

VI

Solidarité pour l'autonomie

Vers un nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie, ouvrant à toute personne l'accès à l'autonomie dans ses gestes de vie courante et sa participation à la vie sociale

POURQUOI

Le Conseil de la CNSA, dans son premier rapport annuel pour 2006, avait souhaité contribuer, par ses réflexions prospectives relatives à un « cinquième risque »³, à l'élaboration d'une solidarité nouvelle pour compenser la perte d'autonomie et pour assurer l'accompagnement qui s'impose en certaines circonstances de la vie. Quelques axes prioritaires s'étaient ainsi dégagés en faveur d'une démarche de convergence et d'améliorations dans la gouvernance du dispositif institutionnel. Quelques questionnements principaux avaient également pu être dégagés d'un commun accord entre les membres du conseil.

En prolongement, ce dernier chapitre du rapport annuel de la CNSA pour l'année 2007 vise à identifier une trame de réflexion commune aux membres du Conseil de la CNSA sur l'architecture d'une nouvelle solidarité pour l'autonomie, ainsi que les différents points d'une concertation à conduire. Autrement dit : rassembler les points de convergence ou de compromis possibles entre les membres du conseil et, sur cette base, identifier les sujets qui font débat et qui devront dès lors être arbitrés à l'issue d'une large concertation conduite par les pouvoirs publics.

Le présent rapport entend par là préciser les éléments constitutifs de ce nouveau « champ » de protection sociale, en rappelant que la perspective d'inscrire la solidarité pour l'autonomie dans le cadre de la sécurité sociale reste une revendication première pour certains membres du Conseil de la CNSA.

Du même coup il se veut également – et c'est le fruit de la gouvernance engagée depuis deux ans au sein de la CNSA – un apport de méthode dans la conduite d'une réforme ambitieuse, et une manière de favoriser son appropriation collective.

³ « Avec ambition, penser un cinquième risque », Rapport de la CNSA pour 2006, p.77

POURQUOI FAIRE ?

Les raisons qui font que le statu quo n'est pas envisageable

Des éléments de réponse aux besoins d'autonomie existent déjà, et mobilisent des moyens publics : pour l'essentiel il s'agit de l'APA (qui a pris la suite, à partir de 2002, de la « prestation spécifique dépendance » créée en 1997, et représente aujourd'hui plus de 4 milliards d'euros) et de la PCH (créée par la loi du 11 février 2005, et qui doit se substituer à l'ACTP, l'ensemble des deux prestations représentant un peu moins d'un milliard d'euros). S'y ajoutent un ensemble de prestations particulières d'action et d'aide sociales le plus souvent accordées par les collectivités locales (comme par exemple le service de repas à domicile ou d'aides ménagères), et des prestations d'action sociale dites extra-légales de l'assurance maladie, des allocations familiales ou de l'assurance vieillesse⁴.

Mais si la question posée a donc déjà trouvé ses réponses dans une multitude de dispositifs, quelquefois en marge du champ normal d'intervention des organismes qui les délivrent (et au risque de réponses différentes selon l'âge de la personne), et si l'on doit souligner les réformes intervenues depuis le début des années 2000 (notamment la refonte du statut des établissements médico-sociaux, la création de la contribution de solidarité pour l'autonomie, l'élargissement des compétences des conseils généraux et la création de la CNSA), force est d'admettre que ces réponses diverses n'équivalent pas encore à une réponse d'ensemble. Les progrès de ces dernières années en appellent de nouveaux ; d'une part en raison d'un certain nombre de dysfonctionnements persistants ; d'autre part en raison de la forte expression des besoins à satisfaire.

⁴ À ces dépenses viennent s'ajouter toutes celles qui, très proches par leur finalité, concourent à l'accompagnement de l'autonomie des personnes : dépenses d'hébergement des personnes âgées et handicapées couvertes par les collectivités locales (pour près de 5 milliards d'euros), dépenses d'assurance maladie très étroitement liées aux situations dans lesquelles l'autonomie de la personne est en jeu (ONDAM médico-social, coût des unités de soins de longue durée, ou autres dépenses de soins de ville et de l'ONDAM sanitaire). Bref, au total, et selon cette acception large de la question, des montants qui représentent aujourd'hui plus de 2% du PIB

POURQUOI

A-I

Malgré l'amélioration apportée les mécanismes existants, fortement mis sous tension, suscitent des critiques

1) Bien qu'ayant représenté une indéniable avancée, la mise en œuvre de l'APA révèle plusieurs limites

On peut notamment observer que :

- malgré la forte progression des dépenses publiques au titre de l'APA ces dernières années, il subsiste des situations de reste à charge élevé, ou de nombres d'heures de prise en charge insuffisants. Car la croissance des dépenses est davantage liée au nombre des attributions qu'aux montants financiers individuels. Il en est souvent résulté un coûteux saupoudrage, laissant la prise en charge des situations individuelles les plus lourdes à des niveaux trop bas ;
- le taux de couverture, par les crédits nationaux, des dépenses engagées par les départements au titre de l'APA diminue de deux à trois points par an, du fait de l'absence d'indexation des concours nationaux sur les dépenses réelles, ce qui reporte sur les départements une charge de plus en plus difficile à financer. Cette absence d'indexation conduit au demeurant au phénomène inverse pour le taux de couverture des dépenses départementales de PCH ;
- la création de la PCH fait apparaître, entre l'APA à domicile et cette nouvelle prestation, une différence de construction difficilement justifiable dans les méthodologies d'évaluation du besoin et la définition des prestations nécessaires (notamment s'agissant de la prise en compte des besoins en activités domestiques) ;
- il en va de même pour le mode de calcul de l'APA en établissement par rapport à l'APA à domicile ;
- le niveau de solvabilisation des personnes prises en charge par le dispositif de l'APA comporte des disparités d'un département à un autre.

2) L'application de la loi de février 2005, reconnue comme une nouvelle page décisive pour les personnes en situation de handicap⁵, soulève encore de réelles difficultés

Ainsi notamment :

- les dépenses plus faibles qu'attendues de PCH et la substitution très lente de l'ACTP témoignent d'une difficulté réelle de mise en œuvre de la réforme de 2005 et soulèvent la question du taux de couverture par la PCH de l'ensemble des surcoûts liés au handicap, des conditions d'accès à cette prestation et des ressources des personnes en situation de handicap ;
- la disparité d'interprétation des textes (notamment concernant les heures d'aide humaine au titre de la participation à la vie sociale), et les disparités de pratique dans l'évaluation des besoins ;

⁵ en ouvrant clairement un droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale et en garantissant l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens

- le fait que les personnes handicapées de moins de vingt ans restent partiellement exclues de la prestation de compensation du handicap ;
- le fonctionnement des MDPH, qui souffre de la gestion difficile des mises à disposition des personnels de l'État, et plus largement de difficultés de pilotage liées au statut de GIP, qui rend plus ardue la résorption des délais de réponses et la construction d'une culture nouvelle et partagée.

Au total, le sentiment demeure que, malgré l'effort collectif que représentent les différentes aides et prestations, les conditions chaque fois particulières de leur gestion et de leur administration (qu'il s'agisse des méthodes d'évaluation, des critères, des compétences institutionnelles...) introduisent toute une série de discontinuités – notamment d'âge – dans la manière dont sont accompagnées les personnes et dont sont pris en compte leurs besoins d'aide à l'autonomie. Discontinuités et cloisonnements qui sont à la fois générateurs de complexité pour les personnes, de moindre qualité de leur prise en charge, et de risque de rupture dans l'accès à leurs droits.

A-11

Quelques motifs majeurs rendent nécessaire l'élaboration d'une nouvelle réponse

1) Un constat d'abondants besoins, régulièrement débattu au sein du Conseil de la CNSA

En dépit des efforts très importants réalisés ces dernières années, les PRIAC témoignent de la nécessité d'accroître encore l'offre quantitative et qualitative d'établissements et services au regard des besoins – ainsi d'ailleurs qu'en témoignent à leur manière les enquêtes d'opinion – aussi bien en nombre de places d'hébergement que d'accueils temporaires ou de services à domicile. S'y ajoutent les besoins exprimés en dotations budgétaires pour financer la masse salariale et le prix des facteurs, de même que les moyens à mobiliser pour surmonter les difficultés de recrutement de personnel, aussi bien globalement que pour certaines qualifications, et assurer la rénovation des équipements existants.

S'agissant des personnes âgées, il ressort d'ailleurs une relative correspondance entre ces évaluations de terrain et les données qui ont servi de base aux cadrages du « plan solidarité grand âge » engagé en 2006.

À cela s'ajoute que l'insuffisance actuelle de places en établissements et services est aggravée par des disparités d'équipements qui restent grandes entre régions et entre départements.

POURQUOI

2) L'une des préoccupations majeures est celle du niveau des restes à charge et des restes à vivre

Plusieurs membres du Conseil considèrent que la question du reste à charge pour les personnes handicapées vivant à domicile n'a pas été réglée avec la création de la PCH.

Mais la question est encore plus fréquemment soulevée du coût de l'hébergement en EPHAD et en USLD, qui n'est pas pris en charge par la solidarité publique, ainsi que celle du ticket modérateur appliqué à l'APA en établissement pour financer ce que les textes appellent la « section tarifaire dépendance », car l'un et l'autre dépassent ensemble, très souvent, les capacités financières des personnes et des familles concernées. Il y a là une attente très forte, reflet d'une vive inquiétude face à l'avenir : il convient de comparer en effet le coût mensuel moyen pour une personne âgée hébergée en établissement, qui se situe autour de 1500 €, au montant moyen des retraites qui est de l'ordre de 1200 €⁶.

Il faut également prendre en compte la situation du conjoint valide qui reste à son domicile et doit conserver des moyens de subsistance décents. Le problème étant identique pour la famille qui répond elle-même aux besoins d'autonomie de son parent.

Quant au « reste à vivre » laissé à la disposition de la personne bénéficiaire d'une prise en charge par l'aide sociale, il est d'un niveau radicalement différent dans les établissements pour personnes âgées et dans les établissements pour personnes handicapées (dans un rapport de près de un à trois en défaveur des personnes âgées).

Plus généralement, c'est bien une vision globale des restes à charge, après intervention de l'ensemble des mécanismes de solidarité, à laquelle il convient de s'attacher : cela afin de tenir compte aussi des frais de soins, mais également des effets non-redistributifs, voire dans certains cas anti-redistributifs, des aides fiscales en fonction du revenu⁷.

3) L'épuisement des aidants familiaux est un autre constat, aussi préoccupant que largement partagé

Faute qu'il existe encore suffisamment de solutions dites « de répit » (accueils de jour, accueils temporaires, « vacances thérapeutiques »...) ou d'accompagnement des aidants, une donnée brutale résume toutes les autres : l'augmentation de la mortalité des conjoints de malades Alzheimer⁸ par rapport à des personnes du même âge n'ayant pas à assumer de semblables charges physiques et morales.

⁶ Comparaison qui mériterait certes d'être affinée, en s'attachant d'une part à distinguer, au-delà des chiffres moyens, les disparités de situations, et notamment les situations les plus dramatiques des « petites retraites », et d'autre part en tenant compte de l'ensemble des revenus de la personne, dans le cadre d'une approche qui tienne compte de tout le cycle de vie.

⁷ Le rapport Gisserot a ainsi mis en évidence que lorsque l'on prend en compte toutes les aides publiques à la dépendance (APA, aides fiscales à la dépendance, « demi-part invalidité » à laquelle ont droit les personnes dépendantes), il ressort que les plus hauts revenus (à partir de 3,2 SMIC) sont davantage aidés que les revenus moyens (entre 1,6 et 3,2 SMIC).

⁸ R.Moulias, M-P Henry, C.Ollivet « Alzheimer et maladies apparentées », Masson, Paris, 2005.

Les réflexions de la conférence de la famille de juillet 2006 ont amorcé une orientation nouvelle en faveur des solidarités familiales, avec notamment la création du congé de soutien familial avec maintien des droits à la retraite. Pour autant, bien des revendications portées en 2006 par le mouvement familial, les associations concernées et les partenaires sociaux⁹ ne sont pas aujourd'hui satisfaites et méritent de l'être.

Dans le champ du handicap, l'épuisement des familles est également un réel sujet de santé publique.

4) La croissance du nombre et le renforcement de la professionnalisation des personnels qui interviennent en établissement et dans le cadre des services à domicile sont une priorité largement partagée

La qualité du service rendu en établissement d'hébergement pour personnes âgées comme à domicile relève très largement d'une croissance, ardemment souhaitée, des taux d'encadrement en personnel et d'une formation professionnelle spécifique. En raison notamment de ce que ces établissements accueillent des résidents de moins en moins autonomes, et très particulièrement des personnes atteintes de troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et troubles apparentés). Il en est de même au sein de certaines catégories d'établissements et de structures d'accueil pour personnes handicapées.

Ce meilleur accompagnement des personnes est à la fois une des dimensions de la « bien-traitance » en établissement, et un enjeu du libre choix entre le maintien à domicile et le recours à un hébergement en institution.

Il faut à ce sujet relever que la mise en œuvre des différents dispositifs permettant l'augmentation et la professionnalisation des personnels des établissements n'a pas été accompagnée d'une réflexion et d'une action prospective sur la démographie des différentes professions concernées, sur la capacité des systèmes de formation et la qualification des formateurs, entraînant en de nombreux endroits du territoire une situation de pénurie de certaines catégories de personnel qui, elle-même, induit une compétition entre opérateurs.

Cette expression de besoins devrait également trouver sa réponse dans une politique de santé davantage axée sur la prévention des maladies handicapantes et la prévention de l'aggravation des handicaps évolutifs. Ces deux préventions comportant à la fois des actions médicales et des actions dans des domaines non médicaux.

⁹ Cf. « La famille, espace de solidarité entre générations », rapport et propositions remis au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, mai 2006.

POURQUOI

5) Enfin, et ce n'est pas la moindre des préoccupations, la question se pose du mode de financement durable d'une dépense particulièrement « dynamique »

En effet, la croissance des besoins de financement est sûre, en raison notamment :

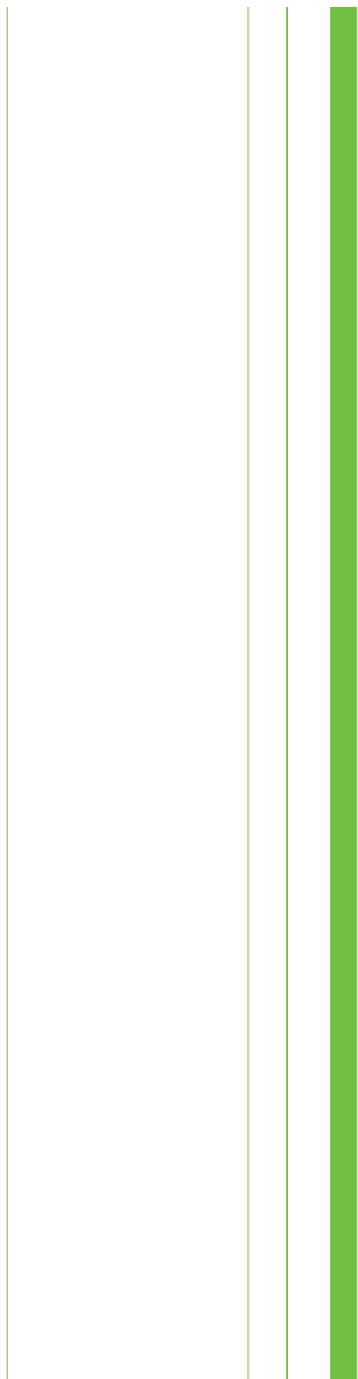
- d'une croissance démographique des personnes âgées ayant un besoin d'aide à l'autonomie qui devrait être de l'ordre de 1,3% à 1,6% par an jusqu'en 2012 puis de 0,8% à 1,1% entre 2012 et 2025¹⁰. Ce phénomène démographique est important, même s'il n'a pas le caractère de « vague déferlante » quelquefois redouté,
- d'un besoin d'aide croissant résultant d'une disponibilité moindre des « aidants naturels » (qui sont aujourd'hui massivement sollicités : entre 80% et 90% des cas),
- des hausses de salaires pour les personnels sanitaires et sociaux, qui seront nécessaires pour répondre au défi de l'attractivité de ces métiers, ainsi que l'accroissement de leur nombre – au demeurant programmé dans le « plan solidarité grand âge » lancé en 2006,
- des besoins croissants de suivi post-hospitalier à domicile et en établissement ou service médico-social, en raison notamment du raccourcissement des durées de séjour,
- de l'impact possible de la convergence des différents dispositifs de compensation prévue par la loi du 11 février 2005,
- et enfin du changement de regard sur les situations de handicap : la société reconnaît désormais que même une personne souffrant de fortes incapacités a des projets quel que soit son âge, et s'efforce de vivre « normalement ».

Aujourd'hui l'attente est grande pour l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes. Cette attente est celle, multiforme, des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, des équipes qui travaillent pour elles, en institutions ou à domicile. Elle est celle de toute personne atteinte de maladie invalidante ou chronique. Elle est celle des familles.

En conséquence il convient de :

- 1) susciter une quantité et une qualité de services à la hauteur des besoins recensés ;
- 2) en particulier, aider les aidants familiaux et soulager les familles et les personnes concernées du poids financier des restes à charge à domicile ou en établissement ;
- 3) développer pour cela les dispositifs institutionnels et financiers, publics et privés, les plus appropriés ;
- 4) en particulier, sécuriser le financement public de la compensation pour l'autonomie.

¹⁰ Source DREES.



COMMENT

COMMENT FAIRE ?

Les principes qui doivent guider l'action

La création de la CNSA en 2005 représente une étape majeure qui a accompagné, déjà, un certain nombre de réalisations, et qui en même temps n'est pas l'étape ultime : il y a encore bien des points de progrès possibles, dont on prend d'ailleurs mieux conscience après deux ans de fonctionnement concret. Le « laboratoire » qu'est la CNSA permet à la fois de dire que c'est possible et qu'il faut aller plus loin.

C'est en ce sens que le Conseil de la CNSA souhaite que toute décision concernant la mise en œuvre d'un nouveau champ de protection sociale prenne appui sur des fondamentaux dégagés au cours de ces deux dernières années.

Au nombre de ceux-ci, il y a l'affirmation forte que l'objectif d'autonomie n'est pas de se limiter au versement d'une somme d'argent, mais de permettre à toute personne, par un éventail de services et d'aides diversifiées, y compris financières, l'exécution autonome des gestes de la vie courante et l'accès à une vie sociale.

Ces services et ces aides individuelles se présentent d'ailleurs comme autant de compléments aux politiques – qui doivent être prioritaires – de « l'accessibilité » des équipements et services collectifs, et notamment des services publics. Raison – parmi d'autres – pour laquelle la création d'un droit universel de compensation pour l'autonomie ne saurait conduire à un désengagement de l'État.

Bref, dans la compensation pour l'autonomie, l'aide financière n'est qu'un moyen, et un moyen parmi d'autres. La composante financière du droit à compensation n'a donc de sens qu'à la double condition :

- d'être incluse dans un dispositif d'information et de conseil, d'orientation, de mise à disposition de services de qualité ;
- et d'être pensée non pas comme un simple montant financier versé selon certaines clés réglementaires, mais comme une réponse à une situation et à un projet de vie personnalisés.

Le Conseil de la CNSA retient en conséquence quatre grandes orientations de principe dans l'élaboration du nouveau champ de protection sociale :

- 1) une convergence sans confusion,
- 2) une réponse de proximité,
- 3) une exigence d'égalité de traitement,
- 4) une confiance partagée.

B-I

Pour respecter la logique fondamentale d'évaluation personnalisée des besoins : une convergence sans confusion

Le Conseil de la CNSA rappelle ici l'affirmation de son rapport d'octobre 2006 selon laquelle « l'autonomie est, à l'évidence, une notion qui ne peut pas se décliner dans des termes radicalement différents de part et d'autre de la limite, purement administrative, des 60 ans ».

L'équité, la justice, le bon sens même, rejoints d'ailleurs par tous les travaux scientifiques, montrent qu'il n'est pas possible d'introduire une frontière d'âge dans les désavantages de vie personnelle et sociale causés par une incapacité physique ou psychique. Il convient donc d'aborder résolument la question de l'autonomie sous l'angle de la « convergence », c'est-à-dire de l'approche des situations de handicap uniquement pour ce qu'elles sont, quel que soit l'âge de celle ou celui qui les subit.

Mais en même temps, l'approche de « convergence » s'oppose radicalement à la confusion des politiques à conduire en direction des différents publics concernés : « convergence » ne veut pas dire réponse identique quel que soit l'âge, mais approche qui ignore l'âge en tant que tel pour ne partir que de l'expression des besoins de vie concrète.

Dès lors, en ne s'attachant qu'à la situation et au projet de vie de la personne, on affirme du même coup que les réponses à apporter ne seront absolument pas les mêmes, dans leur contenu quantitatif et qualitatif, par exemple pour une jeune personne handicapée physique en recherche d'insertion professionnelle, et pour une personne très âgée atteinte de troubles cognitifs. Pour certains membres du Conseil, cette distinction des situations doit aussi, au moment où s'examine le financement des aides à l'autonomie, prendre en considération les capacités contributives de la personne du fait, par exemple, d'un patrimoine important ou d'une vie professionnelle antérieure¹¹.

Parler de « convergence » et vouloir partir exclusivement des besoins particuliers de chaque personne sont une seule et même chose. Et qui s'oppose, par construction, à toute uniformité des réponses entre les différents âges et les différentes situations.

La démarche de « convergence » n'est donc pas une démarche d'uniformisation qui ne dirait pas son nom. Bien au contraire, le Conseil de la CNSA la retient en tant qu'elle est la seule véritable garantie que tout reposera toujours sur l'examen particulier de chaque situation de vie.

¹¹ Sous les réserves mentionnées par ailleurs à la note infrapaginale n°22.

COMMENT

À cela s'ajoute que la « convergence », indispensable en matière de politique de compensation pour l'autonomie, ne trouve pas la même justification dans d'autres volets des politiques publiques mobilisées pour les personnes handicapées, d'une part, et les personnes âgées, d'autre part. C'est au nom de cette distinction que doit se comprendre la conférence nationale du handicap, prévue tous les trois ans par la loi de février 2005. C'est dans ce même esprit que certains membres du Conseil suggèrent d'envisager la création d'une conférence de même type, et distincte, pour les personnes âgées.

B-II

Une réponse diversifiée de proximité

Le Conseil rappelle également ici cette phrase du rapport d'octobre 2006 de la CNSA : « la personne en perte d'autonomie est le cœur de l'action ».

C'est le projet de vie de chaque personne qui doit commander toute l'architecture institutionnelle qu'il convient d'instaurer. Dès lors, bien que certains de ses membres entendent souligner leur préférence initiale pour d'autres compétences décisionnelles qu'ils estimaient mieux à même de garantir une réelle égalité de traitement sur l'ensemble du territoire, le Conseil de la CNSA peut s'accorder sur l'option qui confie aux départements la responsabilité de conduire localement la politique publique en faveur de l'aide à l'autonomie, et de veiller à une évaluation fine des besoins en valorisant le travail d'observation et d'analyses conduit sur chaque territoire départemental.

Cette fonction d'opérateur des départements s'appuie naturellement sur des règles de gouvernance locale associant l'ensemble des acteurs (une réflexion pouvant être conduite, de ce point de vue, sur le statut et le fonctionnement des CODERPA). L'objectif étant de mener à bien une évaluation fondée sur l'écoute attentive de chaque personne, en veillant à l'indépendance de la méthode d'évaluation par rapport à l'étape de décision et de financement.

Ce choix de la proximité est ainsi une question de « gouvernance » et de gestion locales, mais surtout de responsabilité de mise à disposition effective des services. En raison même de ce que, comme indiqué plus haut, le service à rendre ne peut pas se limiter au versement d'une somme d'argent. Une grande partie des besoins de la personne ou de son entourage est en effet de nature non monétaire : recherche des aides disponibles, information sur leur contenu et leur qualité, accompagnement dans l'accès aux services, etc.

Cette orientation en faveur de la gestion en proximité et d'une meilleure cohérence de l'action publique pour l'autonomie des personnes devrait également conduire – sans remettre en cause la pleine compétence des départements et des caisses à mener leur propre politique d'action sociale –, à renforcer les collaborations entre les conseils généraux et les caisses d'assurance vieillesse et leurs services spécialisés, quant à l'utilisation des fonds d'action sociale destinés aux personnes âgées.

B-III

Dans l'intérêt des personnes, une exigence d'égalité de traitement compatible avec le choix d'une gestion de proximité

Le choix de la proximité des modes de réponse est toutefois interpellé par l'exigence d'égalité entre tous les citoyens, qui est une des conditions de l'universalité de la protection sociale. L'égalité de traitement est un objectif fondamental d'un droit à la compensation de la perte d'autonomie : on ne peut pas parler de droit si son application dépend arbitrairement du lieu où il est exercé.

Mais en même temps, le meilleur pour chacun ne signifie pas la même chose pour tous. Comme il a été dit plus haut, la standardisation des réponses (prestations en nature, en espèces, orientations, aides techniques) qui reste certes envisageable, pour des raisons pratiques, sur certains aspects ponctuels de la réponse apportée, serait la négation même du droit à compensation si elle devait affecter la globalité de ce qui est proposé en réponse au projet de vie. Il est de l'essence même de l'éventail des services liés à la compensation que leur contenu ne soit pas uniforme, et prenne appui sur toutes les ressources institutionnelles et techniques de l'environnement local, qui est précisément l'environnement concret de la vie courante.

Toutes les mesures visant à garantir l'égalité de traitement doivent donc reposer sur des approches renouvelées. L'objectif à atteindre avec succès doit être – dans l'intérêt même des personnes concernées – de satisfaire à la fois ces deux valeurs, la proximité et l'égalité, en faisant en sorte que les impératifs qui en découlent ne soient pas contradictoires.

Ainsi, dans la perspective d'une autorité décisionnelle et de gestion confiée aux conseils généraux, il convient de confirmer le rôle d'un opérateur national – comme l'est aujourd'hui la CNSA – recevant mission d'apporter un appui technique (référentiels, informations méthodologiques, formation) aux collectivités départementales, de valoriser les expériences innovantes et de garantir l'équité par la péréquation financière, l'échange d'expériences et de savoir faire, l'harmonisation des méthodes de travail (cf. par exemple l'outil d'auto-évaluation et de pilotage local qu'est le « questionnaire de satisfaction des usagers »), la qualité des outils et l'homogénéité des méthodes d'évaluation¹².

¹² ce que faisant, la CNSA acquiert de manière très concrète une expérience sur deux questions techniques et institutionnelles fondamentales :

- comment garantir l'égalité de traitement territoriale pour des prestations qui se veulent en même temps « adaptées » à chaque cas particulier, et donc différentes par construction d'une personne à une autre ?
- comment faire travailler ensemble, au sein de l'organe « national » qu'est la Caisse, les représentants des différents acteurs nationaux et locaux (tous représentés au Conseil de la CNSA) ?

COMMENT

Cet opérateur, on y reviendra plus loin, devra également objectiver par une expertise statistique la ventilation des enveloppes budgétaires régionales et départementales pour le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux.

Cette voie mariant la proximité et l'égalité, riche d'avenir, est celle d'une économie publique partenariale faite de relations contractuelles effectivement respectées entre les acteurs concernés.

Elle est aussi celle d'une gestion « en réseau », permettant d'animer autour d'un objectif partagé les différents acteurs concernés et d'assurer les appuis techniques nécessaires. Ce qui suppose évidemment plus d'articulation entre le champ du soin et le champ de la compensation pour l'autonomie, et plus d'interventions coordonnées entre les soins de ville, les établissements sanitaires, les établissements et services médico-sociaux et les établissements et services sociaux¹³.

B-IV

Une gouvernance qui s'appuie sur une confiance partagée

L'amélioration de la gouvernance du dispositif institutionnel est à rechercher, elle aussi, dans le prolongement de ce qui s'est construit depuis deux ans avec la constitution du Conseil de la CNSA, au profit d'une réflexion partagée et d'un engagement commun de l'ensemble des acteurs concernés. Au sein d'un tel « espace public de débat » peuvent se confronter les projets, les attentes et aussi les contraintes de tous ceux qui y participent. De telle manière que puissent se dégager progressivement, portées par une conviction commune, les étapes concrètes du droit à la compensation pour l'autonomie.

Cette manière d'envisager l'avenir revient aussi à installer et reconnaître la CNSA dans sa fonction de médiation entre la politique nationale et les politiques locales. C'est par la CNSA qu'il doit être possible de faire en sorte qu'aucune politique nationale ne puisse être pensée ni mise en œuvre sans prise en réelle considération des contraintes locales, des situations propres à chaque département, des décisions prises par chaque conseil général. C'est également par la CNSA que les politiques locales pourront en contrepartie refléter les exigences de qualité et d'équité retenues par la collectivité nationale.

Un tel projet s'appuie sur une confiance particulière, celle qui peut se nouer entre les acteurs à proportion de l'effort de transparence et de qualité de l'information fournie. Cela suppose des progrès dans le système d'information, indéniablement. Mais il s'agit surtout d'un renversement de paradigme. Faire le point sur les besoins insatisfaits est exigeant, définir des priorités au

¹³ Tout particulièrement sur les disciplines impliquées à la fois dans le soin et l'autonomie, telles que la gériatrie, la psychiatrie ou la rééducation-réadaptation.

sein même de ces besoins l'est encore plus, mais l'est bien davantage encore le fait d'expliquer et d'assumer les choix budgétaires, c'est-à-dire de fixer la temporalité des réponses au regard des impératifs de bonne gestion publique. L'objectif d'une nécessaire sincérité des prévisions budgétaires trouve là sa pleine justification.

QUOI

QUOI FAIRE ?

Les composantes d'une réponse, et les points possibles de la concertation

La perspective est celle-ci : créer un droit universel, venant compenser les restrictions dans la réalisation des activités de la vie courante et de la vie sociale, et cela quel que soit l'âge des personnes et quel que soit le facteur explicatif du besoin d'aide à l'autonomie.

Les situations qui portent atteinte à l'autonomie de la personne sont susceptibles de concerner chacun à tous les âges de sa vie, de l'enfance jusqu'au grand âge. Situations qui ont pu être définies comme « impossibilité ou difficulté durable d'accomplir seul et sans aide les gestes de la vie quotidienne¹⁴ et de participation à la vie sociale ». Mais qui peuvent aussi se définir en complémentarité de ce que couvrent déjà les autres instruments de la protection sociale. Mettre en place une protection sociale pour l'autonomie consiste à protéger de choses qui sont à la fois au-delà des soins (il ne s'agit plus de « lutter contre » la maladie, mais de « vivre avec »), et au-delà des dépenses de la vie courante (il s'agit de couvrir non pas les « coûts » mais des « surcoûts » de la vie quotidienne et de la vie sociale, tout ce que le revenu d'une personne placée dans une situation de vie ordinaire n'a pas à prendre en charge).

Là où la protection sociale est organisée de telle manière que soient couvertes en tout ou partie, par la solidarité publique et un recours aux mécanismes assurantiels de marché, d'une part les charges liées à une perte de l'état de santé (assurance maladie, accidents du travail), d'autre part les charges liées à une perte de revenus (retraites, allocations familiales, assurance chômage, RMI, RSA, AAH, pension d'invalidité, minimum vieillesse, allocations logement), il s'agit désormais d'élargir son champ pour veiller à compenser le mieux possible les effets des situations qui portent atteinte à l'autonomie de la personne¹⁵.

Ce qui doit donc être pris en compte c'est une logique de situation et non pas une logique de « publics ». Il ne saurait être question de créer une « sécurité sociale pour les vieux et pour les handicapés » ! Le Conseil de la CNSA en son rapport d'octobre 2006 soulignait que la « distinction par <public> concerné irait à l'encontre du principe d'universalité, essence même de la protection sociale ».

Le fait d'être placé dans une situation qui porte atteinte à l'autonomie ne saurait empêcher de bénéficier, comme tout un chacun, des droits universels de la protection sociale si l'on est malade ou qu'on se trouve confronté à une

¹⁴ Techniquement parlant : les actes essentiels de la vie quotidienne et les activités instrumentales.

¹⁵ Approche qui, bien entendu, suppose de prendre en considération, dans la diversité des aides existantes, la part que celles-ci prennent déjà à la compensation pour l'autonomie. C'est notamment le cas des compléments de pension d'invalidité dits « de troisième catégorie ».

insuffisance de revenus. Ce qui doit être nouveau, dans le droit à compensation pour l'autonomie, c'est de répondre désormais aux effets spécifiques de cette situation, et de s'attacher aux charges nouvelles directement rattachables aux besoins d'autonomie. L'approche pouvant ainsi englober aussi bien les situations durables que, le cas échéant, certaines situations de handicap d'effet transitoire.

Ainsi, trois novations caractérisent le déploiement de cet espace de solidarité :

- 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. Ce qui justifie, au passage, une réflexion à conduire d'entrée de jeu sur la place de la prévoyance individuelle portée par des institutions mutualistes ou des organismes assurantiels ;
- c'est une solidarité qui ne peut pas se penser séparément de la prise en charge des soins (par l'assurance maladie) et de la prise en charge de la perte de revenu (notamment par l'assurance vieillesse). Ainsi, en termes de gestion des politiques publiques, la cohérence est notamment à trouver autour d'un « champ » rassemblant les dépenses médico-sociales d'assurance maladie et les dépenses de compensation pour l'autonomie.

Trois orientations majeures s'en déduisent :

- 1) Créer un droit universel à la compensation pour l'autonomie.
- 2) Insérer ce droit dans une approche globale d'un nouveau « champ » de solidarité collective à partir de l'expérience et du périmètre de compétence actuel de la CNSA.
- 3) Mettre en place, à cette fin, une gouvernance nouvelle.

C-I

Créer un droit universel de compensation pour l'autonomie, c'est-à-dire le droit à un plan personnalisé de compensation et au financement, par la solidarité publique ou par une combinaison solidarité publique-prévoyance personnelle, des aides essentielles identifiées dans ce plan

1) Identifier les besoins de chaque personne en élaborant un plan personnalisé de compensation

Il s'agit de pouvoir élaborer un plan personnalisé de compensation pour chaque personne ayant besoin d'aide à l'autonomie, quel que soit son âge.

QUOI

La notion de plan personnalisé de compensation, introduite pour les personnes de moins de 60 ans, et dans une certaine limite pour les personnes de moins de 20 ans, par la loi du 11 février 2005, a ceci de révolutionnaire qu'elle n'est pas réductible à une simple « étape administrative » d'attribution d'un nouveau droit. Pour toutes les personnes qui en font la demande, le plan personnalisé de compensation est global et ne doit pas se limiter à la seule définition de besoins pécuniaires ou de droit à telle ou telle prestation. Par ailleurs, s'agissant des aides financières qu'il peut préconiser, le plan personnalisé de compensation ne préjuge pas, au stade où il est réalisé, des sources ni des niveaux de leur financement.

En réponse à un projet de vie, et en tenant compte du caractère propre de chaque situation vécue, de sa gravité et de sa durabilité, comme de l'incidence de l'environnement familial voire professionnel, le plan personnalisé de compensation doit ainsi permettre d'identifier les aides qui concourent à la compensation¹⁶, quel que soit le lieu de vie :

- des orientations vers des établissements ou des services adaptés ;
- la mise en œuvre de procédures particulières, telles que par exemple les mesures de protection juridique ;
- des aides humaines ;
- des aides animalières ;
- des aides techniques ou domotiques, des aides d'aménagement (notamment du logement ou du véhicule) ;
- des aides aux aidants familiaux (soutien médicalisé et psychologique, formation, solutions de répit, reconnaissance, etc.) ;
- des aides ponctuelles, pour une durée limitée ;
- des aides au transport ;
- des aides financières particulières ; etc.

Le plan personnalisé de compensation doit prendre appui sur une évaluation personnalisée et multidimensionnelle de la situation rencontrée de manque ou de perte d'autonomie, au regard d'un projet de vie personnel. Cet examen de situation, plus large qu'une identification immédiate de « besoins », implique une écoute de qualité par une équipe d'évaluation réellement pluridisciplinaire, dont l'expertise professionnelle doit ainsi s'exercer dans un esprit de service rendu à la personne concernée. Écoute de qualité telle qu'il puisse être réellement répondu aux besoins des personnes les moins en capacité de les exprimer ou présentant des situations complexes de poly-handicaps.

La qualité de l'écoute ne ferait au demeurant nullement obstacle à ce que, dans le souci d'une bonne gestion du temps passé auprès des personnes, on évite de recourir à des méthodes lourdes et complexes d'évaluation lorsqu'elles

¹⁶ En même temps qu'il détermine et évalue les différents besoins, le plan personnalisé doit aussi préciser un certain nombre d'aspects qualitatifs, tenant notamment à la manière dont il conviendra de répondre à ces besoins : faut-il que la personne soit accompagnée ou non dans l'exécution de certains gestes, convient-il de faire faire ou de faire à la place, etc.

ne se justifient pas: il peut être souhaitable de rechercher aussi des outils d'évaluation simples, visant à répondre aux situations simples.

En cohérence avec la gestion de proximité, cela devrait conduire à créer des lieux d'accueil dans tous les départements pour créer les conditions optimales d'une évaluation personnalisée¹⁷. C'est la raison pour laquelle dans son rapport de 2006, le Conseil de la CNSA suggérait déjà « de faciliter et valoriser les expériences innovantes de rapprochement des dispositifs d'accueil (...) et d'articuler, sous l'autorité des conseils généraux, l'intervention des MDPH et des coordinations gérontologiques ou équipes médico-sociales départementales pour l'évaluation des besoins des personnes de plus de 60 ans », et qu'il pourrait être envisagé de rapprocher les actuels CLIC et les actuelles MDPH, en s'inspirant d'expériences déjà conduites en ce sens dans certains départements¹⁸.

Un tel rapprochement pourrait déboucher sur de nouvelles « maisons départementales » aux compétences élargies (MDSA – maisons départementales de solidarité pour l'autonomie – ou MDA – maisons départementales de l'autonomie). Dans ce cadre, certains membres du Conseil estiment souhaitable que soit envisagée une révision des modalités de constitution actuellement retenues pour les MDPH, par une plus claire intégration du fonctionnement et des personnels sous l'autorité des présidents de conseils généraux, en veillant à continuer d'associer les représentants des usagers, des professionnels et des partenaires sociaux à la gouvernance¹⁹.

2) Créer une prestation personnalisée de compensation – « prestation personnalisée de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie » – correspondant, pour chaque personne concernée, aux prestations d'aide nécessaires, identifiées comme telles au sein du plan personnalisé de compensation

Une fois que, à l'écoute d'une personne demandant à être aidée pour son autonomie, un « plan personnalisé de compensation » a précisé et recensé tous ses besoins d'aide à l'autonomie, il convient d'identifier ceux de ces besoins qui doivent être considérés comme tout à fait nécessaires afin qu'ils constituent, pour cette personne et quel que soit son âge, le périmètre de sa « prestation personnalisée de compensation ».

¹⁷ Etant bien entendu que la création de tels lieux n'est – comme le montre la mise en place des MDPH – en rien contradictoire avec le fait que les évaluations doivent en principe être conduites dans le lieu de vie de la personne, de manière à tenir compte de tous les paramètres de son environnement.

¹⁸ C'est dans la perspective d'actions de convergence que le rapport du Conseil de la CNSA recommandait en octobre 2006, ce qui a été mis en œuvre par loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, « d'élargir le champ de la section IV du budget de la CNSA, afin de généraliser à tous les services qui viennent en aide aux personnes en perte d'autonomie les dépenses de formation, de professionnalisation des métiers et de modernisation ». Le même rapport envisageait « l'ouverture de cette même section IV au financement de formations destinées aux aidants familiaux ». Cette orientation reste naturellement d'actualité.

¹⁹ En fonction de l'orientation prise sur la place des assurances complémentaires, la question sera évidemment posée de leur possible participation aux structures locales.

QUOI

La prestation de compensation récapitule ainsi, de manière très personnalisée, selon le choix de vie de la personne, l'ensemble des biens et services dont la collectivité nationale reconnaît qu'ils doivent trouver leur financement (intégralement public ou non : cette question est une question distincte, qui sera examinée plus loin) dans tous les environnements de vie, c'est-à-dire aussi bien pour les services apportés à domicile par un aidant familial²⁰ ou professionnel que pour les charges propres à ses besoins d'autonomie en établissement, en hébergement temporaire, ou dans toute autre situation de vie.

Cela suppose évidemment d'établir un référentiel – une nomenclature unique – de biens et services à partir duquel pourra s'exprimer, pour toute personne concernée quel que soit son âge, d'abord le contenu de son « plan personnalisé de compensation » et ensuite, extraite de ce plan, la liste personnalisée des biens et services qui, parce qu'ils sont nécessaires pour elle, constituent les différents éléments de sa prestation personnalisée de compensation²¹.

Pour ce qui relève des réponses apportées en établissement, il conviendrait de redéfinir le champ des dépenses directement liées à l'autonomie. De nombreux membres du Conseil estiment que, pour les personnes âgées, la tarification ternaire des dépenses des EPHAD pourrait être maintenue, à condition que la décomposition analytique des dépenses soit reconsidérée pour être plus rigoureuse et plus sincère. Une part des dépenses d'hébergement devrait être intégrée dans les dépenses liées à l'autonomie, pour ce qui correspond aux frais engagés du fait même du recours à une institution et qui n'existerait pas si la personne était restée chez elle. De même, les dépenses de frais de soins pourraient être amenées à couvrir une partie de ce qui relève aujourd'hui de l'autonomie ou de l'hébergement²².

D'autres membres du Conseil estiment que la question ne peut être traitée par une simple répartition nouvelle entre les sections tarifaires existantes et suggèrent une modification de la structuration tarifaire elle-même. D'autres enfin suggèrent, plutôt que d'apporter des modifications aux sections tarifaires, une refonte du régime de l'aide sociale à l'hébergement, une mobilisation des dispositifs d'aide au logement, ou une évolution des mécanismes de réduction d'impôt.

La réflexion sur la prise en charge et le coût de l'hébergement pourrait être élargie aux établissements qui accueillent des personnes handicapées. Pour cer-

²⁰ Il s'agit dans ce cas de figure de pouvoir en particulier venir compenser partiellement le salaire de l'aidant familial prenant un congé de soutien familial, en sus de sa prise en charge des droits à la retraite.

²¹ Un des enjeux d'une telle nomenclature étant – outre sa contribution à l'application uniforme des règles sur l'ensemble du territoire – de permettre une meilleure mesure des besoins exprimés et reconnus, et de constituer de ce fait un apport fondamental à l'orientation des politiques publiques. Une telle démarche pourrait d'ailleurs être initialisée par la définition d'un cadre de recueil standard pour les « plans personnalisés de compensation » prévus par la loi du 11 février 2005.

²² Les exemples de dépenses dont l'affectation n'apparaît, aujourd'hui, pas satisfaisante sont nombreux, et sans qu'ils soient évidemment réductibles à cette liste on peut citer par exemple les coûts d'amortissement, les salaires des psychologues et assistantes sociales ou du directeur d'établissement, les salaires des agents d'animation, etc.

tains membres du Conseil qui estiment que la situation de handicap peut conduire, dans certains cas, à imposer la résidence en établissement, cela devrait conduire alors à l'intégration dans les dépenses de compensation de l'intégralité des prestations d'hébergement. En tout état de cause, il convient de rappeler que les réformes à engager devront prendre en compte les lourdes contraintes qu'introduisent, dans la gestion de ces établissements, toute modification substantielle des règles de tarification.

Il va de soi que toutes ces réflexions devraient, en raison du croisement des compétences de tarification et de financement, être conduites de manière conjointe avec les conseils généraux.

3) Définir le financement de la prestation personnalisée de compensation

L'accès universel au « plan personnalisé de compensation » et la reconnaissance, selon des référentiels et des méthodes harmonisés qui n'introduisent pas de césure d'âge, d'une prestation personnalisée de compensation récapitulant l'ensemble de biens et de services reconnus comme nécessaires, sont les éléments constitutifs du « droit universel à la compensation pour l'autonomie ».

À ces éléments s'ajoute, dans ses différentes options, la question du financement de la prestation de compensation.

L'universalité du plan personnalisé de compensation conduit à retenir en première hypothèse le financement par la solidarité publique de l'ensemble des biens et services récapitulés dans la prestation de compensation. Pour de nombreux membres du Conseil, il s'agit même de la seule hypothèse envisageable : celle qui apporte les mêmes garanties qu'un droit de sécurité sociale et s'inscrit dans une logique de droit universel non contributif, avec un financement solidaire et intégral des besoins de compensation reconnus comme nécessaires.

Conscient des enjeux d'une telle orientation en termes de financement public, le Conseil reprend ici l'affirmation de son rapport d'octobre 2006 en soulignant que « le niveau de solidarité collective dans l'accompagnement de la perte d'autonomie représente, aujourd'hui, un des très grands choix de priorités dans la conduite des politiques publiques ».

Les ressources de cette solidarité collective peuvent provenir de ressources nationales ou d'une combinaison de ressources nationales et de ressources de fiscalité locale. Il en va ainsi dans l'actuelle répartition des charges de financement de l'APA et de la PCH. Le débat doit être conduit sur ce point, les uns souhaitant manifester davantage l'universalité de la nouvelle protection sociale envisagée par le seul recours aux ressources nationales, les autres souhaitant souligner le rôle décisionnel des conseils généraux par un recours, au moins partiel, aux ressources de fiscalité locale.

QUOI

Si le choix devait être celui d'une partition entre ressources nationales et ressources locales – en particulier au motif qu'un pouvoir de décision pose inévitablement la question de la participation au financement du dispositif, et de la responsabilisation financière du prescripteur de la dépense – certains membres du Conseil estiment impératif que soit alors retenu un mécanisme d'indexation tel que cette partition soit équitable et que, quel que soit son niveau, elle ne soit pas affectée dans le temps, notamment aux dépens des départements.

Par ailleurs, c'est également dans le cadre d'une hypothèse de financement public, quelles qu'en soient les collectivités opératrices, que seraient soulevées les questions qui s'adressent à tous les risques « socialisés ». D'une part, la question de savoir s'il convient ou non, et le cas échéant de quelle façon et selon quelles règles, de tenir compte des ressources (revenus ou patrimoine) de la personne bénéficiaire, qu'il s'agisse de l'accès au financement public ou du niveau de sa couverture. D'autre part, et en notant que de nombreux membres du Conseil expriment sur ce point un refus extrêmement net, la question devra aussi être tranchée de la réintroduction ou non de deux caractéristiques qui se rattachaient à la primitive logique d'aide sociale des prestations aux personnes âgées et handicapées : la mise en œuvre ou non de l'obligation alimentaire, et la mise en œuvre ou non des recours en récupération, notamment successorale.

En sus d'un financement public, quelle que soit sa forme, la prévoyance individuelle ou collective peut toujours s'exprimer par le recours à des produits de capitalisation ou d'assurance financés sur les ressources propres de la personne ou résultant de la négociation sociale, et gérés par les opérateurs mutualistes, assurantiels ou paritaires. Ces produits, au demeurant, existent déjà et peuvent librement trouver leur marché. Leur présence et leur rôle répondent d'ailleurs au fait que toute la lutte pour l'autonomie vise à ce que chacun puisse conduire le plus librement possible ses choix de vie, y compris par l'emploi de ses propres ressources à des fins de services courants, liés à sa vie quotidienne.

Certains membres du Conseil estiment ainsi que, si les contraintes du financement public s'avéraient trop lourdes, la question serait posée de la place de ces produits dans le financement de la prestation de compensation.

Le Conseil rappelle toutefois que l'affirmation du caractère universel du nouveau droit s'opposerait, en tout état de cause, à ce que l'insuffisance de ressources propres (qu'il s'agisse de l'insuffisance des revenus du travail collectés au cours de la vie active, ou de l'incapacité d'en avoir en raison d'une situation de handicap) puisse faire obstacle à l'accès au « panier » de biens et services nécessaires à la compensation.

Sur ces bases, deux modalités d'intervention seraient envisageables pour les produits d'assurance :

1) à titre de couverture complémentaire, dans le champ des biens et services liés à la perte d'autonomie, en complément du socle des prestations considérées comme essentielles,²³

2) certains vont plus loin en proposant que ces produits soient appelés à intervenir au sein même du socle de prestations essentielles, au titre d'une assurance obligatoire, mais avec comme conséquence – pour respecter le principe d'universalité – de voir leur coûts rendus accessibles à tous par des aides financières ou fiscales à la souscription. Une telle hypothèse fait l'objet d'un net clivage au sein du Conseil, certains membres soulignant à ce propos l'inefficacité des systèmes d'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

La réflexion portant sur l'intervention d'un mécanisme de prévoyance au sein même du socle de prestations essentielles,²⁴ si elle devait être poursuivie dans le cadre d'une concertation, pourrait, selon les membres du Conseil qui en défendent le principe, trouver des justifications d'une part dans l'intention d'orienter le financement public du droit à compensation vers les personnes les plus modestes ou ayant les plus forts besoins d'aide, et d'autre part dans le caractère propre de chaque situation rencontrée. Sans remettre en cause le principe d'unicité de la prestation de compensation et de sa procédure d'attribution, la question de sa prise en charge par un financement public, national ou local, ne se pose pas en effet nécessairement dans les mêmes termes pour les situations de handicap, pour les besoins d'autonomie découlant des maladies liées à l'âge et au grand âge, ou pour les atteintes temporaires liées à un accident, même si l'approche d'évaluation doit être harmonisée et que les aides techniques et humaines à mobiliser peuvent être très voisines voire semblables²⁵. Ainsi le rapport Gisserot se conclut en soulignant que les éléments financiers de couverture d'un régime nouveau de protection sociale consacrée à l'autonomie devront trouver « l'équilibre entre transversalité du risque et différenciation du niveau de solidarité nationale à mettre en œuvre. »

4) En tout état de cause, il convient de définir d'entrée de jeu certaines règles communes et certains éléments de partenariat avec les organismes en charge de la prévoyance complémentaire

Quel que soit le schéma qui sera retenu, il apparaît que, dans tous les cas, le développement des produits d'assurance gagnerait à s'inscrire dans une démar-

²³ A cela s'ajoute que les produits d'assurance privée peuvent intervenir naturellement dans tous les domaines extérieurs au panier de biens et de services liés à la compensation de la perte d'autonomie, et notamment dans tous les services de droit commun, non spécifiquement lié à un état de perte d'autonomie, et dans la prise en charge des frais ordinaires du logement à tout âge.

²⁴ En vertu du principe voulant qu'un assureur ne peut s'engager que sur des risques qu'il a lui-même définis et tarifés dans les conditions fixées par le contrat, il s'agirait alors d'élaborer de manière concertée des standards nationaux de couverture des besoins d'aide à l'autonomie en fonction des différents types de situation, à charge ensuite aux assureurs, pour en garantir l'exécution, de faire jouer concurrence et innovation.

²⁵ Dans l'esprit de la très grande majorité des membres du Conseil, ces considérations ne sauraient, en tout état de cause, permettre de revenir en arrière par rapport au cadre aujourd'hui applicable à la prestation de compensation pour les personnes en situation de handicap.

QUOI

che partenariale globale entre mécanismes d'assurance publique collective et mécanismes d'assurance privée, afin de mutualiser – dans l'intérêt direct des usagers – les référentiels et les connaissances utiles à tous. Un schéma global de concertation et de travail pourrait ainsi être défini qui vise notamment à aborder :

- la standardisation des outils et des méthodes d'évaluation de la perte d'autonomie, l'association étroite des organismes assurantiels étant évidemment requise dès lors que leur intervention serait, d'une manière ou d'une autre, conditionnée par l'emploi de ces outils et méthodes ;
- la définition de référentiels de qualité en matière de services à la personne ou d'aides techniques ;
- la simplification des procédures administratives en cas de financement mixte de certains équipements ou travaux ;
- les mécanismes de recours contre tiers responsables ;
- les études prospectives.

5) Enfin, une attention particulière devra être portée au calendrier de mise en œuvre de la réforme

La période récente a vu l'introduction de nombreux changements dans l'état du droit, et très particulièrement la loi du 11 février 2005 et ses décrets d'application, avec notamment la création de la PCH et des MDPH. Beaucoup se préoccupent donc de commencer par voir mises en place dans de bonnes conditions les modalités prévues par cette loi avant que de s'engager plus avant dans de nouvelles orientations. À cet égard, le rapport du Délégué interministériel aux personnes handicapées, rendu public en août dernier, présentant un bilan de la mise en œuvre de la loi de février 2005 et de la mise en place des MDPH, comporte un ensemble de propositions dont le conseil de la CNSA souhaite qu'elles soient suivies d'effets.

En revanche, il serait vain d'imaginer la réussite de l'ambition tracée sans se donner une échéance précise. Celle-ci, en prolongement des convergences programmées dans la loi de février 2005, pourrait être le 1^{er} janvier 2010. Délai qui pourrait être mis à profit, notamment au cours de l'année 2008, pour finaliser l'ensemble des textes nécessaires à la concrétisation des orientations ici tracées.

En tout état de cause, il n'apparaît pas possible de basculer sans transition vers le futur système et son schéma de financement, et très particulièrement dans l'hypothèse où il serait fait appel, ne serait-ce que pour partie, aux capacités d'épargne ou de cotisation personnelle. Le cadencement correctement échéancé des différentes étapes de la réforme constitue donc un sujet en soi pour la future concertation.

Une concertation pourrait ainsi s'engager sur les points suivants :

- 1) la définition du panier de biens et services susceptible de répondre aux besoins d'aide à l'autonomie de la personne, en y intégrant les besoins des aidants familiaux ;

- 2) l'ensemble des règles universelles et méthodes à respecter pour déterminer, dans chaque plan personnalisé de compensation, ceux des biens et services qui doivent être considérés comme nécessaires pour la personne en cause, et constitutifs en conséquence de sa « prestation personnalisée de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie »²⁶ ;
- 3) la composition optimale et les référentiels et méthodes de travail des équipes pluridisciplinaires en charge de l'évaluation des situations et de la préparation des plans personnalisés de compensation ;
- 4) le travail préalable, conduit par exemple par le Conseil scientifique de la CNSA, pour déterminer d'un commun accord les outils transversaux pour évaluer les besoins d'aide pour l'autonomie, y compris en évaluant les outils et méthodes existants (AGGIR , GEVA,...) et leurs nécessaires évolutions ;
- 5) si et à quelles conditions une part de la prestation de compensation (c'est-à-dire du socle des besoins d'aides nécessaires) peut être prise en charge par des mécanismes de prévoyance individuelle ou issus de la négociation collective ;
- 6) pour la part de la prestation de compensation financée sur fonds publics (totale ou partielle selon la réponse apportée au point précédent), la part financée par des ressources nationales et la part financée par la fiscalité départementale, et les modalités visant à rendre cette partition équitable, et stable dans le temps ;
- 7) pour la part financée par la fiscalité départementale, les mécanismes de péréquation nécessaires pour corriger les inégalités de ressources entre les départements ;
- 8) pour la part de la prestation de compensation financée sur fonds publics (totale ou partielle selon la réponse apportée au point 5), si et à quelles conditions il doit être tenu compte du patrimoine et des ressources de la personne bénéficiaire de la prestation de compensation, si et à quelles conditions il doit être fait appel aux obligés alimentaires, et s'il y a lieu de mettre en œuvre la récupération sur succession ;
- 9) les modalités d'une couverture complémentaire pour le financement de ce qui va au-delà de la prestation de compensation ;
- 10) la ventilation analytique des dépenses en établissements en distinguant ce qui relève des soins (financé par l'assurance maladie), ce qui relève de l'aide à l'autonomie (financé au titre de la prestation de compensation), et ce qui relève des autres charges d'hébergement incombant à chacun, en distinguant mieux le « surcoût » de l'hébergement (qui a vocation à relever, à domicile comme en établissement, de l'assurance « perte d'autonomie ») du simple « coût » ordinaire de cet hébergement.

Certains membres du Conseil souhaitent enfin que, en dehors du champ proprement dit de l'aide à l'autonomie, soit également abordée la question d'une prise en charge solidaire des frais d'hébergement ordinaires, extérieurs à la perte d'autonomie, en intégrant l'exigence de la convergence des restes à vivre quel que soit l'âge.

²⁶ Cf. note 22

C-II

Insérer ce droit dans une approche globale d'articulation efficace des différents « risques » : dégager ainsi les contours d'un nouveau « champ » de solidarité à partir de l'expérience de la CNSA

Le rôle de la CNSA dans la régulation de l'ONDAM médico-social ouvre la voie à davantage de cohérence entre les différents types de services rendus aux personnes et permet de mieux imaginer les formes de coordination entre les professionnels du soin et ceux dont l'engagement premier réside dans le « prendre soin ».

Autant il est décisif de maintenir l'engagement de l'assurance maladie pour répondre aux besoins de soins des personnes placées dans une situation qui porte atteinte à leur autonomie, sans faire ainsi un cas particulier de ces situations-là, autant ces mêmes situations peuvent exiger de soigner en prenant soin et de prendre soin en soignant.

Ainsi, la CNSA a vocation à mettre en cohérence plusieurs segments de protection sociale. Car il ne faut pas que la logique de compensation pour l'autonomie aboutisse à découper les personnes en segments administratifs, et multiplie les guichets. Le rapport du Conseil de la CNSA d'octobre 2006 soulignait ainsi « l'exigence d'une vision cohérente en regard du projet de la personne, de telle manière que la personne et son entourage ne disparaissent pas dans les interstices entre les responsabilités, ni que la réponse sanitaire soit la seule à primer ».

1) Il faut maintenir les dispositions actuelles qui confient la répartition de l'ONDAM médico-social à l'opérateur national (en l'espèce la CNSA) qui est en charge de réguler, par ailleurs, la répartition des ressources nationales affectées à la compensation pour l'autonomie

La situation actuelle, qui veut que le budget de la CNSA récapitule à la fois les concours versés aux départements au titre des prestations individuelles d'aide à l'autonomie (APA et PCH), et des crédits d'assurance maladie dont la CNSA assure une forme de gestion déléguée, n'a rien de fortuit : elle traduit cette idée, forte et juste, que la spécialisation des « risques » sociaux, gage de transparence dans l'emploi des fonds, ne doit pas empêcher leur gestion cohérente, dans l'intérêt direct des publics et des professionnels concernés.

La notion de « nouveau champ » consiste donc à veiller à ce que, autour de l'aide à l'autonomie proprement dite, d'autres formes de solidarité collective, au premier chef les crédits que l'assurance maladie consacre aujourd'hui à l'accompagnement en établissement et service médico-sociaux, mais aussi les crédits de modernisation et de professionnalisation des services, ou des crédits d'aide à l'innovation, interviennent de façon coordonnée.

Ainsi, et quels que soient les redécoupages qui pourraient éventuellement être conduits, au sein de l'enveloppe de l'ONDAM médico-social, entre ce qui relève effectivement des « soins » et ce qui finance, en réalité, la prise en charge d'un « prendre soin », il est hautement souhaitable de consolider le choix effectué à la création de la CNSA, en conférant à un seul et même organisme la double fonction de « caisse » pour l'aide à l'autonomie, et plus largement, « d'agence ». Confier à un même opérateur national la répartition des ressources nationales affectées à l'aide individuelle à l'autonomie et, d'autre part, celle des sommes destinées au fonctionnement de l'offre médico-sociale et donc la répartition en conséquence des dotations de l'assurance maladie (ONDAM) permet ainsi :

- d'envisager à la fois et au sein de la même instance les efforts dûs au titre des soins et de ceux dûs au titre de l'autonomie ;
- de permettre l'articulation de deux niveaux territoriaux de mise en cohérence des politiques publiques : le niveau régional pour l'ONDAM, et le niveau départemental pour l'aide à l'autonomie ;
- de gérer en souplesse les évolutions de frontières entre les dotations aux personnes et aux établissements, en laissant par exemple au bénéficiaire de l'aide, même hébergé en établissement, plus de liberté dans ses choix ;
- et de rappeler très clairement le droit de toute personne à l'assurance maladie en tant que telle.

2) Viser à une connaissance globale des besoins

L'arbitrage budgétaire est l'expression même du choix des priorités politiques nationales. Mais il doit s'appuyer sur une connaissance la plus objective possible des besoins. Ce n'est pas un montant budgétaire a priori qui doit déterminer la connaissance d'un besoin en termes d'accompagnement de personnes âgées ou de personnes en situations de handicap. La réflexion financière doit traduire une stratégie collective et un choix de priorités correctement documenté, en faisant en sorte que cette traduction permette une réponse la plus efficiente possible.

Il y a là un travail exigeant de connaissance et d'intelligence. Le Conseil de la CNSA a déjà émis son appui au principe d'une procédure budgétaire remontante pour l'allocation des moyens aux établissements et aux services, grâce aux PRIAC, dès lors que s'organisent réellement et impérativement, en amont de ces PRIAC, les concertations nécessaires, notamment entre les services déconcentrés de l'État et les départements²⁷, pour qu'un tel exercice puisse prendre toute sa dimension. Dès lors, également, que l'exercice du PRIAC permet d'améliorer effectivement la transparence des programmations financières à l'égard des gestionnaires d'établissements et services, ainsi que des porteurs de projets.

²⁷ En veillant en particulier à une meilleure articulation entre les schémas médico-sociaux départementaux et les PRIAC, qui ne peuvent plus se concevoir comme des processus parallèles et sans lien organique. Dans ce cadre, et compte tenu des compétences qui leur sont confiées par la loi du 2 janvier 2002, il conviendrait de s'appuyer sur les avis des CROSMs dans la phase d'évaluation des besoins ; la section sociale du CNOSS pourrait, de même – et sous réserve que la CNSA puisse se faire représenter à ses délibérations – être consultée dans la phase de remontée des besoins.

QUOI

Il faut aller plus loin, d'une part en travaillant, par des travaux analytiques, à une meilleure qualification des besoins au plus près des situations vécues par chaque personne, d'autre part en élaborant des approches synthétiques faisant surgir les enjeux prioritaires grâce aux données comparatives de coûts. De même, le Conseil de la CNSA souhaite une meilleure connaissance des besoins d'aide ménagère, par des échanges systématiques avec les associations d'usagers et les fournisseurs de services, par un partenariat plus actif entre la CNSA, la CNAV et les CRAM, et les autres caisses gestionnaires d'un régime d'assurance vieillesse. Au total le Conseil de la CNSA renouvelle son affirmation d'octobre 2006 en soulignant « le point clef de la qualité du recensement des besoins et de leur prise en compte lors des arbitrages de priorités de financements publics. »

Au total, une connaissance juste de besoins financièrement valorisés, un débat sur les orientations possibles au vu d'informations chiffrées et transparentes pour dessiner des priorités, renforcent, ces deux dernières années l'ont montré, la qualité de l'arbitrage budgétaire, porté principalement par la représentation nationale. Et facilite ensuite, du même coup, l'efficacité de la ventilation des enveloppes de financement, conformément aux priorités définies par le Conseil de la CNSA.

Le Conseil de la CNSA reprend également la recommandation, exprimée dans son rapport d'octobre 2006, sur « l'information et la transparence autour des différents coûts liés à la compensation de la perte d'autonomie », et son orientation en faveur « d'une forme de rendez-vous annuel visant à établir le bilan précis et réel des restes à charge, et à éclairer les prix et les coûts des aides humaines et techniques ».

3) Articuler cette réflexion aux évolutions qui peuvent toucher les autorités tarifatrices des établissements et services médico-sociaux

En matière de tarification des établissements et services médico-sociaux, les compétences sont réparties de manière complexe. Selon le type d'établissement, la tarification peut être conjointe entre le préfet et le président du conseil général, ou partagée entre l'une ou l'autre de ces deux autorités, ou bien encore exclusivement confiée à l'une ou à l'autre.

Il est clair que le même souci de mise en cohérence des dotations budgétaires, tel qu'il s'exprime en confiant à la CNSA une vision d'ensemble sur la couverture des frais de soins et celle des frais de compensation pour l'autonomie, pourrait logiquement donner lieu à une reconsidération de la répartition des pouvoirs tarifaires locaux. Soit en modifiant les compétences de tarification, soit en envisageant des formes de délégation de compétence d'une autorité publique à une autre.

Certains membres du Conseil rappellent toutefois à cet égard que la question de la compétence de tarification des services à domicile doit faire l'objet d'une

attention particulière, notamment du fait de disparités qu'ils disent constater dans les modalités d'application des dispositions réglementaires.

Ce débat concernant les compétences relatives de l'État et des départements en matière de tarification est à distinguer d'une autre réflexion de gouvernance qui est ouverte aujourd'hui au sujet des « agences régionales de santé » (ARS) lesquelles pourraient reprendre les compétences des ARH en les élargissant à d'autres champs de dépenses d'assurance-maladie

Dans le cadre qui est fixé à ce rapport, et en l'absence d'arbitrages officiels, il n'appartient au Conseil de la CNSA, ni de considérer que ce nouveau schéma d'organisation serait aujourd'hui un fait acquis, ni de prendre position sur cette question – les positions des membres du Conseil étant, à cet égard, très partagées. Il convient toutefois d'indiquer que le rôle d'agence nationale de répartition qu'est la CNSA demeurera, en tout état de cause, fondamentalement le même, dès l'instant que l'articulation en un lieu unique des programmations sanitaires et médico-sociales ne s'accompagnerait pas d'une fusion, au niveau local, des enveloppes d'ONDAM sanitaire et médico-social. Il revient en effet à la Caisse d'assurer, sur la base d'une expression structurée des besoins rassemblée au niveau local (aujourd'hui les PRIAC établis par les préfets de région, pour l'ONDAM médico-social, et les niveaux de consommation d'APA et de PCH transmis par les conseils généraux, pour les concours nationaux à ces deux prestations), la répartition d'enveloppes destinées à garantir l'égalité territoriale. Cette mission, la CNSA peut continuer de la conduire quelle que soit l'autorité compétente au niveau local pour arrêter la programmation servant de base à la répartition des dotations, et quelle que soit l'autorité locale destinataire de ces mêmes dotations nationales.

Il est en tous cas fondamental que les programmations d'établissements et de services, et plus généralement tout accroissement des moyens budgétaires qui leur sont consacrés, fassent l'objet d'une stratégie plus coordonnée entre l'État et les conseils généraux.

C-III

Mieux penser les fonctions de gouvernance nationale au service de l'action locale

L'accompagnement des personnes et la mise en œuvre du droit à la compensation peuvent relever, on l'a dit, d'une gestion de proximité par les conseils généraux. Mais il s'agit là, en même temps, d'une politique publique nationale, dont il revient à l'État de fixer les orientations. À cette fin, l'administration d'État, au niveau central, doit être confortée dans sa capacité à prendre en charge un certain nombre de fonctions de réflexion et de conception stratégique. Il convient par ailleurs de renforcer les moyens d'action de la CNSA, dans son rôle d'animation du « réseau » des acteurs locaux, d'échange d'infor-

QUOI

mation, de suivi des indicateurs garantissant l'égalité de traitement, de lieu d'analyse et de synthèse des expressions de besoins, d'instance d'expertise sur les méthodes et les référentiels, et enfin de gestion technique quotidienne des différentes enveloppes financières de péréquation définies au niveau national.

1) Conforter l'évolution de l'administration d'État vers une responsabilité de stratégie

L'administration d'État doit pouvoir s'orienter résolument vers le pilotage global « stratégique » de la politique d'aide à l'autonomie, et pour cela disposer d'équipes capables de conduire de manière performante trois grandes fonctions :

En premier lieu, l'État doit assurer la gestion stratégique de la politique de compensation, qui se distingue fondamentalement de la gestion technique et de mise en œuvre, et qui comporte notamment :

- la définition pluriannuelle et le suivi, lors de l'élaboration des lois de financement, des grandes options budgétaires ;
- l'articulation de la politique de compensation avec les autres champs de l'action gouvernementale, notamment la politique de la santé, de l'emploi, du logement, toutes les politiques liées à l'accessibilité, ainsi que les politiques de la recherche et de la formation professionnelle ;
- la définition des indicateurs de performance de cette politique et, sur ces indicateurs, la fixation des grands axes de contractualisation avec les différents opérateurs publics chargés de la mise en œuvre, via les COG (au premier chef, la CNSA, mais également, en raison de l'impact des politiques de compensation sur leurs objectifs propres, la CNAMTS, la CNAV, la CNAF, etc.)

En deuxième lieu, l'administration centrale de l'État doit disposer d'une capacité de veille et de réflexion prospective, en évitant les doublons avec la CNSA :

- sur les cadrages financiers à moyen et long terme, avec des capacités de modélisation et de prospective socio-économique (incluant l'impact des progrès médicaux et de la prévention), ainsi que sur les scénarios de financement à ces différentes échéances ;
- sur l'efficacité des différentes formules de tarification et de prise en charge, et sur les différentes formules de régulation des dépenses, en suscitant des expérimentations de formules nouvelles ;
- sur les différentes formules de prise en charge retenues dans les autres pays, en développant sur ce point une observation active et critique des principales expériences étrangères ;
- sur l'évolution des métiers et des technologies d'aide à l'autonomie²⁸.

Enfin, en troisième lieu, l'État doit pouvoir éclairer les choix publics en rassemblant, sur un certain nombre de sujets, une expertise spécifique de haut niveau dans le cadre d'une collaboration avec d'autres acteurs : on pense

²⁸ La pauvreté des connaissances dans le domaine des sciences gérontologiques et, surtout, celle des savoirs en sciences exactes et sciences humaines sur le champ de l'autonomie doit à cet égard être soulignée, pour inviter à un important effort de recherche à moyen et long terme.

notamment à l'expertise technique et organisationnelle sur les objectifs et principes directeurs des systèmes d'information, et à l'expertise juridique permettant de garantir la qualité et la cohérence de l'ensemble des textes, législatifs et réglementaires, qui régissent la matière.

2) Faire évoluer les compétences et les moyens d'action de la CNSA

Simultanément, il convient de renforcer et de faire évoluer, dans le prolongement de ceux dont elle dispose déjà, les pouvoirs et les compétences de la CNSA. Ceci afin de l'installer clairement dans son double rôle de gestionnaire d'un nouveau champ de protection sociale et d'agence de coordination, pour l'autonomie des personnes, de l'aide individuelle à la compensation et du risque maladie en établissements et services.

En matière d'aide à l'autonomie, l'expérience acquise sur la PCH et l'installation des maisons départementales des personnes handicapées suggère d'amplifier le rôle partenarial de la CNSA dans l'échange de pratiques et la garantie de l'égalité de traitement. Pour cela, il faudrait étendre la contractualisation « d'appui à la qualité du service », qui existe déjà entre la CNSA et chaque conseil général, à l'autonomie quel que soit l'âge.

De même, et sous la condition d'un renforcement de la présence des départements au sein du Conseil de la CNSA, il pourrait être confié à la CNSA un spectre plus large d'outils, venant en appui du socle commun fixé par la loi et le règlement, pour atteindre l'égalité de traitement sur le territoire et la transparence de l'information : par exemple un pouvoir de proposition dans la définition des critères de répartition, entre les départements, du concours national destiné à couvrir les dépenses de la prestation de compensation.

En matière de gestion déléguée des crédits d'assurance maladie, la CNSA pourrait, au-delà de ses actuelles compétences en matière de répartition territoriale des enveloppes annuelles de crédits, se voir confier complètement l'animation du travail des services déconcentrés en charge de la gestion de l'ONDAM médico-social (aujourd'hui, les services des DDASS et DRASS). Il lui reviendrait, en conséquence, non seulement de conduire comme aujourd'hui un appui méthodologique sur la programmation, mais également de piloter le travail de ces services par exemple en matière de recueil d'informations, d'application des règles de tarification, ou de processus d'élaboration et de concertation sur les PRIAC.

Dans la mesure où le solde d'équilibre entre les autorisations de dépenses d'ONDAM médico-social votées par le Parlement et les dépenses réelles de l'assurance maladie est légalement inscrit dans son budget, il ne serait pas incohérent d'aller plus loin et de confier à la CNSA une véritable délégation de « gestion du risque » sur l'enveloppe de crédits d'assurance maladie destinés aux établissements et services médico-sociaux. Cela supposerait une compé-

QUOI

tence élargie sur les déterminants des moyens de reconduction et une compétence plus large en matière de prévention et de contrôle (par des moyens propres ou *via* l'animation des services déconcentrés compétents). Pour certains membres du Conseil, il devrait s'y ajouter le pouvoir pour la CNSA de procéder d'elle-même à une répartition d'enveloppes obéissant à une logique de résultat à atteindre dans le service rendu aux personnes hébergées en établissement, sans considération du statut, public ou privé, de l'opérateur.

Enfin, et en tout état de cause, il paraît nécessaire que l'ensemble des éléments servant de ressources au budget de la CNSA, c'est-à-dire non seulement, comme aujourd'hui, l'ONDAM médico-social, mais aussi les moyens nationaux destinés à la compensation pour l'autonomie, soient considérés comme partie intégrante de ce qui est soumis tous les ans au vote du Parlement dans le cadre de la « loi de financement de la sécurité sociale ». Cette mesure est loin d'être seulement symbolique : elle s'impose sur un plan de bonne gestion des finances publiques, dans la mesure où, précisément, tous ces crédits concourent, de manière complémentaire, à la prise en charge des situations qui portent atteinte à l'autonomie des personnes, quels que soient leur âge et leur lieu de vie.

Bien évidemment, une telle évolution conjointe des pouvoirs de l'État et de la CNSA supposerait une nouvelle écriture de la COG signée en 2006. À cette occasion, il conviendrait de privilégier un texte qui traduise l'existence d'un réel pilotage stratégique, privilégiant la logique du contrôle a posteriori à l'égard d'un opérateur responsabilisé sur des objectifs clairs. Le Conseil renouvelle ici son observation de 2006 visant à ce que l'État se dessaisisse « franchement et sans inquiétude de l'exécution des choses, grâce à une formulation nette des orientations, des finalités de l'action et des exigences de résultat. » De plus, si de nouvelles missions étaient confiées à la CNSA, le Conseil souligne que la renégociation de la COG devrait être l'occasion d'envisager le renforcement de ses moyens de fonctionnement, y compris par des dotations en personnel à la hauteur des nouvelles missions.

3) Repenser la composition et le fonctionnement du Conseil de la CNSA.

Pour ce qui relève de la composition du Conseil de la CNSA, la question mérite d'être portée en faveur d'une représentation explicite d'un représentant désigné par le Conseil de la CNAMTS et d'un représentant désigné par le Conseil d'administration de la CNAV, voire d'un représentant désigné par celui de la CNAF au titre des enjeux de solidarité intergénérationnelle. De même, certains membres du Conseil souhaitent une modification des pondérations de voix au sein du Conseil de la CNSA, et notamment que la forte part des voix de l'État soit réduite ; d'autres estiment que des modifications ne seraient justifiées qu'en cas d'évolution des compétences de la Caisse.

Pour ce qui relève du fonctionnement du Conseil de la CNSA, et même si celui-ci donne aujourd'hui globalement satisfaction, il devrait être envisagé, en pro-

longement du rapport de la CNSA d'octobre 2006, de renforcer la présence des départements au sein du Conseil de la CNSA, notamment par une responsabilité de vice-présidence. Une vice-présidence pourrait de même être prévue pour les partenaires sociaux.

Sans modifier l'étendue générale des compétences du Conseil de la CNSA, certains membres souhaitent que celui-ci soit consulté préalablement, comme les autres caisses nationales, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale avant son dépôt au Parlement.

Par ailleurs, et ainsi qu'il a déjà été dit plus haut, l'échange transparent d'information, créateur de confiance partagée, est progressivement apparu comme un élément fondamental de l'apport de la CNSA. Alors même que cette dimension ne figurait pas explicitement dans les attributions légales du Conseil de la CNSA, elle en est venue à représenter une part très substantielle de ses travaux. Il apparaît du même coup que cet échange gagnerait en intensité et en qualité s'il pouvait être conduit de manière plus fréquente et plus approfondie que cela n'est possible lors des quelques réunions plénières du Conseil.

C'est à ce titre que le Conseil, dans son règlement intérieur, a dès le départ ouvert la participation aux séances de ses commissions aux membres suppléants du Conseil. Il importe d'aller aujourd'hui plus loin avec la constitution d'un bureau d'une quinzaine de membres, qui pourrait par exemple être constitué de la manière suivante :

- le président ;
- les quatre vice-présidents ;
- un représentant du collège des personnes handicapées, et un représentant du collège des personnes âgées (ou des professionnels œuvrant en leur faveur) ;
- un autre représentant des départements ;
- un autre représentant des partenaires sociaux ;
- un représentant des organismes assurantiels, mutualistes ou de prévoyance ;
- un représentant des institutions qualifiées ;
- trois représentants de l'État.

Une concertation pourrait ainsi s'engager sur les points suivants :

- 1) les nouveaux équilibres de représentation et les règles de fonctionnement du conseil de la CNSA ;
- 2) l'étendue des compétences déléguées par l'État à la CNSA aussi bien en termes d'outils de régulation qu'en matière de pilotage des services en charge localement de la programmation médico-sociale et de la tarification ;
- 3) le champ des relations contractuelles entre la CNSA et les départements ;
- 4) l'étendue des responsabilités de la CNSA en matière de gestion du nouveau risque et notamment l'étendue de ses compétences dans les référentiels d'évaluation et les barèmes et plafonds de la prestation personnalisée de compensation ;
- 5) les conditions d'inscription des crédits gérés par la CNSA dans le champ du PLFSS.

AVEC QUELS

AVEC QUELS MOYENS ?

Un enjeu financier sérieux,
mais qui n'apparaît pas hors de portée
d'un arbitrage de priorités
au sein des finances publiques

Pour plusieurs membres du Conseil, la question des moyens n'est évidemment pas réductible à sa dimension financière. L'amélioration des modes de fonctionnement, l'optimisation des organisations de travail, la recherche de l'efficacité de la dépense constituent autant de sources de la libération de moyens nouveaux. Sources d'autant plus à privilégier qu'elles doivent en principe s'accompagner de relations administratives moins complexes et moins lourdes, de relations plus fluides entre les acteurs et, au final, d'une meilleure qualité du service rendu aux personnes.

Le Conseil est toutefois conscient de l'importance de la question posée par les moyens financiers à mobiliser, dans un contexte d'exigence de redressement des finances publiques, et donc de priorités à définir au sein de celles-ci.

Il importe à cet égard de savoir établir distinctement, d'un côté les enjeux financiers correspondant aux dépenses nécessaires à la prise en charge des « surcoûts » liés spécifiquement à une situation d'atteinte à l'autonomie de la personne, et de l'autre les dépenses de soins (assurance maladie) qui s'adressent à la même personne.

Seuls les premiers correspondent, au sens strict, à l'effort qui découle de la création d'un nouveau champ de protection sociale. Les seconds ne sont pas moins nécessaires, mais ont vocation à trouver leur couverture dans le cadre de l'équilibre général du financement de l'assurance maladie. Entretenir la confusion voilerait les arbitrages nécessaires.

Les montants à mobiliser pour couvrir le financement public de la prestation personnalisée de compensation dépend d'au moins cinq facteurs (hors inflation)

- l'évolution du nombre de bénéficiaires à législation constante, liée d'une part à l'allongement marqué de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap, et d'autre part – et principalement – à la progression du nombre de personnes âgées et à l'évolution de leur degré d'autonomie ;
- l'évolution du « coût des facteurs », c'est-à-dire, pour l'essentiel, l'évolution du coût salarial des métiers d'assistance à domicile et en établissement ;

MOYENS

- l'augmentation du nombre des professionnels dans les services et établissements pour personnes âgées²⁹ ;
- l'évolution spontanée des recettes déjà mobilisées ;
- enfin, relevant d'options sur lesquelles les prévisions sont évidemment plus hasardeuses, l'impact des choix effectués en matière de couverture de la prestation de compensation, notamment au titre de la convergence prévue par la loi du 11 février 2005.

Des différentes estimations publiques aujourd'hui disponibles (projections du Centre d'analyse stratégique en 2006, estimations du rapport Gisserot en 2007), il ressort que l'effort à conduire consiste en pratique à accepter, à l'horizon d'une génération, un effort annuel équivalent au supplément de dépense que la Nation consent en ce moment, chaque année, sur le budget de l'assurance maladie.

Cette évaluation doit toutefois être considérée avec la réserve importante d'une expertise encore à compléter du coût des différentes options de couverture publique de la prestation personnalisée de compensation. Cela d'autant que d'autres perspectives plus élevées ont pu être tracées, notamment par la Cour des comptes, sur des besoins considérables aussi bien en aides à la personne qu'en formules d'accompagnement à domicile ou en établissement.

L'enjeu financier, même s'il n'apparaît pas hors de portée, est donc sérieux : la réflexion nécessaire sur la mobilisation de ressources nouvelles devrait ainsi s'accompagner d'une évaluation des redéploiements qui sont possibles au sein des finances publiques, en recherchant à cet égard une allocation des moyens en fonction de leur plus grande efficacité, la mise en cohérence des outils d'aide sociale et fiscale, et un pilotage de la dépense plus efficace.

Relevant cependant que certains de ses membres contestent vigoureusement ces chiffres comme fortement sous-estimés, le Conseil estime que cette question de l'évaluation et du chiffrage des différents scénarii, à conduire de manière contradictoire par les institutions et administrations compétentes, constitue un point d'expertise fondamental. Sa réalisation et sa mise à disposition publique préalable constituent à leurs yeux l'un des éléments essentiels à la réussite d'une concertation sur les options à retenir.

S'agissant des dépenses de soins (ONDAM médico-social), il n'existe pas, aujourd'hui, de prospective financière de moyen terme sur l'évolution de la nature, des techniques et du coût des soins (médicaux et para-médicaux) à dispenser, en établissement et service médico-sociaux. L'anticipation de ces coûts au même horizon de 2030 supposerait de fortes hypothèses sur l'impact du progrès médical, et plusieurs hypothèses aussi sur l'organisation de ces soins, dans la mesure où leur prise en charge peut s'envisager de manière plus ou moins institutionnelle, et conduire peut-être à certains déplacements, dans

²⁹ dont on rappelle que certains membres du Conseil demandent le doublement.

AVEC QUELS

un sens ou dans l'autre, entre les différentes « enveloppes » de l'ONDAM. À ce titre, certains membres du Conseil retiennent l'hypothèse de redéploiements venant de l'enveloppe hospitalière ou de l'enveloppe des soins de ville, ou insistent pour que les arbitrages budgétaires sachent s'affranchir de toute approche différenciée selon le statut, public ou privé, des établissements concernés.

Les seules estimations possibles des besoins relèvent donc d'horizons beaucoup plus courts, qui sont ceux des exercices PRIAC ou des différentes programmations nationales. Lors de sa séance du 3 juillet 2007, le Conseil de la CNSA a travaillé sur ces bases, c'est-à-dire en considérant un effort à faire dans les cinq prochaines années correspondant au moins à la poursuite, sur cette même période, du niveau de croissance des dépenses d'assurance maladie médico-sociales retenu par le Parlement depuis 2000³⁰.

Défi majeur, certes, notamment dans un contexte qui voit le taux de croissance annuel de l'ONDAM total devoir se situer en dessous de 3 % pour garantir l'équilibre des comptes. Mais défi atteignable, pour autant que des redéploiements soient accomplis, parce que l'ONDAM médico-social ne représente que 10 % de l'ONDAM total. Cela d'autant plus que, s'agissant d'une croissance qui découle beaucoup plus de choix d'amélioration qualitative et quantitative de l'offre de service que d'une tendance haussière des coûts de fonctionnement, le choix du délai dans lequel on décide d'atteindre tel ou tel objectif cible de réponse aux besoins offre un autre moyen de respecter les contraintes qui pèseraient sur le taux de croissance annuel.

Ainsi, le débat public qui devra s'organiser portera nécessairement sur les priorités retenues dans la définition du champ optimal des politiques publiques, en ne perdant pas de vue une approche d'ensemble des besoins de protection sociale de tous ordres : qu'il s'agisse de mobiliser des ressources publiques ou des ressources d'assurance personnelle, les moyens globaux ne sont pas illimités et la clé de financement quelle qu'elle soit ne dispensera pas de raisonner en termes de priorités et d'équilibres.

Le débat, bien sûr, concernera aussi le niveau des prélèvements obligatoires, en tenant compte à la fois des impératifs d'efficacité économique, et de notre culture de solidarité. Réflexion d'autant plus constructive que seront nettement partagées par tous :

- la légitimité d'un arbitrage budgétaire rendu en toute connaissance des besoins quantitatifs et qualitatifs, exprimant dès lors un choix de priorités et une mise en cohérence de l'action publique clairement assumés ;
- la nécessité d'une évaluation régulièrement reprise de toute dépense publique quant à l'efficacité de sa réponse aux besoins à couvrir ;
- et au total la recherche constante de la meilleure utilité de l'euro public dépensé.

³⁰ 8,6 % de croissance annuelle moyenne entre 2000 et 2007.

MOYENS

Une concertation pourrait ainsi s'engager sur les points suivants :

Il n'entre pas dans le rôle du Conseil de la CNSA de proposer ou de retenir les modalités de financement d'une protection sociale.

1) C'est la concertation qui devra s'ouvrir et la représentation nationale qui *in fine* détermineront de telles modalités. Tout au plus, il est rappelé ici quelques pistes parmi celles qui ont pu être évoquées :

- inclusion dans l'assiette de la CSA des revenus de remplacement, des revenus des non salariés et des revenus des jeux;
- alignement des taux de la CSG sur les pensions de retraite sur celui portant sur les revenus salariaux;
- évolution dans le temps de la part de CSG affectée à la compensation pour l'autonomie;
- contribution prélevée sur chaque contrat d'assurance;
- cotisation particulière sur les entreprises liée aux atteintes portées à l'autonomie des personnes³¹ victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, en évitant toute confusion avec la finalité de réparation inhérente à l'assurance AT-MP;
- plus généralement, création d'une cotisation spécifique à l'autonomie, dans le cadre d'une réforme globale du financement de la sécurité sociale.

La concertation devra également porter sur :

- 2) les impacts de la réforme envisagée sur la fiscalité locale;
- 3) en contrepartie de la suppression de l'essentiel des droits de succession, l'effort susceptible d'être demandé aux familles qui disposent d'un patrimoine supérieur à un montant à définir;
- 4) le re-profilage des aides fiscales liées à l'autonomie;
- 5) des incitations fiscales à des contrats relevant, à l'instar du mécanisme mis en place pour les couvertures complémentaires maladie, de dispositifs solidaires et responsables;
- 6) la taxation de certaines « niches sociales » mentionnées dans le rapport de la Cour des comptes sur les comptes sociaux en 2006;
- 7) les marges de manœuvre de redéploiements au sein de la dépense publique.

³¹ mesurée conformément aux règles générales d'évaluation des besoins d'aide à l'autonomie, et non pas par référence au taux d'IPP

AU TOTAL

AU TOTAL : L'ARCHITECTURE D'UN NOUVEAU CHAMP DE PROTECTION SOCIALE

Ambition poursuivie : ouvrir à toute personne l'accès à l'autonomie dans les gestes de la vie courante et la participation à une vie sociale

Objectif à atteindre

Le droit universel de compensation pour l'autonomie, par :

- A) un service universel d'information, de conseil, d'orientation et d'expertise, pour l'évaluation des besoins individuels d'aide à l'autonomie ;
- B) sur ces bases, la définition d'un plan personnalisé de compensation comprenant un éventail de services et d'aides adaptés, y compris en faveur des aidants familiaux, en réponse à une situation et à un projet de vie et non pas en se bornant à l'application d'une classification ;
- C) la définition d'une prestation personnalisée de compensation, dont les différents éléments reprennent tous les biens et services identifiés comme nécessaires dans le plan personnalisé de compensation ;
- D) le financement de tous les éléments de cette prestation par la solidarité publique ;
- E) ou alternativement, le financement des éléments de cette prestation par une combinaison, d'une part de solidarité publique et d'autre part de prévoyance collective ou personnelle, dès lors que serait garanti l'accès au financement de cette prestation pour tout niveau de revenu ;
- F) une couverture complémentaire des autres biens et services identifiés dans le plan personnalisé de compensation ;
- G) la gestion cohérente de ce droit universel de compensation avec d'autres segments de protection sociale concernant les mêmes personnes, notamment les soins en établissements et services médico-sociaux ;
- H) à disposition de l'ensemble des acteurs concernés, la connaissance transparente des besoins recensés d'aides et de services.

Voie pour y parvenir

Une gouvernance nouvelle, par :

- A) une réponse de proximité assurée par les conseils généraux,
- B) une exigence d'égalité de traitement portée par la CNSA, opérateur national,
- C) le choix d'un niveau et d'un mécanisme de partage équitables entre res-

sources nationales et fiscalités départementales pour le financement par la solidarité collective,

D) une régulation des dépenses médico-sociales assurée par la CNSA, par délégation de l'assurance maladie,

E) une claire distinction des responsabilités entre un Etat stratège et la CNSA opérateur renforcé dans ses moyens d'action,

F) un débat annuel au Parlement pour déterminer les réponses financières aux besoins exprimés.

Sur ces fondements les membres du Conseil de la CNSA ont précisé les principaux points de la concertation qui devrait être conduite, et notamment :

- la définition du panier de biens et services susceptible de répondre aux besoins d'aide à l'autonomie de la personne, en y intégrant les besoins des aidants familiaux ;
- l'ensemble des règles universelles et méthodes à respecter pour déterminer, dans chaque plan personnalisé de compensation, ceux des biens et services qui doivent être considérés comme nécessaires pour la personne en cause, et constitutifs en conséquence de sa « prestation personnalisée de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie » ;
- si et à quelles conditions une part de la prestation de compensation (c'est-à-dire du socle des besoins d'aides nécessaires) peut être prise en charge par des mécanismes de prévoyance individuelle ou issus de la négociation collective ;
- pour la part de la prestation de compensation financée sur fonds publics (totale ou partielle selon la réponse apportée au point précédent), la part financée par des ressources nationales et la part financée par la fiscalité départementale, et les modalités visant à rendre cette partition équitable, et stable dans le temps ;
- les nouveaux équilibres de représentation et les règles de fonctionnement du Conseil de la CNSA ;
- le champ des relations contractuelles entre la CNSA et les départements, ainsi que l'étendue des responsabilités de la CNSA en matière de gestion du nouveau risque et notamment l'étendue de ses compétences dans les référentiels d'évaluation et les barèmes et plafonds de la prestation personnalisée de compensation ;
- les modalités de financement, et notamment la nature et le montant des ressources nouvelles à mobiliser, y compris les redéploiements possibles au sein des dépenses publiques.

Avec l'ambition de voir réussir une politique publique pensée autrement, pour donner vie, comme y appelait le rapport d'octobre 2006 de la CNSA, à « une espérance, portée haut » : la reconnaissance de la dignité et de la citoyenneté de chaque personne.