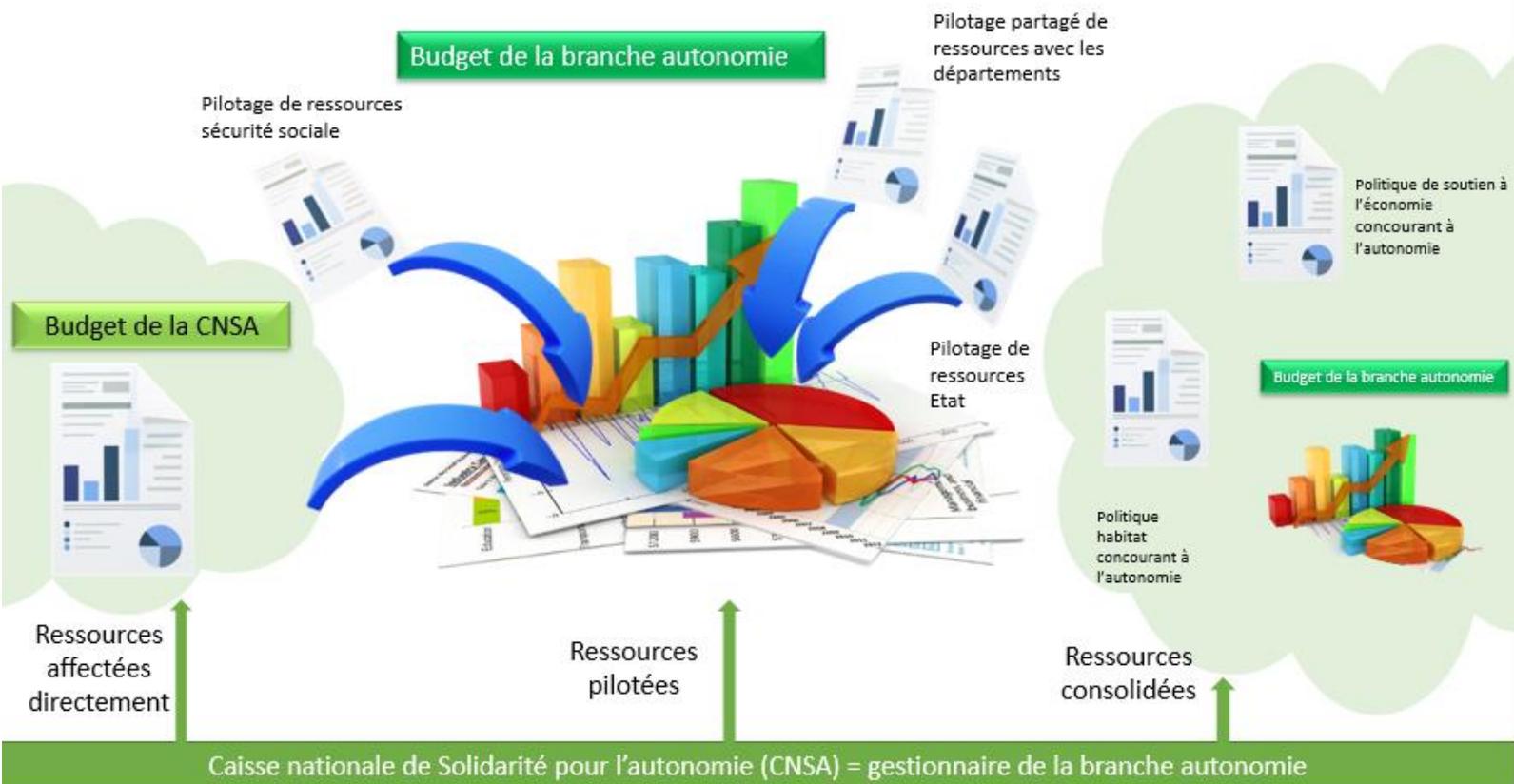
Par ailleurs, si l'on compare les grandes masses financières du budget de l'État aux branches de Sécurité sociale, la branche autonomie se situerait entre le budget de l'enseignement et celui de la défense, ce qui, rapporté aux enjeux liés aux risques climatique, pandémique et démographique ne semble pas incohérent.



### **Inventer un mode de pilotage innovant pour la prise en compte des périmètres de financement : socle, 2 et 3**

Le périmètre de financement de la branche dans cette acception ne signifie pas que l'institution CNSA en charge de la cinquième branche soit la gestionnaire traditionnelle d'un agrégat consolidé ! L'objectif de la branche autonomie est de rendre visible et de contribuer à l'efficacité d'un ensemble cohérent des ressources publiques affectées directement ou indirectement au risque autonomie afin d'éclairer le débat parlementaire et de garantir leur efficacité jusqu'à la personne, en égalité des chances, quel que soit le territoire où elle vit.

Dès lors, il s'agit de différencier, de compartimenter, selon les périmètres, le budget de la branche du budget de la CNSA, pour permettre une approche analytique selon les principes fondateurs de la politique pour l'autonomie : approche domiciliaire, égalité des chances, convergence... Pour autant, la mission de la CNSA sur son périmètre socle, en tant que gestionnaire de la branche est d'assurer l'équilibre général de la branche. Aussi, on peut envisager de définir trois niveaux de ressources (compartiments) : ressources affectées directement (recettes propres) au budget de la CNSA, ressources pilotées par la CNSA pour le compte de la branche et les ressources consolidées. Le schéma ci-dessous représente cette différence entre le budget de la Caisse et celui de la branche.



## Ressources affectées directement à la CNSA

Les ressources affectées directement à la CNSA sont les ressources propres de l'établissement public en dépenses et en recettes correspondant à la couverture du risque autonomie par la Sécurité sociale (financements actuels et nouvellement transféré de la CNSA). La CNSA répartit ces crédits à ses réseaux.

Ces ressources sont retraduites dans le budget de la Caisse.

## Ressources pilotées

Les ressources pilotées sont les ressources gérées par CNSA en tant que gestionnaire de la branche autonomie afin de concourir à l'égalité de traitement pour toutes les personnes concernées sur l'ensemble du territoire dans la mise en œuvre des politiques pour l'autonomie. Elle pilote ainsi des financements qui peuvent être opérés par des partenaires ou des tiers.

Ces ressources sont retraduites dans l'annexe 7bis du PLFSS, c'est-à-dire l'annexe dédiée à la branche autonomie.

## Ressources consolidées

Les ressources consolidées constituent l'ensemble de l'effort de la Nation aux politiques pour l'autonomie. Elles agrègent, outre les financements de la branche autonomie les ressources d'autres politiques publiques qui peuvent concourir à l'autonomie, telles que l'habitat, le numérique ou les mesures de soutien à l'économie.

Ces ressources sont retraduites dans l'annexe 7bis du PLFSS et du programme autonomie <sup>53</sup>du PLF.

## **Les conséquences de la branche autonomie pour la CNSA**

### **Un impact sur ses missions**

La création de la branche autonomie interroge la définition actuelle des missions de la CNSA. En tant que gestionnaire de la branche, la CNSA va davantage consacrer certaines de ses missions au pilotage de ressources dont la gestion pourrait être confiée à des partenaires ou des tiers.

Ainsi, la refonte des missions de la CNSA, tout en conservant ses principes d'origines qui consacrent ses fonctions agencielles au bénéfice des parties prenantes, est étroitement liée à la fondation de la branche autonomie.

Aussi, il est envisageable d'identifier l'action de la CNSA autour des grandes missions suivantes :

- veiller à l'équilibre financier de la branche autonomie ;
- dans le cadre des politiques publiques de l'autonomie, contribuer à la réflexion prospective et définir les orientations et la mise en œuvre des politiques d'aide à l'autonomie, en interaction avec les membres du conseil et les parties prenantes ;
- contribuer au financement des prestations délivrées par les établissements et services médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et de dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'aide à l'autonomie ;
- 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'égalité des chances et l'efficacité de la prise en charge des publics concernés ;
- contribuer au financement de la prévention de la perte d'autonomie, au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, aux prestations individuelles d'aide à l'autonomie et aux 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.

Afin de tenir compte des différentes fonctionnalités selon les périmètres d'intégration et selon les trois niveaux de ressources définis ci-dessus (affectées, pilotées, consolidées), il convient ainsi d'être particulièrement attentifs aux éléments suivants pouvant impacter l'organisation actuelle de la CNSA :

<sup>53</sup> Il serait créé au sein du PLF un programme dédié reprenant par exemple les dispositions du programme handicap et dépendance mais qui pourrait être élargi à d'autres financements d'État.

- le recueil, l'analyse et le pilotage des données relatives à la connaissance des publics et de la couverture du risque ;
- le pilotage des systèmes d'information (SI) de la branche : SI national pour les prestations de la branche, pilotage de la transformation numérique du secteur ;
- la gestion budgétaire (gérer, conventionner, retracer) : la maîtrise budgétaire et l'équilibre financier de la branche ;
- l'expertise technique sur l'ensemble du champ de la branche en s'appuyant sur l'expertise des parties prenantes et des personnes concernées ;
- l'animation des réseaux territoriaux de la branche et le pilotage des indicateurs partagés ;
- l'articulation avec les autres branches : logique de spécificités et d'articulation supplétives avec les autres branches, développement d'actions interbranches ;
- le développement des partenariats institutionnels : développement de l'approche interministérielle des politiques d'autonomie.

Compte tenu de son rôle de pilotage et de consolidation des financements, les missions ayant trait aux systèmes d'information et de remontées de données seront structurants.

Une convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la CNSA-cinquième branche autonomie sera l'occasion de définir et de préciser les modalités de pilotage de la branche autonomie en lui attribuant des moyens adaptés aux ambitions.

D'autres missions plus spécifiques pourraient également être identifiées, par exemple le financement de l'investissement, le développement numérique, l'information aux publics, la formation des professionnels et la recherche et l'innovation.

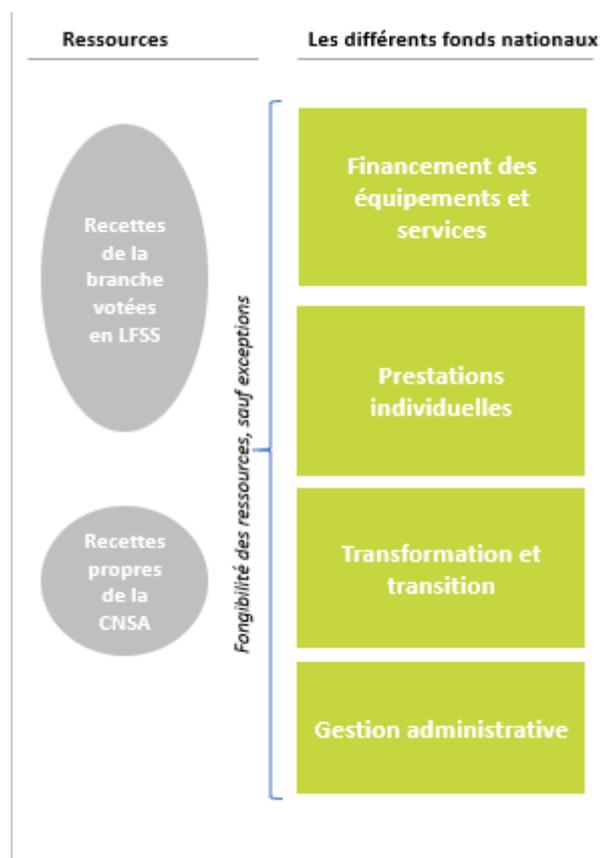
## Une nouvelle architecture financière pour la CNSA

Évoqué dans les parties précédentes de ce chapitre, l'architecture financière de la CNSA comporte aujourd'hui certaines limites qu'il convient de lever dans une nouvelle architecture financière. Cette dernière serait composée de différents fonds dont les recettes seraient fixées annuellement par le vote du budget.

- **Un premier fonds visant à financer les établissements et services.** Se pose néanmoins la question d'y intégrer des financements liés au soutien à l'investissement (immobilier et numérique) ou de créer un fonds de soutien spécifique à l'investissement.
- **Un deuxième fonds pour le financement de prestations individuelles relatives à l'APA, la PCH en y intégrant le congé de proche aidant et le forfait habitat inclusif.** Selon le périmètre retenu par la branche y intégrer l'AEEH, l'AAH et/ou les pensions d'invalidité.
- **Un troisième fonds, plus ou moins défini par objet de financement, que l'on pourrait rassembler sous le terme de fonds d'intervention, de transformation et transition qui pourrait permettre de financer la formation des professionnels, la modernisation des services, la recherche et l'innovation, la prévention et d'autres financements liés au projet de vie des personnes.**

➤ **Un fonds national de gestion administrative de la CNSA.** À l'instar des autres caisses nationales de Sécurité sociale, les frais de fonctionnement de la caisse seraient regroupés dans un fonds spécifique.

Le schéma ci-dessous précise cette nouvelle architecture financière.



Plusieurs évolutions permettraient plus de souplesse dans le cadre de cette nouvelle architecture financière, ainsi sauf exceptions, il n'y aurait pas d'affectation des recettes aux dépenses. La répartition des recettes et des dépenses de la branche dans une logique programmatique des financements se ferait lors du vote en PLFSS chaque année.

Le rôle du conseil en matière budgétaire serait renforcé puisqu'il serait amené à valider l'attribution de certains financements ainsi que des critères de répartition, notamment sur le troisième groupe transformation et transition.

Il s'agit de mettre les parties prenantes au cœur de cette nouvelle architecture de financement.

## La gouvernance de la branche

Le conseil de la CNSA a fait le choix de lier les chapitres de sa démarche prospective sur trois années ainsi en 2018 puis en 2019 les thématiques du chapitre prospectif ont été les suivantes : *Pour une*

*société inclusive, ouverte à tous*<sup>54</sup> et *Chez-soi : l'approche domiciliaire*<sup>55</sup>. Ces deux chapitres ont posé les principes et les modalités de mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance.

Dans le contexte de création de la cinquième branche, en référence aux travaux des deux exercices précédents, voici les principes fondamentaux qui doivent guider la gouvernance.

Gouverner par l'association des parties prenantes, en s'assurant d'une représentation pour chaque dimension et dans toutes les fonctions de la branche est le premier principe qui doit guider la nouvelle gouvernance.

La CNSA s'appuie sur un conseil représentatif de l'ensemble du périmètre de la branche et qui développe des partenariats avec les autres caisses et acteurs publics nationaux.

L'articulation entre la Caisse et les territoires s'inscrit dans les principes du droit à l'autonomie et de l'égalité des chances dans chaque territoire. Il s'agit de gouverner par l'association des parties prenantes, de développer et coordonner les fonctionnements agentiels nationaux, régionaux, territoriaux.

L'organisation territoriale de la branche doit être définie clairement : pilotage, définition de la responsabilité des acteurs, clarification des financements, contractualisation verticale et horizontale.

L'orientation et le sens de la branche portés par les conférences territoriales de l'autonomie s'imposent aux structures administratives territoriales de la branche (maisons départementales de l'autonomie – MDA). Il s'agit de renforcer les démarches de réunion des parties prenantes qui se sont spontanément exprimées pendant la crise sur tous les territoires avec une approche conventionnelle, par une démarche de consensus et une contractualisation partagée et non normative.

Il existe une possibilité de différenciation entre les territoires : transfert du pilotage par la possibilité d'expérimentation et de réversibilité.

## **La construction progressive du périmètre de la branche autonomie**

Une politique pour l'autonomie, inscrite dans les enjeux de la protection sociale du XXI<sup>e</sup> siècle, appelle une méthode innovante pour aborder la question de son financement.

Le conseil de la CNSA, réuni en séminaire le 25 février et le 5 juin 2020, a décliné les axes d'une programmation des grands sujets en termes d'urgence, de priorité et de progression d'ici à 2030.

---

<sup>54</sup> [https://www.cnsa.fr/documentation/web\\_cnsa\\_13-08\\_dossier\\_prospective\\_exe1.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/web_cnsa_13-08_dossier_prospective_exe1.pdf).

<sup>55</sup> [https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa\\_19-07\\_prospective\\_chapitre\\_2\\_web.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_19-07_prospective_chapitre_2_web.pdf).

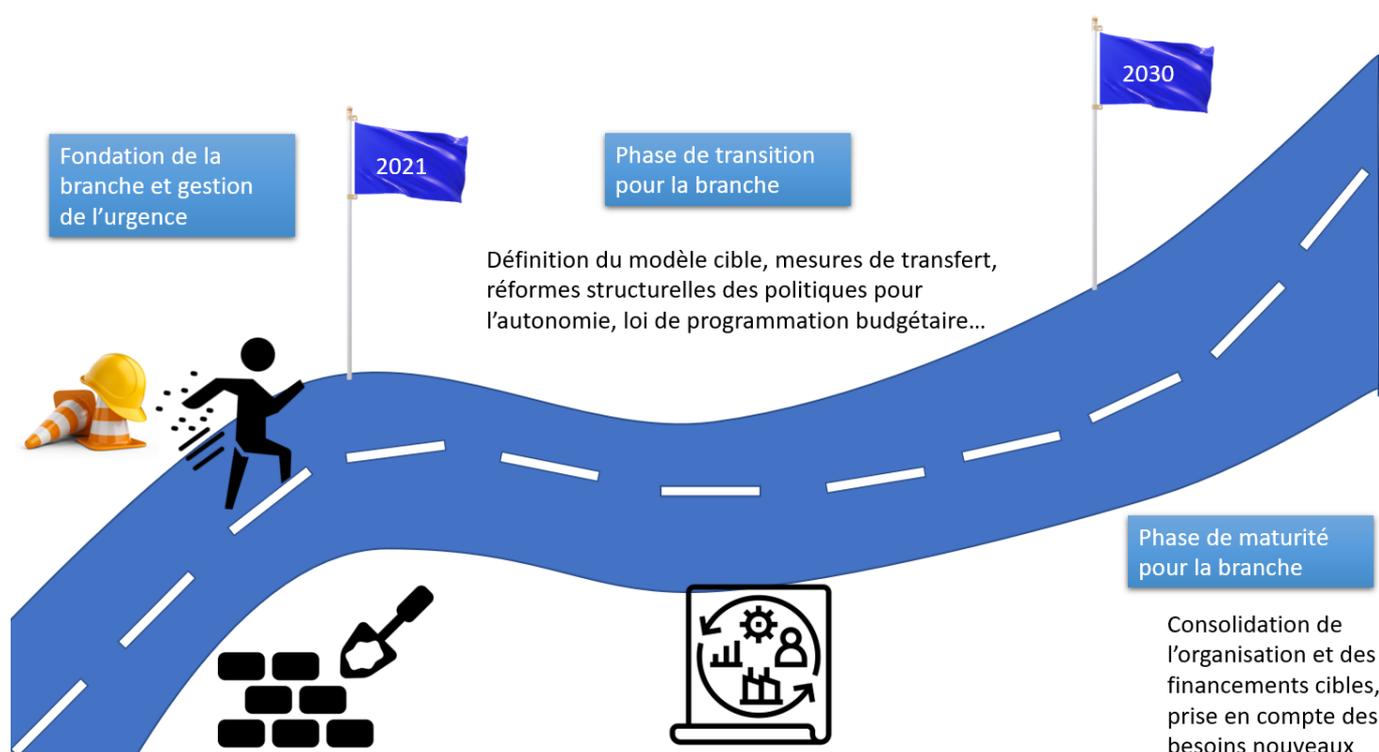
L'élaboration d'une loi de programmation présente l'intérêt de s'engager dans une pluri-annualité des financements. La complexité du secteur de l'autonomie oblige à croiser des logiques de programmation, de pilotage et de responsabilité partagée des parties prenantes, jusqu'à la personne. Le vieillissement de la population, la situation économique, les enjeux de la protection sociale nécessitent la recherche de nouvelles marges de manœuvre.

La conception de la branche autonomie doit pouvoir s'inscrire dans le temps, par étape, programmant des grands sujets en termes d'urgence, de priorité, de moyen/long terme et en définissant des clauses de revoyures régulières. Sa fondation doit prendre en compte les enjeux d'un État moderne, agile, capable de permettre la production de réponses personnalisées.

Trois étapes ont ainsi été identifiées :

- dans un premier temps (2021) la fondation de la branche et la gestion des sujets les plus urgents à traiter (par exemple, revalorisation des métiers) ;
- une deuxième phase de transition (2021-2030) ;
- une dernière étape de maturité de la branche (après 2030).

Le schéma ci-dessous illustre le cheminement de la construction de la branche autonomie.



## La fondation de la branche et la gestion de l'urgence (2021)

La programmation de la politique pour l'autonomie à l'horizon 2030 implique de définir les principaux sujets, ceux qui sont les plus urgents, ceux qui sont prioritaires et ceux qui peuvent être planifiés sur un horizon moins proche.

En termes d'urgence pour cette politique pour l'autonomie, les parties prenantes identifient des enjeux importants au profit d'une revalorisation des conditions salariales des professionnels et de l'attractivité des métiers. Il s'agit également d'innovation dans les organisations, de la nécessité d'accompagner vers de véritables carrières et des mobilités autour des emplois. Reconstruire et adapter la réponse post-crise en fait également partie.

Dès 2021, un ensemble de mesures viseront à organiser la branche afin qu'elle puisse être rapidement opérationnelle, par exemple :

- la gouvernance : composition, prérogative et fonctionnement du conseil ;
- les évolutions administratives concernant la CNSA et les moyens qui lui sont affectés, par le biais de sa COG, pour mener à bien ses différentes missions ;
- les dispositions financières.

## **La phase de transition (2021-2030)**

L'horizon de la programmation à 2030, soit sur une décennie, peut paraître lointain, pour autant, il s'agit d'un cap permettant de fixer des objectifs stratégiques à atteindre. Définir des étapes intermédiaires permettra d'effectuer un premier bilan de l'atteinte de ces objectifs et éventuellement d'actualiser les moyens qu'ils leur sont alloués.

À moyen-long terme, c'est investir dans notre système de protection sociale à horizon 2030 avec des enjeux accrus de l'approche domiciliaire et de la convergence des réponses, quel que soit l'âge ou la situation des personnes.

Il s'agit de poursuivre l'organisation de la branche par le développement de moyens de la CNSA et des mesures de transfert de périmètre. Au-delà des réformes structurelles nécessaires, c'est par la prise en compte des effets épidémiologiques sur le handicap et le vieillissement de la population que la branche devra adapter la programmation budgétaire.

## **La phase de maturité de la branche (2030)**

La phase de maturité de la branche correspond à une consolidation de son organisation et des financements cibles mais aussi la prise en compte de besoins nouveaux.

## **Faire converger**

### **Quel que soit l'âge, la situation de handicap ou de santé**

Les besoins d'aides et d'accompagnement pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne concernent tous les âges de la vie, depuis la naissance et l'enfance jusqu'au grand âge. Les politiques pour l'autonomie appellent un élargissement du périmètre traditionnel de la protection sociale et une transversalité des réponses. La conviction du conseil en ce qui concerne l'enjeu de la convergence des politiques de l'autonomie quel que soit l'âge ou la situation de handicap est prégnante.

Le conseil de la CNSA s'est prononcé pour la mise en œuvre effective de la convergence des politiques de l'âge et du handicap portée par la loi du 11 février 2005. Le conseil préconise également une réforme des prestations, avec une convergence entre les personnes âgées et les personnes handicapées et une prestation globalisée, en supprimant la barrière d'âge à 60 ans.

L'âge de 60 ans est qualifié de barrière parce que, dans notre système de protection sociale, avant cet âge, les mesures d'accompagnement à l'autonomie relèvent de la PCH. Après 60 ans, la survenue d'un handicap est considérée comme une situation liée à l'âge de la personne. Son accompagnement pour l'autonomie relève de l'APA. Les deux dispositifs sont hétérogènes et n'ouvrent pas les mêmes droits en matière d'attribution des prestations, de montants. Ils n'engagent pas au même niveau la participation financière des bénéficiaires.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de novembre 2016 sur la PCH propose, dans sa recommandation n° 11, de modifier l'article L. 245-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pour supprimer la barrière d'âge des 75 ans. Dans sa recommandation n° 12, il propose de repousser la barrière d'âge pour l'accès à la PCH de 60 à 65 ans, de mettre en place un suivi de la fin de la mise en œuvre de la mesure et ensuite, en fonction des coûts observés, de se prononcer sur un âge limite fixé à 70 ou 75 ans.

Le conseil de la CNSA affirme la convergence des politiques pour l'autonomie des personnes quel que soit leur âge ou leur situation de handicap mais aussi que notre modèle cible de protection sociale, pour accompagner la transition démographique, doit être piloté dans le cadre des politiques publiques :

- par et pour la personne, quel que soit son âge, sa situation de handicap, de santé, quel que soit le lieu où elle vit, seule légitime à exprimer ses attentes et à évaluer les solutions qu'on lui propose ;
- par et pour les parties prenantes des politiques de l'autonomie dans l'acceptation la plus large ;
- par et pour les territoires où vivent nos concitoyens, au plus près d'eux.

Le principe de co-construction de réponses pour l'autonomie, avec les parties prenantes, inscrit dans l'ADN de la CNSA par les textes qui la fondent, lui a d'ores et déjà permis de préfigurer et de mettre en œuvre de nombreux projets associant les parties prenantes dans les territoires.

## **L'approche domiciliaire**

L'approche domiciliaire emporte un mouvement de transformation de notre modèle de protection sociale, porté par les parties prenantes. Six dimensions du « vivre chez soi » permettent de définir l'approche domiciliaire<sup>56</sup> :

<sup>56</sup> D'après Pascal Dreyer (dir.), Bernard Ennuyer (dir.), *Le Chez-Soi à l'épreuve des pratiques professionnelles : acteurs de l'habitat et de l'aide à domicile*, Chronique sociale, 2017.

- les dimensions psychologiques et psychosociales (exemples : confort, intimité, rôles sociaux, rôles familiaux, sécurité, contrôle, statut économique du quartier) ;
- les dimensions sociales (exemples : proximité des frères et sœurs, des enfants, des parents...) ;
- les dimensions matérielles : caractéristiques du quartier, du domicile, ergonomie et fonctionnalité (exemples : accessibilité universelle, espaces verts, type de bâtiment, adaptation du logis) ;
- les dimensions spatio-temporelles : mobilité quotidienne, géographique, biographie (attachement, durée de résidence...) ;
- les dimensions économiques (exemples : coût pour se reloger, coût du domicile, monétarisation du capital...) ;
- la dimension sanitaire (exemples : état général de santé, handicaps physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif, conséquences des chutes, dénutrition...).

La personne doit avoir le pouvoir de choisir entre plusieurs options celle qui correspond à ses aspirations personnelles en disposant d'une information claire et exhaustive ; que les réponses qui lui sont proposées entrent dans le champ et le financement par la protection sociale ou qu'elles relèvent d'autres mécanismes.

Afin d'impliquer les établissements dans l'approche domiciliaire, les modes de contractualisation et d'allocation des ressources, aux personnes d'une part et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux d'autre part, doivent évoluer pour prendre en compte les choix de la personne et son acception personnelle du « vivre chez soi ». Les normes applicables aux établissements doivent évoluer afin de permettre la transformation des réponses et de favoriser la mise en œuvre des quatre fonctionnalités : soin, aide et accompagnement, logement et fonction présentielle selon une approche domiciliaire, respectueuse des libertés, des choix et de la singularité de la personne, quels que soient sa situation personnelle et le lieu où elle vit.

L'évolution de ce modèle doit prendre en compte, par l'approche domiciliaire, les attentes des personnes handicapées vieillissantes, afin d'améliorer nos capacités de réponse et de ménager des choix pour l'accompagnement de leur avancée en âge.

Ce mouvement de transformation de notre modèle de protection sociale, porté par les parties prenantes, n'est pas limité au champ de l'âge et du handicap. D'autres politiques sont également concernées, à ce titre, dans le cadre des politiques de lutte contre les exclusions, l'approche domiciliaire y est particulièrement présente en définissant comme primat de la citoyenneté un logement d'abord.

L'approche domiciliaire transcende ainsi des politiques transverses, elle conforte l'hypothèse d'une politique pour l'autonomie, sur un périmètre large, qui interagit avec les autres politiques publiques.

## Pour une éthique du financement

La visée éthique définie par Paul Ricœur se traduit par la formule « une vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes<sup>57</sup> ».

Le financement de la politique de l'autonomie, dans un questionnement éthique, doit nous conduire à définir cet ensemble d'institutions justes par le modèle auquel elles concourent, l'égalité des chances, qu'il permet d'atteindre, et, si l'on poursuit dans ce registre, la justesse des financements qui permettent sa mise en œuvre.

Il n'est pas aisé de définir un financement juste, mais les parties prenantes du conseil dans leurs travaux préparatoires au présent chapitre prospectif, ont tenu à affirmer des déterminants qui participent d'une éthique du financement :

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

### Garantir la pérennité de la ressource

Un financement éthique appelle un système de ressources pérennes, contrairement à des pratiques budgétaires et financières qui soumettent trop souvent les politiques de l'autonomie à des incertitudes d'une année à l'autre ou même à des remises en cause.

Un financement partagé garantit que les co-financeurs maintiennent le même ratio de financement que celui qui est originellement défini pour une durée contractualisée. À titre d'illustration, les dépenses d'APA et de PCH par les départements devaient être couvertes à moitié par l'État et à moitié par les départements. La croissance dynamique de la dépense et la relative stabilité de la ressource de l'État dédiée à ces dépenses conduisent les départements à prendre en charge une part plus importante de ces dépenses.

<sup>57</sup> Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Seuil, 1990 (rééd. coll. « Points Essais », 2015).

## **Affecter pour une égalité des droits réels**

Le financement d'une politique pour l'autonomie doit être au service de l'égalité des droits réels. Il doit permettre de répondre aux aspirations des personnes, quel que soit leur âge, leur situation de handicap ou de santé et quel que soit le territoire de vie de la personne. Cela implique de définir des critères de répartition de financement entre les territoires construits par et pour les parties prenantes et en fonction des aspirations de vie des personnes.

## **Évaluer**

Les financements d'une politique pour l'autonomie doivent être sans cesse évalués à tous les niveaux sur leur pertinence et sur l'impact de leur mobilisation pour la vie autonome des personnes. Le modèle de réponse apportée à nos concitoyens doit être partagé et recueillir leur adhésion. C'est à cette condition que l'on peut imaginer qu'ils consentent à le financer dans le cadre de la solidarité nationale.

## **Soutenir l'économie réelle**

La politique pour l'autonomie a pour effet de créer et de soutenir des emplois, de favoriser le développement économique des territoires par l'investissement.

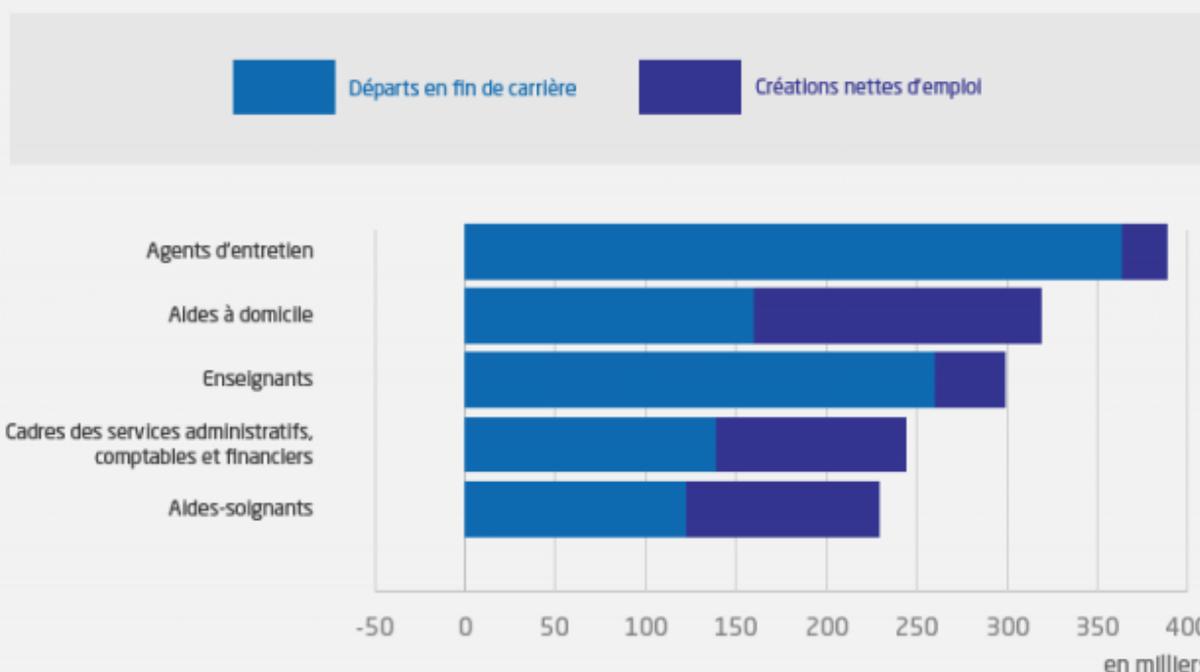
## **Une forte dynamique d'emploi sous réserve d'une revalorisation des métiers**

Les métiers et les perspectives de recrutement dans le secteur médico-social sont importants, et le secteur est parmi les plus dynamiques en France. C'est ainsi que la DARES et France Stratégie le précisaient dans *Les Métiers en 2022* : « Aides à domicile, aides-soignants et infirmiers figureraient ainsi parmi les métiers qui gagneraient le plus d'emplois à l'horizon 2022, avec de l'ordre de 350 000 créations nettes en dix ans. Même si la forte dynamique des métiers de soins et d'aide aux personnes fragiles est associée à de nombreux départs en fin de carrière. Le métier d'aide à domicile serait même celui qui créerait le plus de postes dans les dix années à venir, aussi bien en taux de croissance qu'en nombre (près de 160 000 postes créés d'ici 2022, soit une hausse de 2,6 % en moyenne chaque année)<sup>58</sup>. » Le métier d'aide à domicile y figure en deuxième position des cinq métiers les plus pourvoyeurs d'emplois en 2022, tous métiers confondus.

---

<sup>58</sup> DARES/France Stratégie, *Les Métiers en 2022*, rapport du groupe Prospective des métiers et qualifications, 2015, p. 95, [https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/dares\\_metiers\\_2022\\_prospective\\_metiers\\_qualifications.pdf](https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/dares_metiers_2022_prospective_metiers_qualifications.pdf).

## LE TOP 5 DES MÉTIERS LES PLUS POURVOYEURS D'EMPLOI D'ICI 2022



Le rapport El Khomri, *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge* préconise la création de près de 93 000 postes supplémentaires dans les cinq prochaines années (2020-2024) pour répondre au vieillissement démographique et améliorer les conditions de prise en charge de ces personnes<sup>59</sup>.

Ces fortes dynamiques d'emploi impliquent néanmoins de revaloriser les conditions salariales de ces professionnels. Il s'agit d'une des priorités portées par les parties prenantes.

Les métiers de l'autonomie participent pleinement à l'économie de la Nation, en effet, les perspectives d'emploi y sont particulièrement dynamiques, parmi les plus importantes, tout secteur d'activité confondu. Les politiques pour l'autonomie seront donc tout naturellement liées à tout plan de relance éventuel pour faire face aux conséquences de la crise sanitaire.

<sup>59</sup> Myriam El Khomri, *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge*, octobre 2019, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_el\\_khomri\\_-\\_plan\\_metiers\\_du\\_grand\\_age.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf).

## **Soutien sectoriel : transformation, numérisation, prévention des risques psychosociaux...**

Les financements des politiques pour l'autonomie doivent veiller à accompagner les nécessaires transformations du secteur, en lien avec les grandes transformations de la société (écologie, numérique, responsabilité sociétale des entreprises – RSE...).

Le virage numérique par exemple est actuellement au cœur de travaux menés par la CNSA pour accompagner les acteurs du secteur aux enjeux numériques de demain (dossier numérique en santé, échanges de données...).

Il s'agit aussi de conditionner l'attribution de financement à une dimension de bienveillance à l'égard des personnes et des professionnels en investissant par exemple dans l'amélioration de la qualité de vie au travail et à la réduction de la sinistralité.

---

### **📌 Un *New Deal* de l'aide à domicile**

**La fédération Adédom, en partenariat avec Citizing et l'Ocirp, a réalisé en 2019 une étude sur les gains pour l'économie française d'un *New Deal* consacré au secteur de l'aide à domicile.**

« Le coût de ce *New Deal* a été estimé à près de 3,7 Md€ par an. Dans un contexte de finances publiques tendues, il est légitime de s'interroger sur la pertinence d'une telle dépense, afin d'éviter les mesures dites de « confort » et l'empilement de dispositifs qui nuisent à la lisibilité et à l'efficacité de l'action publique. C'est dans la perspective de répondre à cette question que cette évaluation socio-économique a été menée.

L'évaluation socio-économique est un outil d'aide à la décision publique, fortement utilisé dans le secteur des infrastructures et reconnu académiquement, qui permet de s'assurer qu'un projet ou dispositif est plus créateur de valeur qu'il ne coûte. La création de valeur est entendue au sens large et nécessite donc de tenir compte des impacts économiques comme sociétaux. Une valeur monétaire leur est attribuée.

Il ressort de cette évaluation que le *New Deal* serait neutre financièrement puisque les impacts attendus généreront près de 3,7 Md€ d'économies par an et 700 M€ de gains sociétaux. Parmi les impacts attendus, on relève notamment une diminution du recours aux urgences, et du nombre de séjours hospitaliers, un retardement des dépenses liées au placement en établissement et une diminution du montant total d'APA à domicile à verser, compte tenu de la prolongation de la durée de vie en autonomie.

Invitant à considérer la totalité des impacts de l'action publique et non simplement l'impact financier immédiat, ce rapport, conservateur dans son approche, propose des résultats optimistes : l'État a les

moyens de proposer à ses anciens une vie épanouie au domicile, puisque faire mieux ne coûterait rien<sup>60</sup>. »

## Évaluer par la preuve avec la personne et l'accompagnant professionnel ou non

Évaluer par la preuve est une approche britannique, explorée par l'Agence nouvelle des solidarités actives<sup>61</sup> dans un rapport publié en 2017, intitulé : *What Works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?*

L'approche « *evidence-based policy* » ou « politique fondée sur la preuve », après avoir été formalisée dans les années 1990 pour la médecine, s'est étendue à d'autres sphères de la décision publique (lutte contre la pauvreté, éducation, justice, environnement, etc.). Cette approche a pour objectif de permettre l'utilisation judicieuse des connaissances disponibles par des décideurs publics à tous les niveaux et des professionnels de terrain dans leurs processus décisionnels et leurs pratiques.

Différentes connaissances peuvent être prises en compte dans cette approche, comme les connaissances scientifiques, les connaissances dans la gestion d'un dispositif (issues de la mise en pratique), la connaissance fine des situations et des besoins des personnes. Cette approche présente aussi des enjeux d'accessibilité des connaissances validées, notamment sous des formats synthétiques adaptés. Enfin, elle pose la question de l'intégration de preuves de différentes natures (scientifiques, empiriques, etc.) et de leur hiérarchisation.

Les *What Works Centres* promeuvent des politiques fondées sur la preuve. Ils donnent une place privilégiée à un type de recherche : l'évaluation d'impact avec contrefactuel. Il convient de souligner que les acteurs interrogés dans le cadre de la présente mission ont mis en avant trois types de connaissances qui devraient être au cœur des politiques de prévention de la perte d'autonomie :

les évaluations d'impact des interventions de terrain ;

la recherche portant sur les besoins des personnes, qu'il s'agisse des diagnostics territoriaux, d'enquêtes nationales ou d'études plus qualitatives ;

la parole et les choix des personnes concernées.

La stratégie globale 2020-2022 « Vieillir en bonne santé » prévoit la création d'un centre de ressources dédié à la prévention de la perte d'autonomie à la CNSA en 2020 afin de mobiliser une expertise

---

<sup>60</sup> [https://www.adedom.fr/sites/default/files/adessadomicile/article/fichiers\\_joints/evaluation\\_newdeal\\_citizing\\_adessadomicile\\_ocirp.pdf](https://www.adedom.fr/sites/default/files/adessadomicile/article/fichiers_joints/evaluation_newdeal_citizing_adessadomicile_ocirp.pdf).

<sup>61</sup> [https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/ansa\\_rapportwwc\\_2017\\_vf.pdf](https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/ansa_rapportwwc_2017_vf.pdf).

pluridisciplinaire pour diffuser les moyens de prévention qui ont fait leurs preuves et faciliter la prise de décision des décideurs réunis dans les conférences des financeurs dans les départements.

Le périmètre projeté du centre de ressources dédié à la prévention de la perte d'autonomie est délimité à certains champs : analyse des données sur les actions de prévention collectives financées par les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) ; analyse des éléments de capitalisation disponibles. Il s'adresserait en priorité aux membres des conférences des financeurs (aide à la décision de financement) et aux professionnels de terrain (préconisations et soutien à une culture d'auto-évaluation), avec deux missions principales : la capitalisation sur les actions de prévention et de promotion probantes et prometteuses, l'outillage des conférences des financeurs pour repérer, sélectionner et évaluer les bons projets, et deux missions complémentaires, d'outillage des porteurs de projets de prévention et d'expérimentation et évaluation en cas d'absence de données suffisantes.

Évaluer par la preuve mais avec la personne et ses accompagnants est indispensable pour se rapprocher de la réalité, avoir une politique de l'autonomie évaluée jusqu'à la personne. C'est en ce sens que la fondation Médéric Alzheimer a initié la préfiguration d'un centre de ressources sur l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.

---

## ➤ **Préfiguration d'un centre de ressources sur l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer**

Constatant le manque d'informations sur les approches non médicamenteuses de l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, la Fondation Médéric Alzheimer, avec le soutien de la CNSA, a conduit une étude de préfiguration d'un centre de ressources dédié.

La Fondation Médéric Alzheimer propose un modèle organisationnel s'appuyant à la fois sur un état des connaissances scientifiques (notion de preuve) et un état des usages sur le terrain (notion d'épreuve), et sur des travaux par un collège d'experts (scientifiques, professionnels, décideurs et financeurs, personnes malades, aidants). Dans un deuxième temps, ces cinq catégories d'experts travailleraient ensemble au sein d'une conférence de consensus.

Le principe retenu est celui de la production de **préconisations d'usages** sur la base du consensus obtenu par les cinq catégories d'utilisateurs du centre de ressources.

Ces préconisations comprendraient quatre documents :

- un mode d'emploi précis et complet pour la réalisation d'une intervention psychosociale ;
- un kit d'autoévaluation simple pour les professionnels de terrain ;
- un dossier reprenant l'état des connaissances et des usages, précisant les zones d'inconnu, les éléments de coûts, le bénéfice/risque ;
- une plaquette de présentation concrète et intelligible de l'intervention psychosociale, à destination des personnes malades et des aidants ;
- les résultats des auto-évaluations alimenteraient une base de données nationale donnant une photographie actualisée des pratiques, des écarts par rapport à ce qui est préconisé, et qui permettrait d'actualiser les préconisations d'usage en fonction des besoins sur le terrain.

Outre cette base nationale des pratiques, le centre de ressources mettrait également à disposition une banque nationale des initiatives de terrain. Cette banque serait alimentée en initiatives spontanément par les porteurs de projets ou suite à un appel national à contributions. Elle permettrait de dresser des cartographies nationales comme départementales de l'offre (ateliers réminiscence, médiation animale, médiation par robots sociaux,

musicothérapie, hortithérapie) utiles aux décideurs et aux financeurs comme les ARS, les départements ou encore les conférences départementales des financeurs. L'offre, ici, est envisagée sous l'angle des réalisations et actions, plutôt que des structures, dispositifs ou établissements (EHPAD, Service de soins infirmiers à domicile – SSIAD, Équipes spécialisées Alzheimer – ESA, etc.).

---

## 4 Facile à lire et à comprendre

[à venir le 14 septembre]

## **5 Annexe : la démarche de prototypage**

La première phase du prototypage – qui avait notamment vocation à identifier les caractéristiques du pilotage des politiques publiques pour chacun des conseils départementaux, nous le confirme : les politiques de l'autonomie soutiennent toutes les politiques de la vie quotidienne des personnes. Le point d'entrée, c'est le territoire. Nos politiques pour l'autonomie ne sont définitivement pas hors sol. Elles se construisent à partir de la personne, là où elle vit quel que soit son âge, sa situation de handicap ou de santé. Elles se construisent, à partir de l'histoire, du contexte particulier, des attentes, des projets du territoire, en proximité, là où elle vit. Elles agissent au cœur des territoires, en hyper-proximité, là où vivent les personnes. Elles se mènent en partenariat avec les parties prenantes de proximité ; celles qui apportent des réponses à nos concitoyens au quotidien : les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), les collectivités territoriales, les parlementaires, les agences déconcentrées de l'État, les associations, tous les acteurs locaux et en premier lieu les personnes elles-mêmes et les professionnels qui les accompagnent. Elles soutiennent et intègrent l'ensemble des politiques de la vie quotidienne : logement, transports, développement durable, santé, emploi, enseignement, l'attractivité du territoire... Les collectivités territoriales agencent et développent ces politiques de proximité et de territoire, dont la réussite suppose de mobiliser tous les citoyens et d'organiser directement ou indirectement le pilotage et la coordination de l'ensemble des acteurs locaux.

Les principes de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (la personne, son projet de vie), l'approche domiciliaire, la méthode de pilotage et de transition portée par le conseil de la CNSA donnent un sens, un objectif, un langage communs à toutes les parties prenantes publiques et privées du territoire pour la coordination du pilotage territorialisé des politiques pour l'autonomie et l'intégration progressive des stratégies et actions de chacune d'entre elles.

### **Genèse de la démarche de prototypage**

Cette démarche inédite de prototypage d'un cadre et d'une méthode de gouvernance des politiques pour l'autonomie dans les territoires a pour objet de mieux appréhender les enjeux de pilotage des politiques publiques de l'autonomie dans le contexte des réformes initiées par le gouvernement. Il s'agit de démontrer par la preuve que la transition (dite « domiciliaire ») vers ces nouveaux modes de pilotage territorialisés/partagés est indispensable et possible pour garantir l'approche domiciliaire et l'égalité des chances pour tous et partout.

### **Le prototypage de la gouvernance future des politiques pour l'autonomie dans les territoires : qu'est-ce que c'est ?**

Le **prototypage** est une démarche qui consiste à réaliser un prototype, c'est-à-dire un exemplaire incomplet et non définitif de ce que pourra devenir le produit ou l'objet final. La réalisation d'un prototype est l'une des phases de recherche et développement et de conception d'un produit ou d'un service. Le prototype matérialise une étape d'évolution d'un projet permettant de démontrer ou d'infirmer le bien-fondé d'un ou plusieurs concept(s) mis en jeu dans un projet.

La démarche de prototypage du pilotage futur des politiques pour l'autonomie dans les territoires constitue une méthode de différenciation territoriale permettant de soutenir et prototyper l'intégration des actions et les financements des politiques pour l'autonomie en proximité, dans les territoires selon des principes de consensus, de reconnaissance, de transparence et de preuve.

Elle propose une méthode de préfiguration, de régulation et d'évaluation par la preuve de méthodes et d'outils de gouvernance / de pilotage intégrés, territorialisés et partagés permettant l'articulation des approches de décentralisation, de déconcentration et de différenciation, à partir des priorités et dynamiques territoriales de transition engagées. Quels que soient les prototypes projetés, les prototypes et leurs processus de réalisation ont toujours pour objectif de garantir tant la prise en compte des spécificités territoriales que l'égalité des chances pour tous et partout jusqu'au dernier kilomètre de la réponse. La gouvernance future des politiques pour l'autonomie a pour objectif de permettre à chacun de nos concitoyens de bénéficier des mêmes droits, quel que soit le lieu où il vit et de lutter contre les disparités territoriales.

Elle organise en outre la projection puis la modélisation, à partir des instances et dispositifs existants, d'une méthode de pilotage et de gouvernance territorialisée cible par l'association des parties prenantes du territoire sur le modèle des « conférences pour l'autonomie » proposé par le conseil de la CNSA dans le cadre de sa démarche prospective 2019.

## **La démarche de prototypage : pourquoi ?**

Cette démarche inédite a vocation à éclairer, par le prototypage, nos modes et méthodes de pilotage des politiques nationales et territoriales qui soutiennent l'autonomie de nos concitoyens. Ces politiques sont des politiques partagées et territorialisées. Elles nécessitent la pleine et entière mobilisation de toutes les parties prenantes nationales et territoriales qui ne relèvent pas uniquement de la responsabilité directe de l'État.

En mobilisant les parties prenantes qui ne se relèvent pas de la responsabilité directe de l'État, la démarche de prototypage a vocation à éclairer par le questionnement libre et la preuve, les choix du gouvernement qui lui permettront de définir le cap et de flexibiliser nos politiques autour d'une ambition partagée par tous et soutenue par nos politiques pour l'autonomie : « le bien vivre chez soi ».

## **DES ENJEUX PARTAGÉS**



AMÉLIORER LA SITUATION DE DIALOGUE POUR LES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE



ÉVITER LES EFFETS D'ÉVICTION LIÉES AUX INJONCTIONS PARADOXALES



ÉVITER LES CONFLITS IDÉOLOGIQUES



GARANTIR L'ÉQUITÉ TERRITORIALE.

**DES FREINS À LEVER :**

- Démarches en silo / une politique transversale ;
- Spécificités territoriales / égalité de traitement ;
- Freins législatifs et réglementaires / souplesse et réactivité ;
- Tensions entre les parties prenantes / place et devenir de chacune d'entre-elles ;
- Perte de capacité d'action / efficacité des politiques publiques ;
- Oppositions institutionnelles / réforme de l'État ;
- Tutelle, contrôle / cohérence et responsabilité.

**QUI NÉCESSITENT UNE MÉTHODE FONDÉE SUR LA CONFIANCE ET LA PREUVE :**

- Des objectifs responsabilisants ;
- Contractualisations articulées et intégrées ;
- Délégations de compétences ;
- Évaluation par la preuve...

## Objectifs, calendrier et état d'avancement de la première phase de la démarche de prototypage de la gouvernance et du pilotage futurs des politiques pour l'autonomie dans les territoires

**ÉTAPE 1 - MODÉLISER : JANVIER – JUILLET 2020  
(LETTRES D'ENGAGEMENTS)**

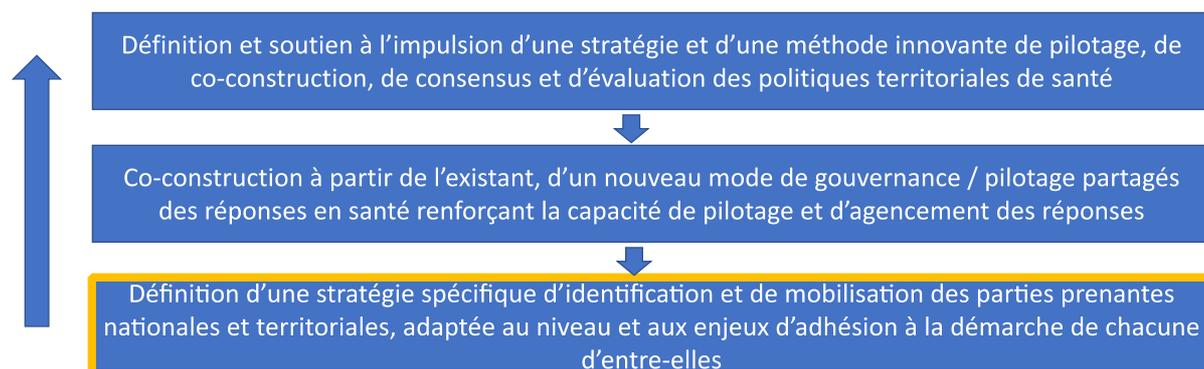
Identification d'un prototype cible de gouvernance intégrée/territorialisée et d'une méthode de transition vers l'approche domiciliaire, adaptée aux spécificités, besoins ou contexte particulier du territoire mais aussi au niveau d'adhésion des parties prenantes concernées.

**ÉTAPE 2 – MAQUETTER : LANCEMENT DE LA DÉMARCHÉ DE PROTOTYPAGE DANS CHAQUE TERRITOIRE (SEPT – NOV 2020)**

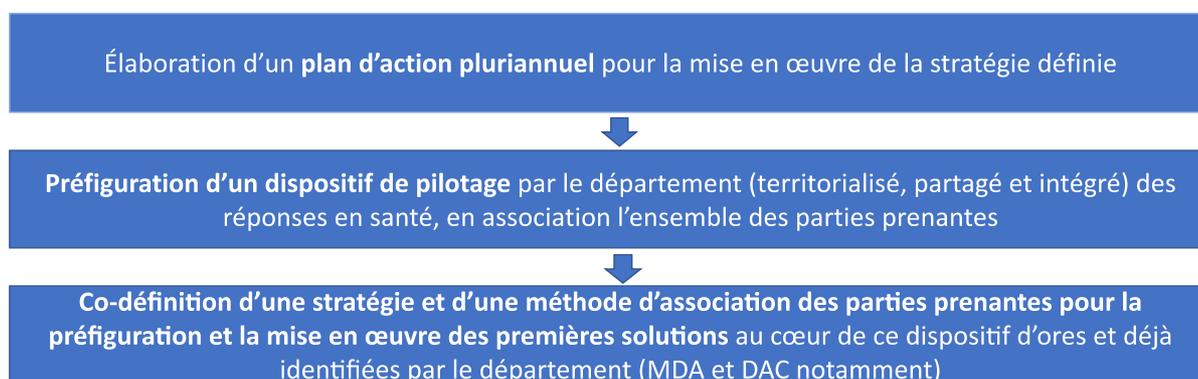


**RAPPORT DU PROTOTYPAGE (DEC 2020)**

## Phase 1 : juin à septembre 2020



## Phase 2 : octobre à décembre 2020



## Premier bilan de la démarche de prototypage : la transition engagée

Un socle commun et une méthode de transition partagée permettent d'intégrer, par l'association des parties prenantes du territoire et de leur niveau d'adhésion, toutes les politiques territoriales qui soutiennent l'autonomie de la personne chez elle.

### Un socle commun

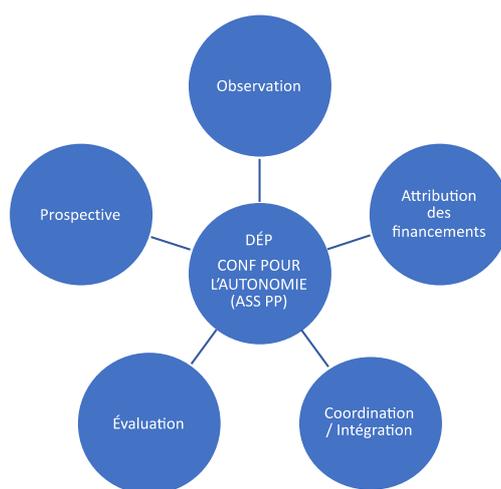
Le socle commun se fonde sur les caractéristiques communes de la gouvernance et du pilotage des politiques pour l'autonomie pour tous les territoires : le département, dans sa fonction agentielle, soutient le dernier kilomètre de la réponse.



## DES CARACTÉRISTIQUES COMMUNES DU PILOTAGE

### DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE PAR LE DÉPARTEMENT

- > à partir des stratégies/orientations des politiques publiques (nationales, régionales, territoriales) ;
- > en les intégrant en fonction de l'histoire, des valeurs, des spécificités, des contraintes propres du territoire ;
- > jusqu'aux politiques des collectivités locales ;
- > en veillant à leur exécution jusqu'à la personne dans toutes les dimensions de sa vie - selon une approche domiciliaire (quel que soit son lieu de vie, sa situation) ;
- > des zones surdotées, jusqu'aux zones blanches/sous dotées.



**PILOTAGE DIRECT DES DISPOSITIFS** : *INTERNE AU DÉPARTEMENT* :

**PILOTAGE INDIRECT (ou à distance) EN LIEN AVEC D'AUTRES PARTENAIRES** :

*Cercle exécutif : préfet, ARS, communes, agglomérations, ...  
GIP, ESMS publics / ESMS privés ...*

**FONCTION AGENTIELLE** :

*Actions de pilotage indirect, de soutien et de contrôle des dispositifs qui ne relèvent pas de sa compétence propre ;  
Dans un objectif d'égalité des chances pour tous et partout sur l'ensemble du territoire.*

## Des priorités nationales et territoriales, identifiées et confirmées par la preuve

### DES PRIORITÉS IDENTIFIÉES ET CONFIRMÉES PAR LA PREUVE POUR SOUTENIR L'AUTONOMIE DE NOS CONCITOYENS EN URGENCE ET SUR LA DURÉE / DES DYNAMIQUES DE TRANSITION ENGAGÉES

Une méthode de consensus et de preuve.

*Attractivité des métiers autonomie (en lien avec les dynamiques de soutien à l'attractivité des territoires)*

*Simplification de l'accès à l'information et à la réponse*

*Coordination du pilotage à distance des opérateurs du champ l'autonomie : compétences partagées ARS/CD notamment.*

*Simplification des outils de pilotage, de coopération, d'évaluation et de contrôle entre les parties prenantes du territoire.*

**Soutenir et Libérer les énergies du territoire (donner l'envie, la capacité de)**

- *d'une obligation de moyens à une obligation de résultats.*
- *Une méthode de consensus et de preuve.*

## Des vecteurs de transition adaptés au contexte, aux contraintes des territoires et aux attentes/besoins des habitants / parties prenantes du territoire

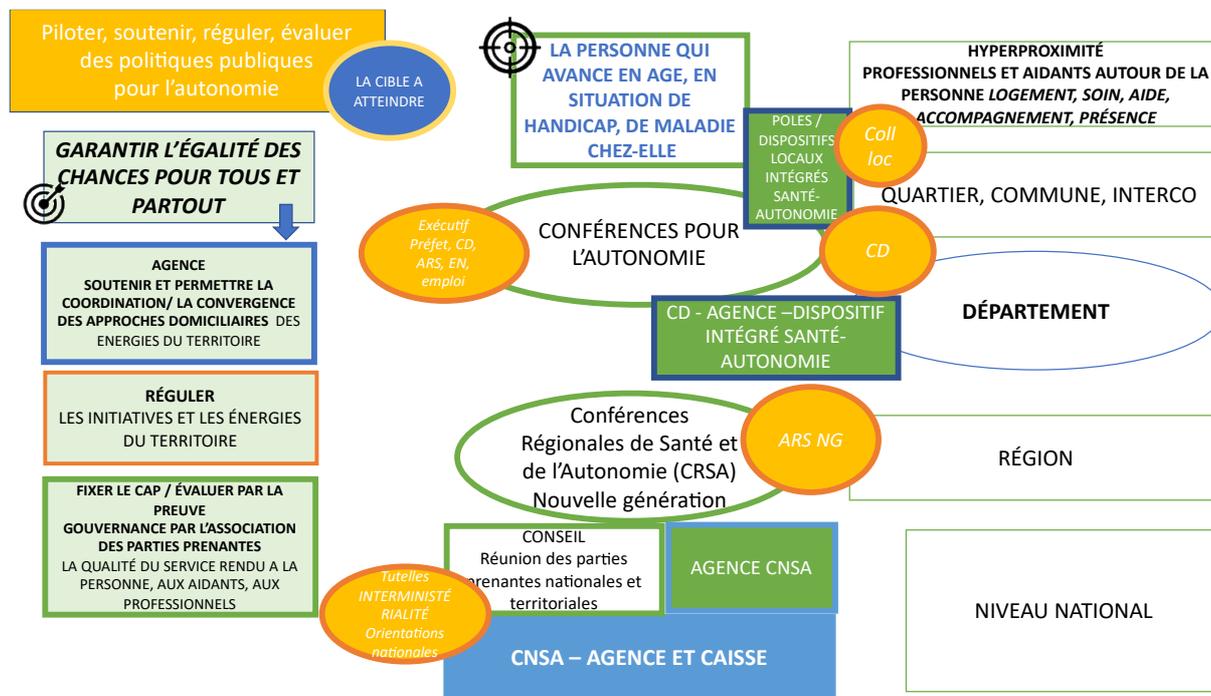
Dans le cadre de la première étape et pour chacun des prototypes, des vecteurs de transition vers l'approche domiciliaire et d'intégration des dynamiques nationales et territoriales pour garantir l'égalité des chances pour tous et partout propres à chacun des départements ont été identifiés.

Exemples de vecteurs identifiés : Objectif bienveillance – Rapport Piveteau ; Stratégie pauvreté/enfance ; loi de 2005 – Convergence PA/PH ; action cœur de ville ; intégration prévention/soin ; plans territoriaux ; attractivité des métiers en lien avec les actions pour l'attractivité du territoire ; développement économique et social – dynamique travail social ; dynamique territoires 100 % inclusifs.

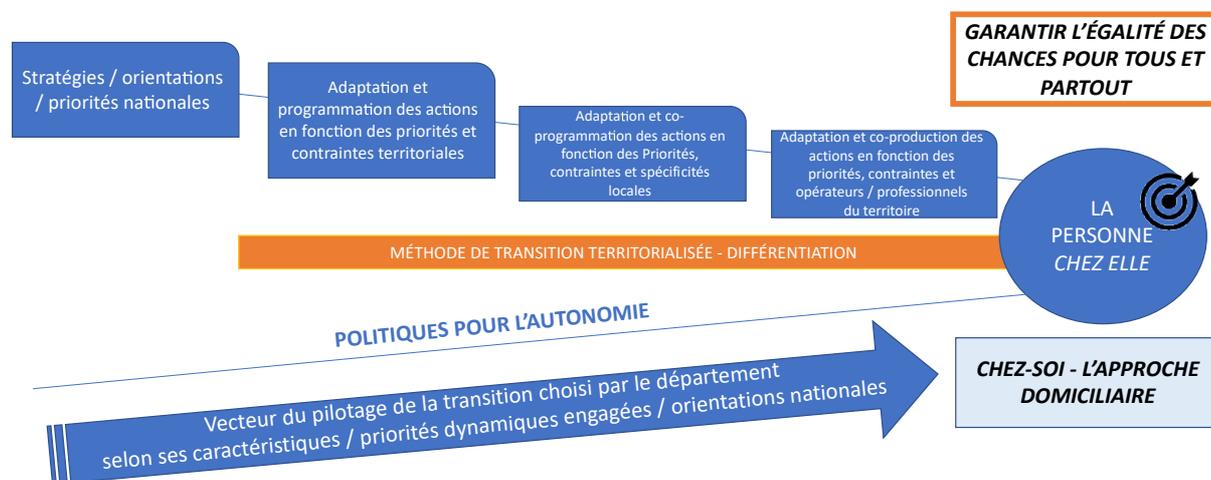
**Une méthode de pilotage, de consensus et de transition permettant d'intégrer par l'association des parties prenantes du territoire et leur niveau d'adhésion, toutes les politiques nationales et territoriales qui soutiennent l'autonomie de la personne chez elle**

# UN MODÈLE CIBLE, UNE MÉTHODE D'INTÉGRATION TERRITORIALE DES ORIENTATIONS NATIONALES ET DES PRIORITÉS TERRITORIALES JUSQU'À LA PERSONNE CHEZ ELLE

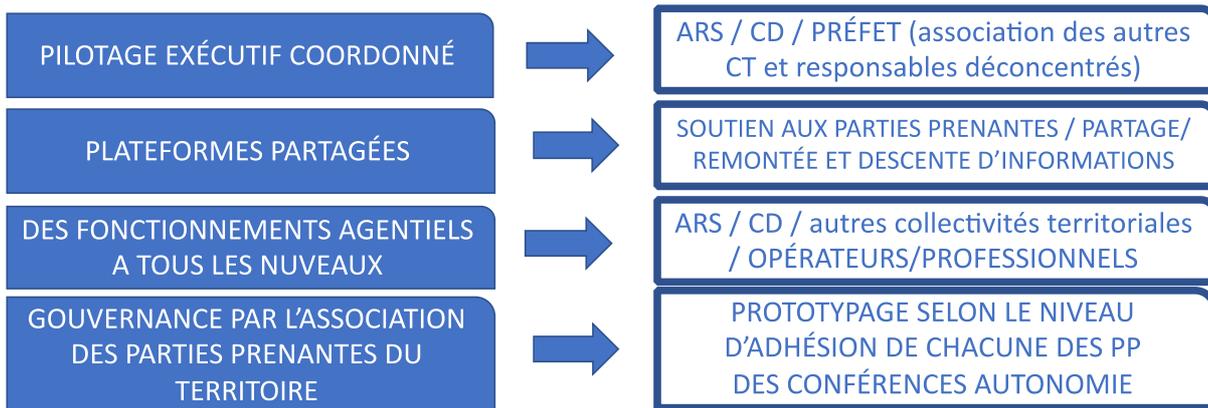
Projection d'un prototype du modèle cible et des enjeux de pilotage des politiques pour l'autonomie à partir de la personne jusqu'au dernier kilomètre



## Méthode d'intégration territoriale



## LE PILOTAGE



## LES ENJEUX ET LA MÉTHODE DE TRANSITION

**CONSTRUIRE A PARTIR DE L'EXISTANT, AVEC ET POUR LES PARTIES PRENANTES CONCERNÉES LES MODÈLES QUI SERONT PERTINENTS DEMAIN**

A partir de **diagnostics intégrés / décroisonnés**, planifier et mettre en œuvre des **programmes d'actions partagées** autour des composantes de la réponse où chacune des parties prenantes apporte sa contribution

**Renforcer le rôle et le soutien des parties prenantes de l'hyper-proximité**, notamment les communes, les agglomérations ...

**Co-construire des indicateurs nationaux** permettant d'évaluer la prise en compte de l'avancée en âge, du handicap dans les politiques territorialisées

**Évaluer et contrôler selon de nouvelles règles :**

Simplicité, preuve, confiance, approche conventionnelle

*UNE MÉTHODE COMMUNE DE CONSENSUS ET DE TRANSITION TERRITORIALISÉE  
d'ores et déjà modélisée et en cours de prototypage*



**DÉFINIR *UNE CIBLE COMMUNE* / UN LANGAGE COMMUN**

**LA PERSONNE**  
LA SATISFACTION DU SERVICE RENDU EN SANTÉ À LA PERSONNE CHEZ-ELLE PARTOUT, QUEL QUE SOIT SA SITUATION (AGE / HANDICAP / MALADIE)



**ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ ET DÉCLOISONNÉ**  
DE L'ÉTAT DES ATTENTES, BESOINS, DES PROJETS ET DES SERVICES RENDUS A LA PERSONNE SUR LE TERRITOIRE



**MODÉLISER MAQUÉTER**  
*A PARTIR DE LA PERSONNE CHEZ-ELLE*  
*MÉTHODES D'INTELLIGENCE COLLECTIVE*  
*DESIGN THINKING*



**TESTER LANCEMENT DE LA DÉMARCHE**  
EN INTERNE / DANS LES TERRITOIRES / AUPRÈS DES DIFFÉRENTS ACTEURS  
MÉTHODES DE CONSENSUS / INTELLIGENCE COLLECTIVE / ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT



**CONVAINCRE / ADHÉSION DE TOUTES LES PARTIES PRENANTES**  
*CONSENSUS : DÉBATS*  
*ÉVALUATION PAR LA PREUVE*

## Les prototypes « lab » du pilotage futur

<p><b>VECTEUR : TERRITORIALISATION / DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL LOCAL</b></p> <p><b>PROXIMITÉ ET SIMPLIFICATION : DESIGN DE L'ACCÈS A L'INFORMATION ET A LA RÉPONSE</b></p> <p><b>INTEGRATION TERRITORIALISÉE / (HYPER-PROXIMITÉ) DES INSTANCES DE GOUVERNANCE, DE PILOTAGE ET DES DISPOSITIFS DE COORDINATION DES POLITIQUES EN SANTÉ</b></p> 	<p><b>UNE MÉTHODE DE CONSENSUS ET DE PREUVE</b> pour définir et promouvoir avec toutes les parties prenantes du territoire une stratégie de pilotage des politiques en santé du territoire selon une méthode de transition territorialisée, partagée et progressive</p> <p><b>PROTOTYPAGE DE LA MDA / ACCÉLÉRATION PROGRESSIVE DE LA DYNAMIQUE DE CONVERGENCE PA/PH</b></p> <p><b>PROTOTYPAGE DE L'INTÉGRATION DES INSTANCES TERRITORIALES DE PILOTAGE DES POLITIQUES EN SANTÉ (DAC, ETC)</b></p> <p><b>PROTOTYPAGE DE PÔLES/PLATEFORMES TERRITORIAUX DE PROXIMITÉ (ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PA PUIS PH)</b></p> <p><b>MISE EN PLACE D'UN COMITÉ EXÉCUTIF DE PILOTAGE ET DE COORDINATION DG ARS / PRÉFET / PCD</b></p> <p><b>LANCEMENT DU GRAND DÉBAT ET DE LA CONSULTATION CITOYENNE</b></p> <p><b>CONCERTATION DES PREMIERS ACTEURS / BILATÉRALES</b></p> 	<p><b>PROTOTYPAGE DE MÉTHODES / D'OUTILS DE COOPÉRATION DIFFÉRENTIÉS OU DIFFÉRENTIABLES ENTRE LES PARTIES PRENANTES DU TERRITOIRE</b></p> <p>Délégations de compétences ARS/CD : les CPOM territoriaux</p> <p>Évaluation par la preuve du service rendu à la personne et au professionnel (prototypage d'un référentiel d'évaluation de la qualité du service rendu établissement/domicile PA)</p> 
--	---	--

## **6 Glossaire**

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACOSS	Agence centrale des organismes de Sécurité sociale
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADF	Assemblée des départements de France
ADMR	Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
Agefiph	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
AJPP	Allocation journalière de présence parentale
ALD	Affection de longue durée
ANAH	Agence nationale de l'habitat
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
API	Allocation de parent isolé
APL	Aide personnalisée au logement
ARH	Agences régionales de l'hospitalisation
ARS	Agences régionales de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASH	Aide sociale à l'hébergement
ASSO	Administrations de sécurité sociale
ASV	Loi Adaptation de la société au vieillissement
AT-MP	Accident du travail-maladie professionnelle
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CASA	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCA	Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie
CFPPA	Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNH	Conférence nationale du handicap
CNR	Conseil national de la Résistance
CNR	Crédits non reconductibles
COG	Convention d'objectifs et de gestion

CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRSA	Conférences régionales de santé et de l'autonomie
CSA	Contribution solidarité autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
CSS	Code de la Sécurité sociale
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
Directe l'emploi	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de
DRASS	Direction régionale de la cohésion sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
ENOES	École nationale d'organisation économique et sociale
EPA	Établissements publics de l'État à caractère administratif
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
ESA	Équipes spécialisées Alzheimer
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
Fédésap	Fédération française des services à la personne de proximité
FESP	Fédération du service aux particuliers
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FIR	Fonds d'intervention régional
FSL	Fonds de solidarité logement
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GIP	Groupement d'intérêts publics
GRTH	Garantie de ressources des travailleurs handicapés
HAS	Haute Autorité de santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCFEA	Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
HPST	Loi « Hôpital, patients, santé et territoires »
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale

LOLFSS Loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale

MAS Maison d'accueil spécialisée

MDA Maisons départementales de l'autonomie

MDPH Maison départementale des personnes handicapées

MSA Mutualité sociale agricole

NOTRe Loi portant nouvelle organisation territoriale de la République

OCDE Organisation de coopération et de développement économiques

OGD Objectif global de dépenses

ONDAM Objectif national des dépenses d'assurance maladie

PA Personnes âgées

PAI Plan d'aide à l'investissement

PCH Prestation de compensation du handicap

PH Personnes handicapées

PIB Produit intérieur brut

PLF Projet de loi de finances

PLFSS Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

PMI Protection maternelle et infantile

PQE Programme de qualité et d'efficience

RMI Revenu minimum d'insertion

RSA Revenu de solidarité active

RSE Responsabilité sociétale des entreprises

SAAD Services d'aide et d'accompagnement à domicile

SI Système d'information

SSIAD Service de soins infirmiers à domicile

UNA Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles

Urcam Union régionale des caisses d'assurance maladie

USLD Unité de soins de longue durée ]