

## Quel périmètre et quelle architecture pour la nouvelle branche autonomie ?

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

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

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

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

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

## 1. Quelle architecture de la branche autonomie ?

### 1.1. Le périmètre

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

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

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

- ◆ **2) Quels types de recettes affecter à la nouvelle branche ?**

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

- ◆ **3) Quel périmètre pour la nouvelle branche autonomie ?**

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

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

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

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

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

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

- **Des prestations familiales relatives au handicap ?**

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

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

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

- **Le financement des PAERPA ?**

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

- **l'intervention des infirmiers libéraux auprès des personnes en perte d'autonomie ?**

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

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

- **L'allocation aux adultes handicapés (AAH) ?**

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

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

*Il s'agit : - de l'aide au poste pour les ESAT (1,375 Md €), qui bénéficie à environ 120 000 personnes dans le cadre de la garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH) et complète le financement des ESAT, en sus des financements de la CNSA via les ARS. Elle est versée aux ESAT par l'agence de services et de paiement.*

*- de l'allocation supplémentaire d'invalidité (256 M€) qui complète les ressources des bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'un avantage vieillesse dès lors que le bénéficiaire est atteint d'une invalidité générale réduisant sa capacité de travail ou de gain des deux tiers. Les bénéficiaires de l'ASI peuvent également percevoir une l'AAH dite différentielle si le niveau de l'ASI est inférieur au montant de l'AAH.*

*- du financement de l'emploi accompagné (9,9 M€). Ces crédits ont été abondés en 2019 et 2020 (+ 5 M€), dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme*

*- du financement des cinq instituts nationaux dédiés aux handicaps sensoriels (14,5 M€) : ils ont pour mission l'accompagnement médico-social et la scolarisation des jeunes aveugles et sourds au stade de l'éducation précoce, et de l'enseignement général, technique et professionnel. Le programme 157 couvre uniquement la rémunération des personnels enseignants des cinq établissements, le solde du fonctionnement étant couvert par les dotations de l'assurance maladie et par des fonds propres.*

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

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

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

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

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

- **Les dispositifs d'accès à l'emploi ?**

*L'Agefiph, et le FIPHFP recueillent les contributions des employeurs privés et publics qui n'atteignent pas le taux obligatoire d'emploi de personnes en situation de handicap. Ces financements (450 M€ pour l'Agefiph, 108 M€ pour le FIPHFP) servent à faciliter l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap.*

*Les entreprises adaptées accueillent des personnes en situation de handicap et bénéficient via le programme 102 de 395,43 millions d'euros en 2019, avec pour objectif la solvabilisation de 33 486 ETP.*

- **Les accompagnants des élèves en situation de handicap ?**

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

- **L'adaptation du logement ?**

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

## **1.2. La LFSS et le pilotage**

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

- ◆ **le vote d'un agrégat financier d'équilibre de la branche autonomie**, selon les recettes et dépenses affectées à cette branche. La définition d'un nouvel objectif de dépenses pourrait également être envisagée, notamment pour celles qui font partie de cette politique sans être directement financées par la branche (dépenses des départements) ;
- ◆ **la définition d'un programme de qualité et d'efficience** en annexe du PLFSS dédiée à l'autonomie. Le PQE est actuellement centré sur les risques invalidité et les dépenses de la CNSA. La construction de la branche autonomie est l'occasion de revoir les contenus de ce PQE ainsi que les indicateurs utilisés pour le suivi de cette politique ; afin d'assurer une vision globale des financements publics consacrés à l'autonomie au-delà des crédits qui seront gérés par la nouvelle branche.
- ◆ la question **d'outils permettant de mieux piloter les dépenses de la branche** et de s'assurer de son équilibre financier à moyen terme ; notamment les systèmes d'information permettant une vision nationale des personnes accompagnées (cf. le SI commun des MDPH en cours de déploiement : faut-il aussi un SI commun sur l'APA ?) ; et d'optimiser l'efficience de la dépense dans une logique interbranches (cf. les appariements avec le SNIIRAM de l'assurance maladie, pour suivre les dépenses de soins).

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

## 2. Quelle gouvernance de la branche ?

### 2.1. Quelle organisation de la gouvernance nationale ?

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

- ◆ **les missions de la CNSA** : quelles évolutions des missions de la CNSA telles qu'elles sont définies aujourd'hui à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles ?
- ◆ **la composition du conseil** : la loi devra fixer les règles constitutives relatives aux organes dirigeants de la structure de tête, c'est-à-dire les règles relatives à leur détermination (en distinguant notamment les organes collégiaux et la direction exécutive), à leur rôle, aux conditions de leur désignation et aux catégories de personnes représentées en leur sein. La composition *ad hoc* du conseil de la CNSA, qui est très différente des compositions plus paritaires (au sens des partenaires sociaux, syndicats et employeurs) des caisses nationales actuelles pourrait être conservée, transformée, ou simplement ajustée ;
- ◆ **les pouvoirs dévolus au conseil, au directeur de la caisse** et notamment le rapport à la tutelle : les caisses nationales ont un pouvoir de consultation sur tous les textes dans le champ de leur politique ; les dispositions relatives à la convention d'objectif et de gestion pourrait être revues (l'actuelle COG couvre la période 2016-2019, elle doit faire l'objet d'une évaluation d'ici à fin 2020).

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

### 2.2. Quelle organisation de la gouvernance locale ?

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

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

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

- ◆ un scénario dans lequel le conseil départemental devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre, en établissement comme à domicile, les compétences des ARS étant resserrées d'une part sur le pilotage de l'offre sanitaire, et d'autre part sur l'inspection et le contrôle ;
- ◆ un scénario dans lequel l'ARS devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre, en établissement comme à domicile, les compétences départementales étant resserrées d'une part sur la définition de la stratégie départementale de la politique du grand âge, et d'autre part sur le pilotage du front office, de l'ouverture des droits et du cadre de vie de la personne ; éventuellement avec une possibilité de délégation de l'ARS vers un conseil départemental.
- ◆ un scénario partenarial à travers la conclusion d'un contrat territorial d'autonomie entre l'ARS et le Conseil départemental ; c'est celui que retient préférentiellement le rapport de la concertation « grand âge et autonomie »
- ◆ un scénario avec création de caisses locales spécifiquement dédiées à l'autonomie, à l'image des réseaux régionaux et départementaux des actuelles caisses nationales de sécurité sociale.

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

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

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

## Quelles mesures de financement du soutien à l'autonomie ?

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

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

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

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

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

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

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

## **1. Transferts de ressources**

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

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

### **1.2. Depuis le Fonds de réserve des retraites (FRR)**

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

### **1.3. Depuis la branche Famille**

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

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

### **2.1. Une assurance complémentaire**

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

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

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

## **2.3. Le viager**

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

## **2.4. Le prêt viager hypothécaire**

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

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

L'encours des contrats d'assurance-vie s'élevait fin 2019 à 1.788 milliards d'euros, en progression de 6% sur un an. Aujourd'hui, lorsqu'une assurance vie est transformée en rente, une fraction de la rente viagère est soumise à l'imposition sur le revenu et aux prélèvements sociaux en fonction de l'âge de l'assuré (moins de 50 ans : 70 %, entre 50 et 59 ans : 50 %, entre 60 et 69 ans : 40 %, à partir de 70 ans révolus : 30 %). La reconnaissance d'une perte d'autonomie est sans incidence sur ce régime fiscal.

## **3. Mesures d'économies**

### **3.1. La prise en compte du patrimoine dans l'attribution de l'APA à domicile**

En Angleterre, le *Community Care*, organisé par les collectivités locales, tient compte du patrimoine des personnes âgées, qui au-dessus d'un certain seuil doivent financer intégralement leurs dépenses. La prise en charge complète de l'hébergement par la sécurité sociale n'est disponible que pour les personnes dont les actifs sont inférieurs à 14 250 livres sterling et qui ont un niveau de dépendance élevé. Cette prise en charge est dégressive jusqu'à un niveau d'actifs de 23 250 livres sterling.

En 2008 et 2010, les rapports du sénateur VASSELLE avaient proposé, pour l'APA à domicile, de solliciter les patrimoines les plus élevés par le choix offert à l'entrée en dépendance entre une APA à 50 % ou une prise de gage de 20 000 euros au maximum sur la fraction du patrimoine dépassant un seuil déterminé, à fixer entre 150 000 euros et 200 000 euros. Le rapport Fragonard avait effectué un chiffrage de cette mesure, entre 450 et 950 M€ d'économies sur l'APA selon le seuil de prise de gage. Cette question a été réabordée dans le cadre de l'atelier 2 de la concertation « grand âge et autonomie ».

### **3.2. La suppression de l'aide au logement en EHPAD**

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

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

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

### **3.4. Le report à 75 ans de l'exonération de cotisations patronales pour l'aide à domicile**

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

## **4. Niches fiscales**

### **4.1. Le périmètre du crédit d'impôt « aide à domicile »**

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

### **4.2. Une taxation des donations**

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

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

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

## **5. Prélèvements obligatoires**

### **5.1. Une deuxième journée de solidarité**

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

### **5.2. Une taxation des successions**

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

### **5.3. Un alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs**

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

### **5.4. Une extension du champ de la CSA/CASA aux revenus de capitaux mobiliers**

L'assiette de la CSG couvre outre les revenus d'activité et les revenus de remplacement les revenus du patrimoine, les produits de placement ou les sommes engagées ou redistribuées par

les jeux. La CSA, du fait qu'elle est la contrepartie de la journée de solidarité, ne touche que les revenus d'activité ; la CASA ayant étendu la base aux revenus de remplacement (retraites et invalidité). La loi de finances pour 2018 a réformé la fiscalité applicable aux revenus de capitaux mobiliers en instaurant un prélèvement forfaitaire unique (PFU) incluant à la fois prélèvements sociaux (17,2%) et impôt sur le revenu (12,8%).