

*Soutenir
l'autonomie :*
**les besoins
et leurs
financements**

RAPPORTEURE
Martine VIGNAU

2024-005
NOR : CESL1100005X
Mardi 26 mars 2024

JOURNAL OFFICIEL
DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2021-2026
Séance du 26 mars 2024

Soutenir l'autonomie :
**les besoins et
leurs financements**

Avis du Conseil économique, social
et environnemental sur proposition
de la commission des Affaires sociales et
de la santé

Rapporteure :
Martine Vignau

Question dont le Conseil économique, social
et environnemental a été saisi par décision de
son bureau en date du 6 septembre 2022
en application de l'article 3 de l'ordonnance
n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée
portant loi organique relative au Conseil
économique, social et environnemental.
Le bureau a confié à la commission des
Affaires sociales et de la santé, la préparation
d'un avis *Soutenir l'autonomie : les besoins
et leurs financements*. La commission des
Affaires sociales et de la santé présidée
par Mme Angeline BARTH, a désigné
Mme Martine VIGNAU comme rapporteure.

sommaire

Synthèse	4
Préambule	10
Introduction	12
PARTIE 01 - QUELS BESOINS VEUT-ON FINANCER ?	20
A. MIEUX PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE	23
B. GARANTIR LE LIBRE CHOIX	24
❶ Soutenir le financement d'une plus grande diversité de l'offre	24
❷ Aller vers un reste à charge soutenable	29
C. AMÉLIORER LA QUALITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT	44
❶ Le développement d'une offre globale organisée dans une logique de parcours	44
❷ Des personnels formés, respectés et en nombre suffisant	46
❸ Le contrôle : corolaire de toute politique publique en particulier lorsqu'il s'agit de personnes vulnérables	49
D. MIEUX SOUTENIR LES AIDANTS FAMILIAUX ET PROCHES AIDANTS	53

PARTIE 02 - QUELLES SOURCES DE FINANCEMENT ?	57
A. Les principes directeurs	60
B. Les pistes de financement	61
C. À titre complémentaire : autres sources pour contribuer à couvrir le reste à charge des personnes et des familles	72
D. Des scénarios de financement reposant sur la justice sociale	74
PARTIE 03 - QUELLE GOUVERNANCE POUR LE CINQUIÈME RISQUE ?	76
Conclusion	80
Déclarations des groupes	82
Scrutin	100
Annexes	102

synthèse

La France va devoir faire face au vieillissement de sa population. A celui-ci peut être associée la perte d'autonomie : se trouve dans cette situation toute personne confrontée à un problème de santé qui lui impose d'être aidée pour l'accomplissement des besoins essentiels de la vie. Ces deux composantes – une ou plusieurs limitations, la nécessité d'une aide – font, en France, écho aux critères de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Sur 17,5 millions de personnes de plus de 60 ans, plus de 1,3 million perçoivent l'APA. Un peu moins de 60 % des bénéficiaires de cette allocation vivent à leur domicile. Les autres résident en établissement.

La perte d'autonomie est un risque auquel sera confronté l'ensemble de la population. Elle doit trouver une réponse dans le cadre de la Sécurité sociale, au sein de la cinquième branche, portée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Pour le CESE, il ne faut pas se limiter aux aspects techniques et financiers de cette création : la cinquième branche doit, au même titre que la maladie, la famille, la vieillesse ou les accidents du travail et maladies professionnelles, couvrir ce risque selon les principes de la Sécurité sociale, en ouvrant donc logiquement et légitimement des droits sociaux.

Avec cette saisine, le CESE s'est donné un double objectif : identifier les besoins liés à la perte d'autonomie et avancer différentes options pour les financer. L'accent a été mis sur l'acceptabilité sociale des pistes de financement. Cette approche a justifié le choix d'intégrer la parole citoyenne à la préparation de l'avis : ainsi, pour la première fois, quinze citoyens et citoyennes tirés au sort, ont rejoint une commission permanente du CESE et participé à toutes les étapes de ses travaux. A cette participation, se sont ajoutés des ateliers-citoyens en Martinique et à La Réunion.

LES PRECONISATIONS DU CESE

PARTIE I : QUELS BESOINS À FINANCER ?

PRÉCONISATION #1

Le CESE préconise l'élaboration d'une loi de programmation pluriannuelle relative à la perte d'autonomie apportant des réponses à la diversité des besoins et à la hauteur de leurs enjeux.

Garantir le libre choix

PRÉCONISATION #2

Des mesures sont nécessaires pour rééquilibrer l'offre de places en Ehpad sur tout le territoire et réduire les trop grands écarts de reste à charge pour les personnes âgées qui souhaitent avoir recours à ce type d'accompagnement. Pour cela, le CESE préconise de :

- déterminer un tarif maximum au niveau national, qui pourrait être fonction du niveau de dépendance des personnes accueillies et des prestations offertes, pondéré en fonction du coût de l'immobilier ;
- imposer un niveau minimum de places aux tarifs administrés dans tous les établissements pour garantir, sur l'ensemble du territoire, des places pour les personnes éligibles à la prestation sociale à l'hébergement.

PRÉCONISATION #3

Le CESE préconise de :

- faire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) la prestation autonomie liée à l'âge dont le modèle converge vers celui de la prestation de compensation du handicap (PCH) et est indexé sur les salaires des professionnels du secteur ;

- garantir la réalité du libre choix en permettant aux bénéficiaires de l'APA de recourir de manière effective à l'emploi à domicile ;
- créer une valeur nationale de référence du point GIR (groupe iso-ressources). Afin de compenser financièrement le coût de l'insularité, elle sera abondée par l'État du pourcentage correspondant au coefficient géographique défini par le ministère de la santé prenant en compte la Corse, les départements ultra-marins et l'Île-de-France.

PRÉCONISATION #4

Pour limiter les dépenses supportées par la personne et sa famille, le CESE préconise de :

- remplacer l'aide sociale à l'hébergement (ASH) par une prestation sociale hébergement liée aux revenus et au tarif hébergement et solvabilisée par la solidarité nationale.
- aller vers un reste à charge zéro pour le soin et la dépendance ;
- faire évoluer l'habilitation à l'aide sociale, aujourd'hui attachée à l'établissement, vers une habilitation à la personne.

Améliorer la qualité de l'accompagnement

PRÉCONISATION #5

Des financements sont nécessaires pour améliorer les formations, les qualifications, les conditions de travail, et la reconnaissance de l'activité des professionnels (soignants, accompagnants et encadrants). Le CESE se prononce pour des principes forts et transversaux :

- la définition d'une norme d'encadrement dans les établissements de soin et

d'accompagnement social et médico-social. Dans les Ehpad, la norme d'un soignant ou d'une soignante pour un résident ou une résidente devrait être atteinte dans les meilleurs délais ;

- la simplification et l'intégration dans les modalités de financement des établissements d'indicateurs qualitatifs et d'utilité sociale ;
- la suppression des limitations des durées d'intervention auprès des personnes en prenant pour modèle la PCH ;
- l'amélioration du dialogue social afin que toutes les parties prenantes donnent du sens aux métiers ;
- des incitations financières de l'État pour faire converger vers le haut les droits conventionnels dont bénéficient les professionnelles et professionnels ;
- la définition d'un plan pluriannuel de qualification et de revalorisation des métiers du lien - y compris du service à domicile -, du soin et de la prévention de la perte d'autonomie ;
- afin d'assurer la qualité de l'accompagnement à domicile sur tout le territoire et de réduire les inégalités, reconnaître le « relais assistant de vie » et le rendre obligatoire pour tout assistant ou assistante de vie désireux d'accompagner un particulier employeur fragile dont la perte d'autonomie est catégorisée en GIR 1 à 4.

PRÉCONISATION #6

Réinterroger l'ensemble de l'architecture du système de contrôle et expertiser la création d'un service à compétence nationale rattaché à l'Inspection générale des affaires sociales et à l'Inspection générale des finances, doté d'antennes régionales chargées des inspections et des contrôles avec des moyens humains à la hauteur des enjeux. Ce nouveau positionnement du contrôle garantirait une véritable impartialité des inspecteurs, dont la mission serait clairement distincte de celle d'accompagnement et de conseil qui incombe aux agences régionales de santé. Cette réforme pourrait s'accompagner d'une évolution législative et réglementaire sur l'exercice de ces contrôles, permettant aux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale de disposer des mêmes pouvoirs que ceux des corps de contrôle du ministère des finances, dont l'assermentation.

Mieux soutenir les aidants familiaux et proches aidants

PRÉCONISATION #7

Le CESE demande une définition légale commune aux aidants permettant un statut assorti de droits, notamment :

- un congé unifié mieux indemnisé et plus flexible ;
- la prise en compte des périodes d'aidance dans le parcours professionnel ;
- l'ouverture de droits à l'assurance vieillesse.

PARTIE II : QUELLES SOURCES DE FINANCEMENT ?

L'effort national en faveur de l'accompagnement de la perte d'autonomie est en hausse, mais il reste insuffisant. L'avis examine donc, dans une deuxième partie, plusieurs pistes de financement.

Le système doit répondre aux fondements de la sécurité sociale (chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins). Mais il doit aussi s'appuyer sur des principes directeurs :

- garantir un panier de prestations et services pour toutes et tous financé par la solidarité nationale ;
- mettre fin aux inégalités territoriales ;
- inscrire l'hébergement dans la solidarité nationale ;
- aller vers un reste à charge soutenable.

PRÉCONISATION #8

Le CESE préconise un système de financement dans lequel chacun doit participer selon ses moyens et recevoir selon ses besoins : il est nécessaire d'affecter des ressources supplémentaires à la branche autonomie reposant sur la solidarité nationale prenant en charge le risque.

PRÉCONISATION #9

Le CESE propose la création d'une prestation sociale se substituant à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), prise en charge par la cinquième branche qui en assurerait aussi la gestion locale. Traduction de la solidarité nationale, elle ne devrait pas être susceptible de recours sur succession. Elle serait dégressive en fonction des revenus, et plafonnée. Elle serait associée à une obligation alimentaire familiale revisitée et harmonisée. Le CESE propose également

qu'un barème national soit créé tenant compte des ressources et des charges de chaque obligé alimentaire.

Les pistes de financement

L'avis présente plusieurs pistes qui ont en commun de faire écho à la conception que le CESE se fait du « 5^{ème} risque ». Pris en charge par une branche spécifique, il concerne chacun et chacune d'entre nous (personnes en perte d'autonomie, mais aussi familles et aidants) :

Piste 1 : l'institution d'une nouvelle cotisation progressive affectée à la perte d'autonomie des personnes âgées assise sur les revenus du travail et les pensions de retraite

Piste 2 : la diminution des exonérations de cotisation sociales

Piste 3 : l'affectation à la perte d'autonomie de recettes tirées d'une contribution existante à assiette large, la CSG (contribution sociale généralisée)

Piste 4 : le ré-étalement dans le temps de la dette de la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale) et l'affectation à la perte d'autonomie d'une partie de la CSG

Piste 5 : une convergence du taux supérieur de la CSG applicable aux retraités et aux actifs

Piste 6 : l'extension de l'assiette de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) aux revenus d'activité des travailleurs indépendants et aux compléments de salaires aujourd'hui exonérés

Piste 7 : la mobilisation des transmissions de patrimoine par une plus grande progressivité du barème des droits de mutation à titre gratuit

Piste 8 : la mise en place d'une redevance sur les bénéfices des Ehpad privés lucratifs

A ces pistes, l'avis ajoute, à titre complémentaire et pour contribuer à réduire le reste à charge :

Piste 9 : la création d'une assurance dépendance

Piste 10 : encourager le « viager mutualisé »

A l'issue de cette présentation, le CESE envisage plusieurs scénarios pour répondre aux besoins de financement de la perte d'autonomie. Tous respectent les principes directeurs de justice sociale identifiés dans l'avis :

- un 1^{er} scénario envisage des pistes de financement larges faisant contribuer à l'effort tant les revenus des salariés, des travailleurs indépendants, des retraités et ceux du capital. Il n'implique pas la création d'une nouvelle cotisation sociale ;
- un 2^{ème} scénario recentre les financements supplémentaires sur des cotisations sociales directement affectées à la sécurité sociale et reposant à la fois sur les revenus d'activité et les entreprises ;
- un 3^{ème} scénario ne fait pas contribuer davantage les entreprises et les travailleurs indépendants, l'effort reposant sur les revenus salariés, les pensions de retraites mais aussi sur une plus grande progressivité des droits de mutation à titre gratuit ;
- un 4^{ème} scénario rassemble toutes les pistes de financement présentées dans l'avis, privilégiant une pluralité de revenus. Cela permettrait, pour chacun de ces revenus, une contribution plus faible.

PARTIE III : QUELLE GOUVERNANCE POUR LE CINQUIÈME RISQUE ?

PRÉCONISATION #10

Le CESE propose de revoir l'ensemble de la gouvernance du système afin de concrétiser pleinement la création de la cinquième branche, de rendre plus lisibles et plus efficaces les politiques publiques menées et de réduire les inégalités territoriales. Cela passe par :

- un renforcement de la place des partenaires sociaux au conseil d'administration de la CNSA ;
- la création de caisses locales de solidarités pour l'autonomie ;
- le renforcement du pilotage de l'ensemble du système par la CNSA.

préambule

Notre population vieillit, nous confrontant à un défi sociétal au regard de ses enjeux démographiques et de longévité. Le financement de la perte d'autonomie a ici été envisagé avant tout dans sa dimension humaine, avec la volonté de toujours maintenir le lien social et l'acceptabilité des mesures. Ce défi, parce qu'il nous concerne toutes et tous, parce qu'il touche chacune et chacun d'entre nous à différentes étapes de la vie, méritait que le CESE s'y attarde et intègre pour la première fois, dès la genèse du projet, quinze citoyens et citoyennes tirés au sort.

Cette démarche de co-construction, voulue par la rapporteure et la commission des affaires sociales et de la santé, et justifiée par l'importance du sujet, a permis d'échanger largement sur l'acceptabilité des mesures proposées pour créer un système plus lisible et porteur de justice sociale. Pour l'économiste M. Zemmour « *Au niveau individuel, le soutien au financement d'une prestation est d'autant plus fort qu'on est concerné (directement ou indirectement) par le risque couvert et qu'on y est éligible¹* ».

¹ Elvire Guillaud et Michaël Zemmour, « *Quel soutien aux assurances sociales dans la population française ?* » ; Revue Regards, 2023/2.

Aussi, pour balayer le plus grand nombre de réalités et spécificités territoriales, la rapporteure et la commission des affaires sociales et de la santé ont souhaité organiser deux ateliers citoyens en Martinique et à La Réunion, tout en organisant des visites de terrain, à la fois dans l'Hexagone (dans le département des Landes) et dans les Outre-mer (à Mayotte et à La Réunion).

La perte d'autonomie, risque auquel sera confronté l'ensemble de la population, doit trouver une réponse dans le cadre de la Sécurité sociale, au sein de la cinquième branche, portée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Après la création en 1945 de la Sécurité sociale et la naissance des quatre premières branches en 1967, notre pays a créé, en 2021, une nouvelle branche, qui doit avoir les possibilités d'action d'une caisse à part entière. Pour le CESE, cette création, portée par la CNSA, ne doit pas avoir une portée seulement technique et financière : elle doit, au même titre que la maladie, la famille, la vieillesse ou les accidents du travail et maladies professionnelles, couvrir ce risque selon les principes de la Sécurité sociale, en ouvrant donc logiquement et légitimement des droits sociaux.

La construction de l'avis répond elle aussi à des principes directeurs, partagés dès le début des travaux : des droits garantis pour toutes et tous, financés par la solidarité nationale, la fin des inégalités territoriales notamment en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie, la réduction du reste à charge qui pèse sur les personnes concernées et leurs familles.

L'avis répond également aux fondamentaux d'universalité, de solidarité, de transparence, dans le cadre d'une gouvernance garantissant la légitimité du fonctionnement de la cinquième branche et l'opérationnalité sur le terrain.

Inscrire les fondamentaux de la Sécurité sociale dans cette cinquième branche est un acte fort de transformation sociale. Ce système de protection sociale, reconnu par de nombreux autres pays dans le monde et dont il convient de rappeler qu'il est aujourd'hui financé à plus de 60 % par des cotisations sociales et à 30 % par des taxes affectées, est toujours une idée neuve, frappée du sceau de la justice sociale.

En réaffirmant le principe « *de chacun selon ses moyens et à chacun selon ses besoins* », les pistes de financement ici examinées permettent de faire vivre cet idéal, dans un parcours de vie, respectueux de chacun, singulier, et dont la fin est universelle.

introduction

La population française vieillit et le rythme de ce vieillissement s'accélère.

La probabilité d'être en situation de perte d'autonomie s'accroît avec l'avancée en âge. Ainsi, même si la dépendance est loin de concerner toute la population âgée, son poids dans la société va croître. L'arrivée de la génération du baby-boom, née entre 1946 et 1974, aux âges où la perte d'autonomie survient, marquera un changement. Les 75-84 ans étaient 4,1 millions en 2020, ils seront 6,1 millions en 2030 et 6,8 millions en 2040. La France devrait compter, en 2070, 13,7 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus et 6,3 millions de personnes de 85 ans ou plus. La prochaine décennie sera celle d'une modification des équilibres : les années 2030-2040 verront le nombre de personnes de 85 ans et plus augmenter de 58 % (contre « seulement » + 7 % entre 2020 et 2030) alors que, dans le même temps, les effectifs des moins de 60 ans diminueront et ceux de la tranche 60-75 ans resteront stables. Selon les projections, la France comptera entre 160 000 et 320 000 seniors dépendants² de plus en 2030 par rapport à 2023, entre 400 000 et 1,1 million en 2050³.

² Il s'agit de personnes dont le GIR est compris entre 1 et 4. Le GIR (« Groupe iso-ressources ») est un indicateur du niveau de perte d'autonomie : il varie de 1, pour les personnes le plus dépendantes, à 6 pour les personnes les plus autonomes.

³ Audition de Fabrice Lenglard, Directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des Solidarités et des Familles, devant la commission affaires sociales et santé du CESE, le 20 septembre 2023.

Selon l'OCDE, la situation des personnes âgées de demain sera donc beaucoup plus hétérogène : une majorité d'entre elles vivra certes plus longtemps, mais certaines auront connu de nombreuses périodes de chômage et des salaires faibles, alors que d'autres auront mené des carrières stables et bien rémunérées. Certains seront en relativement bonne santé jusqu'à un âge avancé, tandis que d'autres auront encore des problèmes de santé précoces qui pourront mettre leur emploi et leurs revenus en péril. Pauvreté et mauvaise santé sont liées. Dans les départements et régions d'Outre-mer et en Seine-Saint-Denis, le taux de pauvreté est particulièrement élevé et, à âge comparable, la part de seniors en mauvais ou très mauvais état de santé peut être jusqu'à deux fois supérieure à la moyenne nationale. Les personnes modestes vivent en effet dans des conditions de vie plus précaires (de logement, d'alimentation, etc.). Les difficultés financières peuvent aussi conduire à renoncer à certains soins et à certaines dépenses de prévention. En outre, une santé défaillante peut freiner la poursuite d'études ou l'exercice d'un emploi, et donc limiter les revenus. Ces difficultés tout au long de la vie augmentent le risque de perte d'autonomie passé 60 ans. Les inégalités sociales de santé se manifestent dans l'apparition des maladies chroniques qui surviennent et touchent plus fréquemment les personnes aux faibles revenus. Des inégalités territoriales apparaissent en matière d'espérance de vie : celle-ci est plus faible dans le nord et

l'est de la France métropolitaine ainsi que dans les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM).

Les femmes vivent une situation particulière. Conséquence d'une espérance de vie plus longue⁴, elles sont plus concernées que les hommes par la perte d'autonomie (les femmes représentent 53 % des personnes âgées de 65 ans et plus, 62 % de celles de 85 ans et plus, 77 % de celles de 95 ans et plus⁵). En d'autres termes, leur espérance de vie supplémentaire est souvent vécue avec des difficultés de santé. Quand la perte d'autonomie survient, femmes et hommes ne la vivent pas de la même façon : les hommes sont majoritairement en couple (74 % à 65 ans, 65 % à 85 ans), ce qui favorise leur maintien à domicile, tandis que les femmes sont plus concernées par le veuvage (29 % à 65 ans, 65 % à 85 ans). Dans les dernières années de leur vie, les femmes demeurent davantage en institution que les hommes. Ces constats se retrouvent dans les versements des prestations autonomie. Entre 80 et 84 ans, 14 % des femmes sont concernées (contre 8 % des hommes), 28 % entre 85 et 89 ans (contre 17 % des hommes), 56 % après 90 ans (contre 36 % des hommes).

Au vieillissement peut être associée une situation de perte d'autonomie : cette situation se définit en référence aux limitations de l'état de santé qui nécessitent une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie⁶. En France, les personnes concernées peuvent bénéficier

4 Espérance de vie au 1^{er} janvier 2021 : 85,1 ans pour les femmes contre 79,1 ans pour les hommes, INSEE, « Femmes et hommes, l'égalité en question », Principaux résultats, édition 2022. En 2022, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans s'élève à 11,8 ans pour les femmes et à 10,2 ans pour les hommes (source : DREES, septembre 2023).

5 INSEE, *France, Portait social*.

6 Elle est définie par l'article L232-1 du code de l'action sociale et des familles comme le fait pour les personnes âgées, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, d'avoir besoins d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le niveau de perte d'autonomie de la personne est évalué par une équipe médico-sociale sur la base d'une grille de référence : la grille AGGIR (autonomie gérontologique – groupe iso-ressources). Il varie de 1 (fort niveau de perte d'autonomie) à 6 (pour les personnes les plus autonomes). Seules les personnes de plus de 60 ans qui relèvent des niveaux 1 à 4 de cette grille (les « GIR » 1 à 4) sont éligibles à l'APA.

En France, sur 17,5 millions de personnes de plus de 60 ans, plus de 1,3 million de personnes perçoivent l'APA. Un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus sont bénéficiaires de l'APA. 24 % des allocataires de l'APA sont en GIR 1 ou 2, ils sont donc très dépendants. À l'échelle nationale, un peu moins de 60 % des bénéficiaires de cette allocation vivent à leur domicile, les autres résident en établissement. Les parts respectives de l'établissement et du domicile sont toutefois très variables selon les territoires. Partout néanmoins, la part des personnes en perte d'autonomie vivant en établissement augmente avec l'âge. À domicile, l'APA permet, en très grande majorité, de financer des aides humaines⁷ : en moyenne, 92 % des montants d'APA versés à domicile sont ainsi mobilisés pour financer le recours à un intervenant à domicile⁸.

Le maintien à domicile est plus complexe pour certaines pathologies. L'aspiration des seniors mesurée régulièrement montre une préférence très majoritaire pour vieillir à leur domicile. C'est pourquoi les stratégies successives consacrées au « Bien vieillir » prennent le virage domiciliaire. Vivre à domicile n'est néanmoins pas toujours possible quand les personnes souffrent de certaines pathologies ; c'est en particulier le cas de celles qui entraînent une déficience cognitive. Ainsi la maladie d'Alzheimer ou d'autres affections neurodégénératives, comme la maladie de Parkinson ou les accidents vasculaires cérébraux, qui nécessitent des soins fréquents et une attention constante, contribuent souvent à l'entrée en établissement. En institution, un tiers des personnes de 75 ans ou plus souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie assimilée, contre 4 % des personnes du même âge vivant à domicile⁹.

La perte d'autonomie est un défi sociétal qui dépasse le seul cadre de la santé. Le CESE l'a souligné dans un précédent avis¹⁰ : elle n'est pas la conséquence inéluctable du vieillissement et elle peut être prévenue, à condition d'agir tout au long de la vie et d'accompagner les personnes âgées. Cela exige une action globale, des politiques publiques plus volontaristes et mieux coordonnées, qu'il s'agisse du

7 CNSA, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2023*, juin 2023.

8 DREES, *L'aide et l'action sociale en France, Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion*, Panorama de la DREES Social, édition 2022.

9 DREES, *État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile*, décembre 2016.

10 Michel Chassang, « La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement », avis du CESE n° 2023-09, avril 2023.

logement, de la ville, des transports, ou encore de l'accès aux activités physiques, culturelles et de loisirs.

Cet avis porte sur le financement des besoins de la perte d'autonomie liée au vieillissement. La référence au seuil de 60 ans s'est imposée, en dépit de ses limites.

Comme tout seuil administratif, cette frontière ne correspond pas à la réalité des parcours de vie des personnes. Qu'elle soit liée au vieillissement, survenue plus jeune dans le contexte du handicap ou liée aux accidents de la vie, la perte d'autonomie peut produire des effets similaires. La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a par ailleurs ouvert la voie à une gouvernance unifiée de la perte d'autonomie, qu'elle soit liée au handicap ou au vieillissement. Comme le CESE l'a souligné¹¹, les personnes handicapées vieillissantes sont elles aussi confrontées aux conséquences de l'avancée en âge en termes de perte d'autonomie : il est fondamental qu'elles bénéficient de réponses personnalisées, en cohérence avec leur situation. Il n'en demeure pas moins que le seuil de 60 ans sépare encore deux dispositifs : les personnes en situation de handicap avant 60 ans sont éligibles à la prestation de compensation du handicap (PCH), tandis que l'APA est attribuée aux personnes de plus de 60 ans selon leur degré de perte d'autonomie. Les deux prestations ne peuvent être cumulées¹². Elles sont d'une nature et d'un montant différents. La PCH, accessible sans conditions de ressources, permet de financer l'aménagement du logement, du

véhicule, mais aussi une aide humaine à domicile ; à la différence de l'APA, dont les plans d'aide sont plafonnés et calculés en fonction des ressources du foyer de la personne concernée. L'APA finance essentiellement des heures d'aide à domicile ou une partie du tarif dépendance en établissement (EHPAD ou USLD¹³). En outre, cet avis ne porte que sur les prestations légales et non sur les aides sociales facultatives que peuvent apporter certaines collectivités et organismes complémentaires.

La délégation de la commission des affaires sociales et de la santé du CESE a pu constater, lors d'un déplacement à La Réunion, que les associations du secteur du handicap sont conscientes de l'enjeu du vieillissement et se saisissent concrètement de cette question : le directeur général de l'ALEFPA¹⁴ présent dans le département, a témoigné d'actions en ce sens dans l'Hexagone comme dans les Outre-mer pour continuer à accompagner les personnes handicapées au-delà du changement de statut. À La Réunion, l'association a repris une structure privée d'aide à domicile de plusieurs centaines de salariés, qui était en difficulté, pour en faire un service adapté aux personnes handicapées vieillissantes. Affirmant vouloir développer avec les acteurs locaux un « écosystème du vieillissement », l'association a privilégié la convention collective la plus avantageuse et conduit un effort significatif de formation.

11 Michel Chassang, « *La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement* », avis du CESE n° 2023-09, avril 2023.

12 À partir de 60 ans, les personnes bénéficiaires de la PCH qui remplissent les conditions pour prétendre à l'APA peuvent choisir entre le maintien de la PCH ou le bénéfice de l'APA, lors du renouvellement de leur droit.

13 EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. USLD : unité de soins de longue durée.

14 ALEFPA : Association laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie.

Les personnes concernées doivent être au cœur de la réflexion :

vieillir dans la dignité, écrivait le CESE dans un avis de 2018¹⁵, c'est être en mesure de faire valoir ses choix et de faire respecter ses droits. Pour cette raison, les travaux du CESE ne parlent pas de dépendance mais de perte d'autonomie : celle-ci, quand elle survient, ne retire rien à la citoyenneté, au droit de conduire son projet de vie. Le non-respect des droits et des choix des plus âgés est encore trop souvent une réalité, conséquence de l'insuffisance des moyens humains et financiers consacrés à leur accompagnement.

Les dépenses publiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées sont identifiées chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale à travers « l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie ».

Il a atteint 28 Md€ en 2022¹⁶ et se répartit entre la Sécurité sociale, via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA, 62 %) et l'Assurance maladie (15 %) les départements (17 %) et l'État (5 %), le dernier pour cent représentant les apports annexes.

Les dépenses de la CNSA concernent majoritairement les soins pour les personnes âgées (ONDAM médico-social¹⁷ : 13,7 Md€), les concours pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) aux départements (2,6 Md€), les plans d'aide à la modernisation

des établissements accueillant des personnes âgées et l'investissement (553 M€).

Les dépenses de l'Assurance maladie se répartissent entre le financement des unités de soins longue durée (USLD, 1,3 Md€), les dépenses de soins de ville destinés aux personnes âgées vivant à domicile (2,6 Md€), le financement du fonds d'intervention régional (200 M€).

Pour les départements, les dépenses concernent principalement le financement de l'APA à domicile et en établissement (3,9 Md€), après le concours pour l'APA de la CNSA.

Enfin, les dépenses de l'État concernent pour l'essentiel les crédits d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile dans le cadre de l'APA (500 M€) et les compensations d'exonérations et de cotisations pour l'emploi d'une aide à domicile par une personne âgée, une association ou une entreprise auprès d'une personne âgée (600 M€).

A ces montants s'ajoutent les dépenses de prévention de la Sécurité sociale et des départements (1,3 Md€)¹⁸.

L'effort national en faveur de l'accompagnement de la perte d'autonomie est en hausse :

la dépense publique globale consacrée aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie a progressé de 39 % en 10 ans, le budget de la CNSA a augmenté de 16,8 % entre

¹⁵ Marie-Odile Esch, « *Vieillir dans la dignité* », avis du CESE n° 2018-13, avril 2018.

¹⁶ Annexe 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

¹⁷ ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie.

¹⁸ Annexe 7 du PLFSS 2024.

2020 et 2023¹⁹, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 consacre 2,4 milliards d'euros supplémentaires à l'autonomie. La stratégie interministérielle « *Bien vieillir - Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années* » ; l'existence d'une proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France, montrent une prise de conscience des enjeux.

Pour autant, les efforts financiers ne sont pas suffisants.

Ils ne sont, d'abord, pas adaptés au poids croissant de la perte d'autonomie.

Les besoins de soutien à l'autonomie des personnes âgées vont s'accroître corrélativement au vieillissement de la population. A politique publique inchangée, l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA conduirait à une hausse de 30 % de dépenses totales d'APA entre 2020 et 2040²⁰. Pour répondre à la demande d'accompagnement, les effectifs des professionnels de l'aide devraient augmenter de 42 % à domicile et de 14 % en Ehpad d'ici 2040 par rapport à 2020²¹, rendant indispensable le contrôle des taux d'encadrement pour l'ensemble des établissements indépendamment de leur statut juridique. Enfin, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estime que, à pratiques inchangées, il faudrait multiplier par deux le rythme d'ouverture de place nouvelles en Ehpad afin d'accueillir 108 000 résidents supplémentaires

d'ici 2030, puis encore 211 000 autres résidents d'ici 2050²². Et si le choix de favoriser le maintien à domicile persistait, alors il faudra investir bien plus massivement dans l'adaptation des logements à la perte d'autonomie, mais aussi dans la structuration d'une offre alternative ou intermédiaire.

Les budgets aujourd'hui prévus **ne permettront pas non plus de mettre fin à ce que le CESE considère comme de graves dysfonctionnements dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie** :

→ les restes à charge, pour les personnes en perte d'autonomie, leurs familles et leurs proches, sont élevés et, dans ces conditions, le libre choix, pourtant au centre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, n'est que théorique. Le poids des restes à charge varie selon le niveau de revenu et augmente avec le niveau de dépendance (GIR). Les inégalités sociales et territoriales sont fortes et se renforcent les unes les autres. La perte d'autonomie survient plus tôt chez les personnes les plus pauvres. De fait, la population qui vit en établissement avant d'avoir 80 ans est la moins favorisée²³. Les restes à charge sont plus élevés en établissement, où 75 % des résidents sont confrontés à des dépenses supérieures à leurs ressources courantes²⁴. Un tiers des résidents

19 Audition de Laurent Vachey, auteur du rapport *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement*, devant la commission affaires sociales et santé du CESE, 8 novembre 2023.

20 Institut des politiques publiques (IPP), *Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire ?* n° 96, novembre 2023.

21 Institut des politiques publiques (IPP), *Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire ?* n° 96, novembre 2023.

22 DREES, *Perte d'autonomie : à pratique inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici 2030*, Études et résultats, décembre 2020.

23 DREES, *Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ?*, Les dossiers de la DREES, n° 104, février 2023.

24 Dominique Libault, *Concertation grand âge et autonomie*, mars 2019.

déclarent devoir puiser dans leur épargne pour financer les frais liés à la prise en charge de leur dépendance en institution, et 11 % doivent mobiliser leur entourage pour payer une partie de ces frais. Près d'un résident sur dix envisage, à l'avenir, de vendre du patrimoine pour couvrir ces dépenses²⁵. Les tarifs des établissements varient eux-mêmes selon le niveau de l'offre présente dans le territoire, mais aussi selon la nature des établissements présents (publics, privés non lucratifs, privés lucratifs) ;

- le transfert de la charge de l'accompagnement de la perte d'autonomie vers les départements a généré des inégalités territoriales, conséquences en particulier d'une offre inégalement répartie, de niveaux d'APA très différents, de politiques d'habilitation à l'aide sociale à l'hébergement variables selon les départements²⁶ et sans lien avec le niveau des besoins. Ce qui signifie qu'une personne âgée, selon le département où elle vit, n'a pas les mêmes droits ;

- une qualité d'accueil et d'accompagnement qui font l'objet d'alertes. Les professionnelles²⁷ du soin et de l'accompagnement, à domicile ou en établissement, mettent en garde depuis des années. Les révélations des situations de maltraitance²⁸ sous toutes ses formes, dont la maltraitance institutionnelle, tant chez les personnels que chez les personnes aidées se sont multipliées. L'opinion publique a pris conscience de l'urgence d'un changement. Mais des moyens véritablement à la hauteur des enjeux se font encore attendre.

Il y a de nombreux besoins trop peu ou trop mal financés. Ils concernent tant la prévention de la perte d'autonomie, l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes âgées, l'accessibilité territoriale et financière. La qualité de l'accompagnement repose essentiellement sur les professionnels, ce qui implique d'améliorer l'attractivité des métiers (formation, recrutement, revalorisation salariale, conditions de travail).

²⁵ DREES, *Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions*, Xavier Besnard et Malika Zakri, Études et résultats, n° 1095, novembre 2018.

²⁶ L'aide sociale à l'hébergement (ASH) est versée par le conseil départemental à la personne âgée, qui en fait la demande, si ses ressources sont inférieures au montant des frais d'hébergement en établissement. C'est une avance qui peut être récupérée par le département au décès du bénéficiaire sur sa succession ou de son vivant si sa situation financière s'améliore. Cf. encadré *infra*.

²⁷ Les professions dont il est question dans cet avis sont très majoritairement exercées par des femmes. Le choix est donc fait d'utiliser le féminin.

²⁸ La maltraitance institutionnelle, introduite dans différents textes par la loi 2022-140 du 7 février 2022, se rencontre lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte au développement, aux droits, aux besoins fondamentaux ou à la santé d'une personne en situation de vulnérabilité et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) avait estimé le montant des besoins supplémentaires à financer à 13 milliards d'euros d'ici 2030 : 6 Md€ pour le maintien à domicile et 7 Md€ pour les Ehpad²⁹. **En dépit des dépenses nouvelles engagées depuis cette estimation, le CESE a la conviction qu'une loi de programmation, d'orientation et de financement, à horizon 2030, est justifiée et nécessaire pour organiser et planifier des efforts financiers supplémentaires. La création de la cinquième branche consacre la prise en compte du risque de perte d'autonomie dans le cadre de la sécurité sociale. C'est dans cette perspective que se place l'avis du CESE : quels sont les besoins d'aide et d'accompagnement supplémentaires pour l'autonomie de toute personne âgée et comment les financer ?**

²⁹ Avis du HCFEA sur les notes « Contributions du Conseil de l'âge à la concertation Grand Age et autonomie » adopté le 6 décembre 2018.

PARTIE 01

Quels besoins veut-on financer ?

Les besoins à financer sont liés à la démographie et au vieillissement de la population. Ils sont notamment la conséquence d'un phénomène positif, qu'il faut assumer collectivement : l'allongement de l'espérance de vie grâce aux progrès de la médecine. De multiples facteurs peuvent aussi jouer sur cette espérance de vie et sur les conditions dans lesquelles on vit plus longtemps : cet état de santé est lui-même la conséquence des conditions de vie antérieures. Le travail, l'environnement pèsent fortement, et avec de fortes inégalités, sur le risque de perte d'autonomie. Ces situations sont plus prégnantes dans les populations pauvres, soumises à ce risque plus jeune et qui entrent plus tôt en établissement où elles sont confrontées à des restes à charge élevés³⁰. Les conséquences

pour la santé des dégradations de l'environnement s'aggravent et sont de mieux en mieux documentées³¹. Leur coût humain, social et économique est considérable : il confirme toute la pertinence du concept *One Health*/une seule santé promu par l'Organisation mondiale de la santé. Cette approche tire les conséquences du lien étroit et direct entre la santé de l'homme et le bon fonctionnement des écosystèmes et promeut une intégration plus forte des objectifs de santé dans la définition des politiques publiques³². Elle impose aussi de repenser notre protection sociale, pour passer d'un système où le curatif accapare 97 % des dépenses de santé, à un système plus préventif ; mieux adapté aux défis démographiques et environnementaux qui nous attendent³³.

30 « En 2021, en France, 7 % des personnes de 60 ans ou plus vivant à leur domicile sont en perte d'autonomie. Ce taux dépasse 9 % dans 16 départements. Il s'agit pour la quasi totalité de territoires où la pauvreté est plus marquée qu'ailleurs et disposant souvent d'une offre restreinte de places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La perte d'autonomie à domicile est légèrement plus répandue dans les communes urbaines : la population des seniors y est plus souvent pauvre et est un peu plus âgée que dans les communes rurales. Par ailleurs, l'accès plus aisé en milieu urbain à des soins ou à de l'aide peut faciliter le maintien à domicile. » (Marylise Dehon, *Davantage de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile dans les départements les plus pauvres*, INSEE Focus, n° 314, 12 décembre 2023).

31 Michel Chassang et Anne Gautier, « *Les maladies chroniques* », avis du CESE n° 2019-14, juin 2019.

32 Isabelle Dorese et Agnès Popelin-Desplanches, « *Pour une politique publique nationale de santé environnement au cœur des territoires* », avis du CESE n° 2022-08, mai 2022.

33 Cf. sur cette question, Sénat, rapport d'information n° 594, fait au nom de la mission d'information sur le thème « *Protéger et accompagner les individus en construisant la sécurité sociale écologique du XXIème siècle* » par Guillaume Chevrollier, président de la mission, sénateur et Mélanie Vogel, sénatrice, 30 mars 2022.

Si les besoins ont changé, c'est aussi parce que les aspirations, les attentes de la population ne sont plus les mêmes. 92 % des habitants et habitantes souhaitent vieillir chez eux³⁴, dans leur logement, dans un environnement adapté à l'évolution de leurs capacités. De fait, le « virage domiciliaire » est affiché comme une priorité des politiques du grand âge. Toutefois, il reste à s'en donner les moyens et à ne pas en faire le prétexte à une politique réductrice de droits, à des financements insuffisants, qui négligeraient des réalités bien plus complexes. Le domicile ne peut pas être l'alpha et l'oméga de toutes les politiques publiques du grand âge, car il ne répond pas à tous les besoins.

En fonction de la situation de chacun, au regard de sa santé, de son environnement (familial et géographique) et de son logement, le maintien à domicile n'est pas toujours possible, ni toujours souhaitable. Comme l'ont mis en avant plusieurs avis du CESE, l'isolement social³⁵ est un facteur aggravant, renforçant les inégalités et accélérant la perte d'autonomie chez les personnes âgées. Aussi, il est essentiel de veiller au maintien et au renforcement des liens sociaux et des activités collectives. La priorité doit être d'organiser la continuité de l'accompagnement tant pour les soins que pour la vie quotidienne, deux besoins qui ne sollicitent pas le même type d'intervenants.

On est donc loin de la dichotomie domicile/établissement qui ne serait liée qu'à l'état de santé de la personne. Aborder le financement de la perte d'autonomie par cette entrée restrictive serait une erreur. De nombreuses autres solutions existent : leur diversité fait écho à celle des parcours de soins et d'accompagnement. La place de l'Ehpad est à questionner car l'entrée se fait plus tard avec un niveau de perte d'autonomie plus important. Les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée sont de plus en plus nombreuses dans les Ehpad (42 % des personnes accueillies d'après la Cour des comptes³⁶, bien plus – jusque 70 % ou 80 % - si on y ajoute les autres troubles cognitifs).

Tout l'enjeu est d'assurer l'accessibilité de ces différentes solutions, pour tous et sur tout le territoire. Chacun doit pouvoir vieillir dans la dignité et se voir proposer un accompagnement adapté à son souhait et à ses besoins. Cette diversité et la coordination qu'elle implique entre les différents acteurs concernés ont un coût qu'il faut assumer.

Fin 2015, l'adoption de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a constitué un progrès, une étape dans la prise en charge de la perte d'autonomie. Consulté sur le projet, le CESE avait indiqué qu'il partageait les grandes orientations du texte³⁷. Mais, parallèlement, il s'inquiétait, déjà, du manque dans la loi d'un volet concernant le

34 Institut d'études opinion et marketing en France et à l'international (IFOP), *Dispositif d'étude sur les attentes des seniors en matière de lieu de vie*, décembre 2023.

35 Jean-François Serres, « *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité* », avis du CESE n° 2017-17, juin 2017.

36 Cour des comptes, *La prise en charge des personnes âgées en EHPAD, un modèle à construire*, février 2022.

37 Monique Boutrand et Daniel Prada, « *Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement* », avis du CESE n° 2014-10, avril 2014. Pour le CESE, le choix d'une prise en charge globale, l'objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux évolutions des besoins et des attentes des personnes semblaient pertinents.

financement de la perte d'autonomie. Depuis, les crises « de l'hôpital », « des Ehpad » et de la COVID se sont succédé. Elles ont montré les conséquences en chaîne d'un déficit de financement, qui ne permet pas une prise en charge adaptée, désorganise les structures, crée des ruptures aux effets délétères³⁸.

PRÉCONISATION #1

Le CESE préconise l'élaboration d'une loi de programmation pluriannuelle relative à la perte d'autonomie apportant des réponses à la diversité des besoins et à la hauteur de leurs enjeux.

ENCADRÉ 1 : L'ACTUALITÉ LÉGISLATIVE CONCERNANT LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

La proposition de loi « portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France »³⁹, comprend des mesures pour prévenir la perte d'autonomie, lutter contre l'isolement des personnes âgées ou handicapées, mieux signaler les maltraitances, faciliter et mieux rémunérer le travail des aides à domicile ainsi que des dispositions sur les Ehpad et l'habitat inclusif.

Une disposition prévoyant une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge a été inscrite dans cette proposition de loi. Une telle loi de programmation aurait pour objet de déterminer tous les cinq ans « *la trajectoire des finances publiques en matière d'autonomie des personnes âgées* ». Elle devrait définir « *les objectifs de financement public nécessaire pour assurer le bien vieillir des personnes âgées à domicile et en établissement et le recrutement des professionnels ainsi que les moyens mis en œuvre par l'État pour atteindre ces objectifs* ».

Par ailleurs, en matière de financement des Ehpad, la LFSS pour 2024 a prévu la possibilité, pour des départements volontaires de fusionner les budgets des sections « soins » et « dépendance » au profit d'un nouveau forfait global relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie, fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé (cf. encadré ci-dessous sur le financement des Ehpad).

³⁸ Cf. Marie-Odile Esch, « *Vieillir dans la dignité* », avis du CESE n° 2018-13, avril 2018, Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier, « *L'hôpital au service du droit à la santé* », avis du CESE n° 2020-21, octobre 2020, CESE, « *Contribution aux volets « santé » et « bien vieillir » du Conseil national de la refondation* », novembre 2022, [CNR_sante_vieillir.pdf \(lecese.fr\)](#).

³⁹ Assemblée nationale, *Proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France*, n° 643 déposée le 15 décembre 2022 par Aurore Bergé, Laurent Marcangeli, Fadila Khattabi, Astrid Panosyan-Bouvet, Laurence Cristol, Monique Iborra, Annie Vidal, Didier Martin, Cyrille Isaac-Sibille, François Gernigon, Caroline Janvier, Chantal Bouloux, Nicole Dubré-Chirat, Béatrice Piron, Jean-François Rousset, Freddy Sertin, les membres du groupe Renaissance et apparentés et les membres du groupe Horizons et apparentés, députés.

A. MIEUX PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE

Bien qu'elle augmente avec l'âge, la perte d'autonomie n'est pas la conséquence inéluctable du vieillissement. Sa prévention est donc primordiale.

Il est difficile d'identifier une « dépense de prévention ». D'après le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale pour la branche autonomie, annexé chaque année au projet de loi de financement de la Sécurité sociale, les aides techniques de l'Assurance maladie, dont seule une partie a une visée préventive, représentent le premier poste (458 M€), devant l'action sociale de la CNAV (297 M€), l'adaptation du logement, y compris les crédits d'impôts (224 M€), le budget des conférences des financeurs (203 M€)⁴⁰. La comparaison avec les montants des dépenses publiques consacrées à la prise en charge de la perte d'autonomie, indiqués en introduction de cet avis, est sans appel : les investissements dans la prévention sont loin d'être à la hauteur des enjeux.

Construire une politique de prévention de la perte d'autonomie globale et cohérente aura un coût, mais il faut le considérer comme un investissement et le mettre en rapport avec le « coût de l'inaction ». La Cour des comptes a estimé qu'un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité ferait économiser 1,5 milliard d'euros à l'assurance maladie⁴¹.

La prévention est un investissement dont la majorité des effets sont sur les moyen

et long termes. Cependant, des effets à court terme sont recensés, notamment en matière de prévention des chutes des personnes âgées. La Cour des comptes en a fait la démonstration via un travail spécifique conduit avec le CHU de Toulouse. Les chutes représentent la grande majorité des recours aux urgences pour un accident de la vie courante chez les 65 ans et plus. Les parcours longs et marqués par de multiples ruptures de soins, avant et après la prise en charge hospitalière, génèrent également des dépenses importantes. Au total ; la Cour estime le coût annuel des chutes à 1 milliard d'euros pour la seule assurance maladie (hors APA et coût d'hébergement en Ehpad) : une somme qui pourrait être largement réduite moyennant une politique volontariste de prévention.

Le CESE réitère les préconisations qu'il avait adressées au gouvernement dans son avis du 12 avril 2023 : l'approche doit être globale et la prévention de la perte d'autonomie doit constituer un objectif de plusieurs politiques publiques⁴² (prévention tout au long de la vie à travers les politiques du logement, de la ville, de la lutte contre l'isolement social des personnes âgées⁴³, de la santé-environnement⁴⁴ et de la santé-au travail⁴⁵ conformes à l'approche One Health). Avec cet avis, il souligne la nécessité d'un financement pluriannuel des actions de prévention.

40 Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale pour la branche autonomie, annexé au PLFSS pour 2021.

41 Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie. Construire une priorité partagée, rapport public thématique*, novembre 2021.

42 Michel Chassang, « *La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement* », avis du CESE n° 2023-09, avril 2023.

43 Jean-François Serres, « *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité* », avis du CESE n° 2017-17, juin 2017.

44 Isabelle Dorese et Agnès Popelin-Desplanches, « *Pour une politique publique nationale de santé environnement au cœur des territoires* », avis du CESE n° 2022-08, mai 2022.

45 Jean-François Naton, « *Travail et santé-environnement : quels défis à relever face aux dérèglements climatiques* », avis du CESE n° 2023-10, avril 2023.

B. GARANTIR LE LIBRE CHOIX

Pour le CESE, le « libre choix » est la capacité pour la personne de résider dans l'endroit qu'elle considère le plus adapté à sa situation. Il est également envisagé comme la capacité de chacune et chacun à définir le mode d'accompagnement le plus adapté pour répondre à ses besoins. Aujourd'hui, deux facteurs, déconnectés des besoins de la personne, pèsent trop lourdement :

- les limites de la disponibilité et/ou de la qualité de l'offre locale, qui dans certains territoires est insuffisante ou inaccessible financièrement faute d'établissements publics ou privés non lucratifs ;
- le « reste à charge », c'est-à-dire le différentiel entre la participation de la collectivité et le coût réel, pour les personnes et leurs proches, de l'accompagnement. Il faut, pour comprendre le poids de ce reste à charge, garder une réalité à l'esprit : en 2021, la pension brute mensuelle moyenne des retraités résidant en France s'élevait à 1 531 € (soit 1 420 € nets) tandis que, la même année, le prix médian d'une chambre seule en hébergement permanent en Ehpad était de 2 043 € par mois⁴⁶.

Dans certains territoires, en particulier dans les Outre-mer, des surcoûts liés à l'éloignement, au manque d'équipements et aux

spécificités fiscales (octroi de mer) augmentent considérablement le « reste à charge ».

Pour le CESE, il convient de réduire le poids de ces deux facteurs, en y consacrant les financements nécessaires.

1. Soutenir le financement d'une plus grande diversité de l'offre

1.1 Un besoin croissant d'adaptation des logements au vieillissement des occupants

La construction de logements neufs doit respecter des règles codifiées en matière d'accessibilité aux personnes handicapées, mais elle ne peut garantir l'adéquation du logement avec chacun des besoins réels des populations. C'est l'adaptation du logement⁴⁷ qui permet de faire correspondre ses caractéristiques aux besoins et capacités de la personne pour qu'elle puisse vivre de manière autonome.

Comme la transition énergétique, l'adaptation du logement au vieillissement nécessite la réalisation de travaux dans un grand nombre d'habitations existantes. À ces deux problématiques s'ajoute celle de la mise aux normes d'accessibilité. Parfois, ces trois objectifs doivent être atteints en même temps et les politiques publiques liées devraient donc être mieux coordonnées pour répondre aux besoins des personnes.

⁴⁶ Prix hébergement + tarif dépendance Gir 5-6. Source : CNSA, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, juin 2023

⁴⁷ Pour éviter toute confusion, on ne parlera pas de logement adapté, qui désigne, dans le vocabulaire de la DREES, le logement en résidence.

La Cour des comptes⁴⁸, reprenant une étude du ministère du logement, indique que 500 000 ménages sous le plafond de ressources de la CNAV et de l'Anah, comptant au moins une personne de plus de 60 ans, vivent dans des conditions de logement très préoccupantes. 92 % en sont les propriétaires. La Fondation Jean Jaurès⁴⁹ indique que 44 % des personnes âgées de 80 ans et plus vivant en logement social collectif ne disposent pas d'un ascenseur.

Les acteurs ont pris conscience de la nécessité d'intégrer ce vieillissement dans leurs actions de rénovation. Citant la Fondation Jean Jaurès, la Cour des comptes évoque l'adaptation de 5 % du parc social d'un bailleur social et rappelle qu'une convention lie l'État et l'Union Sociale pour l'Habitat (USH) sur ce sujet depuis 2017. Elle estime par ailleurs qu'entre 5 et 7 % de logements privés ont déjà fait l'objet d'une adaptation.

Les résidences spécifiquement construites pour les personnes âgées n'échappent pas à ce besoin d'adaptation. Une part de l'offre est privée, ce sont les résidences services. Une autre part de l'offre est très majoritairement publique ou associative, ce sont les résidences autonomie. La Cour des comptes souligne que ces dernières, avec leurs 108 000 places réparties dans 2 000 unités, pourraient répondre aux besoins de ménages modestes, « sous réserve d'être modernisées et de voir leurs services renforcés ». Depuis 2014, des travaux dans 30 000 logements ont été financés grâce à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), sans couvrir l'ensemble des besoins. La Cour souligne également l'effort du secteur

privé « pour bâtir une offre destinée aux classes supérieures et moyennes, au travers des résidences seniors » car les tarifs de ces établissements ne sont pas accessibles à tous. Le loyer en résidence seniors s'élève à 600-700 € par mois en moyenne pour une personne seule, mais les tarifs sont en réalité très variables selon les établissements et leur statut juridique, la superficie du logement, le niveau de confort de la résidence et la région d'implantation. En cela, ils sont aussi le reflet du marché locatif local. Le site *capretraite.fr* donne des tarifs indicatifs sur la base de l'enquête du Think Tank *Matières Grises* en 2022 : en fonction des gestionnaire retenus et pour une personne seule, les loyers se situent entre 550 et 1 600 € mensuels pour un T1, 750 à 2 000 € pour un T2. Le loyer inclut un pack de services de base plus ou moins étendu. Pour donner un exemple concret, une résidence située dans l'Ouest parisien à moins de 10 km de Paris intramuros affiche 1 600 € par mois pour une personne seule et 1 960 € pour deux personnes dans un T2. Ce logement est accessible aux personnes à mobilité réduite, il est équipé et comprend une provision sur charges, hors électricité ; la télé surveillance est une option. Sachant que le salaire médian des Français s'élève en 2023 à environ 2 100 € net, et compte tenu de ce qui précède, le choix des résidences seniors semble donc restreint aux personnes bénéficiant de revenus approchant ou supérieurs à la médiane nationale et ayant conservé une très grande autonomie dans leur vie quotidienne.

48 Cour des comptes, *Le soutien aux logements face aux évolutions climatiques et au vieillissement de la population*, communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) de l'Assemblée nationale, octobre 2023.

49 Fondation Jean Jaurès, *Vieillir en logement social : les défis de l'accessibilité et de l'adaptation*, mai 2023.

1.2 L'adaptation du logement des personnes à revenus très modestes et modestes

La mise en place au 1^{er} janvier 2024 d'un nouveau système d'aide unique intitulé MaPrimeAdapt' (MPA), regroupant les aides actuelles de l'Anah (Habiter Facile), de la CNAV (Habitat cadre de vie) et s'accompagnant de la fin progressive du crédit d'impôt autonomie, est confiée à l'Agence nationale de l'habitat (Anah). Cette nouvelle aide, à destination des ménages modestes, est dédiée à l'adaptation des logements à la perte d'autonomie et au handicap. L'objectif 2024 est d'adapter 45 000 logements, 250 000 avant 2027, 680 000 sur 10 ans. Le budget de l'Anah a été abondé de 67 millions d'euros pour 2024 sur une enveloppe totale de 260 millions.

Le dispositif est ouvert à toutes les personnes à partir de 70 ans sous condition de ressources, quel que soit leur niveau de perte d'autonomie, et aux personnes entre 60 et 69 ans en perte d'autonomie précoce ou en situation de handicap, justifiant d'un certain taux d'incapacité ou bénéficiant de la prestation de compensation du handicap (PCH). Cette nouvelle offre concerne les propriétaires occupants ou les locataires du parc privé (sous réserve de demander l'accord du bailleur, dont le silence vaut accord tacite) pour leur résidence principale, sans condition d'ancienneté. Elle concerne aussi d'autres statuts d'occupation du logement (viager...) et les copropriétés pour les halls d'immeubles. Avec la prime, les bénéficiaires pourront financer 50 ou 70 % des travaux en fonction de

leurs ressources, dans la limite d'un plafond de travaux de 22 000 € HT. Les départements peuvent accompagner les bénéficiaires dans leurs démarches. L'aide est conditionnée à un accompagnement obligatoire par un assistant à maîtrise d'ouvrage auquel est confié la réalisation d'un diagnostic autonomie permettant de construire un projet de travaux adapté et d'éviter les abus de faiblesse. Un ou une ergothérapeute pourra être associé au projet si les besoins de la personne le nécessitent.

Deux barèmes s'appliquent, le barème Île-de France et le barème hors Île-de-France et en Outre-mer. Le crédit d'impôt reste ouvert aux ménages à ressources intermédiaires pouvant justifier d'un GIR 1 à 4 jusqu'au 31 décembre 2025. MaPrimeAdapt' pourra être cumulée avec les aides qui subsisteront, consenties par d'autres opérateurs, comme celles des caisses de retraite, des assurances ou des collectivités territoriales, via les centres communaux d'action sociale et les départements. On peut observer que le dispositif repose sur un abondement de crédits de l'Anah en loi de finances. Enfin, compte tenu des barèmes qui privilégient les faibles revenus, on peut s'interroger sur le reste à charge des personnes qui doivent réaliser des adaptations lourdes (réfection de salles de bains et monte escalier par exemple...). Enfin, si l'état du logement rend irréalisables les travaux compte tenu de leur coût, évalué par l'assistant à maîtrise d'ouvrage (AMO), quelle solution sera proposée aux ménages concernés ?

Le reste à charge ne doit pas être un obstacle à la réalisation des travaux d'adaptation des logements au vieillissement. Il faut pour cela le réduire jusqu'à zéro pour les personnes les plus modestes et octroyer une aide aux personnes ayant des revenus intermédiaires qui ne sont concernées ni par MaPrimeAdapt ni par le crédit d'impôt.

1.3 Entre domicile et Ehpad : le développement des habitats alternatifs

Le choix binaire, entre domicile et Ehpad, ne correspond pas toujours aux besoins et aux souhaits des personnes. Des solutions alternatives existent : il faut s'attaquer au défi de leur financement.

La volonté de développer des offres d'habitat spécifique (habitat partagé, intergénérationnel) est réelle. La loi « Elan »⁵⁰ a donné une définition de l'habitat inclusif et créé un forfait « habitat inclusif » financé par la CNSA. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a créé une « aide à la vie partagée » versée par le département aux porteurs de projets d'habitats inclusifs, financée à 80 % par la CNSA et à 20 % par le département. Plus récemment, le comité interministériel de l'habitat inclusif de février 2023 a annoncé que 1 885 projets d'habitats inclusifs, concernant 18 000 personnes en situation de handicap ou âgées, verront le jour avec le soutien des départements

Ces financements sont en réalité modestes au regard des besoins. Or, les raisons qui motivent le recours à ces solutions alternatives sont nombreuses et le public potentiellement intéressé va croître : la tranche d'âge des 75-84 ans va augmenter de 50 % passant de 4,1 millions

à 6,1 millions de personnes d'ici 2030. Parmi cette population, celle relevant des Gir 3 à 4 va aussi augmenter. Dans un rapport de juin 2020, Denis Piveteau et Jacques Wolfrom⁵¹ estiment qu'entre 2018 et 2030, de 115 000 (hypothèse basse) à 450 000 (hypothèse haute) personnes supplémentaires pourraient être intéressées par ces offres alternatives qui doivent être envisagées dans une logique de parcours. Si l'on considère l'hypothèse médiane, 290 000 places devraient être créées d'ici 2030. A raison d'un coût de la place variant entre 800 000 € (pour une maison de 8 personnes) et 100 000 € par place, le financement immobilier à mobiliser s'élèverait à 29 Md€.

Cet effort en faveur des offres d'habitats alternatifs répond à une étape du vieillissement, aux besoins et aux souhaits des personnes : il mérite d'être développé et financé. Des lieux ressources qui proposeraient une ingénierie au développement de projets d'habitats alternatifs permettraient de favoriser notamment des initiatives individuelles.

Autre alternative, l'accueil familial est inscrit dans le code de l'action sociale et des familles depuis 1989. Il s'agit d'accueillir, à titre onéreux, une ou plusieurs personnes âgées ou handicapées adultes. L'accueillant familial doit être agréé et la décision d'agrément fixe le nombre de personnes pouvant être accueillies (3 personnes de façon simultanée et 8 contrats d'accueil au total). Ainsi, environ 18 000 places seraient aujourd'hui proposées par 10 000 accueillants familiaux. En décembre 2020, un rapport de l'Assemblée nationale a souligné l'intérêt de ce modèle tout en formulant plusieurs propositions pour sécuriser son cadre juridique⁵².

⁵⁰ Loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique du 23 novembre 2018.

⁵¹ M. Jacques Wolfrom, Denis Piveteau, *Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous 1*, juin 2020.

⁵² Assemblée nationale, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur l'accueil familial*,

1.4 L'investissement immobilier dans les établissements

La CNSA soutient l'investissement pour réaliser des opérations immobilières de restructuration, de création, d'extension et de mise aux normes des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap. Les plans d'aide à l'investissement (PAI)⁵³ bénéficient de 1,5 Md€ sur la période 2021-2024 au profit du secteur « Personnes âgées ».

Ces fonds sont intégrés au plan France Relance dans le cadre du budget « Facilité pour la reprise et la résilience (FRR) » du plan de relance européen *NextGeneration EU*. Ils ont vocation à être remboursés. La France doit justifier d'au moins 36 000 places rénovées ou créées en Ehpad avant la fin 2025. Sont en particulier visées les opérations de modernisation d'Ehpad habilités à l'aide sociale (cf. encadré infra), de création de places autorisées et habilitées, de création de places en accueil de jour, en hébergement temporaire ou en unités d'hébergement renforcé et de transformation de capacités hospitalières en capacités médico-sociales.

En 2021, le plan d'aide à l'investissement immobilier a concerné 250 projets de restructuration/réhabilitation d'Ehpad et 158 en 2022. Des

fonds ont également été affectés aux régions insulaires en raison d'une offre à la fois insuffisante et vieillissante en Ehpad, voire d'une absence d'offre, constats effectués aussi par la délégation de la commission « affaires sociales et santé » lors de son déplacement à Mayotte et à La Réunion. Il faut souligner cependant que la dynamique actuelle est peu favorable aux Ehpad, en particulier aux Ehpad publics dont le nombre a légèrement diminué entre 2015 et 2019. Toutes catégories confondues, ce nombre a stagné sur la même période et les places créées n'ont augmenté que de 1,4 %⁵⁴. Cette stagnation est à mettre en relation avec celle du nombre de personnes âgées de plus 85 ans à l'horizon 2030.

Enfin la CNSA soutient, en Ehpad et en résidences autonomie, la création de tiers-lieux dans le cadre d'appels à projets qui sont à ce stade expérimentaux. L'ouverture sur l'extérieur des Ehpad, tiers-lieux compris, est désormais financée dans le cadre du plan d'aide à l'investissement.

Les fonds consacrés à l'investissement immobilier ne suffiront pas à financer, au rythme actuel, les travaux d'accessibilité et d'adaptation au vieillissement des établissements. Des financements supplémentaires doivent être trouvés pour améliorer l'offre.

fait par Josiane Corneloup et Mireille Robert, députées au nom de la commission des Affaires sociales, 2 décembre 2020.

53 Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2024, Annexe 6, *Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale*.

54 DREES, *L'aide et l'action sociale en France, Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion, Panorama de la DREES Social, édition 2022*.

Par ailleurs, le renforcement des moyens alloués à l'aide à la vie partagée (AVP) serait un soutien nécessaire au développement des habitats partagés⁵⁵.

Le taux d'équipement en places d'hébergement dans des établissements publics ou privés non lucratifs devrait être amélioré par des efforts ciblés de construction dans les départements en fonction de leurs besoins et particulièrement pour ceux qui sont en dessous de la moyenne nationale.

1.5 Amplifier les dynamiques d'adaptation du logement dans les opérations de rénovation urbaine

L'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU) intègre dans ses opérations une réflexion sur la prise en compte des besoins de santé du territoire, non limitée à l'offre de soins et dans le cadre d'une démarche globale d'urbanisme favorable à l'accessibilité pour tous. Des programmes de rénovation incluent l'adaptation d'une part significative de logements à la perte d'autonomie et au handicap (par exemple, les opérations de renouvellement urbain du quartier Saragosse à Pau). Il peut s'agir de réhabilitations complètes de logements anciens du parc privé ou social, voire de résidences autonomie, ou de faciliter dans la construction des immeubles un nombre significatif de logements adaptés à la dépendance. Des communautés urbaines et des départements s'engagent en ce sens. Toutes ces démarches participent à l'émergence de la notion de « territoires favorables au vieillissement »⁵⁶. Comme le souligne l'ANRU elle-même, les projets du Programme National

de Rénovation Urbaine (PNRU), synonymes de transformations urbaines et sociales majeures, sont des occasions pour adapter les logements et leur environnement aux enjeux du vieillissement, et ce spécifiquement pour une population plus précaire et plus isolée que la moyenne nationale.

La dynamique du Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain (NPNRU) doit être mise à profit pour multiplier les opérations de transformation des quartiers et des logements dans une optique de « territoires favorables au vieillissement », en s'appuyant sur les compétences de l'ANRU, sa capacité à mobiliser les financements et les partenaires, et en anticipant sur le relogement des ménages.

2. Aller vers un reste à charge soutenable

Pour le CESE, il est impératif de tendre vers un reste à charge zéro pour garantir une liberté de choix. Face à la perte d'autonomie, les personnes sont confrontées à trois grandes sources de dépenses. Elles-mêmes ouvrent, dans un système complexe et difficilement lisible, des possibilités différentes d'aides qui font intervenir des acteurs distincts.

Les dépenses de soins relèvent de l'Assurance maladie. Mais un reste à charge peut exister, possiblement élevé selon les soins et en fonction de la couverture par l'Assurance maladie et la complémentaire santé. La forte prévalence des pathologies chroniques parmi les personnes âgées en perte d'autonomie les rend souvent éligibles au régime ALD (Affections longues durées),

⁵⁵ Cf. <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/habitat-inclusif/appui-au-deploiement-de-lhabitat-inclusif> et le

rapport de M. Jacques Wolfrom, Denis Piveteau, *Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !*, juin 2020.

⁵⁶ Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU), *Les carnets de l'innovation, L'approche égalitaire de l'urbanisme*, septembre 2021.

avec une prise en charge à 100 % des seules dépenses engagées dans le cadre du traitement de ces affections. Le remboursement est limité au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale et certains frais ne sont pas inclus dans la prise en charge.

D'importantes dépenses sont directement liées à la perte d'autonomie : l'aide financière apportée est alors l'allocation

personnalisée d'autonomie (APA) pour, selon les cas, soutenir le maintien à domicile (repas, toilette, transport, installation de matériel comme un lit médicalisé...) ou prendre en charge une partie des frais liés aux tarifs dépendance des Ehpad et des unités de soins de longue durée (USLD). L'APA est variable selon les départements et présente des limites importantes.

ENCADRÉ 2 : L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

L'APA est une aide financière attribuée aux personnes d'au moins 60 ans⁵⁷ qui, malgré les soins qu'elles reçoivent, ont besoin d'être aidées pour accomplir des actes essentiels de la vie courante ou nécessitent une surveillance régulière. C'est une prestation universelle soumise aux niveaux des revenus et à l'évaluation de la perte d'autonomie.

Chaque demande d'APA donne lieu à une évaluation des besoins de la personne, par une équipe médico-sociale du département (APA à domicile) ou par l'établissement d'accueil (APA en établissement).

Le niveau de dépendance d'une personne est évalué en référence à la grille Aggir qui mesure la capacité à effectuer ou non les gestes quotidiens comme se déplacer, s'alimenter, faire sa toilette. À chaque item correspond un nombre de points et la personne est positionnée dans l'un des six GIR (« groupes iso-ressource »), de 1 (absence quasi-totale d'autonomie) à 6 (autonomie totale). L'APA n'est ouverte que pour les personnes relevant des Gir 1 à 4.

Pour les personnes en perte d'autonomie qui vivent à domicile, un plan d'aide départemental est réalisé. Celui-ci prévoit, selon les départements, un certain nombre de prestations (aide à domicile, transport, livraison de repas, aides techniques, mesures d'adaptation du logement, accueil temporaire) dans la limite de plafonds, fixés à l'échelle nationale pour chacun des GIR. Ce plan est dit « saturé » quand il atteint le plafond réglementaire (au-delà de ce plafond : c'est à la personne de prendre en charge ses dépenses). Une majoration est possible dans le cadre d'un dispositif de répit pour le proche aidant (accueil de jour, hébergement temporaire...).

⁵⁷ L'APA n'est pas cumulable avec la PCH.

L'APA laisse à la charge de la personne une « participation financière » qui dépend de ses revenus⁵⁸ et du montant du plan d'aide. Ce reste à charge (parfois appelé « ticket modérateur ») varie, au 19 janvier 2024, de zéro pour un revenu inférieur à 878 € par mois, à l'équivalent de 90 % du plan d'aide pour des revenus supérieurs à 3 233 €/mois.

Le libre choix du mode d'accompagnement à domicile peut se retrouver altéré notamment quand les équipes médico-sociales des conseils départementaux orientent les bénéficiaires de l'APA à domicile les plus avancés en perte d'autonomie vers les services à la personne⁵⁹.

En établissement, l'APA couvre une partie du « tarif dépendance » (cf. encadré *infra* sur les 3 « sections tarifaires » des Ehpad). Son montant dépend des ressources du résident et du montant du tarif dépendance de l'établissement.

L'APA est versée par le conseil départemental (avec un concours de la CNSA de 40 % à l'échelle nationale).

À la différence de l'aide sociale à l'hébergement (ASH ; cf. *infra*), l'APA ne donne lieu ni à obligation alimentaire (pas d'action auprès de la famille du bénéficiaire) ni à récupération sur succession (pas d'action auprès des héritiers sur l'actif net successoral).

58 Sont pris en compte : les revenus déclarés figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition, les produits des placements financiers soumis au prélèvement libératoire, les biens (hors résidence principale).

59 L'article 232-6 du code de l'action sociale et des familles détermine le rôle de l'équipe médico-sociale dans la détermination du plan d'aide des bénéficiaires de l'APA. Le 3° indique notamment : « (...) L'information fournie sur les différentes modalités d'intervention est garante du libre choix du bénéficiaire et présente de manière exhaustive l'ensemble des dispositifs d'aides et de maintien à domicile dans le territoire concerné ».

ENCADRÉ 3 : LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

La PCH est une aide financière destinée à compenser la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap dans la vie quotidienne. Elle est attribuée aux personnes qui ont moins de 60 ans lors de la première demande, sans conditions de ressources : c'est une prestation universelle. Son montant dépend des revenus et d'une évaluation préalable des besoins de compensation.

L'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) évalue le degré de difficulté dans les activités quotidiennes et formule des propositions de compensation. Le demandeur bénéficiera de la PCH s'il a une « difficulté absolue » ou « deux difficultés graves » parmi une liste d'activités comme se mettre debout, marcher, se laver, utiliser les toilettes, parler, entendre, voir...

La PCH comprend cinq « éléments », qui sont cumulables et correspondent à différentes formes d'aides :

- une aide humaine qui couvre l'intervention d'une tierce personne, qui peut être un aidant familial (membre de la famille qui n'est pas salarié pour cette aide) ou une personne salariée.
- une aide technique pour l'achat ou la location d'un matériel (par exemple, fauteuil roulant).
- l'aménagement du logement ou du véhicule ou la prise en charge de surcoûts liés aux transports.
- des charges spécifiques ou exceptionnelles liées au handicap (par exemple frais d'entretien d'un fauteuil roulant, frais de réparation d'un lit médicalisé).
- un besoin d'aide animalière.

La PCH est versée par le conseil départemental (avec un concours de la CNSA de 29 %). La compensation s'effectue dans la limite des frais supportés par la personne handicapée, qui doit fournir des justificatifs. Les dépenses sont prises en charge à 100 % de leur tarif, pour les personnes dont les ressources annuelles de patrimoine sont inférieures ou égales à 29 061,72 € ou 80 % si leur revenu est supérieur.

Il existe des plafonds distincts pour chaque type d'aide. Le plafond est fixé en nombre d'heures pour l'aide humaine (6h05 au titre des actes essentiels et de la surveillance et 3h au titre du soutien à l'autonomie) et en euros pour les autres aides (par exemple pour l'aménagement du logement : 10 000 € sur 10 ans).

Comme l'APA, la PCH ne fait pas l'objet de recours sur succession et ne met pas en œuvre le principe de l'obligation alimentaire.

En dépit d'un certain encadrement national, l'APA reste un dispositif du département, qui concrétise sa compétence en matière de politiques sociales, d'âge et de handicap. Sur la période 2016-2020, on comptait environ 8 % de bénéficiaires de l'APA parmi les 60 ans ou plus en France métropolitaine. Ce taux varie de 4 % dans les Yvelines à 12 % dans les Hautes-Pyrénées. La décentralisation octroie aux départements la capacité de faire des choix politiques, de cibler des priorités y compris en termes de politiques sociales. Les budgets des départements ne sont pas extensibles et il n'en demeure pas moins que, dans l'ensemble, le nombre de bénéficiaires de leurs politiques sociales augmente. Les départements mettent en œuvre ces choix dans un contexte marqué par le poids croissant de la contrainte budgétaire. Les compensations financières de l'État décidées lors des transferts de compétences ne permettent pas aujourd'hui de couvrir leurs dépenses de solidarité en augmentation constante. Les mécanismes de péréquation financière n'apparaissent pas suffisants. De plus, et à la suite de la conférence nationale des territoires tenue en 2017, les départements devaient, dans le cadre des « contrats de Cahors », s'engager à limiter la croissance de leurs dépenses de fonctionnement. Parallèlement, la réforme des finances locales s'est poursuivie : ainsi, pour compenser la suppression de la taxe d'habitation que percevaient les communes, la loi de

finance pour 2020 a instauré, à compter de 2021, le transfert de la part de la taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) perçue par les départements vers les municipalités. Pour les départements, qui n'ont plus la liberté de fixer leur taux de taxe foncière, la compensation a pris la forme de la perception d'une fraction de taxe sur la valeur ajoutée (TVA). Ces réformes sont considérées comme génératrices de complexification tout en privant les collectivités de leur marge de manœuvre⁶⁰.

Par ailleurs, le plafonnement des plans d'aide devient un obstacle d'autant plus rapidement que le prix des prestations augmente. Cette déconnexion entre les besoins évalués et la mise en œuvre est préoccupante. Comme la majorité de la prestation sert à financer la rémunération des professionnels et que l'évaluation est faite en conversion de points GIR non indexés sur ces derniers, l'écart s'accroît. Cela a pour conséquence des taux de participation, à la charge des personnes, en hausse, et, trop souvent, des renoncements partiels à l'exécution du plan d'aide, des arbitrages contraints, entre aide humaine ou aide technique notamment, des plans non mis en œuvre⁶¹. Ces éléments ont une conséquence concrète : dans une publication de juillet 2022⁶², la DREES relevait que seulement 85 % du montant inscrit dans le plan notifié étaient en moyenne réellement consommés. Cette part importante de non-consommation varie peu selon les ressources⁶³ : elle

60 Cf. par exemple le *Rapport de la mission d'information sur l'impact des décisions réglementaires et budgétaires de l'État sur l'équilibre financier des collectivités locales*, Guylène Pantel, juin 2023.

61 Audition de Stéphane Corbin, directeur général adjoint des services du Conseil départemental de Seine-Saint-Denis, pôle Solidarité et membre de l'Association nationale des Directeurs d'action sociale et de santé (ANDASS), le 10 janvier 2024.

62 DREES, *Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix – Résultats 2019*, Les dossiers de la DREES, n° 99, juillet 2022.

63 Cf. le graphique présenté plus bas (« Prise en charge de la dépendance et taux d'effort selon le revenu du bénéficiaire à domicile »).

pèse donc proportionnellement davantage sur les personnes aux revenus faibles. **Le CESE déplore cette déconnexion préoccupante entre les besoins de la personne, tels qu'ils ont pourtant été reconnus par une équipe médico-sociale, et ce qui est effectivement mis en œuvre.**

Enfin, les dépenses d'hébergement présentent considérablement dans le reste à charge. Les tarifs d'hébergement en établissement sont fixés librement par les structures gestionnaires (la seule limite étant de ne pas dépasser un coefficient annuel de revalorisation fixé par le ministère de l'économie

et des finances). Conséquence de ce faible encadrement, les tarifs sont très variables d'une structure à l'autre, et globalement plus élevés dans les établissements privés lucratifs (qui représentent une part importante de l'offre dans certains territoires) que dans les établissements publics ou privés non lucratifs (cf. *infra* : piste de financement n°8). Le seul réel encadrement existant s'applique aux places habilitées à l'aide sociale. Ce dispositif, largement à la main des départements, impose aux établissements un tarif encadré.

ENCADRÉ 4 : L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT (ASH)

Ce dispositif à la main des départements est le seul qui implique un encadrement des tarifs en établissements. L'ASH n'est en effet octroyée qu'aux résidents d'un établissement habilité à recevoir les bénéficiaires de cette aide ou aux accueillants familiaux.

L'ASH a un caractère subsidiaire : elle ne prend en charge que la différence entre le montant de la facture d'hébergement en établissement et la participation financière du résident. Pour calculer cette participation, tous les revenus du résident sont pris en compte, y compris l'aide au logement, les revenus du patrimoine, les revenus non imposables, ainsi que ceux du conjoint ou de la conjointe et la participation des obligés alimentaires. La règle générale est que l'obligation alimentaire s'applique aux enfants, gendres et belles-filles, petits-enfants et arrière-petits-enfants (la proposition de loi « Bien vieillir » en cours d'examen au Parlement supprimant le recours auprès des petits-enfants et de leurs descendants).

90 % des ressources du bénéficiaire sont mobilisées pour couvrir les dépenses engagées. Le bénéficiaire ne peut donc conserver que 10 % de ses ressources, avec une seule limite : le montant mensuel qui lui est ainsi laissé ne peut pas être inférieur à un montant minimal qui est actuellement de 121 €. Lorsque, dans un couple, l'un des deux est resté vivre à domicile, le montant de l'ASH doit permettre de laisser à la disposition de cette personne au minimum 1 012,02 € par mois. Les deux tiers de la dépense « hébergement » sont ainsi pris en charge par la personne âgée.

Le versement de cette aide sociale est aussi conditionné à la sollicitation préalable des enfants ou petits-enfants, qui doivent contribuer, si leurs ressources le permettent, au paiement de l'hébergement en Ehpad dans le cadre de leur obligation alimentaire. L'ensemble des départements applique l'obligation alimentaire auprès des enfants du bénéficiaire. 92 % y recourent auprès des gendres ou belles-filles, 32 % auprès des petits-enfants.

Par ailleurs, le recours sur les successions du bénéficiaire est systématiquement mis en œuvre dans 97 % des départements.

Ce sont les départements qui définissent les modalités de gestion de l'aide sociale à l'hébergement (ressources prises en compte, modalités de versement). Les disparités territoriales liées à l'attribution de cette aide sociale sont donc importantes.

Le coût de l'ASH pour les départements s'élève à 1,3 Md€. Le recours sur les successions des bénéficiaires leur permet de récupérer 190 M€.

ENCADRÉ 5 : LE FINANCEMENT DES EHPAD

Il s'organise autour de trois sources (« sections ») qui font écho aux trois types de dépenses que suscitent la dépendance (cf. *supra*) :

→ **la section dépendance** correspond aux prestations d'aide et de surveillance qui sont nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et ne sont pas liées aux soins. La tarification journalière de ces dépenses fait l'objet d'une décision du président du département : elles dépendent, pour chaque personne, de son degré d'autonomie (GIR) déterminée par l'équipe médico-sociale. Elle est financée par l'APA du résident mais aussi par les deniers du résident. Le GIR moyen pondéré (GMP) de l'établissement permet de mesurer le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents de l'établissement, basé sur la grille d'évaluation AGGIR. La valeur du point GIR permet ensuite de calculer le forfait dépendance des établissements (forfait global dépendance = niveau de dépendance moyen des résidents X valeur du point GIR départemental X capacité autorisée de l'Ehpad). Depuis 2018, la valeur du point GIR départemental doit être arrêtée chaque année par les conseils départementaux. La moitié des départements affichent une valeur de point GIR comprise entre 7,06 et 7,51 euros mais en 2022 on constate des différences de valeurs minimales importantes : 6,2 euros dans les Alpes-Maritimes contre 11,8 euros en Guyane.

- **la section soins**, qui englobe les soins médicaux et paramédicaux (médicaments, équipements, rémunération du médecin coordinateur, infirmières, aides-soignantes), est financée par l'Assurance maladie et versée par les ARS, pour partie sur des dotations de la CNSA. Pour un établissement, son montant dépend des soins médicotechniques dont les résidents et les résidentes ont besoin, mesuré par le pathos moyen pondéré⁶⁴.
- **la section hébergement** englobe les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, de blanchissage, de vie sociale, non liées à la dépendance. **Elle est principalement financée par le résident**, qui peut toutefois bénéficier d'aides (ASH) s'il y est éligible et si l'établissement est habilité.

Le poids de ces 3 sections est variable selon la nature de l'établissement, même si, de façon générale, **la part hébergement est la plus importante.**

Deux réformes successives :

- **La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)** a réformé la tarification des Ehpad et les règles de détermination de leurs ressources. L'objectif affiché était de passer d'une logique de couverture des charges à une logique de pilotage par objectifs. Sa mise en œuvre a pu générer une baisse des ressources pour certains établissements, qui, dans certains cas, a été compensée par un financement de la CNSA. La réforme ne concernait pas la section hébergement qui, de loin, représente la plus grande part du reste à charge.
- **La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 a apporté une modification** en prévoyant la possibilité d'une fusion à partir de 2025, dans les seuls départements volontaires, des dépenses de prise en charge de la dépendance et de celles afférentes au soin, dans une section unique dont la tarification sera assurée par l'ARS. Les effets de cette mesure optionnelle, en termes de reste à charge, de simplification, de redistribution entre les territoires, sont difficilement évaluables.

Au total et au-delà de la section hébergement financée majoritairement par les résidents - les dotations publiques aux Ehpad sont liées à deux indicateurs : le Gir moyen pondéré, qui mesure le niveau de dépendance des résidents, et le Pathos moyen pondéré, qui mesure leurs besoins en soins. Ces indicateurs ont donc un impact sur le profil des résidents et font donc partie entière de la gestion financière des établissements.

⁶⁴ Le Pathos est un outil d'évaluation des besoins en soins d'une personne (de l'absence de traitement ou de surveillance médicale à la nécessité de soins lourds et d'une surveillance quotidienne, en passant par la rééducation fonctionnelle, les soins psychiatriques, etc.). Dans un usage individuel, il permet d'évaluer la situation d'une personne âgée et de mettre en place une réponse médicale. Dans un usage collectif, il mesure les besoins en soins dans un établissement compte tenu du public accueilli : on parle du Pathos moyen pondéré. Un travail de refonte des ordonnances du référentiel Pathos a été initié par la CNSA en 2017 et devrait aboutir en 2024. Ses objectifs ont été réaffirmés dans la convention d'objectif et de gestion de la CNSA 2022-2026, il s'agit notamment de mieux valoriser la prévention, les thérapies non médicamenteuses et l'évolution des pathologies des personnes accueillies en EHPAD.

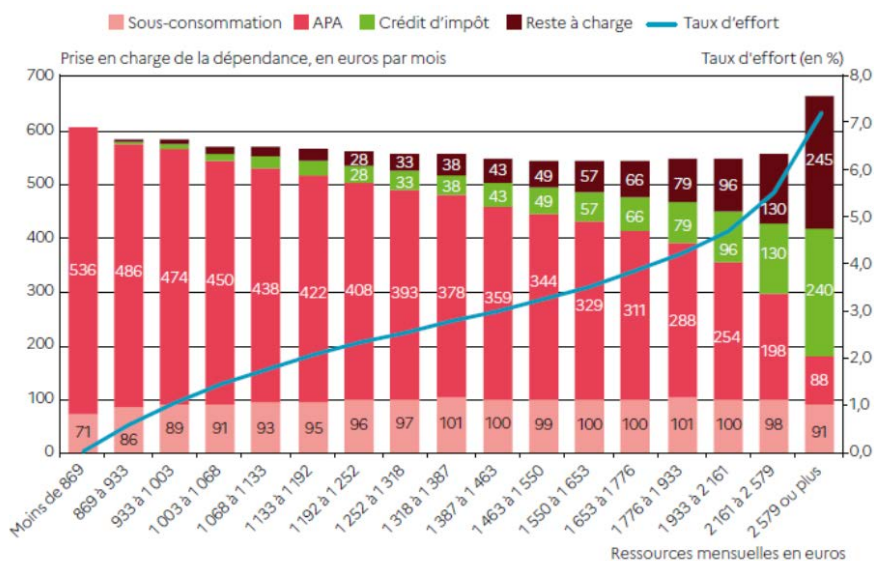
Plusieurs rapports ont pointé⁶⁵ un système complexe avec de nombreux dysfonctionnements. Pour le CESE, des changements s'imposent :

a. Une participation trop élevée des personnes et des familles

En termes de reste à charge, les personnes règlent 7,5 milliards d'euros de la dépense liée à la dépendance⁶⁶.

À domicile, une enquête de la DREES en 2017 estime ainsi que 21 % du montant des plans d'APA à domicile sont financés par les bénéficiaires⁶⁷. Une multiplicité de facteurs (plafonnement, niveau et tarif de l'offre) contribue à ce que les plans d'aide ne soient pas pleinement exécutés, avec, comme conséquence possible, des accueils en Ehpad qui ne correspondent pas au libre choix des personnes.

GRAPHIQUE 1 : PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE ET TAUX D'EFFORT SELON LE REVENU DU BÉNÉFICIAIRE À DOMICILE⁶⁸



Source : DREES

65 Notamment : Marie-Odile Esch, « Vieillir dans la dignité », avis du CESE n° 2018-13, avril 2018 ; Christine Pirès-Beaune, *Garantir la prise en charge des personnes âgées établissement, encadrer leur reste à charge*, juillet 2023 ; Cour des comptes, *La prise en charge des personnes âgées en EHPAD, un modèle à construire*, février 2022.

66 Commission nationale des comptes de la sécurité sociale, septembre 2021.

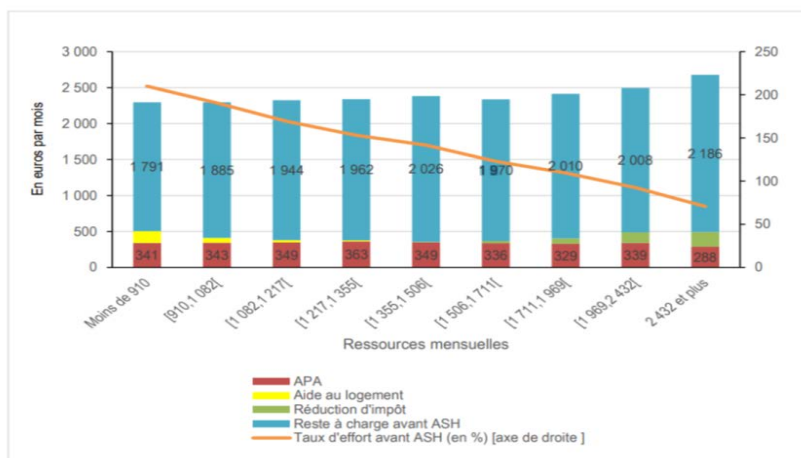
67 Citée par la commission nationale des comptes de la sécurité sociale 2022.

68 Audition de Fabrice Lenglard, Directeur de de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des Solidarités et des Familles, devant la commission des Affaires sociales et de la santé du CESE, le 20 septembre 2023.

En établissement, pour les personnes dont les ressources mensuelles sont comprises entre 1 700 et 1 900 €, le reste à charge moyen s'élève à 2 000 € (cf. tableau ci-dessous). Ces chiffres et moyennes cachent en réalité de fortes disparités. Le taux d'effort de la personne rapporté à ses revenus est insoutenable pour une grande partie des résidents. Il atteint 100 % pour les personnes

aux revenus inférieurs à 2 000 € non bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Le reste à charge excède les ressources courantes de la personne dans 75 % des cas. À cela s'ajoute une autre inégalité : les plus modestes, qui sont aussi plus isolés, entrent plus jeunes en établissement⁶⁹.

GRAPHIQUE 2 : RÉPARTITION DES FRAIS DE SÉJOUR EN ÉTABLISSEMENT PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN EUROS PAR MOIS ET TAUX D'EFFORT AVANT ASH, SELON LES RESSOURCES⁷⁰

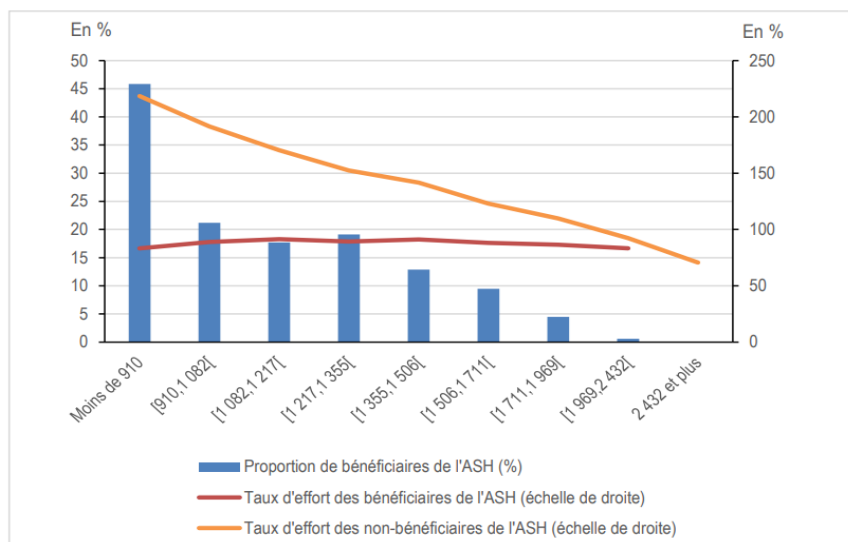


Source : DREES

69 DREES, *La moitié des seniors en institution ont un niveau de vie compris entre 1 100 et 1 900 euros par mois*, Stéphanie Bonesch et Litti Esteban, Études et résultats, n° 1264, avril 2023.

70 Audition de Fabrice Lengart, Directeur de de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des Solidarités et des Familles, devant la commission affaires sociales et santé du CESE, 20 septembre 2023.

GRAPHIQUE 3 : TAUX D'EFFORT SELON QUE LES RÉSIDENTS BÉNÉFICIENT OU NON DE L'ASH



Source : DREES

Au regard des défis socio-économiques liés au vieillissement de la population et à l'accroissement des besoins en termes de prise en charge et de soins, le CESE souligne l'importance du crédit d'impôt dans la réduction du reste à charge des familles. Le Conseil économique, social et environnemental réitère son soutien envers le crédit d'impôt en tant que mécanisme de soutien au financement de la perte d'autonomie.

b. Des inégalités territoriales

La qualité de l'accompagnement et la participation financière des personnes sont pour partie la conséquence des choix faits par les départements. En établissement, le tarif médian observé dans un territoire donné est lié au niveau

de l'offre mais aussi à la composition de cette offre. Dans les départements où la part de l'offre publique et privée non lucrative est plus forte, les tarifs médians et les restes à charge (RAC) sont moins élevés. Ils sont plus importants dans ceux qui ont fait le choix d'une offre plus largement confiée à des établissements privés lucratifs. Or, dans certains territoires, ces gestionnaires représentent la moitié de l'offre⁷¹. C'est aussi aux départements qu'il revient de décider des habilitations à l'aide sociale : en se prononçant sur la part des places habilitées à l'aide sociale dans l'offre globale, ils décident du niveau de l'encadrement des tarifs dans leur territoire. Selon l'ampleur qu'ils souhaitent donner à l'habilitation à l'aide sociale à

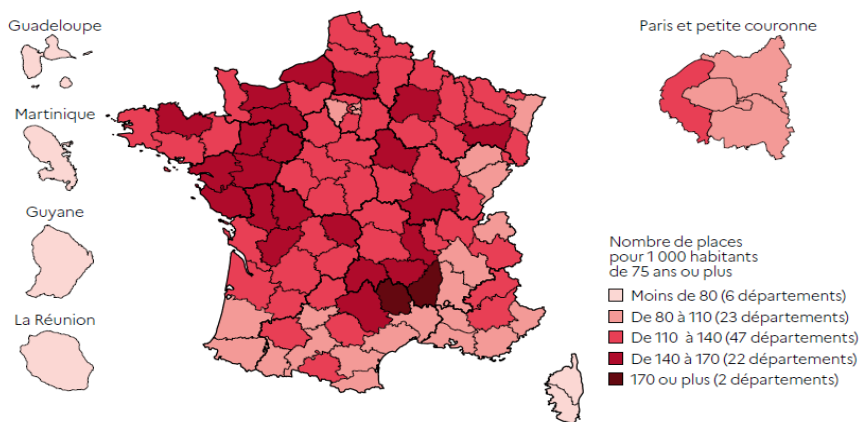
⁷¹ Sénat, *Le contrôle des EHPAD*, rapport d'information fait par M. Bernard Bonne, sénateur et Mme Michelle Meunier, sénatrice, au nom de la commission des Affaires sociales, 12 juillet 2022.

l'hébergement et à la tarification, les départements influent sur le niveau de l'offre et son accessibilité financière. Telles qu'on les observe actuellement, les différences dans le niveau et la composition de l'offre ne sont pas justifiées, dans le sens où elles ne font écho ni à des différences territoriales avérées dans les besoins (la démographie

par exemple) ni aux caractéristiques socio-économiques des territoires. Consciente de cette difficulté, la CNSA a adopté des critères de répartition de ses crédits pour la création de places nouvelles⁷², avec pour objectif de favoriser un rattrapage du niveau de l'offre dans les départements sous-dotés.

CARTE 1 : TAUX D'ÉQUIPEMENT EN PLACES D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES, AU 31 DÉCEMBRE 2019

Carte 1 Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées, au 31 décembre 2019



Note > Au niveau national, le nombre de places en Ehpad, EHPA, résidences autonomie et USLD est de 120 pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête EHPA 2019 ; Insee, estimations provisoires de la population au 1^{er} janvier 2020 (chiffres arrêtés fin 2021).

Source : DREES, enquête EHPA 2019, Insee, estimations provisoires de la population au 1^{er} janvier 2020 (chiffres arrêtés fin 2021)

⁷² La répartition des montants prévus pour installer de nouvelles places repose sur des critères adoptés par le Conseil de la CNSA. La CNSA a adopté de nouveaux critères de répartition des moyens lors de la conférence nationale du handicap de 2017, avec pour objectif de réduire progressivement les disparités d'équipement entre les départements. La CNSA pratique en outre certaines modulations territoriales des financements pour tenir compte de certains surcoûts dans les territoires ultramarins pour garantir encore que même les plus petites ARS disposeront des moyens suffisants pour développer des réponses aux besoins de leur population.

Le CESE poursuit un double objectif : réduire le reste à charge et les inégalités territoriales.

2.1 Encadrer le prix des places d'hébergement dans les Ehpad privés pour contribuer à limiter le reste à charge des résidents

Deux régimes de tarif hébergement coexistent : la liberté tarifaire et un tarif administré par le conseil départemental. Le conseil départemental administre le tarif hébergement pour l'ensemble des places d'un Ehpad dès lors que l'établissement compte plus de 50 % de places destinées aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement. En revanche, dans les établissements qui comptent moins de 50 % de places habilitées, il existe une liberté tarifaire qui s'applique à tous les résidents qui ne bénéficient pas de l'aide sociale : les tarifs de ces places sont ainsi déterminés librement par les acteurs même s'ils sont soumis au respect d'un coefficient maximal annuel de revalorisation.

Or plusieurs constats peuvent être faits :

- Les tarifs hébergement varient très fortement selon le type de structure, ce qui fait considérablement varier le reste à charge pour les résidents. Dans ses dernières données disponibles, la CNSA indique que le tarif hébergement en 2023 s'établissait en moyenne, pour une chambre seule non habilitée à l'ASH, à 63,14 € dans un Ehpad public territorial (63,33 € dans un Ehpad rattaché à un hôpital) contre 78,31 € dans un Ehpad privé non lucratif et 101,55 € dans un Ehpad privé lucratif⁷³. Pour sa part, la députée Christine Pires Beaune observait, dans son rapport précité, que « le tarif moyen journalier le plus élevé des Ehpad privés lucratifs était supérieur de 55 % au tarif journalier le plus faible des Ehpad publics »⁷⁴ ;
- il existe de fortes disparités territoriales dans l'offre. Les différences importantes de prix du foncier se répercutent sur le prix de l'hébergement. En 2019⁷⁵, le prix médian d'une chambre seule en Ehpad est de 2 004 €, et varie de 1 628 € par mois pour la Haute-Saône à 3 264 € par mois dans le département des Hauts-de Seine. Par ailleurs, les établissements publics et privés sont inégalement répartis sur le territoire : des villes comme Nice, Toulon, Marseille-Aix ont une

73 Source : CNSA, *Repères statistiques*, n° 19, janvier 2024. Le tarif hébergement en 2023 s'établissait en moyenne à 63,50 € par jour pour une chambre seule habilitée à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et à 95,60 € pour une chambre seule non habilitée. Il est de 62,29 € par jour pour une chambre seule habilitée à l'ASH d'un EHPAD public territorial ; de 61,31 € dans un EHPAD rattaché à un hôpital ; de 66,35 € dans un EHPAD privé non lucratif ; de 65,30 € dans un EHPAD privé lucratif. Pour une chambre seule non habilitée à l'ASH, le tarif est de 63,14 € dans un EHPAD public territorial ; 63,33 € dans un EHPAD rattaché à un hôpital ; 78,31 € dans un EHPAD privé non lucratif ; 101,55 € dans un EHPAD privé lucratif.

74 Les comptes de la sécurité sociale, juin 2020, cité dans le rapport à la Première ministre de Mme Christine Pires-Beaune, *Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissement, encadrer leur reste à charge*, Annexe IV, Données et travaux statistiques et financiers.

75 CNSA, *Analyse statistique Les prix en EHPAD en 2019 Diversité des territoires et des politiques tarifaires*, avril 2021.

majorité de places dans des Ehpad privés commerciaux, qui disposent de peu de places pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Ce contexte limite le libre choix en fonction du lieu de résidence de la personne et de sa famille ;

- l'aide sociale accordée à certains résidents permet de réduire leur reste à charge. L'encadrement des tarifs par le département, pour les établissements qui proposent plus de 50 % de places ouvertes à des bénéficiaires de l'aide sociale, permet certes de limiter les prix. Toutefois, alors que dans le secteur public, une grande majorité des Ehpad sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sur l'ensemble de leurs places (91 %), ce n'est le cas que de 6 % des Ehpad privés à but lucratif. Dans le secteur privé à but non lucratif, 91 % des établissements disposent de places habilitées et trois Ehpad sur quatre sont habilités à l'aide sociale pour l'ensemble de leurs places⁷⁶.

PRÉCONISATION #2

Des mesures sont nécessaires pour rééquilibrer l'offre de places en Ehpad sur tout le territoire et réduire les trop grands écarts de reste à charge pour les personnes âgées qui souhaitent avoir recours à ce type d'accompagnement. Pour cela le CESE préconise de :

- déterminer un tarif maximum au niveau national, qui pourrait être fonction du niveau de dépendance des personnes accueillies et des prestations offertes, pondéré en fonction du coût de l'immobilier ;
- imposer un niveau minimum de places aux tarifs administrés dans tous les établissements pour garantir, sur l'ensemble du territoire, des places pour les personnes éligibles à la prestation sociale à l'hébergement.

⁷⁶ DREES, L'aide et l'action sociales en France - édition 2022, Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion, sous la direction d'Isabelle Leroux, Panoramas de la DREES Social, fiche 18, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS2022.pdf>.

La baisse du reste à charge est prioritaire pour le CESE et doit être effective pour tous les résidents. La nouvelle prestation hébergement (cf. *infra*), plus large que l'actuelle aide sociale doit contribuer à ce que l'accessibilité financière ne soit pas un critère du choix du lieu de vie. Cette prestation peut toutefois difficilement être envisagée dans le cadre d'une totale liberté tarifaire : les financements publics ainsi mobilisés par la prestation pourraient en effet ne pas se répercuter à la baisse sur les factures des résidents, en l'absence d'un encadrement des prix. Par ailleurs, il faut éviter que les disparités de l'offre ne conduisent à l'absence, dans certains territoires, de places ouvertes aux personnes les plus modestes.

Le non-respect des tarifs ou bien du nombre de places ouvertes aux bénéficiaires les plus précaires pourrait conduire à des sanctions financières, et notamment à une baisse de certains financements publics.

2.2 Faire évoluer l'APA et l'ASH

L'allocation pour l'autonomie des personnes âgées doit évoluer, pour limiter les différences entre les départements et se rapprocher des modalités de calcul de la PCH. Elle finance l'aide humaine octroyée, permet de couvrir la rémunération, les cotisations ainsi que l'ensemble des frais inhérents à l'emploi d'un salarié.

PRÉCONISATIONS

PRÉCONISATION #3

Le CESE préconise de :

- faire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) la prestation autonomie liée à l'âge dont le modèle converge vers celui de la prestation de compensation du handicap (PCH) et est indexé sur les salaires des professionnels du secteur ;
- garantir la réalité du libre choix en permettant aux bénéficiaires de l'APA de recourir de manière effective à l'emploi à domicile ;
- créer une valeur nationale de référence du point GIR (groupe iso-ressources). Afin de compenser financièrement le coût de l'insularité, elle sera abondée par l'État du pourcentage correspondant au coefficient géographique défini par le ministère de la santé prenant en compte la Corse, les départements ultra-marins et l'Ile-de-France.

PRÉCONISATION #4

Pour limiter les dépenses supportées par la personne et sa famille, le CESE préconise de :

- remplacer l'aide sociale à l'hébergement (ASH) par une prestation sociale hébergement liée aux revenus et au tarif hébergement et solvabilisée par la solidarité nationale ;
- aller vers un reste à charge zéro pour le soin et la dépendance ;
- faire évoluer l'habilitation à l'aide sociale, aujourd'hui attachée à l'établissement, vers une habilitation à la personne.

C. AMELIORER LA QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT

Trois priorités s'imposent, qu'il faut financer :

1. Le développement d'une offre globale organisée dans une logique de parcours.

La volonté de conforter le « virage domiciliaire », portée par les pouvoirs publics a conduit à plusieurs réformes pour le secteur du domicile, contrairement au secteur de l'hébergement qui reste trop peu encadré. Il n'existe pas suffisamment, au-delà des autorisations d'ouverture d'établissements ou de structures délivrées conjointement par les ARS et les départements, d'instrument de pilotage ou de régulation qui permettrait, de l'échelle nationale jusqu'à celle des territoires, de faire correspondre le niveau de l'offre aux besoins et à leurs évolutions. Cela contribue à l'inégale répartition des places, aux iniquités dans les tarifications, mais aussi à l'inadéquation entre l'offre et les parcours de personnes. Ces manques et ces inégalités sont documentés et des actions sont en cours pour les corriger.

Le dialogue tripartite de gestion budgétaire, entre les établissements, les départements et les ARS, a, par exemple, été reformé, avec l'idée de mieux articuler les moyens des établissements avec les priorités des pouvoirs publics. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) devaient contribuer à la

déclinaison, dans les établissements, des priorités nationales (politiques publiques de santé, d'autonomie, d'accompagnement social), régionales et départementales, en étant en cohérence avec les projets et schémas régionaux et départementaux de santé. Les CPOM, présentés dans la convention d'objectifs et de gestion Etat-CNSA 2022-2026, comme l'un des outils du pilotage de l'adaptation de l'offre, sont censés porter des objectifs ambitieux, en termes d'efficacité mais aussi de qualité de l'accompagnement et des soins.

Cette réforme n'a pas eu l'impact escompté. Son effet sur la recomposition de l'offre dans les territoires est limité : les CPOM n'ont permis ni une meilleure couverture territoriale, ni une plus grande homogénéité de l'offre. Le suivi de leur mise en œuvre est insuffisant et, surtout, rien ne se produit quand un objectif n'est pas atteint. Enfin, certains progrès, vers la construction d'une offre diversifiée, coordonnant soins et accompagnement par exemple, ne peuvent être réalisés que par le financement d'expérimentations. Or, comme le remarque le Sénat⁷⁷, les CPOM ne permettent pas une programmation pluriannuelle de crédits au soutien de ces innovations.

Ce constat conduit le CESE à plaider pour une régulation nationale plus forte, plus effective, reliant

⁷⁷ Sénat, rapport d'information n° 771 de Bernard Bonne et Michelle Meunier, sénateurs, sur *Le contrôle des EHPAD*, 12 juillet 2022.

plus directement les financements aux objectifs nationaux et de répartition territoriale de l'offre. Un changement de cadre s'impose pour aller vers la mise en adéquation de l'offre aux besoins des territoires. Faute de cette régulation, les territoires développent les solutions qui leur paraissent les plus adaptées à leur situation sociale et démographique, en utilisant les marges de liberté dont ils disposent. À titre d'exemple, dans les Outre-mer, la retraite moyenne est de presque 30 % de moins que dans l'hexagone. Or le montant moyen d'un séjour en Ehpad varie entre 3 000 et 4 500 € par mois. Ces coûts sont dus aux frais de fonctionnement plus élevés dans ces territoires. Certains territoires n'arrivent donc pas à maintenir un niveau de prise en charge en adéquation avec les budgets alloués. S'il y a dans les territoires ultramarins une culture de solidarité familiale envers leurs aînés, ce choix correspond le plus souvent à des contraintes financières⁷⁸.

La délégation du CESE a pu constater qu'à Mayotte et à La Réunion, en cohérence affichée par les départements avec les priorités nationales, en particulier celle du maintien à domicile, l'accent est mis sur l'évolution et le développement des dispositifs d'Ehpad hors les murs, d'accueil de jour, de Maisons d'accueil familial, solutions jugées plus compatibles avec les règles de la solidarité familiale, encore très fortes. À Mayotte, il s'accompagne d'une réticence envers la construction d'Ehpad, en raison d'un nombre de places jugé

surdimensionné par rapport au contexte du territoire. Quantitativement adaptée, cette offre doit aussi être plus qualitative pour répondre aux évolutions des besoins de la personne, dans une logique de parcours.

L'accès aux soins primaires est aussi une priorité car il peut permettre de retarder la perte d'autonomie. Cela implique une offre de soins primaires suffisante dans tous les territoires. Sur ce plan, les difficultés ne concernent pas que les personnes les plus âgées. Les déserts médicaux - situés dans des zones rurales mais également des quartiers urbains sensibles ou des centres-villes - comptent parmi les causes de ces difficultés.

Il n'y a pas de solution évidente et le CESE a, dans plusieurs avis⁷⁹, suggéré d'activer une pluralité de leviers autour de trois priorités : partir des besoins tels qu'ils existent dans les territoires et organiser localement la réponse ; favoriser la qualité, la pertinence et la coordination des soins ; assurer la continuité de la prise en charge médicale et sociale. L'enjeu de l'articulation des soins et de l'accompagnement est plus fort du fait de la présence fréquente de plusieurs pathologies chroniques. Dans les établissements, les personnes âgées peuvent conserver leur médecin traitant, cependant cela questionne lorsque celui-ci part à la retraite. Le remboursement des honoraires s'organise comme celle d'un assuré social « ordinaire ».

Mettre fin à un système qui entretient la dichotomie entre le maintien à domicile, et l'accueil en Ehpad est un défi des

78 Sources : CNAV, AGIRC-ARCCO, INSEE.

79 Sylvie Castaigne et Yann Lasnier, « *Les déserts médicaux* », avis du CESE n° 2017-27, décembre 2017 ; Marie-Odile Esch, « *Vieillir dans la dignité* », avis du CESE n° 2018-13, avril 2018 ; Michel Chassang et Anne Gautier, « *Les maladies chroniques* », avis du CESE n° 2019-14, juin 2019 ; Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier, « *L'hôpital au service du droit à la santé* », avis du CESE n° 2020-21, octobre 2020 ; Alain Dru et Anne Gautier, « *Améliorer le parcours de soins en psychiatrie* », avis du CESE n° 2021-10, mars 2021 ; Isabelle Doreste et Agnès Popelin-Desplanches, « *Pour une politique publique nationale de santé environnement au cœur des territoires* », avis du CESE n° 2022-08, mai 2022.

prochaines années. D'autres formes d'accueil et d'accompagnement (soutien infirmier à domicile, accueil de jour et hébergement temporaire, habitat inclusif) doivent être proposées et accessibles aux personnes.

Dans ce contexte, le CESE vise trois priorités :

- **renforcer l'offre d'accompagnement à domicile ;**
- **décloisonner les parcours de soins et d'accompagnement ;**
- **garantir à toute personne en situation de dépendance, quel que soit le lieu de vie, l'accès à un panier de prestations de soins et d'accompagnement de qualité répondant à leurs besoins.**

2. Des personnels formés, respectés et en nombre suffisant

Les professionnelles, qui assurent l'accompagnement, sont majoritairement des femmes. Elles se répartissent entre l'aide à domicile et les différentes structures médico-sociales, dont les Ehpad.

Le constat est ancien et connu : le sous-effectif est le nœud des difficultés, il est à l'origine de la dégradation des conditions de vie au travail qui, elles-mêmes, rendent les professions du soin et de l'accompagnement toujours moins

attractives. Le rapport El Khomri⁸⁰ proposait déjà en 2019 un « plan de solidarité nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge ». En 2020, le CESE⁸¹ avait proposé un « plan en faveur des métiers du lien » autour de plusieurs principes structurants relevant de la formation, des qualifications, des conditions d'exercice (organisation et temps de travail, prévention des risques professionnels et suivi de la santé au travail, articulation avec les autres professions, indemnisation des déplacements). Par ailleurs, l'amélioration des conditions de travail, la réduction du turn-over des métiers de l'aide à domicile et la qualité de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie nécessitent une formation des équipes encadrantes des services d'aide à domicile tout au long de leur fonction.

Les accords salariaux conclus dans le cadre du Ségur et certaines réalisations ont permis des progrès, comme l'adoption d'une nouvelle convention collective dans le secteur du particulier employeur, la création du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile puis du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale et l'augmentation des volumes de formation, le financement de deux heures dites « de lien social », le déploiement progressif des centres de ressources territoriaux⁸².

80 Myriam El Khomri M., *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge*, octobre 2019

81 Nathalie Canieux, « *Le travail à domicile auprès des personnes vulnérables : des métiers du lien* », avis du CESE n° 2020-28, décembre 2020.

82 La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a prévu la création d'une mission nouvelle de Centre de ressources territorial (CTR) : il s'agit, notamment, de développer une alternative à l'entrée en établissement en permettant aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant. La mission de CRT peut être portée soit par un EHPAD en lien avec un service à domicile soit par un

S'agissant de l'aide à domicile et depuis le 1^{er} janvier 2022, un tarif national minimal de l'heure pour l'APA et la PCH est applicable. D'abord fixé à 22 € de l'heure, il a été rehaussé à 23,50 € de l'heure au 1^{er} janvier 2024 et sera revalorisé annuellement.

Si la nécessité de développer les activités du grand âge et donc de créer des emplois dans ce secteur est bien affirmée par les pouvoirs publics, les financements ne sont pas au rendez-vous. La LFSS pour 2024 affiche l'objectif d'un renforcement progressif des effectifs des Ehpad, à hauteur de 50 000 ETP d'ici 2030, soit un taux d'encadrement d'environ 72 ETP de professionnels pour 100 résidents. Cette cible est à la fois inférieure et plus tardive que celle qui avait été préconisée par le Conseil de l'âge en 2018 dans sa contribution à la concertation grand âge et autonomie. Le Conseil jugeait réaliste de retenir une hypothèse de 0,8 ETP/résident⁸³. La Défenseure des droits recommande de fixer un ratio minimal de personnes travaillant en Ehpad, et retient, elle aussi, l'objectif de 8 équivalents temps plein (soignants/animateurs) pour 10 résidents⁸⁴.

De façon plus générale, l'objectif de maîtrise des dépenses publiques a pu conduire à des dérives. Des travaux⁸⁵ ont montré que, la rationalisation des tâches ou un pilotage de l'activité par le suivi d'indicateurs (le GIR moyen pondéré et le pathos moyen pondéré dans les établissements, la réalisation des seules tâches en interaction directe avec les usagers pour le domicile) ont

participé à la grave dégradation de l'accompagnement et à la perte du sens des métiers du *care*.

Pour le CESE, sortir de ces logiques est impératif. Certaines organisations déjà mises en place confirment que c'est possible.

Lors de son déplacement à La Réunion, la délégation de la commission a pu visiter un Ehpad engagé dans une démarche de labellisation « Humanitude », un deuxième établissement de la même structure de l'île étant déjà labellisé. Ce label « de bientraitance » est issu d'une philosophie et d'une méthodologie qui privilégient la relation dans la mise en œuvre des techniques de « prendre soin ». L'Ehpad de Bois d'Olive s'appuie ainsi sur les principes suivants : zéro soin de force et pas d'abandon de soins, vivre et mourir debout (« vers 20 mn de verticalité par jour »), respect de l'intimité et de la singularité (choix des rythmes, du sommeil...), ouverture vers l'extérieur, faire du lieu de vie un « lieu d'envies ». Ces principes sont déclinés avec l'engagement de tous les personnels, la concertation a notamment permis de généraliser le travail « en tenues civiles », sauf lorsque la nature des actes le rend impossible. Un jardin potager, la ferme pédagogique, le « café humanitude », permettent des activités intergénérationnelles. Différents services complètent ou développent la mise en œuvre de ces principes : un service expérimental de répit des aidants (SERA) et un pôle d'activités et de soins adaptés de nuit (PASA), encore expérimentaux, ainsi qu'un service d'accueil de jour mobile en camping-car.

service à domicile sur la base d'un conventionnement avec un EHPAD.

83 Le CESE a également rappelé (avis « *Viellir dans la dignité* », Marie-Odile Esch, 24 avril 2018, avis « *La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement* », Michel Chassang, 12 avril 2023) la nécessité de progresser vers l'objectif, déjà affiché dans le plan « Solidarité grand-âge » de 2006, d'un taux d'encadrement « au chevet » de 1 pour 1.

84 Défenseure des droits, *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*, mai 2021.

85 Annie Dussuet, François-Xavier Devetter, Laura Nirello et Emmanuelle Puissant, *Les métiers du vieillissement, essentiels et pourtant insoutenables*, Le Monde, 15 janvier 2024.

La commission des affaires sociales et de la santé a également effectué un déplacement dans les Landes au « Village landais Alzheimer - Henri Emmanuelli ». Cet établissement expérimental, sans s'appuyer sur un label, développe une expérimentation dont les principes ne sont pas sans évoquer les précédents : une approche innovante, sociale plutôt que médicale. Ses composantes principales sont une architecture bienveillante, la suppression des symboles médicaux (pas de blouse blanche...), la personnalisation de l'accompagnement, le respect des goûts et des rythmes de vie, le maintien de liens étroits avec les proches et l'intégration au tissu urbain et à la vie de la cité. Le Village, constitué de quartiers où les résidents vivent dans des maisons de plain-pied, comprend une épicerie, une brasserie, une médiathèque, un auditorium, un centre de santé, de nombreux espaces verts ainsi que des animaux.

Dès le départ, des chercheurs ont été associés au projet, pour évaluer l'impact du dispositif au sens large sur les villageois, leurs familles, les professionnels, les aidants et les bénévoles. Les premiers résultats sont très encourageants : on n'observe pas l'effet de rupture, habituellement constaté dans la période qui suit l'entrée dans les Ehpad (marqué par une accélération du déclin cognitif et une réduction de la qualité de vie). Au contraire, on observe une stabilisation des indicateurs de santé mentale et de la qualité de vie au cours des 6-12 premiers mois au Village. Dans le même sens, à propos des établissements labellisés

« Humanitude », le rapport de Dominique Libault (élaboré lors de la concertation Grand Âge) fait état de la diminution des hospitalisations, des neuroleptiques mais aussi des accidents et arrêts de travail.

La question du financement des établissements devrait donc être également examinée au regard des démarches qu'ils entreprennent pour développer des philosophies et des stratégies de soins centrées sur la personne, où la qualité de vie, le respect de l'intimité et le maintien du lien relationnel préservent l'autonomie et donnent du sens à l'accompagnement.

Une action plus ambitieuse et plus globale est nécessaire pour surmonter les problèmes auxquels le secteur est confronté notamment :

- la multiplicité des employeurs, entre les structures publiques (CCAS par exemple ou Ehpad publics), privés non-lucratifs (associatifs ou mutualistes) ou lucratifs et les particuliers employeurs qui a pour corollaire une grande diversité des statuts et des droits ;
- une pratique du travail à temps partiel très fréquente, le plus souvent non choisi. Les plages horaires de travail sont bloquées sur les mêmes créneaux horaires (ceux durant lesquels la demande est forte : lever, coucher, toilettes, repas). Il est impossible dans ces conditions de compléter une activité partielle auprès d'un premier employeur par un autre emploi ;
- les rémunérations faibles, conséquence d'un salaire horaire bas et du temps partiel non choisi. Les temps de disponibilité

imposée (trajets, préparations) ne sont pas toujours comptés comme du temps de travail ;

→ la non prise en compte de certaines tâches dans la rémunération (relations avec les familles et les aidants).

PRÉCONISATION #5

Les changements nécessitent des financements pour améliorer les formations, les qualifications, les conditions de travail et la reconnaissance de l'activité des professionnels (soignants, accompagnants et encadrants). Le CESE se prononce pour des principes forts et transversaux :

- la définition d'une norme d'encadrement dans les établissements de soin et d'accompagnement social et médico-social. Dans les Ehpad, la norme d'un soignant pour un résident devrait être atteinte dans les meilleurs délais ;
- la simplification et l'intégration dans les modalités de financement des établissements d'indicateurs qualitatifs et d'utilité sociale ;
- la suppression des limitations des durées d'intervention auprès des personnes en prenant pour modèle la PCH ;
- l'amélioration du dialogue social afin que toutes les parties prenantes donnent du sens aux métiers ;
- des incitations financières de l'État pour faire converger vers le haut les droits conventionnels dont bénéficient les professionnels ;
- la définition d'un plan pluriannuel de qualification et de revalorisation des métiers du lien - y compris du service à domicile -, du soin et de la prévention de la perte d'autonomie ;
- afin d'assurer la qualité de l'accompagnement à domicile sur tout le territoire et de réduire les inégalités, reconnaître le « relais assistant de vie » et le rendre obligatoire pour tout assistant de vie désireux d'accompagner un particulier employeur fragile dont la perte d'autonomie est catégorisée en GIR 1 à 4.

3. Le contrôle : corolaire de toute politique publique en particulier lorsqu'il s'agit de personnes vulnérables

Le contrôle est le corolaire essentiel de toute politique publique, en particulier lorsqu'il s'agit de l'accueil de personnes vulnérables. Dans les établissements médico-sociaux, le contrôle vise à vérifier que la structure et ses professionnels respectent la législation et la réglementation. Il permet aussi de repérer des pratiques inadaptées pour

les faire cesser. À la différence d'une évaluation ou d'un audit, le contrôle est susceptible d'entraîner des mesures de police administratives, disciplinaires ou pénales. Le contrôle peut être « sur pièces » ou « sur place ». Il peut être programmé ou déclenché en urgence, inopiné ou annoncé.

En l'état actuel, outre les services fiscaux, qui exercent leur mission de contrôle selon les règles générales, plusieurs organes de contrôle ont, de par la loi, des

pouvoirs d'inspection et de contrôle : le contrôle par les juridictions financières (les magistrats de la Cour des comptes et des chambres régionales de comptes) le contrôle par les inspections générales (IGF et IGAS) qui peut être conjoint, général et financier, sur l'ensemble du secteur, public, privé, à but lucratif et non lucratif, le contrôle par les autorités locales de tarification (ARS et départements). Les services déconcentrés disposent d'agents aux profils variables et complémentaires : inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, médecins inspecteurs, pharmaciens inspecteurs, ingénieurs. Il faut ajouter les antennes de la DGCCRF⁸⁶ et l'inspection du travail. En cas de signalement de maltraitance, les autorités policières et judiciaires sont compétentes pour intervenir.

Mais, pour avoir une réelle influence sur la qualité des accueils, les inspections doivent être régulières, ce qui n'est pas toujours le cas. En février 2022, le président de la Cour des Comptes affirmait qu'un « *Ehpad ne se fait contrôler en moyenne que tous les 20 à 30 ans.* » Le mois suivant, la ministre déléguée à l'autonomie s'engageait à ce que tous les Ehpad soient soumis à un contrôle systématique dans les deux années suivantes. Alors que cette échéance arrive désormais

à son terme, nous sommes loin du compte. Au 31 octobre 2023, moins de la moitié des Ehpad avaient été contrôlés et une part importante de ces contrôles se font sur pièces et non sur place, ce qui rend difficile la détection d'éventuelles maltraitements.

Dans le suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad publié en janvier 2023, le Défenseur des droits déplorait l'absence d'un dispositif de vigilance « médico-sociale » pour renforcer l'identification, le signalement et l'analyse des situations de maltraitance. Dans la construction d'une culture partagée de la vigilance, le CESE souligne l'apport de la loi dite Wasserman⁸⁷ pour améliorer la protection des lanceurs et lanceuses d'alerte, qui a notamment élargi le devoir d'alerte à toute personne physique ayant eu, personnellement ou dans le cadre de son activité professionnelle⁸⁸, connaissance d'un crime, d'un délit, d'une menace ou d'un préjudice pour l'intérêt général et a désigné notamment l'IGAS et le conseil national de l'ordre des médecins et celui des infirmiers comme autorités en charge de la procédure de recueil et de traitement des signalements.

86 DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, rattachée au ministère de l'économie et des finances, elle contrôle le respect des règles de protection économique des consommateurs et des règles relatives à la concurrence.

87 Loi n° 2022 - 401 du 21 mars 2022 visant à améliorer la protection des lanceurs d'alerte et son décret d'application), loi n° 2022 - 1284 du 3 octobre 2022 relatif aux procédures de recueil et de traitement des signalements émis par les lanceurs d'alerte et fixant la liste des autorités externes.

88 Aux membres actuels ou anciens du personnel, aux personnes qui se sont portées candidates à un emploi au sein de l'entité concernée, aux actionnaires, aux associés et aux titulaires de droits de vote au sein de l'assemblée générale de l'entité, Aux membres de l'organe d'administration, de direction ou de surveillance, aux collaborateurs extérieurs et occasionnels, aux cocontractants de l'entité concernée, à leurs sous-traitants.

Au-delà des exigences prévues par la Directive européenne CSRD (Environmental, Social, Gouvernance)⁸⁹, des obligations de transparence supplémentaires sur les volets sociaux et de gouvernance pourraient être demandées aux entreprises de ce secteur. Elles pourraient notamment intégrer les notions de bien traitance, la participation des représentants des associations de résidents au conseil d'administration. Compte tenu de leur statut et de la mission d'intérêt général, les investisseurs publics devraient prendre en compte dans leur politique actionnariale ces nouveaux critères extra-financiers, et développer une politique d'engagement qui peut aller jusqu'au désinvestissement en cas de non-respect de ces exigences de transparence par les entités investies.

Par ailleurs, la Haute Autorité de santé adopte des référentiels et des guides de bonnes pratiques sur la qualité, qui ont notamment pour objet d'améliorer la qualité des accompagnements dans les Ehpad, à destination des professionnels ainsi que des autorités de tarification et de contrôle.

Au niveau local, le contrôle des établissements et services médico-sociaux est effectué sous l'autorité du Préfet avec les services déconcentrés, de l'agence régionale de santé et du conseil départemental. Il soulève plusieurs questions : le contrôle n'est pas que financier, il s'étend à l'organisation et au fonctionnement général de la structure, à l'organisation des soins, aux éléments de l'environnement ayant un impact sur la santé (hygiène, qualité de l'eau...), à la prévention de la maltraitance... Cela suppose que les contrôles soient

effectués par des pairs ou que les corps de contrôles aient une compréhension du secteur, une « connaissance métier » et soient capables d'appréhender la qualité de vie et les conditions de travail. L'étendue de ce champ implique que les contrôleurs soient formés à ces éléments du contrôle et qu'ils puissent effectuer régulièrement le contrôle sur pièce et sur place, en fonction d'un plan de contrôle, de préférence articulé avec le département, et entre les services pour des interventions globales (sous forme par exemple d'une commission régionale d'intervention mieux institutionnalisée, format adopté pour certains contrôles en Ehpad). Des CRIS ont été mis en place entre ARS et DGCCRF pour les contrôles en Ehpad, pour donner suite aux différentes dérives dénoncées. Les institutionnaliser, dans un premier temps, en accroîtrait l'efficacité.

Restent les problèmes de l'insuffisance des effectifs, des priorités de l'ARS, et d'un manque de coordination entre les ARS. En outre, les agents du contrôle ne sont pas assermentés, ce qui ne leur donne qu'un pouvoir de police administrative, mais pas judiciaire. L'assermentation élargirait les possibilités d'action et permettrait de renforcer la coordination avec le procureur et les services de police afin de faire cesser rapidement les dérives constatées.

En 2022, sur les 500 ETP affectés aux missions d'inspection au sein de ces agences, seuls 49 étaient consacrés à l'inspection des établissements pour personnes âgées, soit 0,6 % des effectifs. Les moyens humains supplémentaires qui ont été alloués depuis (120 ETP pour l'ensemble du territoire) sont

⁸⁹ Directive européenne sur le *reporting* extra-financier, dite CSRD (*Corporate sustainability reporting directive*), applicable en janvier 2024 pour la plupart des grandes entreprises cotées sur des marchés. Cette directive vise à harmoniser le *reporting* de durabilité des entreprises et accroître la disponibilité et la qualité des données ESG (Environmental, Social, Gouvernance).

principalement des personnels en contrats à durées déterminées qui effectuent des contrôles sur pièces.

Par ailleurs, les ARS ont un rôle ambivalent vis-à-vis des établissements en étant à la fois dans une logique partenariale mais aussi de contrôle. Il apparaît difficile de concilier une posture d'autorité susceptible de mettre en œuvre des prérogatives de police administrative, voire judiciaire, avec les autres missions qui leur sont prioritairement assignées : régulation financière, pilotage de l'offre, animation de dispositif partenarial, facilitation de projet... Pour garantir le respect des procédures de contrôle et leur aboutissement, il est nécessaire de séparer les missions de contrôle et leur pilotage des autres missions comme les activités d'autorisation et de tarification.

Au niveau national, et à la suite d'errements révélés, les pouvoirs des différentes instances de contrôle ont été renforcés au niveau législatif (LFSS pour 2023) par :

- un élargissement du périmètre du contrôle, étendu aux activités des sièges sociaux des groupes multigestionnaires, par la Cour des comptes, les Chambres régionales des comptes, l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances ;
- un élargissement des compétences de la Cour des comptes au contrôle de la partie hébergement (volet financement public - section soins et dépendance) et volet financé par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes

ou suppléments qui leur sont facturés ;

- au plan local, l'extension du périmètre d'action aux personnes morales exerçant un contrôle, au sens du code de commerce, sur les établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ESSMS) ;
- le renforcement des pouvoirs d'astreinte et de sanction des autorités de contrôle.

PRÉCONISATION #6

Réinterroger l'ensemble de l'architecture de ce système de contrôle et expertiser la création d'un service à compétence nationale rattaché à l'IGAS et à l'IGF, doté d'antennes régionales chargées des inspections et des contrôles avec des moyens humains à la hauteur des enjeux. Ce nouveau positionnement du contrôle garantirait une véritable impartialité des inspecteurs, dont la mission serait clairement distincte de celle d'accompagnement et de conseil qui incombe aux agences régionales de santé. Cette réforme pourrait s'accompagner d'une évolution législative et réglementaire sur l'exercice de ces contrôles, permettant aux inspectrices et aux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale de disposer des mêmes pouvoirs que ceux des corps de contrôle du ministère des finances, dont l'assermentation.

Cela leur permettrait notamment d'avoir une capacité d'intervention sur l'ensemble du territoire, de disposer d'un réel pouvoir d'audition des personnes, de procéder à des saisies, de faciliter le travail avec les autres services de l'État ou des collectivités territoriales sans que le secret professionnel ne puisse leur être opposé...

Le CESE attire l'attention sur l'urgence d'assurer l'effectivité des mesures adoptées. Par ailleurs, d'autres propositions pourraient être mises en œuvre, en particulier :

→ **une révision, pour moins de porosité, des règles d'imputation des dépenses et d'usage des excédents entre les**

différentes sections des budgets des Ehpad, pour mettre fin au financement de services hôteliers par la dépendance ;

→ **des mesures d'encadrement de l'offre à but lucratif (cf *supra*);**

→ **une meilleure association des résidentes et résidents ainsi que de leurs familles à la gouvernance des établissements, en permettant aux conseils de la vie sociale de véritablement jouer leur rôle.**

→ **la promotion des recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé.**

D. MIEUX SOUTENIR LES AIDANTS FAMILIAUX ET PROCHES AIDANTS

Le CESE réaffirme la complémentarité entre les proches des personnes aidées et les professionnels. Quelles que soient leurs compétences, les proches aidants n'ont pas vocation à se substituer aux professionnels des secteurs médico-sociaux. Les besoins du maintien au domicile ne peuvent reposer sur la solidarité familiale au risque de revenir sur les avancées issues de la création de la Sécurité sociale et de renforcer les inégalités d'accès aux droits entre tous les citoyens.

Plusieurs travaux du CESE soulignent que la reconnaissance des aidants, aidantes et des bénévoles est insuffisante.

Dans un dossier publié en mai 2023⁹⁰, la DREES dégage une typologie des proches aidants (plus de 3 310 000 personnes, enquête CARE) des personnes âgées de 60 ans ou plus, **en distinguant cinq groupes d'aidants et**

de personnes aidées. Dans le groupe 1 (8 % du total des aidants), 3/4 d'entre eux consacrent au moins 35 heures par semaine à une personne. Ces aidants sont essentiellement des conjoints, surtout des conjointes, mais aussi des enfants. **Le groupe 2**, 22 % des aidants : les aidés sont plus jeunes mais la perte d'autonomie de la personne aidée est aussi très importante, les aidants sont à 95 % des conjoints, surtout des conjointes, le volume hebdomadaire d'aide est élevé, entre 14 et plus de 35 heures dans 44,6 % des cas. **Le groupe 3** est composé de 35 % des aidants et est numériquement le plus important, les personnes sont âgées majoritairement de moins de 80 ans, les aidants sont des enfants « actifs occupés » (67,4 %), et ils font face pour plus de la moitié d'entre eux à un besoin minimum de plus de quatre aides à la vie quotidienne.

90 DREES, *Les proches aidants : une population hétérogène*, Les dossiers de la DREES n° 110, mai 2023.

C'est dans la catégorie 3 que les étudiants et les apprentis sont les plus nombreux - 5,3 % des aidants.

Pour les groupes 4 et 5, les besoins sont moins importants et le volume horaire consacré également. Les femmes sont majoritaires dans tous les groupes (69,2 % pour l'ensemble). Les aidants sont faiblement cohabitants, sauf pour les groupes 1 et 2. Sur l'ensemble des aidants, les salariés en représentent 36,2 %, les retraités 50,5 %, les personnes sans emploi, 12,8 % et les étudiants/apprentis 0,6 %.

L'aidant familial subit une pression importante que le monde du travail ne peut ignorer. Les aidants, pour la moitié actifs, ont besoin de mesures précises pour concilier leur travail avec leur vie personnelle. C'est aussi un enjeu afin de lutter contre la désinsertion professionnelle. Ils doivent ainsi bénéficier d'une surveillance renforcée par le médecin du travail et prétendre, quels que soient l'employeur et la taille de l'entreprise, à l'aménagement de leur temps de travail et à des congés indemnisés spécifiques. Un statut juridique pour tous les aidants faciliterait leur reconnaissance et l'ouverture de droits. Une définition inscrite dans la loi constituerait une première étape.

Deux types de congés coexistent aujourd'hui pour couvrir la situation des proches aidants dans des situations qui concernent principalement des personnes âgées : le congé de « proche aidant » accompagnant une personne handicapée, âgée ou en perte d'autonomie et le congé de « solidarité familiale » pour accompagner une personne malade en fin de vie. Le congé de proche aidant est ouvert à tout salarié. La

personne accompagnée peut être la personne avec laquelle le salarié vit en couple, un membre de la famille jusqu'aux collatéraux, une personne âgée avec laquelle il existe des liens étroits et stables notamment en matière d'aide fournie. Sa durée est d'un an au maximum sur l'ensemble de la carrière. Le congé de solidarité familiale est spécifique aux situations où une pathologie met en cause le pronostic vital ou en cas de phase avancée ou terminale d'une maladie grave ou incurable. Il est actuellement ouvert aux personnes s'occupant d'ascendants, descendants, frère ou sœur et personnes partageant le même domicile ou les ayant désignées comme personne de confiance. Sa durée est de 6 mois au maximum.

Le congé de proche aidant n'est pas rémunéré par l'employeur, sauf accord collectif, de branche, d'entreprise ou d'établissement le prévoyant. Le salarié peut percevoir l'allocation journalière du proche aidant (AJPA), dont le montant est de 64,54 €. Pour le congé de solidarité familiale, l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (AJAP) s'élève à 60,55 €. La 5^e branche n'étant pas totalement achevée, la CNSA n'est pas en mesure de verser ces prestations directement et ce sont donc les CAF qui s'en chargent.

Le premier rapport d'évaluation de l'allocation journalière du proche aidant⁹¹ de 2022 permet de se rendre compte que le recours à ce droit est faible. De septembre 2020 à février 2022, 18 987 demandes d'AJPA ont été reçues par les CAF, parmi lesquelles 6 626 ont abouti à l'ouverture d'un droit à l'AJPA. En 2021, 535 accompagnants en congé de solidarité familiale ont bénéficié de cette allocation pour accompagner 529 personnes. Pour mémoire, l'évaluation préalable annexée au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 estimait que près de 270 000 salariés et 67 000 agents publics aidants pouvaient prétendre à l'indemnisation du congé de proche aidant.

L'assouplissement des conditions d'accès aux congés, l'augmentation des montants des allocations, ne semblent pas suffire à assurer le décollage de ces dispositifs, en particulier celui du congé de proche aidant qui n'offre qu'un socle de garanties limitées, au-delà duquel tout dépend pour le salarié de la taille de son entreprise et des accords collectifs passés ou futurs.

PRÉCONISATION #7

Le CESE demande une définition légale commune aux aidants permettant un statut assorti de droits, notamment :

- un congé unifié mieux indemnisé et plus flexible ;
- la prise en compte des périodes d'aidance dans le parcours professionnel ;
- l'ouverture de droits à l'assurance vieillesse.

La valeur sociale et économique de l'aide apportée par les aidants apparaît donc comme largement sous-estimée, au regard de son volume horaire. Léa Toulemon, économiste de la santé à l'institut des politiques publiques, estime ce volume global entre 1,5 et 4 milliards d'heures par an.

⁹¹ Direction de la Sécurité sociale, *Rapport d'évaluation de l'allocation journalière du proche aidant*, septembre 2022.

Au regard des éléments ci-dessus, la hausse probable du nombre de personnes en perte d'autonomie va nécessiter un accroissement du besoin d'aidants, proches aidants, bénévoles, ou professionnels. Or, la diminution du nombre d'aidants professionnels disponibles pour faire face à la hausse de la demande pèsera sur les proches aidants et affectera les possibles aides qu'ils peuvent apporter. Il sera donc nécessaire de financer davantage de dispositifs pour les ménager, en facilitant, comme l'a demandé le CESE, leur accès à des structures de répit sur les territoires proposant systématiquement des actions de prévention. L'objectif est de sensibiliser les proches aidants à prendre soin de leur santé, de les informer de leurs droits à une offre de répit adaptée en les incluant dans les programmes de prévention de la perte d'autonomie, pour veiller à leur santé et les préserver. En plus des structures de répit et des lieux de ressources, il convient de faciliter l'accès à la connaissance des plateformes digitales, via les différents acteurs du secteur, afin de créer une communauté des aidants, répondre à leurs interrogations et leur permettre de partager leurs expériences. Il serait par ailleurs opportun de développer et de renforcer le lien entre les professionnels du soin et les aidants.

Plusieurs avis récents du CESE ont identifié des besoins concernant les aidants. Ne seront évoqués ici que les deux avis adoptés en 2023, « *Fin de vie : faire évoluer la loi ?* » et « *La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement* ». Les propositions rappelées ci-dessous sont convergentes, se complètent et doivent être réitérées.

Le premier avis préconise « *une revalorisation, tant sur le montant de l'indemnisation que sur leur durée, des deux congés « proche aidant » et congé de « solidarité familiale* ». Il encourage également la négociation d'accords en entreprise et dans la fonction publique sur ce sujet.

Le second souhaite voir « *augmenter le montant de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA)* ».

Des expérimentations sont en cours avec pour objectif de permettre au proche aidant d'une personne en perte d'autonomie ou en situation de handicap, nécessitant une surveillance permanente, de se reposer sur une période donnée. La durée maximale de travail du professionnel pour une intervention est alors comprise entre 36 heures et 6 jours consécutifs, ce qui constitue une dérogation inacceptable au droit du travail.

La reconnaissance effective et la valorisation du rôle des aidants, ainsi que celle de toutes les équipes de bénévoles, sont donc loin d'être achevées.

PARTIE 02

Quelles sources de financement ?

Lors de sa création, la Sécurité sociale couvrait les risques des personnes qui étaient en emploi afin de les protéger et, à travers eux, leurs familles. Elle s'est petit à petit étendue à la couverture des risques auxquels sont exposés tous les citoyens, dans une logique fondée sur l'universalité des prestations. La protection sociale s'est ainsi progressivement ouverte aux travailleurs non-salariés, puis à ceux qui ne peuvent pas travailler ou ne trouvent pas de travail.

Chacune, chacun est concerné par le risque de perte d'autonomie, directement ou à travers ses proches.

Lorsque les besoins que l'on a décidé de reconnaître socialement évoluent, la dépense publique doit s'adapter pour les couvrir. Sans une réforme d'ampleur du financement du secteur de la perte d'autonomie, les dépenses liées à ce risque augmenteront mais, au lieu de reposer sur la solidarité nationale, elles continueront de peser lourdement sur les personnes en perte d'autonomie et leurs familles. Dans un tel schéma, l'accroissement des inégalités déjà très fortes face à ce risque serait inévitable et le non-recours à un accompagnement adapté encore plus élevé qu'aujourd'hui.

PRÉCONISATION #8

Le CESE préconise un système de financement dans lequel chacun doit participer selon ses moyens et recevoir selon ses besoins : il est nécessaire d'affecter des ressources supplémentaires à la branche autonomie reposant sur la solidarité nationale prenant en charge le risque

Pour le CESE, les prestations pour les personnes âgées en perte d'autonomie doivent s'inscrire dans une logique de solidarité et d'universalité : l'ouverture de droits est fonction, non de critères professionnels, mais de la résidence régulière sur le territoire national, contrevenant à cette logique. Son financement doit ainsi reposer sur des assiettes plus larges que les seuls revenus du travail.

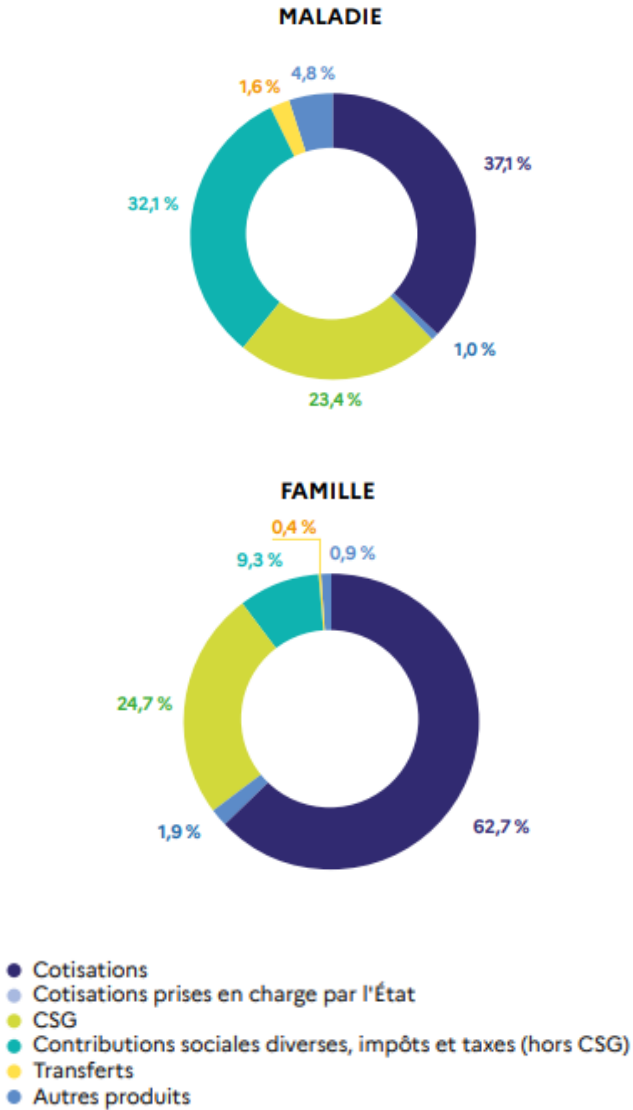
Aujourd'hui, même dans les autres branches de la sécurité sociale, le financement des risques ne repose plus uniquement sur les cotisations sociales. Les impôts et taxes affectés (principalement composés de la CSG) qui sont des prélèvements obligatoires explicitement affectés au financement de la sécurité sociale représentent 37 % des recettes des administrations de sécurité sociale en 2021. Le statut de la CSG prête à interprétation, ce qui ne sécurise pas l'affectation des sommes recouvrées. Seules les cotisations sociales sont une ressource affectée à la Sécurité sociale.

Les tendances à l'œuvre en ce qui concerne les recettes de la branche autonomie s'inscrivent

dans ce même mouvement. La branche autonomie a vu, en 2023, ses recettes issues de la fiscalité progresser de 7,4 %. La dynamique de la masse salariale du secteur privé (+6,3 %) a conduit à une hausse de 5,8 % de la contribution solidarité autonomie (CSA) assise sur les revenus d'activité. La contribution additionnelle de solidarité autonomie (CASA) qui porte sur les retraites a progressé de 5,2 %. Toutes les branches devraient voir leurs recettes fiscales augmenter en 2024 : les recettes fiscales affectées à la branche autonomie augmenteraient de 4,4 % (contre +3,3 % pour la branche famille et +3,7 % pour la branche maladie)⁹².

⁹² Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, résultats 2022 – Prévisions 2023 et 2024 <https://contrib.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2023/CCSS-Sept2023.pdf>.

FIGURE 1 : STRUCTURE DES RECETTES DES RÉGIMES DE BASE PAR BRANCHE EN 2022



Source : commission des comptes de la sécurité sociale mai 2023.

A. Les principes directeurs

Avant de détailler les pistes de financement, il apparaît important de préciser les principes sur lesquels le CESE a souhaité s'appuyer pour les construire.

Principe 1 : garantir un panier de prestations et services pour tous financé par la solidarité nationale

Il s'agit d'abord de créer une garantie universelle de solidarité qui constituera la réelle concrétisation de la cinquième branche de la sécurité sociale permettant de vieillir dans la dignité. Cette garantie applique les principes de la sécurité sociale « chacun y contribue selon ses moyens et en bénéficie selon ses besoins ». Cette garantie universelle devra faire l'objet de financements affectés. Or aujourd'hui elle est financée par les cotisations sociales et l'impôt.

Principe 2 : mettre fin aux inégalités territoriales

Si les causes des inégalités sont multiples (niveau du besoin, lui-même lié à la démographie, niveau de l'offre d'accompagnement, liée aux caractéristiques socio-économiques du territoire, comme le prix du foncier), il existe des disparités dans l'offre d'accompagnement mais aussi dans les pratiques qui ne sont pas justifiées, notamment dans l'évaluation de la perte d'autonomie, dans la composition des plans d'aide humaines, techniques.... Un changement est nécessaire : il faut partir d'un socle national financé par la solidarité nationale, la Sécurité sociale en étant, par sa 5e branche, l'outil régulateur.

Principe 3 : inscrire l'hébergement dans la solidarité nationale

La transformation de l'ancienne prestation sociale dépendance en allocation personnalisée d'autonomie (APA) avait, en son temps, marqué un progrès. Certes financée pour partie par les finances locales, l'APA est aussi financée par la solidarité nationale, via les concours de la CNSA aux départements. Il faut maintenant tirer les conséquences du poids de l'hébergement dans le reste à charge, mais aussi du contexte nouveau résultant de la création de la cinquième branche. La problématique de l'hébergement occupe une dimension centrale et il n'est plus compréhensible aujourd'hui qu'il ne fasse pas partie de la solidarité nationale comme la dépendance.

Loin de supprimer le reste à charge, l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ne fait que financer la différence entre un minimum vital de reste à vivre et le tarif de l'établissement. L'ASH est, parmi les prestations d'aides sociales, la seule pour laquelle l'obligation alimentaire reste en vigueur. Elle n'est finalement qu'une mise en œuvre directe (obligation alimentaire) ou différée (recours sur succession) de la solidarité familiale, ce qui est vraisemblablement la cause d'une non-demande importante. Dans l'ensemble, les caractéristiques de l'ASH ont une conséquence préoccupante : elles conduisent les familles à y renoncer et à ne pas s'orienter vers un établissement, et cela même si la vie à domicile est devenue très difficile. Cette allocation est à la fois contraire aux principes de la solidarité nationale

et représente une créance sur les plus modestes.

Elle a aussi pour conséquence de contribuer aux inégalités territoriales à différents niveaux puisque les départements décident à la fois des critères de son attribution et des places habilitées « ASH » dans les établissements situés sur leurs territoires. Il n'existe pas de barème national et son montant varie selon les départements. Les ressources prises en compte et la façon de les évaluer ne sont pas non plus les mêmes partout. Enfin, les pratiques sont différentes en matière de recours sur succession et de mise en œuvre de la récupération.

En cas de demande d'ASH, cette dernière est aujourd'hui une participation fixée par le règlement d'aide sociale en vigueur dans le département. Il n'existe aucune harmonisation nationale, ce qui pose un problème d'égalité de traitement.

PRÉCONISATION #9

Le CESE propose la création d'une prestation sociale se substituant à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), prise en charge par la cinquième branche qui en assurerait aussi la gestion locale. Traduction de la solidarité nationale, elle ne devrait pas être susceptible de recours sur succession. Elle serait dégressive en fonction des revenus, et plafonnée. Elle serait associée à une obligation alimentaire familiale revisitée et harmonisée. Le CESE propose également qu'un barème national soit créé tenant compte des ressources et des charges de chaque obligé alimentaire.

En accord avec le principe de libre choix, cette allocation ne devra pas être réservée aux Ehpad, mais devra concerner toutes les solutions d'hébergement collectif (Ehpad, USLD, résidences autonomie, résidences services, accueillants familiaux, habitats partagés, ...), en la conditionnant au GIR.

B. Les pistes de financement

Les pistes présentées ci-dessous ont en commun de faire écho à la conception que le CESE se fait du risque dépendance qui constitue un cinquième risque pris en charge par une branche spécifique : ce risque concerne chacun d'entre nous (personnes en perte d'autonomie, mais aussi leurs familles et les aidants). Il s'agit de construire une protection universelle. Les ressources supplémentaires doivent permettre, dans le respect du principe d'universalité, de couvrir les besoins de toutes les personnes en perte d'autonomie.

Le financement sur le budget de l'État doit également jouer son rôle pour les besoins qui lui incombent (adaptation du logement...).

Par ailleurs, il est nécessaire dans une approche globale des besoins de protection sociale et de santé de l'ensemble de la population de veiller à ce que le développement de ces ressources supplémentaires ne se fasse pas au détriment d'autres politiques sanitaires et sociales.

Le financement de la protection sociale est aujourd'hui un financement « mixte » qui mêle solidarité contributive et solidarité nationale. La part de la TVA dans les impôts et taxes affectés à la protection sociale, qui n'était que de 4,3 % en 2018, atteint 20,6 % en 2021. La part de TVA affectée à la protection sociale augmente notamment en 2019 pour compenser la baisse des cotisations, à la suite de la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en allègements de cotisations. Ce type de taxe pèse plus fortement sur les ménages les plus modestes.

Les pistes examinées pour financer la perte d'autonomie liée au vieillissement mobilisent des contributions déjà existantes, la CSG ou des ressources fiscales, mais propose aussi de développer les financements affectés que sont les cotisations sociales. Proposer de recourir à des prélèvements basés sur des assiettes plus larges que les salaires traduit une volonté de mettre à contribution d'autres revenus que les revenus d'activité, permettant d'accroître la justice sociale. Ce principe se justifie d'autant plus que les salariés ne seront pas les seuls bénéficiaires des moyens supplémentaires qui seront affectés à la 5e branche de la Sécurité sociale.

Une cohérence entre la nature des ressources et la logique, à la fois redistributive et universelle, de la politique d'accompagnement

des personnes âgées doit être recherchée, ainsi que l'équité des prélèvements. À cette fin, les cotisations versées par les entreprises sont justifiées par des conditions et organisations du travail qui influent fortement sur la perte d'autonomie à partir de 60 ans et par un souci de justice et d'équité.

En matière de finances sociales, il est préférable que toute recette soit affectée à une dépense : il faut donc être en mesure de garantir que les recettes identifiées seront utilisées (« fléchées ») pour le financement de la perte d'autonomie. Ce principe permet une adhésion au système : en effet, il est nécessaire pour garantir sa lisibilité et celle de ses objectifs, mais il est aussi une condition de son acceptabilité sociale. Une autre condition réside dans un dialogue social de qualité. C'est pour ces raisons que le CESE préconise l'adoption d'une loi de programmation.

Par ailleurs, comme le montre le rapport du Sénat de 2021 « *Protéger et accompagner les individus en construisant la sécurité sociale écologique du 21^{ème} siècle* »⁹³, notre protection sociale n'est pas suffisamment en lien avec les risques environnementaux et l'État ne s'est pas doté des outils pour mieux prendre en compte les conséquences des dégradations des écosystèmes sur la santé humaine et sur la perte d'autonomie.

⁹³ Sénat, rapport d'information n° 594, fait au nom de la mission d'information sur le thème « *Protéger et accompagner les individus en construisant la sécurité sociale écologique du 21^{ème} siècle* » par Guillaume Chevrollier, président de la mission, sénateur et Mélanie Vogel, sénatrice, 30 mars 2022.

Le coût de la « non-prise en charge » (urgences, hospitalisations, le fardeau pour les proches et ses conséquences...) doit aussi être considéré. Les séjours non programmés à l'hôpital des personnes âgées dépendantes se multiplient, avec très souvent une entrée par les urgences et un accompagnement désorganisé à la sortie⁹⁴. Comme l'affirme le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFIPS)⁹⁵, la Sécurité sociale doit s'inscrire « *dans une dimension davantage anticipatrice et préventive des risques sanitaires et sociaux*. ». Les investissements dans la prévention, l'accompagnement prospectif, au sens large, sont considérés aujourd'hui comme des dépenses, alors qu'ils sont des facteurs de bien-être et de bien vivre, générateurs *de facto* de coûts évités. Les financements supplémentaires apportés aux politiques publiques liées au soutien à l'autonomie doivent reposer sur une pluralité de ressources, en s'appuyant sur les principes de proportionnalité ou de progressivité, permettant alors de ne pas faire contribuer excessivement les actifs et les retraités.

Piste 1 : l'institution d'une nouvelle cotisation progressive affectée à la perte d'autonomie des personnes âgées assise sur les revenus du travail et les pensions de retraite.

S'appuyant sur les travaux de l'association *ILC-France* qui a pour objet de contribuer aux réflexions et études induites par le vieillissement démographique et d'aider toutes actions d'ordre économique, social, éducatif ou médical au bénéfice du plus grand nombre, la professeure

Françoise Forette⁹⁶ a formulé des propositions pour financer la perte d'autonomie. La cinquième branche ne peut se déployer avec un financement ponctuel, sans cesse rediscuté : c'est pourquoi il faudrait envisager la création d'une nouvelle cotisation. Cette cotisation serait obligatoire pour tous les salariés, les non-salariés mais également les retraités et serait progressive et modulée selon les revenus. Selon les calculs actuariels réalisés, une cotisation obligatoire moyenne de 1 €/jour apporterait 16 Md€ à la collectivité. Néanmoins elle ne fait pas contribuer l'intégralité des revenus, ceux du capital en étant exonérés, à la différence de la CSG qui repose sur une assiette plus large par certains aspects. Ce choix ferait donc porter la totalité du financement sur les seuls revenus d'activité et les pensions de retraites.

Grâce à cette recette nouvelle, une rente de 1 275 € mensuels pourrait ainsi être accordée aux personnes les plus dépendantes (c'est-à-dire les Gir 1 et 2) et 925 € pour une dépendance plus modérée (c'est-à-dire les Gir de 3 à 4). L'affectation à la branche autonomie et la « sanctuarisation » d'une telle cotisation au profit du soutien à l'autonomie des personnes âgées, son faible niveau et sa progressivité, permettant d'assurer une solidarité entre les citoyens, devraient contribuer à son acceptation par la société.

Cette proposition présente l'avantage d'être simple et lisible et répond à un besoin de pérennisation des recettes affectées. Elle a l'inconvénient d'alourdir les prélèvements sociaux sur les seuls revenus d'activité et de retraites.

94 CESE, « Contribution aux volets « santé » et « bien vieillir » du Conseil national de la refondation », 15 novembre 2022, [CNR_sante_vieillir.pdf \(lecese.fr\)](#).

95 Haut Conseil pour le financement de la protection sociale (HCFIPS), Note d'étape sur les finances sociales après la crise Covid-19, 23 mars 2021.

96 Audition du 20 décembre 2023 du Professeur Françoise Forette et du Docteur Jean-Pierre Aquino, de l'International Longevity Centre France (ILC) devant la commission affaires sociales et santé du CESE.

Cette piste est éloignée des principes directeurs identifiés dans cet avis.

Piste 2 : la diminution des exonérations de cotisation sociales

Les cotisations sociales, calculées en pourcentage du salaire, donnent droit pour le salarié à des prestations sociales en cas, par exemple, de maladie, de chômage ou lorsqu'il fait valoir ses droits à la retraite. **Les cotisations sociales, à la charge de l'employeur, mais aussi du salarié,** sont créatrices de droits.

Cette piste a pour conséquence de faire contribuer davantage les cotisations sociales à la perte d'autonomie. Des actions tout au long de la vie, portant notamment sur les conditions de travail et la santé des actifs, sont nécessaires pour la prévention de la perte d'autonomie et le soutien des aidants : ces besoins nécessitent de nouveaux investissements. Les recettes de cotisations sociales existantes pourraient donc être réaffectées à la branche autonomie.

Les options examinées par Laurent Vachey et soutenues par Christine Pires Beaune consistent à baisser le niveau des salaires en dessous duquel la réduction de cotisation familiale est appliquée. Abaissé à 2,5 SMIC, cela rapporterait 1,1 Md€ à la sécurité sociale si l'État ne supprime pas la compensation qu'il verse aujourd'hui. En d'autres termes, cela conduirait à retrouver les niveaux de cotisations sociales

antérieures à la mise en place des dispositifs d'exonérations de cotisations sociales, pour une frange de salaires aujourd'hui soumis à un taux réduit (salaires entre 4 368 € et 6 115 € par mois). Un tel financement supplémentaire des entreprises, dans un souci d'équité, permettrait de dégager des moyens pour soutenir les droits des aidants et la prévention de la perte d'autonomie. Comme l'indique le Conseil d'analyse économique (CAE) en 2019, les exonérations de cotisations sociales au-dessus d'1,6 SMIC « *n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité* »⁹⁷.

Piste 3 : l'affectation à la perte d'autonomie de recettes tirées d'une contribution existante à assiette large, la CSG

La contribution sociale généralisée (CSG) est un « impôt social » aujourd'hui destiné à participer au financement de la protection sociale. Bien que son affectation ne soit pas garantie, à la différence des cotisations sociales, la CSG concerne, outre les revenus d'activité, les revenus de remplacement (pensions de retraites, allocations chômage...), les revenus du patrimoine (revenus fonciers...), les produits de placement (revenus mobiliers, plus-values immobilières...) et les sommes engagées ou redistribuées par les jeux. La valeur d'un point de CSG affecté au régime général enregistrée en 2021 était de 15 Md€. Si le taux de contribution n'est pas progressif selon les revenus, il est tenu compte, pour les pensions de retraite et les revenus

de remplacement, du revenu fiscal de référence pour l'application d'une exonération, ainsi que de taux réduits de CSG.

La CSG représente déjà 80 % des recettes de la CNSA, pour la perte d'autonomie liée à l'âge mais aussi au handicap. Le rendement de la CSG prévu pour la branche autonomie est de 32 Md€ en 2023 et 36,5 Md€ en 2024 : 0,15 point supplémentaire de CSG sont en effet directement affectés à la CNSA à partir de 2024, ce qui représente 2,6 Md€.

Cette piste consiste donc à affecter une hausse, modérée et par paliers, de la CSG à la branche autonomie. A titre d'exemple, une hausse de 0,3 point apporterait 5 milliards d'euros.

Piste 4 : le rétalement dans le temps de la dette de la CADES et l'affectation à la perte d'autonomie d'une partie de la CSG

La loi organique et la loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie ont prévu, en réponse au poids de la crise sanitaire sur les finances sociales, une reprise, par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), de 136 Md€ de dettes liées aux déficits passés et prévisionnels des comptes sociaux. En conséquence, les perspectives d'extinction de la dette s'établissent désormais à 2033 : ce report rend difficile l'affectation de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), ressource propre de cette caisse, à la perte d'autonomie, comme proposé en 2018 par Dominique Libault⁹⁸, pour l'affecter à la branche autonomie.

Le montant du stock de dettes au 21 décembre 2023 s'élève à 150 Md€. Les ressources de la CADES s'élèvent pour 2022 à 20,2 Md€ en 2023 : la CRDS rapporte 8,5 Md€ et la part de contribution sociale généralisée (CSG) qui lui est affectée rapporte 9,6 Md€.

Ces sommes importantes affectées à la CADES pour l'amortissement de la dette sociale sont autant de recettes dont est privée la Sécurité sociale. Or « *une partie essentielle de la nouvelle dette sociale est due à des circonstances exceptionnelles non spécifiques à la sphère sociale* »⁹⁹, notamment l'imputation à la CADES des dépenses liées à la crise COVID. Des besoins importants pour faire face à la perte d'autonomie ne sont pas financés et de nouvelles recettes sont nécessaires.

Au 1^{er} janvier 2024, 0,15 point de CSG perçu jusqu'à fin 2023 par la CADES (2,3 Md€ par an) a été réaffecté au financement de la branche autonomie : le taux de CSG attribué à la CADES est ainsi passé de 0,6 à 0,45.

Cette piste vise à prioriser l'équilibre des comptes courants et la satisfaction des besoins de la population, plutôt qu'un remboursement rapide de la dette. Il s'agirait d'affecter à la perte d'autonomie une partie plus importante des recettes aujourd'hui affectées au remboursement de la dette sociale, en réaffectant une partie de la CSG qui finance aujourd'hui la CADES, tout en étalant davantage le remboursement de la dette dans le temps. A titre d'exemple, 0,30 point de CSG en plus rapporterait 5 milliards d'euros.

98 Rapport Libault 2018

99 HC/FIPS, *Note d'étape sur les finances sociales après la crise Covid-19*, 23 mars 2021.

Piste 5 : une convergence du taux supérieur de la CSG applicable aux retraités et aux actifs

Les retraités sont les plus directement concernés par le risque autonomie et seront les premiers bénéficiaires des nouveaux financements proposés. Une piste possible du financement de la perte d'autonomie est donc celle d'un renforcement de la contribution des retraités dont les pensions sont les plus élevées.

Selon les travaux du Conseil d'orientation des retraites¹⁰⁰, le niveau de vie des retraités reste en moyenne plus élevé que celui de l'ensemble de la population. Avec 2 132 € mensuels, contre 2 099 € mensuels pour les actifs, les retraités ont un niveau de vie 1,5 % plus élevé que celui de l'ensemble de la population en 2019. Et considérant le fait que les retraités sont plus souvent propriétaires de leur logement que les actifs ou que l'ensemble de la population et, qu'ainsi, ils ont moins souvent à payer un loyer, le niveau de vie des retraités avec loyers imputés est de 7,8 % plus élevé que celui de l'ensemble de la population.

Alors que la logique de la CSG est de s'appliquer de manière uniforme sur les revenus, les taux applicables aux pensions de retraites sont au nombre de quatre (dont un taux à 0 %) et instaurent ainsi une certaine progressivité qui n'existe pas pour les actifs ou les autres revenus. Le taux le plus élevé (8,3 %) concerne pour 2024 les revenus fiscaux de référence supérieurs à 24 812 €

pour une personne seule, et est inférieur de 0,9 point à celui des actifs, à revenus identiques, qui est de 9,2 %.

L'alignement de ce taux « normal » de CSG applicable sur les pensions de retraites sur le taux de 9,2 % applicable aux actifs toucherait les retraités ayant les pensions les plus élevées, soit environ 30 % d'entre eux. Cela permettrait 1,3 Md€ de recettes supplémentaires et le coût moyen pour les retraités concernés est estimé à « 18 € par mois ».

Une convergence du taux de CSG applicable aux retraités ayant les pensions les plus élevées avec celui des actifs permettrait, en retour, des financements supplémentaires pour l'amélioration de l'accompagnement de la perte d'autonomie et pour des prestations et services dont ils seront les premiers bénéficiaires. On ne peut ignorer que cela constituerait une charge supplémentaire pour certains retraités qui ont déjà à supporter des frais spécifiques liés au vieillissement. La suppression des cotisations maladie des caisses AGIRC ARRCO et Ircantec doit venir compenser cette hausse.

Piste 6 : l'extension de l'assiette de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) aux revenus d'activité des travailleurs indépendants et aux compléments de salaires aujourd'hui exonérés

En contrepartie d'une journée travaillée et non payée, les employeurs publics et privés versent une contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) à hauteur de

¹⁰⁰ Conseil d'orientation des retraites, Niveau de vie des retraités et petites retraites, Note de présentation générale, février 2023.

0,3 % de la masse salariale. En 2014, l'assiette de cette contribution destinée à financer l'autonomie a été élargie : une contribution équivalente (la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie CASA) a été instaurée sur les préretraites et les pensions de retraite et d'invalidité.

Les prestations de la branche autonomie s'inscrivent dans une logique d'universalité et de solidarité. Il est légitime que l'ensemble des revenus, dont ceux des travailleurs indépendants qui pourront bénéficier de ces aides, contribuent comme taxe affectée au financement de la perte d'autonomie. C'est donc aussi le principe d'équité qui motive cette piste.

L'extension de la CSA aux revenus d'activité des travailleurs indépendants à un taux identique à celui applicable aux rémunérations des salariés (0,3 %), entrainerait un gain de l'ordre de 250 millions d'euros. Une extension de l'assiette de la CSA aux compléments de salaires aujourd'hui exonérés (épargne salariale, etc.) générerait un gain d'environ 240 millions d'euros. Ce sont donc près de 500 M€ supplémentaires qui pourraient être alloués aux politiques de soutien à l'autonomie.

Piste 7 : la mobilisation des transmissions de patrimoine par une plus grande progressivité du barème des droits de mutation à titre gratuit

Le principe du recours sur succession qui porte sur le patrimoine des personnes âgées ayant les plus faibles revenus et impose ainsi à leur famille de rembourser l'aide sociale accordée est injuste : le CESE l'a rappelé précédemment.

Or il existe d'autres options de

mobilisation du patrimoine en faveur de la perte d'autonomie, qui pourraient contribuer à financer une prestation sociale à l'hébergement en Ehpad. Cette nouvelle prestation n'impliquerait plus de recours sur succession, en garantissant ainsi une plus grande équité.

Il existe en effet aujourd'hui une véritable « *inégalité de richesse héritée entre les individus d'une même génération* ». L'étude d'une cohorte montre que 50 % des individus auront hérité de moins de 70 000 euros de patrimoine tout au long de leur vie, et parmi ceux-là, une large fraction n'aura hérité d'aucun patrimoine. En revanche moins de 10 % d'individus hériteront de plus de 500 000 euros de patrimoine au cours de leur vie. Au sein même de ce dernier décile, la concentration est extrême : « *le top 1 % des héritiers d'une génération recevra en moyenne plus de 4,2 millions d'euros nets de droits et le top 0,1 % environ 13 millions d'euros* »¹⁰¹.

En outre, le poids des droits de succession pesant sur les classes moyennes est parfois surestimé. Les chiffres présentés dans le rapport de Laurent Vachey¹⁰² font apparaître que la part du patrimoine taxable, avec l'application des exonérations et des abattements, est relativement faible. Les transmissions sont taxées en moyenne à un taux de 6 %, par l'intermédiaire des droits de mutation à titre gratuit (DMTG)¹⁰³. Le rendement de cet impôt est de 18,6 Md€ : il reste limité par rapport à l'assiette car seule une petite minorité des successions donne lieu à un prélèvement après application d'abattements et d'exonérations. Sur les 300 Md€ d'assiette de transmission, moins de 20 %

¹⁰¹ Conseil d'analyse économique (CAE), note *Repenser l'héritage* n° 69 décembre 2021 (Clément Dherbécourt, Gabrielle Fack, Camille Landais et Stefanie Stantcheva)

¹⁰² Laurent Vachey, *La branche Autonomie : périmètre, gouvernance et financement* septembre 2020.

¹⁰³ Source : Rapport d'information de l'AN relatif à la fiscalité du patrimoine (septembre 2023)

représentent la part taxable.

Une révision de la fiscalité de la transmission du patrimoine mobilier et immobilier permettrait de dégager des recettes qui seraient affectées à la branche autonomie.

Une première option consisterait en la création d'un prélèvement social « autonomie », à faible taux, assis sur les transmissions de capital à titre gratuit (successions et donations) selon les mêmes modalités et sur la même assiette que les DMTG existants. Selon le rapport de Laurent Vachey, qui a estimé cette hypothèse, un taux de prélèvement de 1 % aurait un rendement de 500 millions d'euros.

Une autre option serait d'introduire une plus grande progressivité dans les droits de succession.

Une fois un abattement appliqué sur la part de la succession de chaque membre de la famille (il est de 100 000 € par enfant, par exemple), le tarif des droits à payer s'applique sur la somme restante, selon un barème.

Le barème des droits de mutation à titre gratuit pour chaque héritier en ligne directe compte sept tranches, mais avec des amplitudes très importantes pour certaines : la tranche à 20 % concerne les transmissions dont la part taxable se situe entre 15 932 € et 552 324 €, la tranche à 30 % celles dont la part taxable se situe entre 552 324 € et 902 838 €. La tranche à 40 % couvre les transmissions dont la part taxable

va de 902 839 € à 1 805 677 €, ce qui représente ici un écart de plus de 900 000 €, pour un taux unique de droits à payer. La création de taux intermédiaires permettrait de respecter une plus grande progressivité et rapporterait des ressources qui pourraient être affectées à la perte d'autonomie.

Par ailleurs, même sans réforme, la hausse du flux successoral dans les années à venir fera mécaniquement augmenter les recettes liées à l'impôt sur les successions d'un milliard d'euros par an.

L'acceptabilité sociale de ces modifications des droits de succession, visant à faire contribuer davantage les personnes qui reçoivent des héritages importants, impliquerait une plus grande pédagogie sur les règles fiscales en vigueur et leurs limites ainsi qu'une lisibilité sur la destination de ces nouvelles ressources et le principe de leur affectation à la perte d'autonomie¹⁰⁴.

Il s'agirait donc de revisiter l'ensemble des tranches des droits de mutation à titre gratuit de façon à ce qu'il y ait une plus grande progressivité de cet impôt. Cette réforme, associée au rendement croissant supérieur de cet impôt dans les années qui viennent devrait permettre d'allouer au moins 2 milliards d'euros aux politiques de soutien à l'autonomie ce qui permettrait notamment de supprimer le recours sur les successions.

104 Conseil d'analyse économique (CAE), note *Repenser l'héritage* n° 69 décembre 2021 (Clément Dherbécourt, Gabrielle Fack, Camille Landais et Stefanie Stantcheva)

Le tableau ci-dessous donne un exemple de plus grande progressivité.

Barème actuel de taxation des successions en ligne directe en France	
Part taxable après abattement de 100 000 euros	Barème d'imposition (en %)
Jusqu'à 8 072 euros	5
De 8 073 à 12 109 euros	10
De 12 110 à 15 932 euros	15
De 15 933 à 552 324 euros	20
De 552 325 à 902 838 euros	30
De 902 839 à 1 805 677 euros	40
Plus de 1 805 677 euros	45



Barème proposé de taxation des successions en ligne directe en France	
Part taxable après abattement de 100 000 euros	Barème d'imposition (en %)
Jusqu'à 8 072 euros	5
De 8 073 à 12 109 euros	10
De 12 110 à 15 932 euros	15
De 15 933 à 261 400 euros	20
De 261 401 à 552 324 euros	25
De 552 325 à 716 300 euros	30
De 716 301 à 902 838 euros	35
De 902 839 à 1 200 000 euros	40
De 1 200 001 à 1 805 676 euros	45
Plus de 1 805 677 euros	50

Le seuil de 361 400 € équivaut au patrimoine brut moyen maximal chez les sexagénaires (source INSEE), il sera taxé à 25% après abattement des 100 000 €

Le seuil de 1 300 000 € équivaut au seuil d'imposition à l'IFI, il sera taxé à 45% après abattement des 100 000 €

Source : **Commission des affaires sociales et de la santé du CESE**

Piste 8 : la mise en place d'une redevance sur les bénéfices des Ehpad privés lucratifs

Les gestionnaires des Ehpad peuvent être publics (hôpitaux, collectivités), privés non lucratifs (associations, mutuelles), privés à but lucratif / commerciaux. Quel que soit le statut, l'ouverture d'un Ehpad ou la création de nouvelles places ne peut se faire qu'après la délivrance d'une autorisation de fonctionnement officielle par un arrêté des autorités de tarification et de contrôle (agence régionale de santé et département) au terme d'une procédure d'appel à

projet. Cette procédure s'impose à tous les établissements, quel que soit leur statut (public, privé à but lucratif ou non lucratif). Les ARS et les conseils départementaux accordent ensuite des financements à l'ensemble de ces établissements. Aujourd'hui, 23 % des places en hébergement pour personnes âgées dépendantes se trouvent dans des établissements privés commerciaux, 29 % dans des établissements privés à but non lucratif et 48 % dans des établissements publics.

Les gestionnaires d'Ehpad assurent une « *mission d'intérêt général et d'utilité sociale d'accompagnement des personnes âgées dépendantes* »¹⁰⁵. Les entités privées exercent ce métier dans un cadre équivalent à celui des personnes morales de droit public. Il serait légitime de demander à un exploitant privé, en contrepartie d'une autorisation publique qui lui permet de dégager du profit, d'en restituer une partie à la collectivité.

Si la diversité des statuts des Ehpad n'est pas un problème en soi¹⁰⁶, les Ehpad commerciaux tirent en général un profit financier de cette activité d'accompagnement des personnes âgées, alors que leurs clients sont solvabilisés par un financement public, que ce soit grâce aux dotations destinées à la section « soins » (professionnels de santé et équipements médicaux), au financement de la dépendance à travers l'allocation personnalisée d'autonomie (qui concerne les prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie, des aides-soignants, psychologues, ergothérapeutes...). Le budget d'hébergement (hôtellerie, restauration, animation...) est quant à lui à la charge du résident qui, en fonction de sa situation financière, peut percevoir une aide sociale du département.

De plus, l'autorisation obtenue par l'opérateur lui donne droit à la perception de dotations publiques finançant principalement les salaires de soignants sans lesquels l'établissement n'accueillerait personne : il est légitime, en contrepartie, que ces structures contribuent au financement de l'adaptation de notre société au vieillissement.

En outre, ces établissements réalisent leur activité dans un contexte réglementaire assoupli, résultant notamment de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de 2015. Ces constats ont conduit le sénateur Bernard Bonne et la sénatrice Michelle Meunier à proposer, dans leur rapport¹⁰⁷, une redevance sur les Ehpad privés lucratifs. Des amendements en ce sens ont été déposés dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023¹⁰⁸ et dans le cadre de la proposition de loi « Bien vieillir » (amendement déposé par le député Jérôme Guedj)¹⁰⁹, mais n'ont pas été adoptés. Cette proposition de régulation a vocation à réduire les incitations à la maximisation du profit, dans le secteur de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Un amendement à la proposition de loi « Bien vieillir »¹¹⁰ abordait la

105 Christine Pires Beane *Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissement, encadrer leur reste à charge*, juillet 2023

106 CESE 15 novembre 2022 Contribution aux volets « santé » et « bien vieillir » du Conseil national de la refondation

107 Sénat rapport d'information n° 771 de Bernard Bonne et Michelle Meunier, *Le contrôle des EHPAD*, proposition n°14, 12 juillet 2022

108 Amendements n°708, n°1097 rect ter examinés le 7 novembre 2022

109 Amendement n°458 examiné le 20 novembre 2023

110 Proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France, n° 643 déposée le 15 décembre 2022 à l'Assemblée nationale

question de la contribution des bénéfices des établissements privés à but lucratif à la perte d'autonomie : les Ehpad privés lucratifs et leurs gestionnaires auraient eu l'obligation de consacrer une fraction des bénéfices réalisés au financement d'actions en faveur de l'amélioration du bien-être des résidents. Dans le cadre de la procédure parlementaire, cet amendement n'a pas été retenu.

Une piste possible consisterait, pour les groupes privés lucratifs qui bénéficient de dotations publiques importantes, à contribuer à réduire le reste à charge de leurs résidents, proportionnellement aux dividendes. Cette redevance sur les bénéfices ne devra cependant pas se faire au détriment de leur capacité d'investissement, ni au détriment de la qualité du service rendu.

*
* *

D'autres pistes de financement ont pu être évoquées lors des travaux de la commission des affaires sociales et de la santé, s'appuyant notamment sur des travaux antérieurs du CESE. Pour certaines, elles n'apparaissent cependant pas dans cette partie, pour des raisons diverses.

La journée de solidarité a été instaurée par la loi du 30 juin 2004 « *relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* », en réaction aux nombreux décès causés par la canicule de l'été 2003. Elle décide d'une journée de sept heures de travail non rémunéré pour les salariés (fixée au lundi de Pentecôte) et instaure une contribution pour les

employeurs fixée à 0,3 % de la masse salariale, à titre de cotisation patronale. Les montants ainsi collectés sont reversés à la CNSA. De nombreuses critiques ont été émises sur la journée de solidarité, en particulier parce qu'elle pèse plus lourdement sur le salarié que sur l'employeur. Elle a d'ailleurs fait l'objet d'une question prioritaire de constitutionnalité, mais le Conseil constitutionnel a jugé conforme à la constitution le dispositif mis en place en 2004. L'instauration d'une nouvelle journée de solidarité est une piste écartée par la commission.

S'agissant de la fiscalité écologique, des travaux ont été menés, notamment dans l'avis du CESE *Pour une politique publique nationale de santé environnement au cœur des territoires*¹¹¹. Si cet avis indique que « *la question de la fiscalité écologique doit être posée* », le débat est toujours en cours et mérite d'être mené à son terme. Aussi, cette piste n'apparaît pas en tant que telle, l'avis du CESE ne faisant pas mention explicitement de la perte d'autonomie. Le Sénat, pour sa part, en 2021, dans le rapport *Protéger, accompagner les individus en construisant la sécurité sociale écologique du XXI^{ème} siècle* indiquait qu'il fallait « *affiner l'évaluation des conséquences du changement climatique sur la croissance économique et le financement de la protection sociale afin de mieux orienter les politiques publiques* ». Le CESE a par ailleurs rappelé dans sa déclaration du Bureau sur la transition écologique du 29 février 2024 que « *réussir la transition écologique, et la planifier dès aujourd'hui, est indispensable en vue d'assurer une meilleure santé pour les citoyennes et les citoyens dans*

¹¹¹ CESE, mai 2022, Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires, Agnès Popelin-Desplanches et Isabelle Doresse

un environnement préservé, de maintenir une cohésion sociale et construire des solidarités renouvelées ».

Les débats de la commission ont également évoqué une réforme de la fiscalité relative aux transmissions

de patrimoine des entreprises via le pacte « Dutreil »¹¹². Cette piste n'a pas été approfondie par la commission, celle-ci n'ayant pas d'étude d'impact, notamment sur l'emploi, d'une telle mesure.

C. À titre complémentaire : autres sources pour contribuer à couvrir le reste à charge des personnes et des familles

Le financement des dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées doit s'appuyer en priorité sur un socle public de haut niveau dont les ressources sont tirées des dispositifs de solidarité nationale.

Piste 9 : la création d'une assurance dépendance

Les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance interviennent déjà dans le financement de la perte d'autonomie en proposant des couvertures assurantielles mutualisées sur le risque de dépendance ainsi que des produits

d'assurance par capitalisation.

En 2022, dans un « Livre blanc » intitulé « *Construire une nouvelle solution solidaire et transparente face à la dépendance liée à l'âge* », France Assureurs a proposé avec la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) « *une initiative ambitieuse de généralisation de la couverture dépendance totale permettant de répondre aux attentes des Français* »¹¹³, gérée par une assurance ou une mutuelle et reposant sur la répartition. La couverture ainsi proposée serait généralisée pour assurer la plus

¹¹² Au titre du Pacte Dutreil (article 787 B du code général des impôts), « sont exonérées de droits de mutation à titre gratuit, à concurrence de 75 % de leur valeur, les parts ou les actions d'une société » transmis par succession ou donation, afin de favoriser la transmission familiale des entreprises quelles que soient leur taille exerçant une activité commerciale, industrielle, artisanale, libérale ou agricole. Ce dispositif peut s'appliquer aussi bien dans le cadre d'une donation ou d'une succession (suite au décès du chef d'entreprise) sous réserve du respect des conditions :

- engagement collectif du donateur et des donataires de conservation des titres de la société pour une durée minimale de 2 ans ;
- un engagement individuel de conservation pour une durée minimale de 4 ans pris par le ou les donataires,
- fonction de direction au sein de la société : L'un des signataires de l'engagement collectif, le donateur ou un des donataires en somme, doit exercer son activité principale ou une fonction de direction dans la société pendant l'engagement collectif de conservation et les 3 années qui suivent.

Le pacte Dutreil est cumulable avec d'autres dispositifs d'exonérations notamment l'abattement sur les donations parent-enfant de 100 000 € par enfant et l'abattement de 50 % des droits de mutation si les titres sont transmis en pleine propriété et que le donateur a moins de 70 ans.

¹¹³ Livre blanc *Construire une nouvelle solution solidaire et transparente face à la dépendance liée à l'âge* Franceassureurs et FNMF.

large mutualisation possible et ainsi réduire le coût des cotisations. Cette garantie, adossée à la complémentaire santé responsable individuelle et collective, couvrirait les risques de GIR 1 et 2. En janvier 2024, le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) a rendu un avis recommandant « *la mise en œuvre d'un dispositif obligatoire, reposant sur la mutualisation la plus large pour en limiter le coût pour les personnes assurées et sur un système de supervision confié à une instance collégiale regroupant les partenaires sociaux, les associations, l'État et les professionnels* ».

Ces dispositions, se retrouvant également dans le « Livre blanc », obéissent aux principes suivants :

- « *Un contrat d'assurance obligatoire, adossé aux contrats complémentaire santé responsables*
- *Les mêmes garanties pour tous et une grille tarifaire unique*
- *Une mise en œuvre simplifiée*
- *Le pilotage du risque de la dépendance*
- *Une gouvernance collégiale* »¹¹⁴

Des travaux sont nécessaires pour préciser ses conséquences sur le coût des complémentaires santé, pour clarifier le niveau de perte d'autonomie permettant de déclencher une rente, pour étudier l'adéquation entre son rendement et la part éventuelle du reste à charge à couvrir, ou encore l'âge à partir duquel une personne devra cotiser. Le caractère obligatoire d'une telle cotisation reste également à évaluer, particulièrement en termes d'acceptabilité. Toutes ces

interrogations, non résolues à cette heure, pourraient trouver des réponses dans un travail supplémentaire mené par le CESE sur la base des principes énoncés à cet avis.

Aussi, le CESE privilégie les ressources tirées de la solidarité nationale garantissant des droits à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie, dans le respect du principe « cotiser selon ses moyens, recevoir selon ses besoins ». Ce socle public renforcé pourrait être complété par une couverture complémentaire du risque dépendance lourde, se référant à la grille AGGIR, privilégiant les dimensions collectives, par répartition et sans délai de carence, et s'appuyant sur une assiette de cotisations la plus large possible.

Piste 10 : Encourager le « viager mutualisé »

Près de 74 % des personnes de plus de 70 ans détiennent un patrimoine immobilier¹¹⁵. Ce bien peut être mobilisé pour contribuer, en complément des aides publiques, à couvrir les frais liés au reste à charge à domicile ou en hébergement. Des outils permettent à une personne de vendre son bien ou de le gager, tout en continuant à en disposer et en recevant des rentes mensuelles de l'acheteur ou de l'organisme prêteur.

Parmi ces outils prévus par le droit patrimonial, le CESE s'intéresse aux différentes formes de viagers mutualisés, gérés par des institutionnels à but non lucratif et non des acheteurs privés, qui mettent en place une gestion collective de plusieurs biens. Cette mutualisation des risques d'acquisition limite les aléas liés à la durée de l'engagement à verser une

¹¹⁴ Rapport CCSF Recommandation du Comité consultatif du secteur financier *Pour une meilleure protection des personnes dépendantes et de leur famille : Le Contrat Dépendance Solidaire* janvier 2024

¹¹⁵ DREES, enquêtes Care

rente et ceux liés à la valeur du bien, au décès du vendeur. Il peut être sécurisant pour la personne âgée et sa famille.

Le CESE note néanmoins que cette solution ne s'adresse qu'aux personnes disposant à la fois d'un

patrimoine immobilier et de faibles pensions de retraite. Le CESE encourage la poursuite de travaux et réflexions pour améliorer les solutions dans l'objectif d'une offre supplémentaire.

D. Des scénarios de financement reposant sur la justice sociale

Le CESE a choisi d'envisager plusieurs scénarios pour répondre à ces besoins de financements supplémentaires, permettant de respecter les principes directeurs de justice sociale énoncés précédemment. L'ensemble de ces scénarios excède en recettes les estimations de besoins de financement faites par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) et des précédents rapports sur le sujet. Malgré la hausse prévue des ressources à l'horizon 2030, l'ensemble des besoins identifiés par le CESE pour permettre à chacun d'exercer son libre choix, ne seront pas couverts : soutien aux aidants, adaptation du domicile, revalorisations salariales et amélioration des conditions de travail, transformation de l'aide sociale à l'hébergement en prestation de sécurité sociale, préservation de liens sociaux et d'activités collectives pour tous, reste à charge soutenable pour les résidents des Ehpad et leur famille...

Le CESE a envisagé une large variété de pistes de financement. Toutes ne font pas consensus. D'autres pistes et d'autres scénarios pourraient être envisagés.

Un premier scénario envisage des pistes de financement larges faisant contribuer à l'effort tant les revenus des salariés, des travailleurs indépendants, des retraités et ceux du capital. Il n'implique pas la création d'une nouvelle cotisation sociale.

Le deuxième scénario recentre les financements supplémentaires sur des cotisations sociales directement affectées à la sécurité sociale et reposant à la fois sur les revenus d'activité et les entreprises.

Le troisième scénario ne fait pas contribuer davantage les entreprises et les travailleurs indépendants, l'effort reposant sur les revenus salariés, les pensions de retraites mais aussi sur une plus grande progressivité des droits de mutation à titre gratuit.

Le quatrième scénario rassemble toutes les pistes de financement présentées dans cet avis, privilégiant une pluralité de revenus. Cela permettrait, pour chacun de ces revenus, une contribution plus faible.

Les montants présentés dans le tableau ci-dessous s'appuient sur de précédents rapports, précités tout au long de l'avis et les auditions. Ils sont reportés avec les paramétrages expertisés par leurs auteurs. Des paramétrages différents

dont la responsabilité incombe au gouvernement et à la représentation nationale sont bien sûr possibles. Ils modifieraient à la baisse ou à la hausse les sommes dégagées.

TABLEAU 1 : SCÉNARIOS DE FINANCEMENT

PISTES	RENDEMENT	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4
Piste 1 : Créer un cotisation progressive affectée à la perte d'autonomie des personnes âgées assise sur les revenus d'activité et les pensions de retraite.	16 Md€ (1€ de cotisation en moyenne par jour)		X	X	X
Piste 2 : Diminuer les exonérations sur la part des cotisations sociales versées par l'employeur.	1,1 Md€	X	X		X
Piste 3 : Augmenter la CSG.	5 Md€ (pour une hausse de 0,3 points)	X		X	X
Piste 4 : Réétaler dans le temps la dette de la CADES et affecter à la perte d'autonomie une partie de la CSG.	5 Md€ (pour une réaffectation de 0,3 points)	X	X	X	X
Piste 5 : Faire converger le taux supérieur de la CSG applicable aux retraités et aux actifs.	1,3 Md€ (cela touche les 30% des retraités les plus aisés pour un coût moyen de 18 euros/mois)	X			X
Piste 6 : Étendre la CSA aux revenus d'activités des travailleurs indépendant et aux compléments de salaires aujourd'hui exonérés.	500 M€ pour les deux mesures	X	X		X
Piste 7 : Rendre plus progressif le barème des droits de mutation à titre gratuit.	2Md€	X		X	X
Piste 8 : Mettre en place une redevance sur les bénéficiaires des EHPAD privés lucratifs	A expertiser	X			X
TOTAL		14,9Md€	22,6Md€	28Md€	30,9Md€
Piste 9 : Créer une assurance dépendance	Pour une rente de 500€/mois pour les GIR 1 et 2 : - prime de 17€ si cotisation à partir de 50 ans ; - prime de 10€ si cotisation à partir de 20 ans	X		X	X
Piste 10 : Encourager le viager mutualisé		X		X	X

PARTIE 03

Quelle gouvernance pour le cinquième risque ?

Depuis la création de la Sécurité sociale, sa gouvernance a évolué. Dans un premier temps, la démocratie sociale prédominait, puis, par l'ordonnance de 1967 créant les quatre premières caisses de Sécurité sociale, les directions ont été confiées à des hauts fonctionnaires. Avec la création des lois de financement de la sécurité sociale, la présence du Parlement s'est réaffirmée et un contrôle de l'État sur la Sécurité sociale s'exerce désormais. L'architecture complexe et morcelée de la gouvernance bouleverse le rôle initialement dévolu aux partenaires sociaux au profit d'une gestion administrative et d'une sophistication des outils de pilotage.

L'articulation entre les prestations contributives et les prestations de solidarité, entre couverture obligatoire et couverture complémentaire, devrait imposer une gouvernance simple et lisible pour les bénéficiaires. Ce n'est pas le cas. Une approche globale est nécessaire, la simplicité et la lisibilité sont un enjeu démocratique et la clé de l'efficacité des arbitrages collectifs.

Concernant l'autonomie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), mise en place en mai 2005, est, depuis le 1^{er} janvier 2021, la cinquième branche de la Sécurité sociale. Elle contribue au pilotage opérationnel de la politique nationale de

l'autonomie au travers d'une convention d'objectifs et de gestion (COG) qu'elle signe tous les quatre ans avec l'État. Pour autant, sa gouvernance est inachevée car, contrairement aux autres caisses de sécurité sociale, elle ne peut pas s'appuyer sur son propre réseau de caisses locales.

Pour le CESE, la branche autonomie devrait avoir un rôle d'orientation et de contrôle sur toutes les politiques liées à la perte d'autonomie : il s'agit de garantir, par cette gouvernance nationale et locale, l'effectivité des droits et l'équité territoriale.

Par ailleurs, une particularité du Conseil de la CNSA par rapport aux autres branches de la Sécurité sociale est la place très faible donnée aux représentants des assurés sociaux. La forte représentation de l'État crée une distorsion. Des ajustements sont nécessaires pour intégrer l'esprit de la Sécurité sociale.

La CNSA dispose aussi d'un centre de ressources et de preuves chargé de soutenir l'innovation, quand elle est proposée par les acteurs des territoires, et de l'essayer lorsqu'elle a fait ses preuves. Le CESE estime que cette initiative va dans le bon sens, tout en regrettant qu'elle se limite aux actions de prévention : toute initiative innovante - de coordination des acteurs de l'accompagnement par exemple - devrait pouvoir, après évaluation, être soutenue, élargie à d'autres

territoires et financée par la CNSA. Pour le CESE, il faut donner de la visibilité à ce centre de ressources et élargir ses missions à toute activité innovante (prévention, coordination des acteurs, accompagnement).

Créé par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) en 2015, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), placé sous la tutelle du Premier ministre, anime quant à lui le débat public et apporte une expertise prospective et transversale sur de nombreuses politiques publiques. Sa section « âge » a pour mission d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées au vieillissement, à l'adaptation de la société à ce dernier et à la bienveillance, en formulant des avis et recommandations.

Au niveau local, le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) créé, lui aussi, par la loi ASV de 2015, est une instance consultative placée auprès du président du conseil départemental. Il est composé de deux formations de travail, l'une relative aux personnes âgées et l'autre aux personnes handicapées. Cette instance est obligatoirement consultée sur le projet régional de santé, sur le schéma régional de santé et informée sur le contenu et l'application du plan départemental de l'habitat. Peu de bilans sont faits de l'action de cette instance dont le fonctionnement est hétérogène, selon ses animateurs.

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est un autre dispositif de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Elle a pour mission d'élaborer un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention au niveau local. Son animation est organisée par la CNSA.

Toujours au niveau local, un nouveau cadre de coopération a été établi entre la CNSA, les ARS et les départements. Il tente de pallier l'absence de caisse locale et donc de coordination des acteurs sur le territoire. Son fonctionnement repose sur une convention territoriale unique entre tous les acteurs : une base a été définie au niveau national et donne un socle commun (objectifs stratégiques, indicateurs partagés) ; s'y ajoutent des volets locaux plus spécifiques. Ce cadre tient compte des instances existantes (conférence des financeurs, conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie). Cependant, des pans entiers de la perte d'autonomie liée à l'âge échappent encore à cette coordination et le pilotage central est trop faible.

Les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées ont différentes dénominations en fonction des départements : CLIC (centre local d'information et de coordination gérontologique), point d'info autonomie, service senior... Ils ont une mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux personnes âgées, à leurs proches aidants et aux professionnels qui accompagnent les personnes en perte d'autonomie. Le financement de ces lieux dépend de la politique départementale reposant, souvent, sur une logique de cofinancement : les CLIC perçoivent des ressources en majorité des collectivités territoriales, des caisses de retraite et d'organismes de protection sociale.

Le Service public départemental de l'autonomie (SPDA) est, lui, une expérimentation présentée comme une réponse aux difficultés des personnes à se retrouver dans le labyrinthe administratif, lors de la constitution d'un dossier de demande d'aide, qu'il s'agisse d'aide personnalisée à l'autonomie (APA), d'aide sociale à l'hébergement (ASH) ou autres... Selon la CNSA, ce

dispositif répond à un besoin de simplification sur le terrain. Expérimenté dans 18 départements au cours de l'année 2024, le SPDA a vocation à constituer un guichet unique, au service des personnes confrontées à la perte d'autonomie. En un seul lieu, seront regroupés tous les acteurs opérationnels de l'autonomie : État, collectivités, associations, agences régionales de santé, caisses d'allocations familiales, conseils départementaux. Cette expérimentation nécessite du recul que nous n'avons pas pour le moment, d'autant plus que le SPDA doit s'appuyer sur la coordination des nombreux acteurs impliqués. Un groupe de travail s'est mis en place très récemment (22 janvier 2024) pour rédiger le cahier des charges afin de généraliser le SPDA en 2025 autour de 4 missions : accueil, information, mise en relation ; instruction des droits ; accompagnement aux solutions concrètes ; prévention, repérage, aller-vers. Pour le CESE, la généralisation de ce type de dispositif sans évaluation de l'expérimentation n'est pas une façon de mener des politiques publiques. Par ailleurs, Il aurait été important d'inclure les partenaires sociaux dans le pilotage.

Enfin, les centres communaux d'action sociale (CCAS) ont pour mission de soutenir les habitants de la commune, notamment les personnes âgées et leurs proches aidants. La création d'un CCAS est obligatoire dans les communes de plus 1 500 habitants, facultative dans les autres.

Tant au niveau national que local, le nombre d'acteurs traitant de la perte d'autonomie est très important et ne permet pas de donner de la lisibilité au système. Il s'agit désormais de demander à la CNSA de porter pleinement le 5e risque et de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des dossiers.

PRÉCONISATION #10

Le CESE propose de revoir l'ensemble de la gouvernance du système afin de concrétiser pleinement la création de la cinquième branche, de rendre plus lisibles et plus efficaces les politiques publiques menées, et de réduire les inégalités territoriales. Cela passe par :

- un renforcement de la place des partenaires sociaux au conseil d'administration de la CNSA ;
- la création de caisses locales de solidarités pour l'autonomie ;
- le renforcement du pilotage de l'ensemble du système par la CNSA.

Cette gouvernance renouvelée permettrait :

- de rapprocher la structuration de la branche autonomie de celle des autres caisses de sécurité sociale ;
- d'apporter de la stabilité et de la démocratie dans la gouvernance avec l'ensemble des représentants de la société civile ;
- de rendre lisibles et équitables les actions avec les partenaires afin que, quel que soit le territoire, la personne en perte d'autonomie trouve les réponses à ses besoins ;
- de payer les prestations liées à la perte d'autonomie à juste droit, quel que soit le territoire ;
- de mutualiser plus facilement les innovations ;
- d'impulser des contrôles en étant financeur opérationnel du système.

conclusion

La démarche mise en œuvre dans cet avis a été innovante à plus d'un titre. Tout d'abord, l'inclusion totale des citoyens dans les travaux de la commission des affaires sociales et de la santé, richesse incomparable qui permet de proposer des pistes nombreuses, audacieuses, acceptables socialement car équitablement réparties.

Innovante aussi dans la construction même de la réflexion, avec un exercice intellectuel singulier, celui de chercher les sources de financements permettant de solvabiliser ces nouveaux droits avant de mettre en relation les montants et les prestations.

Cela n'est pas anodin et permet de s'assurer d'une équitable répartition des cotisations et taxes, tout en ayant toujours à l'esprit la justice sociale et une garantie de droits pour toutes et tous.

Pour le CESE, la CNSA doit avoir les possibilités d'action d'une caisse à part entière, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui. Deux principales raisons expliquent cela :

- d'une part, la crise sanitaire, la dette qui s'en est suivie et le choix qui a été fait de confier son remboursement uniquement à la Sécurité sociale sur une période courte ont privé la branche autonomie de ressources financières qui auraient pu lui être attribuées ;

→ d'autre part, l'architecture du système repose à la fois sur cette nouvelle branche mais aussi, largement, sur les collectivités territoriales, ce qui ne favorise ni la lisibilité des politiques publiques menées, ni la réduction des importantes inégalités existant dans ce domaine.

C'est ainsi que des préconisations sont faites à la fois sur le recueil des besoins, leur évaluation réelle, sur le financement mais aussi sur la gouvernance, devant permettre à la fois une meilleure visibilité, la fin des inégalités territoriales intolérables et une structuration réelle de la branche.

Cet avis consacre le principe de l'inscription de l'hébergement dans la solidarité nationale, au même titre que le soin ou la dépendance. En résulte une baisse des coûts pesant sur les familles, bénéficiaires de la solidarité nationale.

Cet avis propose, par ses préconisations et sa philosophie générale, de poursuivre le chemin du progrès social qui chaque jour s'incarne dans les quatre autres branches de la Sécurité sociale et permet de donner un nouvel élan à notre pacte social, parfois malmené à l'intérieur de nos frontières et pourtant envié en dehors.

Décider de consacrer des financements nouveaux à la perte d'autonomie implique un courage politique. Aucun choix n'est indolore. Il y a pourtant là un impératif. Le CESE a fait le choix d'associer quinze citoyens et citoyennes à la préparation de cet avis. Ils et elles sont conscients des dangers de la procrastination et de la nécessité d'un effort collectif, équitablement partagé, en faveur des aînés et des futurs aînés. Pour autant, la population n'adhérera aux choix politiques qui seront faits qu'à deux conditions :

- faire preuve de beaucoup de pédagogie (et éviter une circulaire du service des impôts annonçant une hausse de la CSG ou de taxes, sans but ni raison précise, mais au contraire la présenter dans un effort collectif, partagé, pour nos aînés et futurs aînés), en n'hésitant pas à faire appel à des spots radiophoniques, télévisés, et à communiquer sur les réseaux sociaux ;
- garantir absolument l'affectation des fonds récoltés à cette cause nationale.

Agir autrement pour l'innovation sociale et environnementale

Tout d'abord, je tenais à remercier la rapporteure pour cet avis que nous voterons.

Financer la perte d'autonomie est un enjeu majeur de politique publique de ces prochaines années. L'avis le rappelle bien.

Mais comment financer dans une période où l'argent se raréfie en même temps que la population vieillit ?

Face à cette problématique, il n'existe pas de solution universelle. C'est pourquoi plutôt que faire des préconisations, la commission a opté pour des pistes de financements non exclusives. Ces pistes, on y adhère ou pas, mais elles résultent des auditions d'experts qui cherchent à solutionner le problème.

L'avis propose des solutions à la carte et présente des scénarios dont on pourrait discuter. Pour certains, certaines pistes sont envisageables voire perfectibles. Mais elles permettent d'éclairer le débat public.

Tout ceci me fait penser à un excellent diner que l'on a tous accepté de partager, mais au moment de l'addition, chacun regarde ses chaussures en espérant qu'un mécène providentiel vienne régler la note. Or, il n'y aura pas de providence et nous devons tous participer d'une manière ou d'une autre. Beaucoup d'entre nous participent déjà, je pense notamment aux aidants.

J'en profite pour rendre hommage à ma mère, une jeune aidante septuagénaire, qui aide ma tante, une jeune femme de 90 ans au quotidien.

Alors le CESE est dans son rôle en lançant la discussion sur ce sujet. C'est au gouvernement et aux pouvoirs publics qu'il revient désormais d'agir autrement.

Merci encore une fois à la rapporteure et à l'administration : vous avez été d'une réactivité incroyable dans les multiples rédactions de cet avis. Félicitations.

Agriculture

Même si l'espérance de vie en bonne santé connaît une croissance plus rapide que celle de l'espérance de vie, le nombre de personnes dépendantes est en constante augmentation. Les organisations représentées au sein du groupe de l'agriculture sont conscientes et préoccupées par cet avenir qu'il faut préparer.

Face à ce défi, il convient de concentrer d'abord une grande partie des efforts sur toutes les actions de prévention. C'est le sens de l'avis « La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement », adopté par le CESE le 12 avril 2023 et porté par M. Michel Chassang.

Il faut aussi accompagner cette perte d'autonomie et prévoir son financement. C'est le mérite de cet avis d'exposer les difficultés auxquelles notre pays est confronté, en particulier en ces temps d'inflation et de rigueur budgétaire et aussi de faire prendre conscience des délicats équilibres sur lesquels repose pour l'instant notre système de protection sociale. Le groupe de

l'agriculture rejoint, globalement, sans toutes les partager, les orientations des préconisations et des pistes proposées. Le groupe soutient l'engagement futur de notre pays dans une réforme des dispositifs de financement.

Le groupe émet toutefois une réserve majeure, évoquée à de multiples reprises au cours des travaux de la commission des affaires sociales et de la santé.

Les préconisations ne sont pas accompagnées d'une étude d'impact établissant les conséquences financières pour l'ensemble des parties prenantes. Il reste à évaluer, avec la plus grande précision possible, ce qu'impliqueraient de telles décisions sur le budget des ménages, sur les finances d'un département, d'une structure hospitalière ou sur celles des principaux contributeurs.

Pour le groupe, il est essentiel de travailler à ces évaluations pour donner un cap plus clair et plus transparent à la mise en œuvre d'une telle politique publique où chacun devra participer en fonction de ses capacités contributives.

Le groupe a partagé ses votes entre pour et abstention.

Alternatives sociales et écologiques

Comme l'évoque l'avis, de nombreux facteurs jouent sur l'espérance et les conditions de vie. Effectivement le travail et l'environnement pèsent fortement, et avec de fortes inégalités, sur le risque de perte d'autonomie. Avec le recul de l'âge de départ en retraite, des personnes arrivent en retraite plus tardivement, et plus abimées et cassées. Leur espérance de vie en est souvent réduite.

De manière générale, il est fondamental que le risque de perte d'autonomie soit pris en compte par la Sécurité sociale, même si notre groupe estime que cela devrait être fait dans le cadre de la branche « Maladie ». Nous sommes néanmoins en accord complet avec les axes du texte.

Concernant la prévention, nous souscrivons au fait qu'elle est déterminante : les dépenses engagées à ce titre doivent effectivement être considérées comme un investissement, comme la garantie d'un meilleur accompagnement des personnes et d'économies ultérieures.

Concernant la garantie du libre-choix, la facilitation du maintien à domicile des personnes qui le souhaitent implique d'augmenter le nombre d'appartements adaptés au vieillissement de leurs occupants et occupantes, ainsi que d'accompagner les démarches d'adaptation ou de travaux. De manière générale, les communes, les départements et l'État doivent investir davantage dans une politique du logement. Le « virage domiciliaire » annoncé depuis plusieurs années est provoqué par des investissements publics en recul et une ouverture croissante de ce marché aux investisseurs privés guidés uniquement par la rentabilité. Le manque de personnels pour les services à domicile conduit trop souvent à ce que les personnes qui restent chez elles soient, de fait, soutenues et aidées par des proches, des membres de la famille, et bien souvent des femmes.

Concernant le reste à charge, si les préconisations 2, 3 et 4 vont dans le bon sens, nous regrettons leurs insuffisances. En effet, il est nécessaire d'augmenter les crédits publics affectés à la construction d'Ehpad publics et les budgets permettant d'y installer du personnel qualifié en nombre suffisant. De même, augmenter l'APA apparaît incontournable,

ce qui passe par renforcer les financements et l'autonomie des départements. Nous partageons la nécessité de disposer d'un reste à charge zéro pour le soin et la dépendance.

Concernant l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et le soutien aux aidants et aidantes, nous souscrivons sans réserve aux préconisations 5, 6 et 7.

Concernant les sources de financement, nous saluons les préconisations 8 et 9. Nous partageons les principes directeurs énoncés dans le texte, visant à garantir un panier de prestations et services pour tous financé par la solidarité nationale, à mettre fin aux inégalités territoriales et à inscrire l'hébergement dans la solidarité nationale.

Malgré certaines insuffisances, si les pouvoirs publics reprenaient l'ensemble de ces préconisations et orientations, cela marquerait une avancée déterminante en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie.

Artisanat et professions libérales

L'accélération du vieillissement de la population au cours des prochaines années va accroître fortement les besoins, en matière d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

Les défis sont nombreux et doivent être anticipés dès maintenant : accélérer l'adaptation des logements pour favoriser le maintien à domicile, articuler le nombre de places en Ehpad avec les besoins des territoires, rendre plus attractifs

les métiers de l'accompagnement, mieux soutenir les proches aidants etc.

Aussi, nous partageons avec l'avis la nécessité d'une véritable loi de programmation pour répondre à l'enjeu démographique. Ce vecteur permettrait de mobiliser une pluralité de politiques publiques en cohérence avec la diversité des besoins, tout en définissant les investissements nécessaires avec une approche pluriannuelle.

Cette loi serait aussi l'occasion de faire évoluer des dispositifs d'accompagnement à la perte d'autonomie, afin de les rendre plus efficaces, plus justes et de garantir les conditions d'un vrai « libre-choix ».

Il s'agirait notamment d'améliorer l'aide à l'hébergement pour les plus modestes en transformant l'ASH en véritable prestation sociale, d'assurer une équité dans le calcul de l'APA quel que soit le département de vie de la personne, ou encore de limiter le poids du reste à charge tant dans la mise en œuvre des plans d'aides en domicile que pour l'hébergement en Ehpad.

Le budget alloué à la perte d'autonomie a augmenté fortement ces dernières années, y compris en 2024 avec un supplément de ressources de 2,4 milliards d'euros pour la CNSA.

Pour autant, une partie des besoins reste encore à satisfaire ou à améliorer sur le plan qualitatif, tandis que de nouveaux besoins vont émerger sur le plan quantitatif.

Nul ne peut nier que des financements accrus devront être affectés à la branche autonomie.

L'avis retient trois « principes directeurs » auxquels nous souscrivons : garantir à tous un socle de prestations financé par la solidarité nationale ; mettre fin aux inégalités territoriales dans l'offre et les pratiques d'accompagnement et inscrire l'hébergement dans la solidarité nationale pour répondre aux besoins de plus modestes.

En revanche, sur de nouvelles sources de financement, nous sommes en désaccord avec la plupart des pistes identifiées par l'avis.

Pour notre groupe, l'acceptabilité de tout nouveau prélèvement est une condition fondamentale. En ce sens, il faudrait privilégier un prélèvement de faible niveau assis sur une assiette la plus large possible, avec donc un rendement élevé pour un coût faible, qui pourrait s'inspirer des pistes 1 ou 3 de l'avis.

Selon nous, les autres pistes ne répondent pas à ces critères ; toutefois, nous partageons avec l'avis la nécessité de garantir l'affectation de toute nouvelle ressource à la branche dépendance, autre condition essentielle d'acceptabilité.

Notre groupe estime par ailleurs souhaitable de créer un deuxième étage de financement au-delà du socle, à travers système d'assurance-dépendance généralisé qui pourrait être adossé à la complémentaire santé comme le prévoit la piste 9, afin de couvrir les restes à charge. Grâce à la mutualisation, le coût en serait, là encore, limité pour l'assuré.

Enfin, nous voulons insister sur le puissant levier d'économies pour la branche dépendance que représenterait un réel investissement public dans la prévention, en permettant d'éviter que ne surviennent ou ne s'accroissent des situations de perte d'autonomie. Le chiffrage de la Cour des Comptes sur la seule prévention des chutes donne la mesure du potentiel d'économies restant encore à explorer.

Si le groupe Artisanat et Professions Libérales partage l'analyse de l'avis sur les besoins à financer, il ne partage pas l'essentiel des pistes de financement avancées. Il s'est donc abstenu dans son vote.

Associations

Le groupe des Associations le regrette mais se résigne à accepter le choix initial de la commission des affaires sociales et de la santé : le financement de la perte d'autonomie privilégie le vieillissement sans inclure le handicap.

Toutefois, il est impératif ici que quels que soient à terme les choix faits en matière de financement de la perte d'autonomie, ils ne se fassent pas au détriment du handicap par un effet de vase communicant sur les budgets.

Ce préalable étant posé, l'ambition de ce texte était de voir comment nous devons contribuer à un effort collectif juste, en direction de tous et toutes, qu'il s'agisse de justice sociale ou de justice fiscale, pour financer la perte d'autonomie liée au vieillissement.

Nous avons analysé avec les 15 citoyennes et citoyens – dont l'apport a été, jusqu'à la fin des travaux, constructif – les pistes et scénarii qui permettraient de répondre aux besoins que notre société veut financer, dans une fourchette allant de 16 à 30 milliards d'euros. C'est à nos yeux un devoir de cibler les besoins peu ou mal financés pour accueillir dignement nos parents ou grands-parents en perte d'autonomie. Ils ont participé toute leur vie au financement de nos études, de nos services publics, de notre sécurité sociale... Nous leur devons des conditions d'accueil dignes.

Compte tenu des montants annoncés dans l'avis, seule une loi de programmation d'orientation et de financement répondrait à la liste des

besoins inventoriés. Nous pensons ici également à l'impérieuse nécessité de préserver pour toute personne les liens sociaux tout au long de la vie et cela doit aussi être pensé dans ce financement.

Néanmoins, il est paradoxal que la lumière sur ces besoins apparaisse à la suite de scandales et de violences dans certains établissements privés lucratifs accueillant des personnes âgées et d'une pandémie qui a souligné les nombreuses défaillances dans les Ehpad. De plus, il est au moins tout autant regrettable que ces besoins criants n'aient trouvé écho que dans le vote d'un texte législatif appelé « Bien vieillir » tout en jouant l'omerta sur une loi de programmation.

La commission a souhaité que cet avis présente des pistes et des scénarii. Le groupe des Associations ne se prononcera pas sur l'acceptabilité de tel ou tel, car pour nous, c'est un choix global : si nous voulons que le grand âge en perte d'autonomie soit accueilli avec dignité dans notre société, nous devons tous et toutes y contribuer. En particulier, dans une approche large, il faut conjuguer contribution appelant la fiscalité sur les plus aisés, contribution des employeurs et contribution du capital.

Mieux payer les personnels, augmenter le ratio d'encadrement, rendre tolérable le risque à charge jusqu'à le rendre nul pour certaines familles, créer les conditions d'un véritable libre choix... Certains critiquent ces propositions, arguant que les coûts de telles mesures sont impossibles dans un cadre budgétaire contraint et ce d'autant plus que d'autres politiques de santé sont déjà en déficit.

Pourtant, nous n'avons pas de pudeur à réaffirmer que d'autres possibilités de financement peuvent être mises à contribution, plus particulièrement dans un pays où se creusent les inégalités et lors d'un avis qui appelle à la solidarité. Le pécuniaire ne doit pas étouffer le débat avant même de le commencer. La suppression de l'ISF, dont l'effet ruissellement reste à démontrer, la mise en place de la flat tax, la réticence à taxer les surprofits, etc. des bilans des réformes fiscales sont à tirer et des leviers restent à activer.

La fiscalité écologique doit également être mentionnée. L'altération de nos écosystèmes causée par les activités anthropiques a contribué à la dégradation de la santé, notamment des plus précaires. Aussi la fiscalité écologique devrait être renforcée et contribuer au financement de la protection sociale de demain.

Plus largement, les établissements et services de notre secteur social et médico-social, non-lucratif sont en grande difficulté financière. Un phénomène qui s'accroît parallèlement à la tentation croissante d'orienter l'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie (cela vaut aussi pour l'accueil de la petite enfance), vers un *social business* qui jettera un voile pudique sur la distribution et l'utilisation des dividendes. La place du lucratif dans le médicosocial et le social mérite d'être débattue.

En dépit des insuffisances de cet avis, qui notamment n'est pas allé jusqu'au bout de l'impératif de justice sociale et de justice fiscale, le groupe des Associations l'a voté.

Celui-ci insiste sur l'impératif d'un effort collectif pour le respect de l'accueil de nos aînés, dans des conditions dignes et justes et a le mérite de susciter un débat sur le financement de la perte d'autonomie, dans l'attente d'une loi de programmation.

CFDT

Pour la CFDT, la prise en charge de la perte d'autonomie doit être pensée et organisée en plaçant les personnes au centre de tous les dispositifs. Une politique en direction du soutien de l'autonomie doit permettre de lutter contre les inégalités y compris territoriales, de développer une véritable logique de prévention et de mettre en place une gouvernance locale.

L'avis s'intéresse spécifiquement à la perte d'autonomie des personnes dès 60 ans, à leurs besoins et aux pistes possibles de financement organisées en différents scénarios. Il est le résultat du travail de la commission et de 15 citoyens tirés au sort.

La CFDT revendique un financement pérenne sur la base d'une solidarité large, assurée par tous les revenus y compris les pensions de retraites et, à ce titre, nous revendiquons la suppression de la cotisation spécifique de 1 % santé sur les retraites complémentaires.

La question de l'assurance complémentaire n'est pas une priorité, il faut avant tout consolider le financement public. L'intervention d'organismes complémentaires ne peut s'envisager que dans le cadre d'un partenariat entre eux et les régimes de base en vue de réguler ce nouveau champ de protection sociale.

Ce nouveau cadre interprofessionnel devra permettre la mutualisation du financement, la portabilité des droits au cours du parcours professionnel, et définir le panier de services qui doit contribuer à la prévention. La prévention de la santé au travail doit devenir la priorité de tous afin de limiter la perte d'autonomie liée à l'organisation et aux conditions de travail.

En conclusion, pour la CFDT, le financement ne peut reposer sur les seuls salariés ; certaines pistes proposées dans l'avis ne peuvent donc pas rencontrer notre assentiment. L'avis a le mérite de proposer une meilleure prise en charge des besoins des personnes, d'insister sur la nécessaire égalité territoriale et d'avancer une première série de pistes possibles de financement.

La CFDT a voté l'avis.

CFTC

Qu'il est difficile d'admettre qu'un jour nous serons diminués, dépendants de quelqu'un, d'une structure ... ou pire dépendant et seul.

Et pourtant il faut se rendre à l'évidence et organiser la prise en charge de cette partie de vie que l'on voudrait la plus douce possible.

En plus de vieillir, nous risquons de devenir une charge financière. Et pour beaucoup une charge importante.

Dans l'avis présenté, la rapporteure, la commission et les citoyens ont pu identifier l'ampleur du financement nécessaire pour permettre à chacun de vivre au mieux cette dépendance, partielle ou totale, quels que soient ses ressources ou son lieu de vie.

La recherche de financement, la nécessité de mieux considérer les personnels du soin, un meilleur soutien aux aidants et aux familles ont été une quête de compromis entre nous tout au long de la rédaction de cet avis.

Parce qu'il vaudra toujours mieux prévenir que guérir, l'absolue nécessité de mieux financer la prévention a aussi été au cœur de nos préoccupations.

La CFTC souscrit à l'idée qu'il est impératif d'organiser la prise en charge solidaire de ce risque et qu'à défaut d'agir collectivement les inégalités s'accroîtront.

Pour notre organisation il y a un autre impératif, c'est que cet effort collectif doit être partagé et équilibré.

Des scénarios nous sont proposés afin que chacun puisse y retrouver ses propositions.

Même si certaines des préconisations sont soutenues par la CFTC, comme l'adoption d'une loi de programmation, aucun des 4 scénarios proposés ne nous convient à 100 %.

Parmi les pistes, un grand nombre implique un effort marqué des salariés et des retraités (création d'une cotisation progressive, augmentation modérée de la CSG, alignement de la CSG des retraités).

Dans son ensemble, l'avis n'atteint pas l'objectif de proposer un partage de l'effort. Pour la CFTC c'est une ligne rouge définie dans ses instances politiques.

Le groupe CFTC reconnaît l'immense travail de la rapporteure mais s'est abstenu pour cet avis.

CFE-CGC

Un choc démographique est devant nous et sans une politique publique courageuse, ce choc aura des répercussions majeures.

Le reste à charge des familles et les impacts sur les comptes sociaux vont interroger le consentement à la solidarité. Et ce bien avant 2030...

C'est donc une question politique !

L'avis dresse un constat factuel, qui mériterait une lecture attentive de chacun ici.

Il réaffirme 5 principes clés

- 1. le libre choix pour les personnes âgées,
- 2. l'importance de la prévention,
- 3. le soutien aux proches aidants,
- 4. l'hébergement intégré dans la solidarité nationale, au même titre que le soin,
- 5. enfin, l'impératif d'une politique ambitieuse de développement des habitats alternatifs.

La CFE-CGC se retrouve dans ces principes et les soutient.

Mais, car il y a un mais... les pistes de financement identifiées n'ont pas été assez travaillées ensemble. S'il était prévisible qu'elles ne fassent pas toutes consensus, certaines auraient pu nous rassembler.

D'autres sont clairement écartées ! Ainsi, la piste d'une nouvelle cotisation autonomie généralisée d'1 € par personne et par jour, mais progressive et sans contribution patronale [ni CSG, ni cotisation de sécurité sociale] et qui déroge aux principes directeurs que nous avons établis, n'a pas sa place dans cet avis.

Et d'autres pistes pas assez développées ! Telles celle d'une assurance complémentaire collective de dépendance à assiette large [comme c'est déjà le cas pour nos systèmes de santé et de retraite] ou la libération de l'épargne immobilière.

Au résultat, nous allons passer à côté de notre ambition initiale d'un message fort du CESE aux pouvoirs publics.

Rompre avec la procrastination et les politiques court-termistes.

Problème de méthode ou manque de concertation ; l'avenir le dira.

Nous saluons le travail de la commission sous la présidence bienveillante d'Angeline Barth, la contribution enrichissante des 15 citoyens intégrés pour l'occasion, l'engagement de Martine Vignau, rapporteure de cet avis, ainsi que le soutien discret mais ô combien efficace de l'équipe d'administration.

La CFE-CGC s'abstiendra.

CGT

Remercions d'abord la commission et sa volonté d'aboutir en raison de la présence de citoyens dans l'élaboration de l'avis et malgré le non-respect de la note de cadrage initiale validée par le Bureau. Si le texte a considérablement bougé sur la forme. Nous validons dans l'ensemble la première partie et ses constats, des manques persistent, comme l'absence de scénarios sur la gouvernance.

Nous n'avons qu'une seule préconisation qui structure la 5e branche et renforce la CNSA. Pourtant d'autres pistes existent, depuis le renforcement des pouvoirs des départements, ce que nous ne souhaitons pas jusqu'à la fusion de cette « 5e branche » avec la branche maladie vu l'intrication des problématiques de soins, permettant en plus de bénéficier

des réseaux territoriaux et de l'expertise des caisses d'assurance maladie. Cette solution poserait alors la question d'une gouvernance renouvelée avec la présence centrale des partenaires sociaux

S'ajoute une série de choix qui renforcent le pouvoir de l'Etat contre la démocratie sociale. A l'heure où le politique reprend la main sur l'assurance chômage s'appuyant sur le basculement de son financement des cotisations vers la CSG, la CGT refuse de lui dérouler le tapis rouge et de lui laisser le champ libre sur la Sécurité sociale en général et l'autonomie en particulier.

Laisser croire que cotisations et impôts ou taxes affectées sont de même nature est une contre vérité. Seule la cotisation sociale, reconnue comme telle est affectée au financement de la Sécu.

La TVA ou toute autre taxe sur les plus riches, la CSG ou même l'impôt, fut-il sur la fortune, rentrent dans le budget de l'Etat et ne sont pas affectés à une dépense dans la durée... Le financement de la protection sociale et de la Sécurité sociale ne doit pas dépendre des priorités et du bon vouloir des gouvernements.

Pour la CGT, qui défend un haut niveau de cotisations socialisées pour la Sécurité sociale, des lignes rouges sont franchies. Il est à peine question de revenir sur les exonérations de cotisation des entreprises alors qu'aucune étude ne prouve leur efficacité.... Il est aussi question de faire entrer le secteur privé lucratif dans le financement de la perte d'autonomie ou d'exonérer le patronat du coût économique et social de la perte d'autonomie alors que les conditions de travail et les organisations du travail toujours plus pathogènes y sont pour beaucoup.

Lors de la création de la Sécu, Ambroise Croizat, son ministre déclarait : « *la Sécurité sociale est la seule création de richesse sans capital, la seule qui ne va pas dans les poches des actionnaires mais est directement investie dans le bien-être de nos concitoyens* ». C'est ce projet qu'il faut poursuivre.

Alors, clore la partie financement sur un projet d'assurance qui ne profitera qu'à ceux qui auront les moyens d'y cotiser beaucoup et d'en profiter, nous éloigne des fondements de la Sécu, à savoir, cotiser selon ses moyens et recevoir selon ses besoins.

La CGT s'est abstenue.

CGT-FO

En premier lieu le groupe FO tient à remercier les citoyens qui ont participé aux travaux de la commission dans la perspective de ce rapport.

FO soutient tout particulièrement la partie I de l'avis et les objectifs affichés à savoir garantir le libre choix, améliorer la qualité de l'accompagnement et mieux soutenir les aidants.

S'agissant du financement, FO note avec intérêt la pluralité de pistes à l'étude dans ce projet d'avis et l'objectif de la préconisation 8 qui indique que le CESE se positionne en faveur d'un système dans lequel : « chacun participe selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ».

Nous saluons également la référence au « coût de la non-prise en charge », trop souvent passé sous silence.

Pour FO, la méthode utilisée de l'examen de différentes pistes de financement et à partir de là, la construction de scénarii a permis d'examiner « le champ des possibles », avec ses forces et ses faiblesses.

Dès lors chacun pourra se positionner le moment venu, selon les choix qui seront avancés par les gouvernants.

C'est la raison laquelle le groupe FO prend cet avis comme un ensemble global de qualité pour lequel nous votons « pour » sans que notre vote n'avalise les pistes et scénarii énoncés dans l'avis.

Ainsi à titre d'illustration nous sommes satisfaits que la perspective d'une nouvelle journée de solidarité n'ait pas été retenue par la commission comme une piste à suivre.

Dans le même sens, la piste d'une nouvelle cotisation affectée à la perte d'autonomie obligatoire pour les salariés, non-salariés et retraités a, selon nous, le mérite de garantir une ressource propre à la branche.

En revanche pour ce qui est de la piste d'alignement du taux le plus élevé de CSG des retraités sur celui des actifs avec en compensation la suppression des cotisations maladie, nous n'y sommes pas favorables.

En effet de manière générale, notre Organisation est favorable au financement de la Sécurité sociale via la cotisation (« salaire différé ») et nous dénonçons le financement croissant de la Sécurité sociale par l'impôt.

Merci pour votre écoute.

Coopération

Le financement de la perte d'autonomie est une problématique complexe, trop peu abordée, bien qu'elle nous touche toutes et tous.

La grande technicité du sujet et son approfondissement dans l'avis nous amène avant tout à féliciter l'effort de travail considérable accompli par la rapporteure, les citoyens et les équipes du CESE.

Nous partageons une partie des conclusions, recommandations et constats établis dans la première partie :

- une loi de programmation pluriannuelle nous paraît essentielle pour donner de la visibilité budgétaire à cet enjeu crucial ;
- réinterroger l'ensemble de l'architecture du système de contrôle est également indispensable. Trop de scandales ces dernières années au détriment du soin et de l'humain, pourtant prioritaires, ont émergé. Les établissements tels que les Ephaad doivent être exemplaires en la matière ;
- enfin, reconnaître les droits aux aidants familiaux est du bon sens. L'investissement et les sacrifices personnels que cet engagement implique sont connus de tous.

Au-delà de ces préconisations, le groupe de la Coopération est convaincu que faire entrer progressivement les Ephaad dans le champ de l'ESS, dans le but de créer des « Ephaad à but non lucratifs », serait une solution à envisager. Le Danemark utilise ce système depuis longtemps. Il a démontré son efficacité en proposant un service de grande qualité et abordable pour nos aînés.

Des réserves ont néanmoins émané de notre groupe sur les différentes pistes de financement.

Pourquoi ne pas s'attaquer d'abord à l'efficacité de l'argent public existant, pour le flécher vers la perte d'autonomie, avant de chercher de nouvelles sources ? Il serait peut-être souhaitable de mieux prioriser nos dépenses.

Nous comprenons par ailleurs l'idée d'offrir une palette d'outils et de solutions à nos décideurs. C'est innovant et intéressant. Nous soutenons la méthode, sans soutenir toutes les pistes évoquées.

Certains de nos collègues voteront pour cet avis, préférant justement valoriser le travail du CESE, sans toutefois valider toutes les pistes. D'autres s'abstiendront : ils ne peuvent soutenir certaines idées proposées, mais leur rejet complet de l'avis pour ces dernières est bien entendu inenvisageable.

Il existe en effet de trop grands écarts entre des pistes telles que l'augmentation de la CSG, la suppression d'exonération de cotisations sociales pour les entreprises, la révision des droits de mutation à titre gratuit sur le patrimoine, et d'autres telle que la création d'assurances dépendances.

Le groupe de la Coopération est resté, vous l'avez compris, sur une position partagée.

Entreprises

Nul ne le conteste : la perte d'autonomie est un sujet qui doit être traité au regard du vieillissement de la population constatée. Le CESE, par cet avis, soumet propositions et pistes possibles de financement pour nourrir les réflexions gouvernementales en cours. En fonction des besoins de la population et de l'augmentation connue à l'horizon 2030 du nombre de personnes en perte d'autonomie, des besoins de financement supplémentaire sont à prévoir.

La question du libre choix et de l'existence de la pluralité des acteurs est nécessaire. L'emploi à domicile est un angle insuffisamment traité dans la pratique des plans d'aide comme le souligne cet avis. De même, le groupe Entreprises partage les recommandations sur le rôle essentiel de la formation, la reconnaissance des RAVle (relais assistantes de vie) et celles sur l'amélioration du dialogue social.

Pour autant, malgré les observations formulées tout au long de la construction de cet avis, le groupe Entreprises regrette la non prise en compte des éléments suivants :

- L'évolution des besoins se doit d'être analysée aussi sous l'angle de la redistribution des moyens disponibles, sans nier le besoin de financement.
- L'efficacité doit être un objectif partagé et recherché.

Un constat : partir de la dépense et de son évaluation doit permettre d'envisager une politique de financement optimale pour tous. Préserver et renforcer le modèle social français appellent pour le groupe Entreprises d'autres choix :

- La création d'une assurance dépendance généralisée est une proposition qui aurait pu être mieux exploitée. Il s'agit d'une piste intéressante qui contribuerait à couvrir les besoins financiers actuels et futurs en réduisant une partie du reste à charge, en complément d'une politique publique budgétairement contrainte qui risque de ne jamais être suffisante.

- évaluer les besoins, établir et corriger les trajectoires budgétaires actuelles, planifier et envisager des compléments auraient pu être mieux appréhendés ;
- envisager une meilleure complémentarité entre secteur public et secteur privé pourrait être aussi de nature à mieux satisfaire les besoins.

A cela, s'ajoutent des éléments structurants :

- il ne faut pas écarter la question des acteurs et la réalité des entreprises sur un tel sujet : les entreprises s'occupent à plus de 40 % de l'accompagnement pour le maintien à l'autonomie. Il aurait fallu envisager de réviser le mécanisme de tarification des structures (montant de l'APA et coûts supportés). Soulignons par exemple le rôle essentiel des entreprises de service à la personne ;
- l'affirmation sans nuance d'un soignant pour un résident peut dans ce cadre apparaître surdimensionnée. C'est nier les enjeux du financement et l'attractivité des métiers ;
- la question de la vision d'un reste à charge à zéro pose un biais : sur cette problématique, posons plutôt la question d'un reste à charge à redéfinir en fonction des situations.

Par ailleurs, le groupe Entreprises ne partage pas les préconisations et pistes envisagées. Parmi celles-ci, relevons-en certaines :

- la diminution des exonérations de cotisations sociales se traduirait immanquablement par un choc négatif de compétitivité pour les entreprises françaises et serait contradictoire avec la volonté de réindustrialiser l'économie et la création d'emplois ;
- la mise en place d'une redevance sur les bénéfices des Ehpad privés remettrait en cause le modèle économique des Ehpad privés, avec un risque majeur pour les acteurs actuels et là aussi leur attractivité ;
- enfin, il apparaît difficile de construire une politique de financement de l'autonomie basée sur d'hypothétiques affectations de recettes à des dépenses (par exemple, la mobilisation des transmissions de patrimoine paraît hors cadre de la réflexion actuelle...).

En conséquence, et à regret sur ce sujet essentiel, le groupe Entreprises vote contre cet avis.

Environnement et nature

La couverture du cinquième risque représente un défi sociétal majeur. Elle doit concilier un droit subjectif et relatif, respectueux des aspirations individuelles, tout en garantissant une répartition juste, inclusive, équitable et solidaire.

Conçu dans des périodes de restriction budgétaire, contraint par des budgets publics déjà largement engagés, le financement de la perte d'autonomie des seniors n'est aujourd'hui ni suffisant ni adapté aux enjeux présents et futurs. Les besoins nécessiteraient vingt milliards d'euros d'ici 2030. La France comptera entre 160 000 et 320 000 seniors

dépendants de plus en 2030 et jusqu'à un million en 2050. Ces chiffres sont à mettre en perspective avec la prise en charge des affections de longue durée qui touchent près de 13 millions de personnes en France et représente plus de 66 % des dépenses remboursées par l'Assurance maladie.

Le financement de la protection sociale est aujourd'hui de nature « mixte ». Il mêle solidarité contributive et solidarité nationale. Mais l'importance du reste à charge pour les personnes en perte d'autonomie, leurs familles et leurs proches, entrave trop souvent le libre choix.

Le projet d'avis propose plusieurs pistes d'articulation de contributions collectives. Notre groupe approuve celles qui ne font pas peser la couverture du risque sur les seuls salariés et retraités et qui respectent les principes de proportionnalité ou de progressivité.

Toutefois un changement de paradigme s'impose : la majeure partie des sources de financement proposées demeure assise sur les revenus d'activité. Or le ralentissement de la croissance économique provoqué par le changement climatique et les zoonoses menace la soutenabilité de la Sécurité sociale déjà fortement déséquilibrée par le vieillissement de la population et la hausse des affections longue durée dues à des expositions multifactorielles notamment environnementales. Nous regrettons que l'approche décrochée de la prévention de la perte d'autonomie, fondée sur le concept de One Health, pourtant fortement soutenue dans l'avis, n'ait pas été suivie de propositions de financement telles que la suppression progressive des dépenses budgétaires et fiscales défavorables à la santé, ainsi que le recours à la fiscalité écologique.

Aussi, si notre groupe salue le travail majeur effectué par la commission, le groupe de citoyens et la rapporteure, il laisse la liberté de vote à ses membres

Familles

La procrastination des décideurs publics, depuis plusieurs années, imposait que la société civile organisée se penche sur la difficile équation du financement de la perte d'autonomie des personnes âgées. L'enjeu est chiffré, en estimation basse à 13 milliards d'euros d'ici 2030 par le HCFEA. La finalité est de faire que le bien-être et la dignité des personnes âgées, des aidants et de leur famille soit une priorité des politiques publiques tout en garantissant le libre choix de vieillir chez soi, en établissement ou dans toute structure d'habitat intermédiaire.

Le groupe Familles se retrouve dans les ambitions retenues : la prise en charge de la perte d'autonomie doit être reconnue comme un risque de sécurité sociale ; le reste à charge doit être soutenable ; l'accompagnement doit être de qualité avec des personnels formés, respectés et respectueux en nombre suffisant ; enfin les aidants familiaux et proches aidants doivent être soutenus sans réserve.

S'agissant maintenant du financement, l'avis identifie plusieurs sources potentielles et sur ces bases propose quatre scénarios, qui sont autant d'hypothèses. Si l'unanimité semble se faire pour rappeler que la branche autonomie doit relever de la solidarité nationale permettant à chacune et chacun de participer selon ses moyens et

de recevoir selon ses besoins, les avis divergent quant aux sources à privilégier. Pour notre groupe, il est essentiel que les choix que devront faire les pouvoirs publics répartissent équitablement l'effort et ne fassent pas contribuer excessivement les actifs et les retraités.

La gouvernance enfin, le groupe regrette l'abandon de la référence à la CNAF dont le Conseil d'administration inclut les représentants des allocataires. Il se retrouve cependant dans la volonté d'une gouvernance renouvelée permettant à tous de bénéficier d'une égalité de traitement sur tout le territoire grâce au renforcement du rôle de la CNSA.

Le groupe Familles a adopté l'avis.

Non-Inscrits

Le groupe des non-inscrits souhaiterait remercier les administrateurs, les membres de la commission Affaires sociales et santé ainsi que la rapporteure pour cet avis.

En effet, dans la mesure où la dépendance est difficilement réversible, la prévention et le financement de l'autonomie devraient être une priorité de santé publique.

Ce soutien à une autonomie juste peut s'envisager sous diverses formes mais l'aspect humain est trop peu souvent pris en compte.

Le virage préventif peine également à se dessiner alors même que les constats ne font pas débats. L'une des raisons est à chercher dans la dispersion des besoins et la multiplicité des acteurs.

C'est pourquoi notre groupe soutient les préconisations 1 et 10 visant à élaborer une loi de programmation relative à la perte d'autonomie apportant des réponses à la diversité des besoins et à la hauteur des enjeux et à rendre plus lisibles et plus efficaces les politiques publiques menées. Cela permettra, nous l'espérons, de réduire les inégalités sur le territoire.

Notre groupe considère également que les aidants jouent un rôle considérable à l'accompagnement pour une meilleure autonomie et sont des acteurs indispensables du maintien à domicile.

Malheureusement, ils subissent une pression familiale que le monde du travail a trop longtemps ignoré.

C'est pour ces raisons que nous soutenons la préconisation 7 demandant une définition légale commune aux aidants leur donnant ainsi un statut assorti de droits.

La valorisation de nos aînés ainsi que l'exercice de leur pleine citoyenneté dans une approche positive et non-stigmatisante est un impératif que nous devons nous imposer.

Loin d'être une fatalité, le soutien à une autonomie juste socialement et territorialement est nécessaire afin de ne pas aggraver la dépendance, détecter les causes afin d'agir rapidement et mieux protéger nos aînés est indispensable.

Notre groupe a voté cet avis.

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

Accompagner la perte d'autonomie de nos aînés est un sujet capital puisqu'il vient interroger en creux notre capacité à assurer la solidarité et la continuité entre les générations, et concerne aussi bien les générations actuelles que celles de demain.

Nos parents et nos grands-parents vieillissent jusqu'à un âge de plus en plus avancé, mais c'est encore une autre question qu'ils le fassent dans de bonnes conditions et en toute dignité. Nombre d'entre eux, nombre d'entre nous, ont ou auront besoin d'un accompagnement qui demande de véritables moyens. En particulier les femmes, plus résistantes sur la durée, sont les plus concernées par la perte d'autonomie et n'y font pas face dans les mêmes contextes de vie puisqu'elles sont, à 85 ans pour 65 % veuves.

C'est pour cela que l'avis que nous votons aujourd'hui revêt une certaine importance, y compris dans sa forme initiale engagée vers une formalisation de différents scénarios avec des pistes de financement. Puisque le débat s'y est de nouveau posé, le groupe réaffirme que selon lui, le CESE a toute sa place pour s'exprimer sur les questions de financement des caisses de l'Etat et de la solidarité nationale et avancer sur des pistes de préconisations à ce sujet, sans y voir aucun tabou ou aucun remplacement de tout cadres de dialogue social déjà existants.

Nous regrettons également que se soit joué une nouvelle fois lors de nos travaux, le théâtre de résistances à tout changement de notre modèle de protection sociale actuel, à tout prix, en envisageant par exemple de nouvelles sources de recettes alors que les caisses sont vides. Quel dommage de s'empêcher d'explorer toutes les pistes de financement par refus d'envisager des mesures qualifiées "d'utopiques" par certains et certaines. Beaucoup d'autres modèles économiques, d'autres mesures financières, existent qui pourraient nous faire sortir de modalités centrées sur la rigueur plus que sur l'intérêt général.

Mais parce que cet avis propose tout de même plusieurs hypothèses de financement de la perte d'autonomie qui reste un enjeu sur lequel il faut rapidement agir en se basant sur un grand nombre d'auditions intéressantes, le groupe des Organisations Étudiantes et Mouvements de Jeunesse votera cet avis.

Nous remercions la commission, l'équipe administrative et la rapporteure pour les travaux effectués.

Enfin nous tenions particulièrement à féliciter les citoyens qui, rappelons-le, ont pour la première fois dans une commission permanente au CESE et pour la seconde fois après la Commission Temporaire Démocratie, été pleinement intégrés aux travaux. Leur implication a été pleine et entière. Certains citoyens étaient, d'ailleurs, plus experts sur certains sujets que nombre de conseillers (moi le premier). Nous observons avec joie que leur apport a été très important aux travaux et les en remercions.

Outre-mer

La France vieillit mais elle n'est pas la seule puisque d'ici à 25 ans le nombre de personnes âgées va doubler dans le monde.

L'allongement de l'espérance de vie est sans nul doute un progrès. Cependant, dans bien des cas, elle s'accompagne également de situations de perte d'autonomie de cette catégorie de la population.

A la lumière des travaux et des déplacements de la Commission, cet avis montre que les Outre-mer ne déroge pas non plus à ces projections.

En effet, dans nos territoires, à horizon 2030, les Antilles et La Réunion feront partie des territoires français les plus concernés par le vieillissement démographique. A titre d'exemple, la Guadeloupe et la Martinique compteront plus de personnes âgées que de jeunes.

Là-bas plus que dans l'Hexagone, la perte d'autonomie est d'autant plus préoccupante que le contexte socio-économique est déjà fortement dégradé. Les carrières hachées ou la durée passée au chômage avec un nombre croissant de bénéficiaires de prestations sociales rendent cette population encore plus vulnérable du fait de retraites particulièrement basses. A cela s'ajoute une précarité sanitaire puisqu'elles sont davantage sujettes aux prévalences de maladies notamment cardio-vasculaires. Cette précarité se révèle au nombre de bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées qui est 7 fois plus élevé que dans l'Hexagone.

Cette paupérisation a un double effet car les coûts plus élevés dissuadent beaucoup d'entre eux à se soigner alors que dans le même temps cette population dépendante accède difficilement aux établissements spécialisés tant les tarifs sont exorbitants pour des bas revenus.

En dépit de cette situation, les associations du secteur et les acteurs locaux font preuve de beaucoup d'initiatives souvent avec peu de moyens.

Avec une acuité particulière vue l'accumulation des retards, les Outre-mer doivent mettre l'accent sur l'insuffisance, la vétusté et les capacités d'accueil en Ehpad.

Cependant, ces territoires doivent impérativement relever les défis de l'investissement dans l'accompagnement qui sont tout autant des opportunités économiques. Pour cela, il convient de redonner à la fois toute son attractivité aux métiers du service à la personne et aux aidants par la formation, la revalorisation des conditions de travail et la reconnaissance de ces activités.

La teneur des débats en Commission montre combien le financement de la perte d'autonomie est un sujet de préoccupation pour notre société dans son ensemble.

Si le pays a longuement tâtonné avant de créer la 5^{ème} branche, il ne pourra sans cesse repousser sa décision d'énoncer des recettes pérennes au financement de la politique de soutien à l'autonomie.

Fiscalité, impôt sur les entreprises, assurance ou encore augmentation des prélèvements obligatoires, toutes les hypothèses de financement supplémentaires sont sur la table. Le CESE plus que jamais a rempli pleinement sa mission d'éclairer et de conseiller les pouvoirs publics en proposant plusieurs pistes avec ces bénéfices et ces limites. Aux décideurs maintenant de fixer les ressources pour répondre aux enjeux de la vie autonome.

Le groupe des Outre-mer a voté cet avis.

Santé et citoyenneté

Le groupe Santé & Citoyenneté tient à saluer le travail de la commission, dont celui de sa rapporteure, et la participation des citoyennes et citoyens qui ont manifesté leur intérêt pour le sujet et ont fait preuve de leur engagement tout au long des travaux.

Le groupe Santé & Citoyenneté a voté l'avis.

Si nous nous sommes accordés sur les besoins à couvrir pour maintenir l'autonomie, nous n'avons pas échappé aux difficultés de nous entendre sur les leviers financiers à actionner.

L'évolution démographique, marquée par une hausse de l'espérance de vie, doit nous conduire à décider collectivement si nous souhaitons ou non consacrer plus de ressources à notre protection sociale, que ce soit à travers des cotisations sociales, fiscales ou encore des cotisations mutualisées. C'est le débat que nous avons eu en commission et qui interroge le modèle de société dans lequel nous souhaitons vivre.

Le groupe Santé & Citoyenneté rappelle, à l'instar de l'avis, son attachement à un socle de solidarité nationale de haut niveau et universel.

Les pistes de financement examinées ne sont sans doute pas exhaustives, mais elles présentent une diversité de sources. Le choix des scénarios proposés, est lui aussi sûrement perfectible, mais là encore, ils proposent une pluralité d'approches, en lien avec les besoins définis collectivement.

Si cet avis a permis d'amorcer le débat sur la 5^e branche de la sécurité sociale, le groupe Santé & Citoyenneté souhaite partager sa conviction : face aux enjeux considérables de notre système de santé et plus largement de notre protection sociale, un large et réel débat démocratique doit maintenant s'ouvrir pour apporter une réponse politique, sociale et économique adaptée à la réalité des enjeux.

UNSA

Il n'est pas chose aisée de réfléchir à de nouveaux financements pour la protection sociale. Pourtant, le défi de la perte d'autonomie est devant nous, le mur démographique se rapproche, il faut donc agir. C'est exactement ce que propose de faire cet avis en identifiant de manière ambitieuse les besoins du secteur et en proposant des financements en adéquation avec ces derniers, tout en conservant un souci de justice sociale.

L'enjeu central est de construire des politiques publiques qui répondent aux besoins avec pour chacune d'entre elles des restes à charge soutenables, permettant un vrai choix pour les personnes en perte d'autonomie.

La mise en chantier d'une loi pour le grand âge, maintes fois annoncée et à chaque fois reportée, est une urgence. Elle pourrait prendre la forme d'une loi de programmation comme le recommande cet avis.

Il est impératif de revaloriser nettement l'ensemble du secteur et d'améliorer les conditions de travail des professionnels. Il est aussi important de soutenir davantage les aidants.

Concernant les pistes de financement nous sommes particulièrement attentifs à ce qu'elles reposent sur une pluralité de ressources, permettant de ne pas faire contribuer excessivement les actifs et les retraités, dans un esprit de justice sociale.

Compte tenu des disparités démographiques et financières entre les départements et de la nécessité de lutter contre les inégalités, l'UNSA se satisfait aussi qu'il soit proposé :

- une 5^{ème} branche de la sécurité sociale pilotant davantage le système ;
- le remplacement de l'ASH par une prestation sociale solvabilisée par la solidarité nationale, sans recours sur succession ;
- un renforcement des contrôles dans les établissements ou encore un encadrement des tarifs.

Autant de préconisations qui doivent permettre pour chacun de vieillir dignement.

Scrutin

**Scrutin sur l'ensemble de l'avis.
Le CESE a adopté.**

**Nombre de votantes
et de votants : 118**

Pour : 65

Contre : 16

Abstentions : 37

Ont voté pour

GRUPE	COMPOSITION
Agir autrement pour l'innovation sociale et environnementale	MM. El Jarroudi, Hammouche, Levy-Waitz, Mmes Roux de Bezieux, Tordeux Bitker, Tutenuit.
Agriculture	M. Dagès.
Alternatives sociales et écologiques	Mmes Gondard-Lalanne, Groison, M. Le Quéau.
Associations	MM. Bobel, Boivin, Deschamps, Mmes Doresse Dewas, Jourdain Menninger, Martel, M. Miribel, Mmes Monnier, Sivignon, M. Thomasset, Mme Thoury.
CFDT	M. Aonzo, Mme Blancard, M. Cadart, Mmes Caillet, Duboc, Gresset-Bourgeois, MM. Guihéneuf, Mariani, Mme Pajarès y Sanchez, M. Ritzenthaler, Mme Thiery, M. Tivierge.
CGT-FO	M. André, Mmes Delaveau, Marot.
Coopération	M. Landriot.
Environnement et nature	M. Boucherand, Mme Journé, Marsaud, Martinie-Cousty, Popelin, M. Richard.
Familles	Mmes Balducci, Bigot, MM. Desbrosses, Erbs, Mme Gariel, M. Marmier.

Non-inscrits	M. Bazot, Mme Beaufls, MM. Chir, Joseph, Pouget.
Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse	M. Eyriey, Mme Hamel, MM. Jeanne-Rose, Occansey.
Outre-mer	M. Marie-Joseph, Mme Mouhoussoune.
Santé et Citoyenneté	Mme Joseph, M. Raymond.
UNSA	Mme Arav, MM. Darwane, Truffat, Mme Vignau.

Ont voté contre

GROUPE	COMPOSITION
Agir autrement pour l'innovation sociale et environnementale	Mme Djouadi.
Entreprises	M. Blachier, Mme Couderc, M. Creyssel, Mmes Dubrac, M. Gardinal, Mme Hafidou, MM. Kling, Moisselin, Mmes Puzat, Ruin, M. Salleron, Mmes Salvadoretti, Tome-Gertheinrichs, Ullern, MM. Vermot Desroches.

Se sont abstenu.e.s

GROUPE	COMPOSITION
Agriculture	M. Biès-Péré, Mme Blin, M. Durand, Mmes Sellier, Vial.
Artisanat et Professions libérales	MM. Anract, Chassang, Fourny, Mmes Munoz, Niakaté, Vial.
CFE-CGC	Mmes Biarnaix-Roche, Gayte, M. Souami.
CFTC	Mme Coton, MM. Heitz, Lecomte.
CGT	Mmes Barth, Chay, MM. Coutaz, Dru, Mme Gallet, M. Garcia, Mme Garreta, MM. Oussedik, Rabhi, Mme Rouchy.
Coopération	Mme Lienemann.
Entreprises	MM. Ruchenstain, Vidor.
Environnement et nature	MM. Abel, Beauvais, Compain, Gatet, Mmes Ostria, Rattez, Van Den Broeck.

Annexes

1

Composition de la commission permanente des Affaires sociales et de la santé à la date du vote

Présidente

Angéline BARTH

Vices-présidentes

Marie-Andrée BLANC
Danièle JOURDAIN-
MENNINGER

Agir autrement pour l'innovation sociale et environnementale

Madjid EL JARROUDI

Agriculture

Jean-Yves DAGÈS

Artisanat et Professions libérales

Michel CHASSANG

Associations

Lionel DENIAU
Isabelle DORESSE
Danièle JOURDAIN-
MENNINGER
Viviane MONNIER

CFDT

Christelle CAILLET
Catherine PAJARES Y
SANCHEZ

CFE-CGC

Djamel SOUAMI

CFTC

Pascale COTON

CGT

Angéline BARTH
Alain DRU

CGT-FO

Christine MAROT
Sylvia VEITL

Entreprises

Danielle DUBRAC
Pierre-Olivier
RUCHENSTAIN
Elisabeth TOME-
GERTHEINRICHS
Hugues VIDOR

Environnement et nature

Venance JOURNÉ
Agnès POPELIN-
DESPLANCHES

Familles

Marie-Andrée BLANC
Pierre ERBS

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

Helno EYRIEY

Outre-mer

Sarah
MOUHOSSOUNE

Santé et citoyenneté

Gérard RAYMOND

UNSA

Martine VIGNAU

Conseillère référente et conseillers référents de la commission de l'Économie et des finances

François-Xavier
BRUNET
Bernard DESBROSSES
Dominique JOSEPH

Citoyennes et citoyens

Sandy B.
Warda B.
Laurence D.
Hanane E.
Raphaël E.
Philippe G.
Karima H.
Hans-Clovis M.
Caroline M.
Françoise P.
Philippe P.
Thierry P.
Grégory R.
Hacina R.
Francis S.

2

Listes des personnes auditionnées et rencontrées

En vue de parfaire son information, la Commission permanente des Affaires sociales et de la santé a entendu :

Dr Jean-Pierre AQUINO

Délégué général de la Société française de gériatrie ; directeur de l'International Longevity Center France

M. Éric BELLAMY

Directeur des politiques sociales – Départements de France

M. Marc BOURQUIN

Conseiller stratégie à la Fédération hospitalière de France (FHF)

M. Patrice BOSSART

Membre de la Direction confédérale de la CGT

M. Stéphane CORBIN

Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé (ANDASS) - Directeur général adjoint des services du Conseil départemental de Seine-Saint-Denis-

Mme Agnès COLONVAL

Déléguée nationale à la protection sociale de la CFE-CGC

M. Dominique CORONA

Secrétaire général adjoint de l'UNSA

M. Philippe DABAT

Chargé des activités de Santé Prévoyance au SETTI

Président de Prima (groupe Ag2R La Mondiale).

M. Jacques DOURY

CFTC

M. Benjamin FERRAS

Inspecteur général des affaires sociales

Professeure Françoise FORETTE

Professeure émérite de médecine gériatrique

Présidente du Comité scientifique et stratégique de l'International Longevity Center France

Mme Guenaëlle HAUMESSER

Directrice adjointe de la Direction de l'offre de soins, de l'autonomie et des parcours

Mme Constance HELIAS

Chargée de mission affaires parlementaires et gouvernementales France Assureurs

M. Antoine IMBERTI

Adjoint au sous-directeur des études et des prévisions financières de la Sécurité sociale

Maître Patricia JOLICARD

Avocate associée au Cabinet Fidal Avocats

M. Fabrice LENGART

Directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Solidarités et des familles

M. Dominique LIBAULT

Président du Haut Conseil du financement de la protection sociale

Mme Sophie MARTINON

Directrice générale adjointe de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile de France

Mme Aude MUSCATELLI

Directrice adjointe de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

M. Christophe OLLIVIER

Directeur des assurances à Fédération nationale de la Mutualité française

M. Stéphane PÉNET

Délégué général adjoint de France Assureurs

Mme Cécile PEYRAFORT

Chargée de mission au MEDEF

Mme Christine PIRES-BEAUNE

Députée du Puy-de-Dôme, membre de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale

M. Olivier RICHEFOU

Président du groupe de travail « Grand âge » de Départements de France, président du Conseil départemental de la Mayenne

Mme Layla RICOCH

Cheffe de bureau Handicap - Dépendance de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

M. Pierre-Olivier RUCHENSTAIN

Directeur général de la Fédération des particuliers employeurs (FEPEM)

M. Florent SARRAZIN

Directeur adjoint - direction de la protection sociale du MEDEF

M. Laurent VACHEY

Inspecteur général des finances, auteur du rapport « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement » (septembre 2020)

Benjamin VOISIN

Adjoint au directeur général de la cohésion sociale et chef du service des politiques sociales et médico-sociales de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

M. Franck VON LENNEP

Directeur de la Sécurité sociale

M. Michaël ZEMMOUR

Maître de conférences en économie à l'Université de Paris I - Panthéon-Sorbonne

Par ailleurs, la rapporteure a entendu en entretien :

Mme Constance BENSUSSAN

Directrice du cabinet de Mme Aurore BERGÉ, ministre des Solidarité et des familles

Mme Cécile BUCHEL

Conseillère chargée des comptes sociaux, au cabinet de M. Thomas CAZENAVE, ministre délégué auprès du ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, chargé des Comptes publics

M. Paul CARRERE

Vice-président du Conseil départemental des Landes

M. Xavier FORTINON

Président du Conseil départemental des Landes

Mme Pauline SASSARD

Conseillère chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie, au cabinet de Mme Aurore BERGÉ, ministre des Solidarité et des familles

M. Jean-Philippe VINQUANT

Président du Haut Conseil de la famille de l'enfance et de l'âge, Président du Conseil de l'âge

La commission s'est rendue au Village Landais Alzheimer – Henri Emmanuelli à Dax.

Sa présidente et la rapporteure remercient les personnes avec lesquelles la commission a pu échanger à cette occasion :

M. Saïd ACEF

Directeur général adjoint en charge des grands projets sociaux et médico-sociaux, Département des Landes, et directeur du Village Landais Alzheimer Henri Emmanuelli

Professeure Hélène AMIEVA

INSERM Bordeaux

Cécile BERTET

Directrice du Village Landais Alzheimer Henri Emmanuelli

Professeur Patrick DEHAIL

Conseiller médical et scientifique auprès du directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

Éric JALRAN

Directeur de la Délégation départementale des Landes de l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine

Nadia LAPORTE-PHOEUN

Directrice de la santé publique et de l'autonomie, Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

Florence LAUDOUAR

Responsable de l'animation et des bénévoles, Village Landais Alzheimer Henri Emmanuelli

Docteur Gaëlle MARIE-BAILLEUL

Médecin coordonnateur, responsable médicale du Village Landais Alzheimer Henri Emmanuelli

M. René ORTEGA

Directeur général adjoint en charge des Solidarités, département des Landes

Les représentants des familles et des personnes accueillies qui ont participé à cette journée.

La présidente et la rapporteure se sont rendues à Mayotte et à La Réunion. Elles remercient les personnes qu'elles ont pu rencontrer :

À Mayotte

Mme Sarah MOUHOSSOUNE

Membre du CESE

M. Ben Issa OUSSENI

Président du Conseil départemental de Mayotte

M. Thierry SUQUET

Préfet de Mayotte

À La Réunion

M. Bruno ANANTHARAMAN

Directeur général adjoint en charge des finances du Conseil départemental de La Réunion et Mme Aurélie NATIVEL, Directrice de l'autonomie

Mme Audrey BACAL

Responsable d'antennes La Réunion d'Unis-Cité

M. Olivier BARON

Directeur général de l'ALEFPA

Kévin BOURZEIX

Directeur de la Croix-Rouge à La Réunion, directeur de l'EHPAD Clovis Hoarau

Mme Marina CORTIN

Responsable régionale La Réunion du Service Civique Solidarité Seniors, et des volontaires

Gérard COTELLON

Directeur général de l'Agence régionale de santé de La Réunion

M. Moïse FONTAINE

Président Océan Indien, et les équipes de l'association – site Gernez Rieux, Ravin des Cabris

M. Pascal FOUQUE

Directeur de l'ADIL à La Réunion

M. Jacques LOMBARDIE

Représentant l'Association des maires
de La Réunion

Mme Jocelyne MARQUET

Présidente régionale de la FEPEM

M. Jean-Paul PINEAU

Directeur général de la Fondation Père
Favron

M. Benoît SERIO

Directeur général de la CGSS de La
Réunion

Mme Christine TORRES

Secrétaire-générale adjointe, Sous-
préfète chargée de mission cohésion
sociale et jeunesse, Préfecture de La
Réunion

3

Modalités d'association des citoyennes et citoyens aux travaux de la Commission des Affaires sociales et de la santé (annexé à l'avis, conformément à l'article 26 du règlement intérieur)

Contexte et objectifs

Le CESE, par décision de son bureau en date du 6 septembre 2022, a souhaité se prononcer sur le financement de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Le CESE s'est en effet exprimé à plusieurs reprises sur la prévention de la perte d'autonomie, sur l'adaptation de la société au vieillissement et sur la réponse collective aux besoins d'accompagnement des personnes en situation de dépendance. Si ces défis sont bien identifiés, l'adéquation entre les besoins et les moyens n'est pas réalisée et beaucoup de décisions à prendre restent en suspens.

La perte d'autonomie est une question de société et d'éthique, les conséquences des options envisageables doivent être appréhendées à la fois du point de vue des efforts financiers qu'elles impliquent et de l'acceptabilité sociale. C'est la raison pour laquelle le CESE a décidé d'avoir recours, pour élaborer son avis, à un processus de participation citoyenne.

C'est la première fois depuis la réforme de 2021 que le Conseil choisit comme modalité de participation citoyenne, pour l'une de ses commissions permanentes, l'intégration complète aux travaux sur un projet d'avis de citoyennes et citoyens tirés au sort.

L'effectif des citoyennes et citoyens associés

L'article 25 du règlement intérieur « Participation du public aux travaux des commissions » prévoit que le nombre de citoyennes et citoyens associés ne peut excéder la moitié de l'effectif des conseillères et conseillers de la commission ou de la délégation concernée. Le chiffre de 15 citoyennes et citoyens a été arrêté par référence à l'effectif de 30 conseillers et conseillères dans la commission pour cette saison. En effet, deux membres de la commission de l'Économie et des finances ont été désignés pour apporter dans ce cadre leur éclairage aux travaux de la commission des Affaires sociales, composée de 28 membres.

Le financement de la perte d'autonomie concernant tous les publics, une attention particulière a été accordée à la représentation de la diversité des territoires, à l'équilibre entre les retraités et les actifs, à la parité homme-femme et aux grandes tranches d'âge. C'est ainsi que l'on trouve au sein du groupe une majorité d'actifs, salariés ou des indépendants, des retraités, une étudiante... Le groupe est composé pour un tiers de moins de 45 ans et pour moins d'un tiers de plus de 60 ans. Les grandes régions géographiques françaises sont représentées, y compris la Corse. Deux citoyens seulement vivent en Île-de-France.

Pour ce qui concerne la participation de l'Outre-mer, le choix a été fait d'organiser deux ateliers participatifs citoyens, l'un à la Martinique, l'autre à La Réunion, avec l'appui d'un prestataire extérieur. Les synthèses de ces deux ateliers sont jointes en annexe de l'avis.

Modalités d'intégration

Deux journées d'accueil, préparées par la Direction de la participation citoyenne (DPC) du CESE en lien étroit avec la présidente de la Commission et la rapporteure, ont été organisées les 18 et 19 septembre 2023 en vue de l'intégration des citoyennes et des citoyens.

Elles avaient pour objectif de leur permettre de bien comprendre leur rôle, de faire connaissance entre elles/eux et avec les conseillères et conseillers, de comprendre le fonctionnement du CESE et du travail en Commission et de s'approprier leur mandat, tant sur la forme que sur le fond.

Plusieurs documents leur ont été remis : une charte de participation, un livret d'accueil du citoyen et un socle documentaire relatif à la perte d'autonomie. Ce dernier document a été préparé sous la responsabilité de la Commission en coordination étroite avec la DPC.

Un administrateur de la Direction des services consultatifs a été affecté auprès d'eux comme « personne-ressource », avec pour missions de suivre l'ensemble des réunions avec eux, de se mettre à leur disposition pour répondre à leurs questions et les accompagner durant les sessions comme en dehors, de les orienter et les aider

pour toute question matérielle comme sur le fond.

L'organisation de deux temps de formation avec les co-rapporteurs les mercredi 24 et jeudi 25 novembre a été l'occasion pour les citoyennes et citoyens d'assister à une première assemblée plénière du CESE dédiée à l'égalité femmes-hommes et de faire de premiers retours sur leur expérience. Le temps collectif du 25 novembre a permis aux citoyennes et citoyens de dialoguer avec les co-rapporteurs et de commencer à s'exprimer sur leur expérience du CESE.

Au final, en dépit des contraintes personnelles ou professionnelles, le taux de participation s'élève à 85 % en fin de travaux avec un suivi en présentiel particulièrement important.

Tout au long des travaux, les citoyennes et citoyens ont été rendus destinataires des mêmes documents de travail que ceux adressés aux membres du CESE désignés dans la commission.

Missions confiées aux citoyens

L'article 25 du règlement intérieur prévoit que le Bureau peut décider de faire participer le public « *aux travaux des commissions, avec voix consultative, pour une mission et pour une durée déterminée* ».

Associés dès le début aux travaux de la commission, les citoyennes et les citoyens ont été intégrés pour pouvoir participer pleinement aux réunions :

- participer à l'élaboration du diagnostic collectif par leur témoignage et réflexions ;

- proposer des idées nouvelles (raisons de l'abstention, leviers et canaux de mobilisation, freins et motifs de l'engagement...) ;
- donner un avis sur la réception par la société et la faisabilité des propositions (acceptabilité sociale) ;
- formuler des propositions en nombre limité qui seront débattues en commission.

Mis en confiance, les citoyens et citoyennes ont rapidement pris la parole pour poser des questions lors des auditions, donner leur point de vue et réagir lors des débats et discussions. Pour faciliter l'intégration des citoyens, l'animation directe a été assurée par la commission.

Pour la phase de lecture, un accompagnement ad hoc pour l'accompagnement à la rédaction d'amendements a été proposé par un administrateur de la Task Force après accord du Secrétaire Général.

Les citoyennes et citoyens ont ainsi participé à la co-construction de l'avis par leurs réflexions en première et deuxième lecture. Leur participation orale a été soutenue. En deuxième lecture, ils ont déposé 40 amendements, de forme et de fond, tous retenus, portant sur l'ensemble du texte.

Ils ont participé en présentiel à la totalité des réunions organisées par la commission ainsi qu'au déplacement organisé au Village landais Alzheimer à Dax.

Les citoyennes et citoyens ont exprimé lors de l'adoption par les conseillères et les conseillers du texte en commission leur avis sur le projet d'avis par un vote nominatif annexé au procès-verbal.

Évaluation

La plus-value apportée par ces modalités de travail innovantes à la construction d'un avis demandé au CESE par le gouvernement pour adapter les politiques publiques sera mesurée. Un travail d'évaluation qualitative sera demandé à une équipe de recherche afin de dégager des enseignements à tirer à partir des conditions de mise en œuvre et du contexte d'élaboration de l'avis.

Le 11 décembre 2023 a été organisée en soirée une réunion d'étape de la participation citoyenne en visioconférence. La date et l'heure ont été fixées au moyen d'un sondage en ligne. Les 4 citoyens absents à cette réunion ont pu s'exprimer auprès de l'administrateur référent au cours d'entretiens bilatéraux. La réunion avait pour objectif de recueillir les observations des citoyennes et citoyens sur leur accueil, sur leurs conditions matérielles de travail, ainsi que sur les questions d'ordre méthodologiques (organisation et déroulement des travaux).

1^{er} temps la vie au CESE et la vie en commission :

- conditions matérielles : difficultés rencontrées éventuelles, réponses apportées ou non ;
- outils mis à disposition : confort d'utilisation, intérêt de la documentation, accessibilité ;
- relations avec les agents et les membres de la commission : réactivité et disponibilité de l'administration, qualité des échanges éventuels avec les conseillers dans et hors des réunions.

2^{ème} temps déroulement des travaux :

- auditions, déplacement :
sentiment d'avoir reçu suffisamment d'informations ou pas, jugement porté sur la clarté de l'information reçue, impression éventuelle de manque, si besoins complémentaires lesquels ;
- positionnement par rapport aux travaux : sentiment d'être à l'aise avec le sujet, de comprendre les enjeux, difficultés éprouvées ;
- premières réflexions sur les besoins prioritaires de la perte d'autonomie et les sources de financement à leur consacrer.

Un garant a été choisi par le CESE, mais n'a pas pu pour des raisons personnelles suivre la totalité des travaux.

4

Compte-rendu du déplacement à Mayotte et La Réunion (25 novembre-3 décembre 2023)

La présidente de la Commission et la rapporteure ont effectué une mission à Mayotte et à La Réunion du 25 novembre au 3 décembre 2023. Les objectifs de ce déplacement étaient de mieux comprendre le contexte du vieillissement dans ces deux territoires, en quoi les besoins de financement sont ou non différents de ceux des départements et des régions métropolitaines, et s'il y a des modalités de financement qui y sont plus adaptées que d'autres.

1. Contexte démographique et caractéristiques du vieillissement

Pour s'en tenir au seul contexte démographique, la situation est très différente par rapport à la métropole dans chacun de ces deux départements : Mayotte et La Réunion sont respectivement à la première et à la troisième place des départements les plus jeunes de France. La population réunionnaise vieillit pourtant, en 2023 21 % des habitants ont 60 ans ou plus contre 14 % en 2013, et ce vieillissement s'accélère. À Mayotte, au recensement de 2017, la part des personnes de 60 ans ou plus était de 4 %, elle n'augmenterait significativement que si le solde migratoire devenait nul ou négatif. Dans les deux départements, il y a un décalage d'espérance de vie par rapport à la métropole, beaucoup plus élevé à Mayotte où il s'établit en 2019 à 75 ans, soit 8 ans de moins.

La perte d'autonomie touche davantage les seniors réunionnais qu'au niveau national : 18,7 % des 60 ans ou plus ont perdu leur autonomie contre 15,3 % en métropole. Pourtant, ils sont concernés plus jeunes. La perte d'autonomie plus fréquente sur l'île est notamment liée à une population en moins bonne santé – le taux d'ALD est de 20 %. La dépendance se manifeste donc plus précocement dans le département. Elle s'accompagne d'une mortalité prématurée des personnes âgées dans certaines tranches d'âge, en lien notamment avec la consommation d'alcool et de tabac, le dépistage insuffisant de certaines maladies, ou leurs conditions de vie. À Mayotte, si le nombre de décès par habitant est plus faible qu'en métropole, compte tenu de la jeunesse de la population, les taux de décès pour chaque tranche d'âge sont plus élevés, notamment celui des personnes âgées.

2. Rôle essentiel du vieillissement à domicile des personnes âgées dépendantes

De nombreuses personnes rencontrées lors de la mission ont indiqué que la population âgée dépendante à La Réunion vit très majoritairement à domicile. À La Réunion, le nombre élevé de personnes âgées propriétaires de leur logement, l'importance de l'attachement à la propriété et à la terre, ont été soulignés. Les conditions de ce maintien semblent plus favorables, avec une solidarité familiale encore solidement ancrée. L'isolement complet est encore peu répandu, les personnes âgées qui ont des enfants sur l'île sont pour les trois quarts cohabitants ou vivent dans la même commune.

La société évolue cependant, la situation est ainsi très différente pour les personnes dont les enfants ont quitté l'île. La fragilisation de la solidarité familiale est réelle, mais son importance culturelle et sa capacité à être réactivée ont été soulignées. À Mayotte, il n'existe pas encore de véritable alternative au vieillissement à domicile.

3. L'accompagnement du vieillissement à domicile par les collectivités

Le souhait d'un très grand nombre de personnes âgées mahoraises et réunionnaises de rester dans leur logement a un impact sur les politiques sociales des deux départements et des autres collectivités. À La Réunion, le développement et le succès des aides, sous conditions de revenus, du Conseil départemental, au profit des personnes âgées ou handicapées afin qu'elles puissent améliorer ou adapter leur logement, et ce même si l'occupant n'est pas propriétaire, a été souligné. Le déploiement à compter du début de 2024 du nouveau dispositif MaPrimeAdapt, selon des modalités plus complexes que celles des primes existantes et avec un niveau d'ambition élevé, rencontre un certain scepticisme.

Certains acteurs rencontrés ont également insisté sur la nécessité de mettre l'accent sur toutes les dimensions du maintien à domicile, en soulignant que l'adaptation du logement n'est pas que celle de l'habitation proprement dite mais de tout son environnement.

Dans le même sens, la complémentarité et l'articulation des différentes offres possibles en matière d'habitat des personnes en perte d'autonomie, mais aussi des différents niveaux de responsabilité – celle de la famille et du voisinage, de la structure politique de proximité (Commune, CCAS, intercommunalités...), du département et enfin de l'État - ont été évoquées à plusieurs reprises. Dans la relation entre l'échelon départemental, communal et l'administré, ce dernier se tourne en général d'abord vers le Maire, parce qu'il est le plus proche et est perçu comme le mieux placé pour pouvoir offrir à la personne âgée une solution locale adaptée.

Au total, ont été fréquemment soulignées l'importance de l'échelon départemental d'une part, celle de l'échelon communal d'autre part, ce dernier pour son rôle de proximité et sa capacité d'innovation sociale, notamment au travers des CCAS, comme la délégation l'a par exemple constaté à Mayotte. La problématique de l'accompagnement global du vieillissement et de la dépendance, lorsqu'elle survient, est traitée à l'échelon départemental : les plans d'action départementaux traduisent à la fois les priorités nationales et les priorités du territoire. En cohérence avec la priorité accordée au maintien à domicile, les plans mettent en œuvre des actions comme l'évolution et le développement des dispositifs d'accueillants familiaux, la pérennisation ou le soutien aux projets d'accueil de jour, la création et le développement d'offres de répit pour les aidants.

Un certain nombre de ces actions apparaissent cependant comme des expérimentations, et les acteurs de terrain rencontrés se montrent inquiets de leur pérennisation dans les budgets alloués. Par ailleurs, le contexte de vieillissement des accueillants et d'insatisfaction sur leur statut freine le développement de l'accueil familial.

La question du « rattrapage » par rapport à la métropole en matière de places en EHPAD, a également été évoquée. Si ce rattrapage semble bien engagé à La Réunion, qui dispose déjà d'un nombre important de lits, il n'est pas encore engagé à Mayotte. Le premier appel à projet d'EHPAD y est prévu pour 2024 et la préférence du Conseil départemental va à une structure d'un nombre de lits modeste, la priorité restant accordée au domicile et aux petites unités de vie de type accueil familial.

4. L'accompagnement du vieillissement par les associations, les aidants professionnels et les proches aidants

Les échanges avec les associations ont fait apparaître le besoin de clarifier, sans ajouter de complexité, ce qui distingue l'aidant, le mandataire familial, le prestataire lié par un contrat de travail, dans le contexte réunionnais. La nécessité de former les employeurs a été soulignée, et de leur faire prendre conscience que l'existence de liens familiaux ne suffit pas à écarter le besoin d'une relation employeur-employé.

Les associations sont nombreuses, à La Réunion comme à Mayotte. À La Réunion, elles interviennent à domicile comme en établissement. Le grand nombre de volontaires sur l'île de La Réunion pour accompagner les personnes âgées, notamment au travers du service civique « solidarité seniors », est encourageant, mais l'éparpillement des domiciles est une source de complexité et les volontaires sont peu nombreux à souhaiter prolonger

leur expérience par un emploi dans le secteur. Sans que le lien avec le contexte culturel soit démontré, des liens de confiance s'établissent assez facilement entre accompagnants et accompagnés. L'utilité du rôle des volontaires à l'égard des personnes âgées isolées est démontré, mais l'exercice de leurs missions est rendu difficile par les difficultés de transport propres au territoire.

Le contexte économique, démographique, culturel, géographique, rend nécessaire une certaine liberté d'adaptation dans l'organisation et l'exécution des missions, qu'apprécient les associations rencontrées à Mayotte comme à La Réunion.

Concernant les emplois, La Réunion occupe le troisième rang national en heures déclarées, et 45 % des personnes âgées de 80 ans et plus y sont particuliers employeurs, contre 21 % au niveau national. La nécessité de répondre aux besoins croissants d'emplois à domicile dans les prochaines années, alors que ce secteur en forte tension est caractérisé à la fois par des difficultés de recrutement et par le prochain départ en retraite de nombreux salariés, a été évoquée à plusieurs reprises.

Enfin, la problématique du vieillissement des personnes handicapées, accompagné de leur changement de statut à 60 ans, mobilise les associations spécialisées. À La Réunion, une association a repris une structure privée d'aide à domicile de plusieurs centaines de salariés pour en faire un service adapté aux personnes handicapées vieillissantes. Cette reprise s'est accompagnée du choix de la convention collective la plus avantageuse du secteur et d'un effort significatif de formation, l'association affirmant sa conviction que l'aide à domicile est un métier d'avenir, ainsi que sa volonté de développer avec les acteurs locaux un « écosystème du vieillissement ».

5. Gouvernance et financements

Les acteurs institutionnels rencontrés n'ont pas paru redouter une hausse des dépenses consacrées à la dépendance. Tous indiquent, sur des territoires où les responsabilités du département, de l'ARS, de la CGSS/CSSM, s'exercent au sein d'un même périmètre géographique, porter une grande attention à la structuration du réseau local, au développement des partenariats, aux questions de cofinancement. Le besoin d'une adaptation des financements de la CNSA aux évolutions en cours a cependant été évoqué à La Réunion, ainsi que les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'actions en faveur des GIR 5 et 6. Les échanges sur les modalités de mise en place du « 5e risque » n'ont pas fait apparaître de critique significative, de propositions d'évolution ou d'amélioration notables.

Le Conseil départemental de La Réunion a choisi de ne pas mettre en œuvre le recours sur succession. La proportion de bénéficiaires de l'ASPA y est cinq fois supérieure à celle de la France hors DOM. Ce choix illustre la liberté d'appréciation de la situation sur le territoire dont dispose la collectivité, sous réserve bien entendu d'obtenir des financements publics suffisants. À Mayotte, le montant de l'ASPA reste inférieur à ce qu'il est sur le reste du territoire.

Le choix du type d'unités, la place à accorder à l'habitat familial et les modalités de son financement, la part des crédits dédiés aux différentes formes d'aide à domicile, les interventions sur le volet « logement » de la perte d'autonomie, offrent des possibilités de combinaison de financements et des marges de liberté aux acteurs territoriaux.

Enfin, les établissements visités à La Réunion ont permis de découvrir un grand nombre d'innovations, dont certaines en sont encore au stade de l'expérimentation, dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes : tiers lieux, services d'accueil de jour et de nuit, EHPAD hors les murs, plateforme de répit et service expérimental de répit des aidants, service d'accueil mobile en camping-car, pôle d'activités et de soins adaptés de nuit...pour lesquels la question des financements pérennes reste souvent posée.

Un autre sujet a été abordé lors des visites en EHPAD, celui de l'enveloppe allouée par les ARS sur la base de la coupe « PATHOS » de l'établissement, réalisée à l'aide de grilles d'évaluation des pathologies et de la dépendance de chaque résident. Ces grilles sont mises en œuvre par les médecins coordonnateurs. Est déterminé, pour chaque établissement, un « Pathos moyen pondéré » et un « GIR moyen pondéré » (qui sert également à déterminer la valeur du point GIR dans le département). L'absence de réévaluation du point PATHOS, qui rentre en compte dans la formule de calcul de l'allocation budgétaire, déterminée pour cinq ans, a été soulignée.

Cette question du financement des établissements pourrait être également examinée au regard des démarches qu'ils entreprennent pour développer des philosophies de soins centrées sur la personne, où la « verticalité » (l'importance de l'exercice de la station debout), la qualité de vie, le respect de l'intimité et le maintien du lien relationnel préservent l'autonomie et donnent du sens à l'accompagnement. C'est notamment le cas des établissements engagés dans un processus de labellisation « Humanitude », comme la mission a pu le constater lors de l'une de ses visites. Il ressort des échanges que le coût de séjour complet est plus élevé dans ce type d'établissement.

5

**Synthèse de l'atelier citoyen en Martinique
(23 novembre 2023)**



Quels financements de la
perte d'autonomie ?

SYNTHÈSE DE L'ATELIER
CITOYENS EN MARTINIQUE

23 novembre 2023



Synthèse et atelier réalisé à la demande du CESE
par Politiker



Rappel du contexte

Face au vieillissement de la société et au poids croissant de la dépendance, la Commission Affaires Sociales et Santé du CESE étudie les différentes options de financement permettant de répondre aux besoins de plus en plus importants. Afin de pouvoir proposer différents scénarii de financement, l'avis s'intéressera spécifiquement à la perte d'autonomie des personnes dès 60 ans, quelle que soit l'origine de la perte d'autonomie, qu'il s'agisse du handicap, du vieillissement ou d'une maladie chronique.

Le sujet de la perte d'autonomie et de son financement est un enjeu majeur dans les territoires ultramarins, dans lesquels les problématiques sont sensiblement différentes de celles que l'on peut relever en métropole. C'est la raison pour laquelle la commission a souhaité inclure un dispositif spécifique à destination de ces territoires afin de nourrir ses travaux.

Ainsi, 2 ateliers ont été organisés (à la Réunion et à la Martinique) afin de recueillir à la fois les constats et le retour d'expérience des citoyennes et citoyens mais également leurs pistes de propositions concrètes. Il est à noter que l'objet ne concerne pas la seule perte d'autonomie mais bien la question de son financement : reste à charge pour les familles, aides existantes, etc.

Voici la synthèse de l'atelier réalisé à la Martinique le 23 novembre 2023, en présence de 21 citoyennes et citoyens résidents sur l'île, de Monsieur Justin Daniel, Président du Conseil Economique, Social, Environnemental, de la Culture et de l'Education de Martinique (CESECEM) et de Monsieur Pierre Marie-Joseph, représentants des organisations exerçant leurs activités dans les collectivités d'outre-mer au CESE.



Sommaire

- I. L'état des lieux : quels sont les besoins à financer ?p4
 - 1. Partage des besoins à financer à partir d'affirmations proposéesp4
 - 2. Parole libre : la fresque des besoins en Martiniquep8
 - 3. Synthèse globale de l'état des lieuxp11

- II. Les pistes de financement justes, pertinentes et souhaitables.....p12
 - 1. Analyse des résultats du questionnairep12
 - 2. Synthèse des débats :
 - 1. Table 1 : quels sont les systèmes de financements qui vous paraissent justes, pertinents et souhaitables ?p14
 - 2. Table 2 : quelles sont les modalités de financement ?p15
 - 3. Table 3 : quels sont les autres leviers et solutions alternatives pour faciliter le financement ?p17

- III. Quelles sont les spécificités de la Martinique à prendre en compte ?p18

I. L'état des lieux : quels sont les besoins à financer ?

1. Partage des besoins à financer à partir d'affirmations proposées

Trois affirmations ont été proposées aux participantes et participants :



- « Nous avons tous les moyens humains pour faire face à la perte d'autonomie »
- « La solidarité intergénérationnelle, ça marche »
- « Heureusement l'APA est là »

A partir de ces affirmations, les participantes et participants ont été invités à se positionner sur une échelle de « pas du tout d'accord » à « complètement d'accord ». Il leur était ensuite proposé de s'exprimer pour illustrer leur point de vue et positionnement.

Voici la synthèse des besoins partagés par le groupe, illustrés de citations en séance.

L'ENSEMBLE DES BESOINS REGROUPES EN 4 CATEGORIES

Attractivité sectorielle, formation et sensibilisation à renforcer

- Manque d'attractivité des métiers liés au grand âge et notamment de l'aide à domicile, nécessitant une formation adéquate et une valorisation accrue.
"Le métier n'est pas attractif. Besoin de moyens humains, qu'il faut former pour répondre à la demande."
- Importance de la sensibilisation et de l'information sur la perte d'autonomie qui fait aujourd'hui défaut.
"Concernant la perte d'autonomie, il faut sensibiliser, informer, communiquer."



Renforcement nécessaire des infrastructures de soins, dans un contexte de désert médical

- Besoin urgent de développer l'accès aux soins, dans un contexte géographique doublement complexe : insularité et topographie de l'île ; et de « désert médical », avec une population également vieillissante chez les professionnels, ce qui induit mécaniquement une aggravation des difficultés dans les prochaines années.

"Avec le vieillissement de la population la désertification médicale va s'intensifier en Martinique."

- Nécessité de planifier et d'organiser les soins face à des situations critiques, qui touchent les personnes âgées souvent isolées et particulièrement vulnérables, tels que les cataclysmes.

"Comment prendre en charge face par exemple à un cataclysme"

Une culture de la solidarité et de cohésion sociale à renforcer

- Transformation et parfois érosion de la solidarité intergénérationnelle.
"La solidarité intergénérationnelle fonctionnait mieux avant, en raison des nouvelles conditions de vie (logement individuel, enfants qui partent vivre en métropole ou ailleurs, développement du numérique entraînant une déconnexion du réel, etc.) cela ne fonctionne plus."

- Isolement des personnes âgées qui laisse parfois émerger des initiatives de solidarité locale.
"Face à des personnes âgées en perte d'autonomie isolé, aide qui s'organise entre voisins."

- L'évolution des structures familiales entraînent un éloignement géographique des enfants et des répercussions sur le soutien aux aînés et aînés.
"Beaucoup d'enfants sont en métropole et ne s'occupent plus du tout de leurs parents qui se retrouvent sans aide."

- Besoin de renforcer la responsabilisation individuelle et collective face à la perte d'autonomie, tout en rétablissant des réseaux solidaires.
"Le coût de la perte d'autonomie doit être anticipée par chaque citoyen."

- Nécessité d'inculquer la solidarité intergénérationnelle dès le jeune âge.
"Il y a un problème d'éducation. On ne forme pas assez les jeunes à la solidarité intergénérationnelle."

Manque de moyens financiers et de fluidité dans la gestion des aides

- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est jugée complexe dans la compréhension de ses critères d'attribution, son processus administratif de dépôt de dossier et de perception de l'aide. Son impact est jugé variable. Pour certains elle est nécessaire mais non suffisante. Pour d'autres, elle induit des comportements inappropriés ou des mésusages (ex. désengagement de la famille qui pensent qu'elle adresse tous les besoins, mauvaise compréhension du rôle des aides à domicile).
« L'APA est nécessaire mais pas suffisante. » ; « L'APA est très mal utilisée. Les gens pensent qu'ils ont droit à une boniche qui vient faire le ménage à la maison. » « Les aidants ne connaissent les services qu'offrent l'APA, il y a un problème de communication et d'information. Il y a une mauvaise compréhension des usages possibles. »
- Manque de moyens financiers pour les professionnels du secteur
"Il faut donner les moyens aux services d'accompagnement. Cette profession est sous financée."

LA SYNTHÈSE DES BESOINS

Valorisation des métiers d'aide

- Les professions du secteur du grand âge et notamment d'auxiliaire de vie doivent être rendues plus attractives pour attirer et retenir le personnel nécessaire.
« Il faut renforcer l'attractivité du métier. »

Développement de politiques de soutien financier, humains et matériel

- Les politiques publiques doivent être renforcées pour soutenir les soins et la solidarité.
« La Martinique bouge et la solidarité doit revenir en créant de nouveaux métiers. », une autre regrette "L'APA est très mal utilisée... Il y a une mauvaise compréhension de l'APA." et une autre ajoute : "Il faut verser correctement l'APA."

Un travail culturel à réaliser dès le plus jeune âge

- Le modèle de société et les valeurs qu'elle porte sont ici remis en cause. Les participantes et participants estiment que le défi de la perte d'autonomie ne peut être relevé que grâce à une solidarité plus forte, une cohésion sociale plus robuste et une plus grande proximité entre chaque habitante et habitant d'un quartier, d'une ville, d'un pays.

« La solidarité est en train de mourir. » « Les aidants sont fatigués. » « Il y a un problème d'éducation. On ne forme pas assez les jeunes à la solidarité intergénérationnelle. Ce problème n'est pas assez pris en compte de manière globale dans la société. »

Il ressort de l'atelier la nécessité d'une approche holistique qui valorise et renforce les métiers de soins, élabore des politiques de soutien financier, humain et matériel adaptées aux besoins de la population vieillissante, tout en apportant des réponses de fonds, durable à travers la question du lien social.



2. Parole libre : la fresque des besoins en Martinique

Les participantes et participants ont été invités à noter les besoins qui leur paraissent prioritaires à financer, puis à les partager au groupe.



L'ENSEMBLE DES BESOINS REGROUPES EN 8 CATEGORIES

Besoin d'adapter l'habitat et les logements pour permettre le maintien à domicile

- Une priorité absolue donnée au maintien à domicile : « Les personnes âgées en Martinique ont besoin d'être maintenues à domicile. Pas d'être mise dans un EHPAD. »
- Nécessité d'adapter les logements aux besoins des seniors : "La question de l'adaptation du logement de la personne en perte d'autonomie est importante."
- Importance de l'équipement et de l'amélioration de l'habitat : "Equipement des logements (situation de handicaps)."

Faciliter la mobilité et le transport

- Besoin de développer les transports pour permettre le maintien des activités et lutter contre l'isolement des personnes dépendantes, accélérant leur niveau de dépendance de manière significative : "Développer la mobilité (transport solidaire)."
- Amélioration de l'accessibilité et de l'équipement des logements pour les personnes en perte d'autonomie, avec une attention particulière aux situations de handicap et aux seniors isolés (qui doivent se maintenir à domicile dans un contexte d'isolement géographique et de vulnérabilité face aux intempéries et risques sismiques). "La Martinique est un désert médical."; "Les auxiliaires de vie sont en première ligne... Besoin de moyens humains."; "Le coût de la perte d'autonomie doit être anticipée par chaque citoyen."
- Prise en compte des spécificités de la Martinique en termes de transport (contexte insulaire, infrastructure de transport dégradées): "...La question du transport doit être prise en compte dans la difficulté de la prise en charge de la perte d'autonomie."



Renforcer les activités sociales et de prévention

- Importance des activités physiques et sociales. *"Financement d'activités physiques adaptées."*
- La prévention est essentielle, à travers notamment le financement d'activités physiques et cognitives adaptées pour prévenir la perte d'autonomie, soutien et renforcement des dynamiques solidaires et intergénérationnelles. *"La question de la prévention est nécessaire dans la réponse que le Gouvernement doit apporter à la perte d'autonomie."; "Il y a un problème d'éducation. On ne forme pas assez les jeunes à la solidarité intergénérationnelle."; "Les soins non médicaux ne doivent pas être oubliés (esthétiques, etc.)."*

Permettre un accès aux soins équitable et faciliter les parcours de soin

- Amélioration nécessaire du parcours de soins, à savoir la communication sur les grands jalons médicaux à suivre pour chaque personne à partir de 60ans, la connexion entre les établissements et entre professionnels de santé pour garantir une fluidité lors des transferts entre établissement ou à domicile : *"Le parcours de soins est à fluidifier."*
- Importance de faciliter l'accès aux soins : *"Aide à l'accès aux soins (remplir les formulaires par exemple)."*

Développer les hébergements alternatifs et leur contrôle

- Développement des résidences partagées et contrôle des structures : *"Développer les résidences partagées : colocation de seniors."*
- Besoin de régulation efficace des structures d'hébergements et des professionnels œuvrant dans le secteur pour garantir un service de qualité ; En couplant ce contrôle par une formation et une information accessible à tous : *"[...] L'Etat doit effectuer plus de contrôle du secteur."*

Rendre plus équitable l'accès aux droits et renforcer les financements

- Nécessité de communiquer sur les aides disponibles : *"Communications nécessaires sur les aides qui existent."*
- Augmentation des budgets pour les structures aidant les seniors : *"CSPPA dispose du même budget que la CNSA [...] Aide financière aux structures d'aide à domicile." "Il faut donner les moyens aux services d'accompagnement. Cette profession est sous financée."*

Renforcer la formation et soutenir les organisations existantes

- Besoin de formation pour les aidantes et aidants professionnels et non professionnels *"Formation des accompagnants." ; "La formation de nouveaux professionnels est à exploiter."*
- Mieux communiquer sur le rôle des professionnels et les usages possibles des aides pour faciliter la prise en charge des personnes et le travail des professionnels. *"Les gens pensent qu'ils ont droit à une boniche qui vient faire le ménage à la maison."*

Réduire le reste à charge

- Diminution du reste à charge pour les aidantes et aidants et les seniors : *"Il faut diminuer le reste à charge pour les aidantes et aidants."*

LA SYNTHÈSE DES BESOINS

Les constats des participantes et participants mettent en lumière une demande croissante pour l'adaptation du cadre de vie des personnes en perte d'autonomie, avec un accent particulier sur l'importance de l'habitat et de l'accessibilité. La mobilité apparaît comme un facteur clé dans le maintien de l'autonomie et la réduction de l'isolement, indiquant le besoin d'un financement accru dans les services de transport adaptés.

Les activités sociales et les mesures de prévention sont également soulignées, suggérant une prise de conscience de leur rôle dans le ralentissement de la perte d'autonomie (également pour éviter de perdre davantage en autonomie). Cela appelle à des investissements dans des programmes favorisant le bien-être physique et mental.

Concernant l'accès aux soins, les participantes et participants pointent du doigt la nécessité d'une meilleure coordination des services et d'une aide concrète pour faciliter les démarches administratives liées à la santé, mettant en avant l'importance de l'hospitalisation à domicile comme alternative aux structures traditionnelles.

La formation des aidantes et aidants et le soutien aux structures d'aide à domicile sont jugés insuffisants, ce qui indique une priorité pour le renforcement des compétences et l'attribution des ressources nécessaires à ces services essentiels.

Enfin, la question financière est récurrente, avec des appels à la réduction du reste à charge et à une meilleure distribution des fonds, afin de garantir une prise en charge équitable et adaptée aux besoins des personnes en perte d'autonomie.

3. Synthèse globale de l'état des lieux

À partir des constats des citoyennes et citoyens en Martinique et des besoins exprimés, nous pouvons dresser un état des lieux des besoins en matière de financement de la perte d'autonomie.



SYNTHESE DES PRINCIPAUX AXES A FINANCER POUR MIEUX GERER LA PERTE D'AUTONOMIE ET GAGNER EN EFFICIENCE POUR POUVOIR L'ACCOMPAGNER DANS LES ANNEES A VENIR

Pour adresser la problématique de la perte d'autonomie, les citoyennes et citoyens souhaitent voir émerger des actions ciblées sur l'amélioration du cadre de vie à domicile, le développement des services de transport, la promotion des activités de prévention et la formation des aidantes et aidants. Ces différents points viennent en réponse à une volonté de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées à domicile. En complément, les offres innovantes d'habitat alternatif sont bienvenues. Celles-ci peuvent se décliner en différentes versions : colocations intergénérationnelles, habitat groupé, partagé, pour s'adapter aux différentes situations et envies. Le suivi de ses structures émergentes paraît essentiel pour garantir la protection d'un public dans une situation de vulnérabilité.

Le renforcement des aides financières, via une augmentation de leur montant, une réduction des charges pour les familles et un accès facilité à leur obtention est également jugé prioritaire pour faire face à la perte d'autonomie et garantir des conditions de vie descentes à chacun. Ces aides financières et leur allocation devront répondre à une logique d'équité et de transparence accrue.

Ces éléments devront être accompagnés, selon les actrices et acteurs présents, par une meilleure communication et sensibilisation sur les enjeux de la perte d'autonomie et les ressources disponibles. Ceci en vue d'offrir les moyens à chacun d'anticiper la couverture de ses propres besoins, de trouver les réponses adéquates parmi les dispositifs et auprès des acteurs existants et d'être soutenu par ses proches familiaux et géographiques. L'accès facilité aux informations et la transversalité entre les acteurs permettrait également d'envisager un parcours de soin plus fluide et accessible à tous.

Le travail sur les compétences, à travers des formations plus approfondies, adaptées aux différentes typologies d'acteurs du secteur, semble être une piste clé pour garantir un accompagnement optimal des personnes en perte de dépendance. Les activités relatives peuvent être éprouvantes sur le plan physique et mental, avec de lourds enjeux, puisqu'elles ont un impact direct sur la vie quotidienne de nos aînés.

Enfin les réponses apportées devront s'inscrire dans une perspective de long terme, incluant un travail d'éducation dès le plus jeunes âges, scolaire et culturel, pour renforcer les postures coopératives, l'aide intergénérationnelle et le lien sociale au sein de la cellule familiale et de la société. Renforcer l'esprit civique et d'entre-aide figure parmi les principales préoccupations.

II. Les pistes de financement justes, pertinentes et souhaitables

1. Analyse des résultats du questionnaire

Les participantes et participants ont été invités à noter plusieurs propositions de 1 à 10, pour répondre à la question du système, des modalités et solutions alternatives afin de financer la perte d'autonomie.

Une forte préférence pour des solutions collectives et innovantes

- Une « meilleure répartition des rôles entre les actrices et acteurs œuvrant dans le secteur et fluidité dans les interactions » est la proposition la mieux notée (moyenne de 7,67) suggérant un fort soutien pour une approche collaborative impliquant différents acteurs.
- Des solutions universelles à envisager : la proposition "pour un système de financement universel" (moyenne de 7,35) indique une préférence marquée pour un système tel que la sécurité sociale : « chacun finance selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ».
- « Investissement dans l'innovation » : l'intérêt pour l'investissement dans les projets innovants à impact (moyenne de 7,06) et l'utilisation des nouvelles technologies (moyenne de 6,84) est également notable.

Les réponses plus traditionnelles moins bien notées et non privilégiées

- Financement via les impôts : cette option a reçu la note la plus basse (moyenne de 2,33), reflétant une faible adhésion.
- Approches « minimalistes » et « personnelles » : les propositions telles que "pour un système minimal, qui vient en aide aux plus démunis" (moyenne de 2,53), "financement personnel" (moyenne de 3,21), et "patrimoine immobilier personnel" (moyenne de 3,75) sont moins soutenues par les répondantes et répondants.

Consensus et dissensus



Atelier Citoyens Martinique - Quel financement de la perte d'autonomie ? Synthèse de la participation



En comparant les résultats chiffrés, nous sommes en mesure de déduire les réponses qui sont largement partagées (les consensus) et celles qui font apparaître un résultat très varié (les dissensus). L'ensemble des questions posées dans ce questionnaire a fait l'objet d'un débat par la suite (cf. pages suivantes).

- **Consensus** : il existe un consensus relatif sur la nécessité d'approches collaboratives, universelles, et innovantes.
- **Dissensus** : des divergences d'opinions sont observables, notamment sur des propositions impliquant un financement individuel ou minimaliste.

Synthèse des pistes de financement jugées les plus pertinentes, justes et souhaitables

Les participantes et participants souhaitent favoriser des solutions collaboratives et universelles : il est donc attendu d'explorer des solutions qui favorisent la collaboration entre différents acteurs et qui adoptent une approche universelle.

Ils encouragent à investir dans l'innovation et la technologie : encourager l'investissement dans des projets innovants et l'usage des nouvelles technologies adaptées.

Enfin, leur parole amène à traiter avec prudence les options impliquant un financement principalement via les impôts ou les ressources personnelles, qui semblent moins acceptées et méritent une réflexion approfondie sur leurs éventuelles modalités.



2. Synthèse des débats



TABLE 1 : QUELS SONT LES SYSTEMES DE FINANCEMENTS QUI VOUS PARAISSENT JUSTES, PERTINENTS ET SOUHAITABLES ?

Lors d'un débat citoyen, axé sur le choix du système de financement de la perte d'autonomie le plus pertinent, juste et souhaitable, diverses opinions ont émergé autour des trois modèles proposés : universel, assurantiel privé et minimal. Voici une synthèse des points de consensus et de divergence qui pourraient être éclairants dans l'élaboration d'un nouveau système.

Points de consensus :

- **Un système universel favorisé** : les participantes et participants étaient globalement en faveur d'un système universel, soulignant son équité et sa justice sociale.
- **Une participation de tous attendue** : l'idée que tout le monde contribue, même symboliquement, était largement acceptée, comme l'illustre le commentaire *"Tout le monde doit cotiser pour la perte d'autonomie, même s'il s'agit d'1 euro."*
- **Reconnaissance de la valeur du bénévolat** : le bénévolat a été reconnu comme une contribution valable au système, avec des propositions pour inciter à l'engagement communautaire.

Points de désaccord :

- **Mixité du système** : les avis étaient partagés sur l'intégration d'un modèle mixte, combinant des éléments universels et assurantiels. Certains plaidaient pour un système mixte, tandis que d'autres défendaient un modèle purement universel.
- **Défiscalisation des cotisations** : la proposition de défiscaliser les cotisations assurantielles pour les rendre plus attractives a suscité des réactions mitigées, avec des craintes que cela puisse compromettre l'équité du système universel.

Synthèse

Les participantes et participants reconnaissent l'importance d'un système inclusif qui responsabilise les individus, sans créer de dépendance totale à l'État. Ils préconisent un système universel comme base, enrichi d'éléments qui valorisent l'autonomie individuelle et la solidarité communautaire. La défiscalisation des cotisations assurantielles et l'obligation de bénévolat pour recevoir des aides sont des idées novatrices mais controversées qui nécessitent une réflexion approfondie sur leurs implications éthiques et pratiques.



Atelier Citoyens Martinique - Quel financement de la perte d'autonomie ? Synthèse de la participation



La synthèse suggère de rechercher un équilibre entre un soutien universel et des incitations au maintien d'une autonomie individuelle et communautaire. Il est impératif d'intégrer les valeurs de solidarité et de participation active à la conception d'un système qui soit durable, équitable et qui reflète les principes de responsabilité partagée. Le bénévolat émerge comme une ressource sous-utilisée qui pourrait à la fois enrichir le tissu social et alléger la charge financière du système.



- TABLE 2 : QUELLES SONT LES MODALITES DE FINANCEMENT ?

La réflexion des participantes et participants sur le financement de la perte d'autonomie a mené à l'élaboration de propositions autour de plusieurs axes principaux, qui cherchent à équilibrer la responsabilité étatique avec l'innovation et l'implication citoyenne. Voici une synthèse organisée par thématiques.

Financement étatique et réaffectation budgétaire

- **Augmentation du financement public** : il est suggéré que l'État augmente son soutien financier, notamment par le biais de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), pour faire face à la perte d'autonomie.
- **Révision budgétaire** : les participantes et participants recommandent une revue des priorités budgétaires, en proposant notamment de réduire le budget militaire pour financer les besoins liés à la perte d'autonomie. *'Faisons la guerre à la perte d'autonomie'*
- **Transfert des dépenses** : ils préconisent de rediriger les « dépenses des ministres » (dépenses de fonctionnement et liées à la retraite de l'ensemble de la classe politique qui ne sont plus en fonction – des dépenses jugées non essentielles) vers le financement de la dépendance des personnes âgées.

Transparence et fiscalité

- **Clarté sur les cotisations et impôts** : les participantes et participants demandent plus de transparence sur l'utilisation des fonds publics, pour s'assurer que les prélèvements sont bien affectés aux services liés à l'autonomie.
"Il ne faut pas forcément augmenter les cotisations et impôts mais mieux comprendre ce que finance les prélèvements actuels."
- **Favoriser le mécénat et crédits d'impôts recherche sous condition** : ils proposent de revoir les critères d'octroi des crédits d'impôts recherche et de mécénat en s'assurant qu'ils répondent à un réel besoin et qu'ils n'impactent pas

négativement la santé, le cadre de vie ou ne favorise pas la perte d'autonomie (isolement, cadre de vie, etc.)

« Soumettre les exonérations à des critères d'impact »

- **Contribution des grandes entreprises** : ils suggèrent que les grandes entreprises, en particulier celles qui échappent souvent à l'impôt, contribuent davantage au financement de la perte d'autonomie.

Fiscalité ciblée et lutte contre la fraude

- **Impôt sur la fortune (ISF) et exonérations fiscales** : la mise en place d'un ISF dédié à la perte d'autonomie et la suppression des exonérations fiscales pour les plus riches sont envisagées pour augmenter les fonds disponibles.

« Mieux contrôler les avantages fiscaux, les encadrer et limiter aux entreprises qui favorisent la vie associative et personnelle »

- **Contrôle de la fraude fiscale et sociale** : un meilleur contrôle de la fraude fiscale et la limitation des avantages fiscaux sont réclamés pour assurer un financement équitable.

« Lutter et mieux contrôler la fraude fiscale et sociale ». « Mieux contrôler les avantages fiscaux, les encadrer et limiter aux entreprises qui favorisent la vie associative et personnelle. »

(Re)localisation et autonomie régionale

- **Confiance aux acteurs locaux** : les participantes et participants valorisent l'importance de donner plus d'autonomie aux acteurs locaux de terrain pour une gestion plus adaptée aux besoins spécifiques des territoires.

"Faire davantage confiance aux acteurs locaux"



Ces propositions indiquent que les participantes et participants cherchent à concilier un financement public accru et plus transparent, avec des mesures qui engagent la société civile et les entreprises dans une démarche solidaire. Ils mettent en avant la nécessité de réaffecter intelligemment les ressources existantes et de lutter contre la fraude pour financer de manière durable la perte d'autonomie croissante.



TABLE 3 : QUELS SONT LES AUTRES LEVIERS ET SOLUTIONS ALTERNATIVES POUR FACILITER LE FINANCEMENT ?

Les participantes et participants ont proposé diverses solutions qui peuvent être regroupées en plusieurs thèmes principaux. Voici une synthèse des leviers de financement suggérés, en accord avec les attentes exprimées.

Réutilisation et optimisation des ressources existantes

- **Équipements municipaux** : réquisition et mise aux normes d'équipements municipaux non affectés pour la création de centres de soins et d'habitats alternatifs.
- **Logements inoccupés** : utilisation de logements vacants pour héberger ou soigner les personnes en perte d'autonomie.
- **Héritages non réclamés** : affectation des héritages non réclamés aux besoins liés à la perte d'autonomie.

Financements innovants et participatifs

- **Loto d'autonomie** : réallocation d'une partie des mises du loto d'un territoire au financement de la perte d'autonomie, avec une redistribution locale selon la participation.

Amélioration de l'habitat et accessibilité

- **Automatisation et domotique** : installation d'équipements automatisés et systèmes de téléassistance pour faciliter le quotidien des personnes dépendantes, les accompagner dans des gestes automatisables sans valeur ajoutée humaine, les relier plus facilement à des services compétents en cas de besoin (capteurs, alarmes, etc.).

Développement économique et social

- **Emploi et retour des jeunes** : incitation à l'emploi local et au retour des jeunes sur l'île pour renforcer la main-d'œuvre et la solidarité intergénérationnelle.
- **Rénovation des infrastructures** : investissement dans la modernisation des infrastructures pour améliorer l'accès aux soins et aux services.

Gouvernance et équité

- **Rôle de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)** : proposition que la CNSA prenne en charge la gestion et l'allocation des ressources pour assurer une distribution équitable des aides à l'échelle nationale.

- Dissociation du champ politique et social : séparation entre les décisions politiques et la gestion sociale pour garantir la transparence, l'efficacité et l'équité.
« La gestion actuelle est trop politique et la distribution des aides soumise à des critères personnels »

Sensibilisation et solidarité

- Culture de la solidarité : renforcement des valeurs de solidarité et d'empathie au sein de la population pour préparer collectivement la gestion de la perte d'autonomie.

Augmentation des aides existantes

- APA et retraites : Augmentation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et des pensions de retraite pour fournir un soutien financier direct aux personnes âgées.

Ces propositions mettent en lumière une volonté des participantes et participants de voir un système de financement diversifié et innovant, qui exploite les ressources et les infrastructures existantes tout en promouvant l'engagement social et la solidarité. Ils appellent à une gestion plus juste et équitable des fonds dédiés à la perte d'autonomie, avec un rôle accru pour les organismes comme la CNSA. Il y a aussi un intérêt marqué pour les mécanismes qui peuvent directement augmenter les revenus des personnes en perte d'autonomie, comme l'APA et les retraites. Les pistes de financement pourraient donc envisager une combinaison de ces diverses approches pour créer un système de financement robuste et adaptatif.

III. Quelles sont les spécificités de la Martinique à prendre en compte ?

Chacune des tables de débat a été invitée à préciser les spécificités de la Martinique qui doivent être prises en compte afin d'élaborer des solutions en adéquation avec les besoins des martiniquais et la singularité de leur contexte. Voici une synthèse des principaux éléments.

Risques naturels et sécurité

- Risques Climatiques



Atelier Citoyens Martinique - Quel financement de la perte d'autonomie ? Synthèse de la participation



La Martinique est une zone à haut risque de catastrophes naturelles. Cela implique un investissement plus important à réaliser pour sécuriser les infrastructures accueillant les personnes en perte d'autonomie (infrastructure d'accueil et au domicile).

Démographie et santé

- **Population vieillissante**

Avec une proportion élevée de personnes âgées, la Martinique doit envisager un financement accru et spécifique de l'État pour répondre aux besoins croissants.

- **Accessibilité aux soins**

L'éloignement géographique et le coût des soins nécessitent des investissements dans les services de santé locaux pour minimiser les déplacements onéreux.

Economie locale et infrastructure

- **Endettement et fiscalité**

L'endettement des collectivités et la fiscalité doivent être considérés pour ne pas peser sur le financement local de l'autonomie.

- **Vétusté des infrastructures**

La modernisation des infrastructures de santé est cruciale pour une meilleure prise en charge et peut aider à réduire les coûts à long terme.

Cohésion sociale et culturelle

- **Culture et valorisation des aînés**

La place centrale des aînées et aînés dans la société martiniquaise souligne la nécessité d'intégrer le respect et la valorisation des personnes âgées dans les plans de financement.

Gouvernance et partenariats

- **Gouvernance partagée**

Une gouvernance partagée entre les actrices et acteurs locaux (ARS, CTM, mutuelles) peut conduire à une meilleure répartition des ressources et à une prise de décision efficace.

Considérations socio-économiques

- **Précarité et chômage**

Le financement doit tenir compte de la précarité économique et du taux de chômage élevé, qui affecte les ressources disponibles pour les soins des personnes âgées.

IMPLICATIONS POUR LES MODELES DE FINANCEMENT

Les stratégies de financement doivent intégrer la préparation et la réponse aux catastrophes naturelles, assurer la durabilité et la sécurité des infrastructures, et répondre de manière flexible aux défis démographiques et économiques uniques de l'île.

Les modèles doivent également être adaptés pour favoriser l'accès local aux soins, réduire la nécessité de déplacements coûteux, et mieux utiliser les fonds publics en renforçant la transparence et en optimisant les dépenses.

Les solutions de financement devraient promouvoir la solidarité intergénérationnelle et s'aligner avec la valeur sociale accordée aux personnes âgées dans la culture martiniquaise.

La collaboration entre les acteurs locaux de terrain, les organismes de santé (locaux et nationaux) peut conduire à un financement plus ciblé et à un impact plus significatif.

Les modèles devront enfin refléter les réalités socio-économiques, en tenant compte du niveau de vie, de la précarité des personnes âgées, et en offrant des solutions pour pallier la perte des jeunes actifs et le haut taux de chômage.

Pour conclure, les participantes et participants à l'atelier ont partagé leur envie de positionner la Martinique comme volontaire pour expérimenter de nouvelles pistes et devenir laboratoire d'expérimentations pour développer un modèle de financement de la perte d'autonomie juste, pertinent et souhaitable pour tous.

« La Martinique est unique, c'est le département avec le plus de personnes âgées. Il doit donc être précurseur et être utilisé comme un département pilote ou laboratoire dans la gestion de la perte d'autonomie. »



6

Synthèse de l'atelier citoyen à La Réunion (1^{er} décembre 2023)



Quels financements de la
perte d'autonomie ?

SYNTHÈSE DE L'ATELIER
CITOYENS À LA RÉUNION

1 décembre 2023



Synthèse et atelier réalisé à la demande du CESE
par Politiker



Rappel du contexte

Face au vieillissement de la société et au poids croissant de la dépendance, la Commission des Affaires Sociales et Santé du CESE étudie les différentes options de financement permettant de répondre aux besoins de plus en plus importants. Afin de pouvoir proposer différents scénarii de financement, l'avis s'intéressera spécifiquement à la perte d'autonomie des personnes dès 60 ans, quelle que soit l'origine de la perte d'autonomie, qu'il s'agisse du handicap, du vieillissement ou d'une maladie chronique.

Le sujet de la perte d'autonomie et de son financement est un enjeu majeur dans les territoires ultramarins, dans lesquels les problématiques sont sensiblement différentes de celles que l'on peut relever en hexagone. C'est la raison pour laquelle la commission a souhaité inclure un dispositif spécifique à destination de ces territoires afin de nourrir ses travaux.

Ainsi, 2 ateliers ont été organisés (à la Réunion et à la Martinique) afin de **recueillir à la fois les constats et le retour d'expérience des citoyennes et citoyens mais également leurs pistes de propositions concrètes**. Il est à noter que l'objet ne concerne pas la seule perte d'autonomie mais bien la question de son financement : reste à charge pour les familles, aides existantes, etc.

Voici la synthèse de l'atelier, réalisé à la Réunion le 1^{er} décembre 2023, en présence de 18 citoyennes et citoyens résidents sur l'île, de Madame Martine Vignau, rapporteure de l'avis sur le financement de la perte d'autonomie, et Angeline Barth, Présidente de la Commission Affaires sociales et santé.

I. L'état des lieux : quels sont les besoins à financer ?

1. Partage des besoins à financer à partir d'affirmations proposées

Trois affirmations ont été proposées aux participantes et participants :



- « Nous avons tous les moyens humains pour faire face à la perte d'autonomie »
- « La solidarité intergénérationnelle, ça marche »
- « Heureusement l'APA est là »

A partir de ces affirmations, les participantes et participants ont été invités à se positionner sur une échelle de « pas du tout d'accord » à « complètement d'accord ». Il leur était ensuite proposé de s'exprimer pour illustrer leur point de vue et positionnement.

Voici la synthèse des besoins partagés par le groupe, illustrés de citations en séance.

L'ENSEMBLE DES BESOINS REGROUPES EN 7 CATEGORIES

Une meilleure allocation, valorisation et sensibilisation des ressources humaines

- Nécessité d'une prise de conscience de la situation, des enjeux et de sensibiliser les jeunes, pour mobiliser les moyens humains disponibles.
« On a les moyens mais ça dépend ce qu'on en fait. Si on est davantage conscient humainement et que l'on se donne les moyens. »
- Les métiers d'aide à domicile ne sont pas suffisamment valorisés, ce qui crée une pénurie de main-d'œuvre.
"On n'arrive pas à valoriser le métier d'aide à domicile. Le problème d'attractivité [...] renforce la pénurie de main d'œuvre."
- Il est crucial d'informer et de sensibiliser les jeunes à la solidarité intergénérationnelle pour réduire l'isolement des personnes âgées.

- Souvent non reconnus officiellement, les aidantes et aidants doivent être valorisés et leur action doit pouvoir s'inscrire dans un cadre structuré.
"Parmi les moyens humains, on compte... les aidants... Il n'est pas assez mis en valeur. Il faut non seulement le valoriser mais également le structurer."

Des spécificités géographiques à prendre en compte

- Disparités entre les différentes régions de la Réunion, comme par exemple l'absence ou la rareté des professions en lien avec le grand âge dans les hauts (c'est-à-dire dans les terres, dans les hauteurs de l'île distantes des villes).
"La situation géographique (territoire) doit être prise en compte... ces professions sont absentes des haut de la Réunion."
- Une situation d'isolement plus importante dans ce contexte insulaire, renforcé par l'exode des jeunes en hexagone.
« La vie a changé à La Réunion, les jeunes partent et les personnes âgées restent. La solidarité intergénérationnelle est désormais dématérialisée et la présence physique n'est plus possible. Cependant, les personnes âgées ne peuvent pas rester seules chez elles pour autant. »

Un financement et un accompagnement à renforcer

- Un besoin accru de soutien financier pour les porteurs de projets œuvrant déjà dans le secteur et les potentiels projets à développer.
"Exemple d'un collègue qui dispose d'un projet de formation... Pour que ces projets aboutissent, il faut également y mettre les moyens financiers."
- L'État doit investir dans les structures d'aide et ne pas laisser les citoyennes et citoyens gérer seuls la perte d'autonomie de leurs proches.
"Il faut que l'Etat prenne ses responsabilités et investisse dans les structures d'aide."

Une solidarité intergénérationnelle à renforcer par l'éducation

- Constat d'un changement dans la dynamique familiale à La Réunion et la nécessité d'une solidarité intergénérationnelle formée et professionnalisée.
"La vie a changé à La Réunion, les jeunes partent et les personnes âgées restent."
- Importance de l'éducation à l'entraide et à la solidarité dès le jeune âge.
"L'éducation des enfants semble être crucial pour redonner du sens à la solidarité intergénérationnelle."

Favoriser l'autonomie le plus longtemps possible et améliorer les structures d'accueil

- Aider les personnes âgées à rester autonomes le plus longtemps possible avec le soutien des structures adéquates.
"Des jeunes arrêtent de travailler pour s'occuper de leurs parents... Il faut aider les parents à être autonome le plus longtemps possible."
- Améliorer l'image des EHPAD qui ne doivent pas être diabolisés, et développer de nouvelles formes de structures d'accueil pourrait être une bonne piste à explorer selon les participantes et participants.
"Il ne faut pas diaboliser les EHPAD, ou plutôt en inventer d'autres."

Un besoin accru d'information sur les aides et les acteurs

- Les professionnels, les citoyennes et citoyens manquent d'information sur l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et leurs droits.
"Je ne connaissais pas l'APA, alors que je suis infirmière... Les professionnels et les citoyens doivent avoir plus d'information."
- Nécessité d'améliorer la communication sur les aides disponibles, les actrices et acteurs impliqués.
"Il faut informer sur les aides, mais aussi sur les acteurs."

Augmentation des aides et révision de leurs critères d'attribution

- L'APA : une aide nécessaire mais non suffisante.
« Heureusement que l'APA est là mais il faut augmenter. »
- Nécessité de revoir la classification, l'évaluation et les conditions d'attribution de l'APA.
"L'APA est injuste car parfois si les revenus dépassent de 1 euro, l'aide n'est pas versée."

LA SYNTHÈSE DES BESOINS

- Un besoin accru de reconnaissance et de soutien financier pour les aidantes et aidants, les projets de soutien et le secteur en général.
- L'importance croissante de l'éducation et de la professionnalisation (formation et reconnaissance juridique) de la solidarité intergénérationnelle.
- La nécessité de meilleures informations sur les aides, actrices et acteurs existants.
- Le besoin de réviser les mécanismes d'aide existants pour une meilleure équité et accessibilité.

Ce premier temps de partage met donc en lumière le besoin de trouver un équilibre entre le soutien humain, financier et éducatif, ainsi que la communication et l'information auprès de toutes les parties prenantes.

2. Parole libre : la fresque des besoins à la Réunion

Les participantes et participants ont été invités à noter les besoins qui leur paraissent prioritaires à financer, puis à les partager au groupe.



L'ENSEMBLE DES BESOINS
REGROUPES EN 7
CATEGORIES

Faciliter le maintien à domicile et la proximité

"Accompagner la perte d'autonomie au plus près du domicile."

- Accompagnement au domicile.
- Services externes (courses, transports).
- Réponses de proximité.
- Famille d'accueil et accompagnement à domicile.
- Prises en charge de nuit et renforcement de l'accompagnement à domicile.
- Formation des intervenants à domicile.
- Adaptation des logements.

Renforcer le soutien aux aidantes et aidants

« Il est essentiel d'accroître les aides aux aidantes et aidants familiaux pour alléger leur charge »

- Augmentation des aides aux aidantes et aidants familiaux.
- Reconnaissance du bénévolat pour les aidantes et aidants familiaux.
- Mama-sitting et rémunération juste des aidantes et aidants.
- Points relais pour leur répit.
- Baluchonnage pour leur permettre des pauses.

Faciliter l'accès aux soins

"Les médecins traitants devraient se déplacer dans les EHPADs et à domicile, ce n'est pas le cas aujourd'hui." « Mettre en place un parcours d'accompagnement gériatrique au fil de la vie, avec des rendez-vous et points de passage pour tous »

- Visites à domicile des médecins traitants.
- Médiation entre hôpitaux et personnes en perte d'autonomie.

Mieux diffuser les informations

"Attention à la fracture numérique des anciens, il faut trouver d'autre moyen de communiquer que le numérique." « Communication accrue nécessaire sur les dispositifs existants »

- Informer les personnes âgées sur leurs droits.
- Combattre la fracture numérique.
- Communication accrue sur les dispositifs existants.
- Structuration de l'information aux personnes et professionnels.

Développer les structures et logements adaptés

"Pérenniser les habitats alternatifs avec des activités gratuites, sous forme de tiers-lieux par exemple, à côté des EHPAD." « Privilégier des structures à taille humaine : 8 à 10 personnes »

- Habitats alternatifs.
- Petites structures d'accueil et logements adaptés.
- Résidences autonomie et maisons aidant familial.
- Financement pour les familles à revenus modestes.

Accroître le rôle d la CNSA dans financement pour garantir une meilleure équité

"Il faudrait plutôt centraliser au niveau de l'État, car aujourd'hui il y a trop de différences entre les différents départements."

- Répartition des dépenses entre départements et CNSA.
- Centralisation des décisions.
- Augmentation de l'enveloppe des dépenses des départements.
- Prêts et appels à projets.
- Inquiétude sur le retrait de la prise en charge par la CNSA.

Développer la formation et valoriser des métiers

"Valoriser les métiers d'aide à domicile." « Une rémunération plus juste des agents qui interviennent. Il s'agit d'un métier difficile, les travailleurs sont fatigués et ont parfois ont à faire à des personnes âgées désagréables. »

- Formations spécialisées.
- Valorisation des métiers d'aide à domicile.
- Plans de carrière pour les agents.
- Rémunération juste des agents.



LA SYNTHÈSE DES BESOINS

1. **Financement des adaptations de logement**
 - Pour permettre aux personnes âgées de rester chez elles, un investissement important dans l'adaptation des logements est nécessaire.
2. **Soutien financier aux aidantes et aidants**
 - Reconnaître financièrement le travail des aidantes et aidants, souvent non rémunéré, est une priorité pour maintenir l'autonomie des personnes aidées.
3. **Développement de structures de proximité**
 - Les petites structures d'accueil et les résidences autonomie doivent être financées pour offrir des alternatives aux EHPAD.
4. **Équité dans l'allocation des financements**
 - Il est essentiel de réviser la répartition des financements pour assurer une équité au niveau national.
5. **Formations professionnelles**
 - Investir dans la formation des professionnels, aidantes et aidants est crucial pour améliorer la qualité de l'accompagnement.
6. **Rémunération des intervenants**
 - Assurer une rémunération juste pour les travailleurs du secteur de l'aide à domicile est fondamental pour attirer et retenir le personnel.

Ces catégories et besoins financiers prioritaires donnent un aperçu des domaines clés où les ressources doivent être allouées pour soutenir les personnes en perte d'autonomie. Ils indiquent une tendance vers un soutien plus personnalisé et accessible, avec une importance accrue sur la formation et la valorisation du travail des aidantes et aidants.

3. Synthèse globale de l'état des lieux

En synthèse, les ateliers citoyens nous permettent de dresser un état des lieux des principaux besoins à financer et actions à mener concernant la perte d'autonomie sur l'île de la Réunion.



SYNTHESE DES PRINCIPAUX AXES A FINANCER POUR MIEUX GERER LA PERTE D'AUTONOMIE ET GAGNER EN EFFICIENCE POUR POUVOIR L'ACCOMPAGNER DANS LES ANNEES A VENIR

La mobilisation, la répartition et la coordination des ressources humaines apparaît comme essentielle. Bien que les moyens humains soient potentiellement activables et disponibles, leur mobilisation efficace reste un défi. Cela nécessite une prise de conscience et une allocation stratégique des ressources pour atteindre les objectifs souhaités.

La géographie de la Réunion implique des difficultés spécifiques, comme le départ des jeunes de l'île ou encore la pénurie de professionnels de santé dans les hauts de l'île. Il est urgent de répondre à ce manque pour offrir une couverture de soins complète sur le territoire.

Les structures existantes, telles que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), doivent être adaptées aux besoins actuels (activités intergénérationnelles, proximité humaine, mixité sociale, etc.). Les nouvelles formules d'habitats alternatifs doivent être soutenues et développées. Un soutien financier est attendu pour ces projets ainsi que pour toutes les initiatives locales adaptées, d'association et professionnels qui œuvrent dans le secteur.

Le maintien à domicile reste toutefois l'objectif principal, impliquant un besoin d'adaptation du logement, de prévention et de lutte contre l'isolement.

L'adaptation des logements, pour permettre aux personnes âgées de rester à domicile le plus longtemps possible, est non seulement une question de confort mais aussi de dignité.

Le statut des aidantes et aidants n'est pas officiellement reconnu, bien qu'ils jouent un rôle crucial dans l'assistance aux personnes âgées. Il est impératif de les valoriser et de structurer leur rôle. Il est crucial d'accroître le soutien aux aidants familiaux, de reconnaître leur travail bénévole et de leur offrir des possibilités de répit, comme le "mama-sitting" et le "baluchonnage".

Les services d'aide à domicile, y compris les soins nocturnes, devraient être plus soutenus, y compris financièrement.

La formation et l'information sur les dispositifs est un pilier central pour l'avenir. Elles doivent être renforcées pour les professionnels de santé, de l'aide à domicile, les relais, la famille, les aidantes et aidants et les personnes directement concernées. Un parcours de soin et d'information sur le sujet, tout au long de la vie et systématique à partir de

65 ans pourrait être utile. Les métiers liés au grand âge doivent être valorisés pour attirer et retenir les talents dans ces métiers exigeants.

Enfin, pour assurer l'équité dans l'allocation des ressources, entre les différents territoires, il est proposé de centraliser les décisions financières et de repenser le rôle de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

La situation à la Réunion nécessite donc une approche multidimensionnelle qui combine une meilleure allocation des ressources humaines et financières, une valorisation et une structuration des rôles des aidantes, aidants, des professionnels et une communication et formation améliorées.

II. Les pistes de financement justes, pertinentes et souhaitables

1. Analyse des résultats du questionnaire

Les participantes et participants ont été invités à noter plusieurs propositions de 1 à 10, pour répondre à la question du système, des modalités et solutions alternatives afin de financer la perte d'autonomie. Voici la synthèse du résultat du questionnaire.

Une priorité donnée à une meilleure répartition des rôles entre les actrices et acteurs

La répartition des rôles entre les actrices et acteurs, afin de fluidifier l'accompagnement et ainsi apporter une réponse plus pertinente et à moindre coût, a reçu la note la plus élevée avec une moyenne de 8,13 et un écart type de 2,70, ce qui démontre un large accord sur l'importance de définir clairement les responsabilités entre les actrices et acteurs du secteur et dans le système de financement.

Valorisation des nouvelles technologies et des projets locaux à impact

Les nouvelles technologies (domotique, objets connectés, détecteurs, etc.) et l'investissement dans les projets locaux et à impact ont été bien accueillis, avec des moyennes de 6,27 et 6,23 et des écarts types de 2,60 et 3,53, indiquant un intérêt pour l'innovation et l'engagement local. Ce résultat met également en avant la volonté des participantes et participants d'adopter une stratégie durable, sur du long terme, favorisant les activités qui freinent la perte d'autonomie et misant sur la prévention.

Un consensus pour un système universel

La proposition d'un système universel de financement de la perte d'autonomie, selon les mêmes modalités que la sécurité sociale, à savoir chacun finance selon ses moyens et reçoit selon ses besoins, a reçu une note moyenne élevée de 8,12 avec un écart type de 2,93, indiquant un fort accord parmi les participantes et participants, bien que certains aient des réserves.

Dissensus sur le système assurantiel

Le système assurantiel a révélé un dissensus notable avec une moyenne de 3,88 et un écart type élevé de 3,22, signalant des opinions partagées et un potentiel débat parmi les votantes et votants.

Un soutien mitigé pour les autres moyens de financement conventionnels

Les **cotisations et les impôts** ont obtenu des moyennes respectives de 5,75 et 6,00, montrant un soutien modéré, mais avec des écarts types significatifs de 3,02 et 3,48, ce qui suggère des opinions divergentes sur ces méthodes de financement. Les participantes et participants lors de l'atelier ont précisé qu'ils étaient plutôt favorables à un fléchage des cotisations et impôts vers les métiers du grand âge mais défavorables à l'augmentation des impôts et cotisations.

Faible soutien pour l'épargne personnelle

L'épargne personnelle a été moins favorisée avec une moyenne de 2,88 et un écart type de 3,24, indiquant un faible consensus et une variabilité dans les perceptions.



2. Synthèse des débats



TABLE 1 : QUELS SONT LES SYSTEMES DE FINANCEMENTS QUI VOUS PARAISSENT JUSTES, PERTINENTS ET SOUHAITABLES ?

La synthèse des discussions citoyennes révèle une préférence marquée pour la mise en place d'un système universel de financement de la perte d'autonomie, perçu comme le plus équitable et pertinent. Voici les points principaux qui se dégagent du débat.

Points d'accord

Universalité comme valeur et ligne directrice : les participantes et participants s'accordent sur l'importance d'un système universel, inspiré par la Sécurité sociale française, garantissant une égalité de traitement et une prise en charge minimale pour tous.

« Nous sommes tous favorables au système universel, car il s'agit d'une égalité pour tous, avec un traitement au cas par cas. »

Base commune de droits pour tous : un consensus se dessine autour de la nécessité d'établir une base commune pour les services essentiels, notamment en EHPAD, rendus accessibles à tous. Cette base devrait être définie par un cahier des charges clair et un débat concerté.

« Il est important de se mettre d'accord sur ce qu'est la base commune du système universel car aujourd'hui par exemple, aller dans un EHPAD est réservé à une élite. »

Nouvelle branche de la sécurité sociale et responsabilité de l'Etat : l'idée que l'Etat doit garantir la couverture de la perte d'autonomie comme il le fait pour les soins de santé, en créant une nouvelle branche de la Sécurité sociale, est largement soutenue.

« L'Etat doit garantir la prise en charge de la perte d'autonomie, comme il garantit de soigner la population, c'est la raison pour laquelle la gestion de la perte d'autonomie doit être une nouvelle branche de la sécurité sociale. »

Financement proportionnel aux revenus : il y a accord sur le fait que les cotisations sur les salaires pour financer ce système devraient être proportionnelles aux revenus, afin d'assurer une contribution équitable.

« Pour financer cette base commune de prestation, il faut ajouter des cotisations sur les salaires. Ces cotisations doivent être proportionnelles aux revenus. »

Points de désaccord et de débat :

Un système universel qui ne peut pas couvrir l'ensemble des besoins et laisse des "trous dans la raquette" : bien qu'il y ait un soutien pour un système universel, certains participants soulignent les risques de lacunes dans la couverture et la nécessité de compléter ce système par des assurances privées ou des aides pour les plus démunis.

"En appliquant pour la perte d'autonomie, un système universel, similaire à celui de la sécurité sociale, il va y avoir des trous dans la raquette. Tout le monde doit bénéficier d'un service minimal."

Mise en doute de la suffisance du financement actuel : la question de la suffisance des cotisations et la nécessité de les compléter par des impôts, comme l'augmentation de la CRDS, sont sujets à débat, en particulier sur la manière dont ces mesures impacteraient différentes tranches de revenus (et notamment la classe moyenne et les revenus modestes).

"Si ce n'est pas le cas, il faudra alors compléter avec un système assurantiel et minimal."

Répartition de la charge fiscale : il existe des inquiétudes quant à l'imposition disproportionnée des classes moyennes et un appel à taxer davantage les plus aisés pour financer le système.

"Cependant, le financement ne doit pas peser uniquement sur les classes moyennes, il est nécessaire de taxer davantage les plus aisés."



TABLE 2 : QUELLES SONT LES MODALITES DE FINANCEMENT ?

La synthèse des propositions pour financer la perte d'autonomie révèle un consensus autour de plusieurs leviers fiscaux et économiques, regroupés en thématiques distinctes, présentés ci-dessous.

Réforme fiscale et contribution des plus aisés

Les participantes et participants suggèrent une augmentation des contributions des individus et des entités les plus fortunés :

- *"Augmenter les impôts pour les plus hauts revenus."*
- *"Impôt sur les sociétés à augmenter, sur les grosses sociétés."*
- *"Rétablir l'impôt sur la fortune."*
- *"Taxer davantage les profits, les dividendes, c'est-à-dire l'argent qui ne sert pas à l'investissement."*

Taxation ciblée

Une taxation sur des activités spécifiques est proposée pour générer des fonds supplémentaires, à savoir sur les activités qui nuisent directement à la santé physique et mentale, précipitant ainsi la perte d'autonomie et augmentant les dépenses relatives, ainsi que les activités non productives qui creusent les inégalités.

- *"Taxe sur les activités qui précipitent la perte d'autonomie : tabac, alcool, sur la française des jeux, sur les casinos."*
- *"Taxes sur les successions et les mutations."*

Engagement privé et affectation spécifique des fonds

L'implication du secteur privé et la redirection des contributions existantes vers la prise en charge de la perte d'autonomie sont envisagées.

- *"Favoriser les investissements privés."*
- *"Fléchage des cotisations et des impôts sur les besoins liés à la perte d'autonomie (caisse de retraites et prévoyances)."*

Réaffectation budgétaire et transparence des contributions

Les participantes et participants recommandent une réaffectation des budgets publics et une plus grande transparence dans l'utilisation des fonds solidaires.

- *"Augmenter l'enveloppe du ministère de la santé (en diminuant par exemple le budget du ministère des armées)."*
- *"Établir une journée de la solidarité, c'est-à-dire un jour férié fléché mais à condition que cela soit transparent."*

Prévention et développement local

La prévention est soulignée comme un moyen de réduire les coûts à long terme, avec un accent sur le développement local, synonyme de santé et prospérité, allégeant ainsi les coûts et besoins de financement

- *"Des informations et actions préventives sont à mettre en place plus tôt."*
- *"Travail à réaliser sur l'alimentation notamment avec une production plus locale."*



Dans les débats, les participantes et participants ont exprimé leur souhait profond d'être entendus sur les leviers de financement prioritaires à leurs yeux, en espérant des mesures concrètes, et en insistant sur la nécessité d'une application transparente et équitable des fonds collectés. Ces propositions reflètent une volonté de partager équitablement le fardeau de la perte d'autonomie, à hauteur des revenus de chacun, tout en investissant dans la prévention et le développement économique local pour atténuer les coûts futurs liés à la perte d'autonomie.



TABLE 3 : QUELS SONT LES AUTRES LEVIERS ET SOLUTIONS ALTERNATIVES POUR FACILITER LE FINANCEMENT ?

Pour synthétiser les réponses sur les moyens alternatifs pour financer la prise en charge de la perte d'autonomie, on peut les regrouper en deux grandes catégories : mécanismes de financement et réduction des coûts

Mécanismes de financement alternatifs

- **Contrôle des fraudes fiscales et sociales** : optimiser la collecte des ressources existantes en réduisant les pertes dues aux fraudes.
"Un meilleur système de contrôle des fraudes fiscales et sociales."
- **Allocation des aides aux entreprises** : s'assurer que les subventions et aides aux entreprises sont judicieusement utilisées et apportent une valeur ajoutée à la société.
"Un meilleur contrôle sur l'allocation des aides aux entreprises notamment."
- **Contribution des chômeurs** : proposer des formations aux chômeurs longue durée pour qu'ils travaillent dans le secteur de l'accompagnement de la perte d'autonomie.
"Former les chômeurs inactifs pour qu'ils travaillent dans le secteur. Après un certain temps d'inactivité mettre à contribution les chômeurs."
- **Travaux d'intérêt général** : impliquer les bénéficiaires d'aides, sociales et aux entreprises, dans des activités d'assistance à la perte d'autonomie.
"Créer des travaux d'intérêts généraux pour accompagner la perte d'autonomie, afin de mettre à contribution les personnes qui reçoivent les aides."
- **Cotisations fléchées** : créer un pot commun financé par des contributions spécifiquement destinées à l'autonomie, en veillant à ne pas surtaxer les travailleurs.
"Créer un pot commun, par les cotisations fléchées vers l'autonomie, en faisant attention à ne pas trop taxer les travailleurs pour ne pas décourager l'emploi."
- **Contribution des bailleurs sociaux et promoteurs** : taxer les revenus et profits des bailleurs sociaux et promoteurs immobiliers.
"Mettre davantage à contribution les bailleurs sociaux, les promoteurs avec des taxes sur les revenus et sur le profit."

- **Taxation des employeurs** : similaire à la CSG sur les salaires, envisager une taxe sur les employeurs pour financer l'autonomie.
"Taxer les patrons comme la CSG sur les salaires."
- **Développement du mécénat** : encourager le financement privé à travers le mécénat.
"Le mécénat existe déjà mais devrait être développé."

Réduction des coûts et optimisation

- **Colocation intergénérationnelle** : favoriser le logement partagé entre générations pour ralentir la perte d'autonomie et réduire les coûts associés.
"La colocation intergénérationnelle pourrait permettre de ralentir la perte d'autonomie et donc les coûts associés."
- **Favoriser la mise en relation et l'entraide** : renforcer la solidarité et l'entraide pour répondre aux besoins tout en réduisant l'isolement et les coûts.
"Favoriser les mises en relation et entre-aide pourrait également renforcer la solidarité, l'entraide et apporter une réponse aux besoins liés à la perte d'autonomie tout en réduisant l'isolement et donc les besoins à financer."

Les attentes des participantes et participants se focalisent clairement sur des solutions innovantes et diversifiées, dépassant les mécanismes de financement traditionnels comme les impôts ou les cotisations. Ils cherchent à équilibrer le fardeau financier tout en investissant dans des solutions qui réduisent à terme les coûts et améliorent l'efficacité du soutien aux personnes en perte d'autonomie.

III. Quelles sont les spécificités de la Réunion à prendre en compte ?

Chacune des tables de débat a été invitée à préciser les spécificités de la Réunion qui doivent être prises en compte, afin d'élaborer des solutions qui prennent en compte leur singularité. Voici une synthèse des principaux éléments.

Des disparités économiques et socio-culturelles

- Coût de la vie plus élevé qu'en métropole.
- Valorisation de la solidarité familiale.
- Taux de chômage élevé.

- Disparités marquées entre différentes régions de l'île.
- Taux de natalité élevé et questionnement sur les aides aux familles nombreuses.

Des infrastructures et services moins développés

- Moins de places en EHPAD par rapport à la métropole.
- Différences dans le taux d'équipement pour la prise en charge de la perte d'autonomie.
- Problème d'accès aux services, concentrés dans les centres urbains.
- Nécessité de moderniser les habitats pour les adapter aux besoins des personnes en perte d'autonomie.
- Proposition de créer un guichet unique pour centraliser les aides.

Des contraintes géographiques fortes pesant sur l'accès au soins et l'isolement :

- Spécificité géographique impactant l'accès aux services.
- Éloignement des EHPAD des lieux d'habitation.
- Topographie spécifique rendant les transports contraignants.

Un système de santé local qui manque de maillage

- Suivi insuffisant des patients par les médecins traitants (en EHPAD et à domicile).
- Absence de continuité entre les différents établissements et entre les établissements et le domicile.

Situation budgétaire du département critique

- Fort endettement du département nécessitant un soutien national.

7

Bibliographie

Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU), *L'approche égalitaire de l'urbanisme*, Les carnets de l'innovation, septembre 2021

Assemblée nationale, *Rapport d'information relatif à la fiscalité du patrimoine en conclusion d'une mission d'information*, déposé par la commission des Finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, fait par Jean-Paul Mattéi et Nicolas Sansu, députés, rapporteurs, n° 1678, septembre 2023

Assemblée nationale, *Proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France*, n° 643 déposée le 15 décembre 2022 par Aurore Bergé, Laurent Marcangeli, Fadila Khattabi, Astrid Panosyan-Bouvet, Laurence Cristol, Monique Iborra, Annie Vidal, Didier Martin, Cyrille Isaac-Sibille, François Gernigon, Caroline Janvier, Chantal Bouloux, Nicole Dubré-Chirat, Béatrice Piron, Jean-François Rousset, Freddy Sertin, les membres du groupe Renaissance et apparentés et les membres du groupe Horizons et apparentés, députés

Assemblée nationale, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur l'accueil familial*, fait par Josiane Corneloup et Mireille Robert, députées au nom de la commission des Affaires sociales, 2 décembre 2020

Commission des comptes de la sécurité sociale, résultats 2022, Prévisions 2023 et 2024

Commission nationale des comptes de la sécurité sociale 2022

Commission nationale des comptes de la sécurité sociale, septembre 2021

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), *Repères statistiques*, n° 19, janvier 2024

CNSA, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2023*, juin 2023

CNSA, *Analyse statistique Les prix en EHPAD en 2019 Diversité des territoires et des politiques tarifaires*, avril 2021

CNSA, <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/habitat-inclusif/appui-au-deploiement-de-lhabitat-inclusif>

Conseil d'analyse économique (CAE), *Repenser l'héritage*, Clément Dherbécourt, Gabrielle Fack, Camille Landais et Stéphanie Stantcheva, « Les notes du Conseil d'analyse économique », n° 69, décembre 2021

CAE, *Baisses de charges : stop ou encore ?*, Yannick L'Hortya, Philippe Martin et Thierry Mayer, Les notes du conseil d'analyse économique, n° 49, janvier 2019

Conseil d'État, *Le vieillissement, un défi social, un colloque organisé par la section sociale et la section du rapport et des études du Conseil d'État le 22 avril 2022*, La documentation française, n° 38, collection « droits et débats »

Conseil d'orientation des retraites (COR), *Niveau de vie des retraités et petites retraites*, Note de présentation générale, février 2023

COR, *Évolutions et perspectives des retraites en France, 9e rapport annuel*, sous la direction de Pierre-Louis Bras, septembre 2022

Cour des comptes, *Le soutien aux logements face aux évolutions climatiques et au vieillissement de la population*, communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) de l'Assemblée nationale, octobre 2023

Cour des comptes, *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*, rapport public thématique, septembre 2023

Cour des comptes, *La prise en charge des personnes âgées en EHPAD, un modèle à construire*, février 2022

Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie. Construire une priorité partagée*, rapport public thématique, novembre 2021

Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale, chapitre XV*, septembre 2012

Défenseur des droits, *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*, mai 2021

Marylise Dehon, *Davantage de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile dans les départements les plus pauvres*, INSEE Focus, n° 314, 12 décembre 2023

Direction de la Sécurité sociale, *Rapport d'évaluation de l'allocation journalière du proche aidant*, septembre 2022

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Les proches aidants : une population hétérogène*, Les dossiers de la DREES n° 110, mai 2023

Directive (UE) 2022/2464 du Parlement européen et du Conseil du 14 décembre 2022 modifiant le règlement (UE) n° 537/2014 et les directives 2004/109/CE, 2006/43/CE et 2013/34/UE en ce qui concerne la publication d'informations en matière de durabilité par les entreprises

DREES, *La moitié des seniors en institution ont un niveau de vie compris entre 1 100 et 1 900 euros par mois*, Stéphanie Bonesch et Litti Esteban, Études et résultats, n° 1264, avril 2023

DREES, *Résidences-services seniors : des résidents au niveau de vie supérieur à celui des seniors en logement ordinaire*, Litti Esteban, Études et résultats, n° 1261, mars 2023

DREES, *Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? Une comparaison à partir des enquêtes Care-Ménages et Care-Institutions*, Les dossiers de la DREES, n° 104, février 2023

DREES, *L'aide et l'action sociales en France - édition 2022, Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion*, sous la direction d'Isabelle Leroux, Panoramas de la DREES Social, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS2022.pdf>

DREES, *Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie*, Samuel Allain et Vianney Costemalle, n° 1243, octobre 2022

DREES, *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées - Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019*, Angélique Balavoine, Études et résultats, n° 1237, juillet 2022

DREES, *Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix - Résultats 2019*, Les dossiers de la DREES, n° 99, juillet 2022

DREES, *Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : la moitié des plans incluent des aides techniques*, Emma Faure, Albane Miron de l'Espinay, Études et résultats, n° 1214, octobre 2021

DREES, *Les Français souhaitent une prise en charge par l'État de la perte d'autonomie des personnes âgées*, Kim Antunez, Études et résultats, n° 1148, mai 2020

DREES, *Perte d'autonomie : à pratique inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en EHPAD d'ici 2030*, Études et résultats, n° 1172, décembre 2020

DREES, *La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile, Quelles disparités entre les départements*, Mathieu Brunel et Amélie Carrère, Les dossiers de la DREES, n° 34, avril 2019

DREES, *Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions*, Xavier Besnard et Malika Zakri, Études et résultats, n° 1095, novembre 2018

DREES, *Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060*, Romain Roussel, Études et résultats, n° 1032, octobre 2017

DREES, *État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile*, décembre 2016

Annie Dussuet, François-Xavier Devetter, Laura Nirello, Emmanuelle Puissant, *Les métiers du vieillissement, essentiels et pourtant insoutenables*, Le Monde, 15 janvier 2024

Mireille Elbaum, *Les réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de « cinquième risque » ?*, Droit social, n° 11, novembre 2008

Myriam El Khomri M., *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge*, octobre 2019

Fondation Jean Jaurès, *Vieillir en logement social : les défis de l'accessibilité et de l'adaptation*, mai 2023

Fondation Jean Jaurès, *L'accompagnement de la perte d'autonomie : une politique publique en déshérence ? Diagnostic et propositions*, Luc Domergue et Pavel Rehor, avril 2023

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), *Avis du Conseil de l'âge en réponse à la saisine sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024*, octobre 2023

HCFEA *Avis sur les notes « Contributions du Conseil de l'âge à la concertation Grand Age et autonomie »* adopté le 6 décembre 2018

Haut Conseil pour le financement de la protection sociale (HCFIPS), *Note d'étape sur les finances sociales après la crise Covid-19*, 23 mars 2021

Institut d'études opinion et marketing en France et à l'international (IFOP), *Dispositif d'étude sur les attentes des seniors en matière de lieu de vie*, décembre 2023

INSEE, France, *Portrait social*

Institut des politiques publiques (IPP), *Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire*, n° 96, novembre 2023

IPP, *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*, Amélie Carrère, Delphine Roy, Léa Toulemon, rapport n° 41, 16 mars 2023

Dominique Libault, Alexandre Farnault et Céline Perruchon, *Vers un service public territorial de l'autonomie*, 17 mars 2022

Dominique Libault, *Concertation grand âge et autonomie*, mars 2019

Loi n° 2022 - 401 du 21 mars 2022 visant à améliorer la protection des lanceurs d'alerte et son décret d'application)

Loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN) du 23 novembre 2018

Guylène Pantel, *Rapport de la mission d'information sur l'impact des décisions réglementaires et budgétaires de l'État sur l'équilibre financier des collectivités locales*, juin 2023

Christine Pires-Beaune, *Garantir la prise en charge des personnes âgées établissement*, encadrer leur reste à charge, juillet 2023

Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2024, Annexe 6, *Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale*

Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, résultats 2022 – Prévisions 2023 et 2024 <https://contrib.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2023/CCSS-Sept2023.pdf>

Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale pour la branche autonomie, annexé au PLFSS pour 2021

Sénat, *Le contrôle des EHPAD*, rapport d'information fait par M. Bernard Bonne, sénateur et Mme Michelle Meunier, sénatrice, au nom de la commission des Affaires sociales, 12 juillet 2022

Sénat, rapport d'information n° 594, fait au nom de la mission d'information sur le thème « *Protéger et accompagner les individus en construisant la sécurité sociale écologique du XXIème siècle* » par Guillaume Chevrollier, président de la mission, sénateur et Mélanie Vogel, sénatrice, 30 mars 2022

Sénat, rapport d'information n° 453 fait au nom de la commission des Affaires sociales sur *La prévention de la perte d'autonomie* par Bernard Bonne et Michelle Meunier, sénateurs, 17 mars 2021

Laurent Vachey, *La branche Autonomie : périmètre, gouvernance et financement*, septembre 2020

Jacques Wolfrom, Denis Piveteau, *Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !*, juin 2020

Avis du CESE

Jean-François Naton, « *Travail et santé-environnement : quels défis à relever face aux dérèglements climatiques* », avis du CESE n° 2023-10, avril 2023

Michel Chassang, « *La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement* », avis du CESE n° 2023-09, avril 2023

CESE, « *Contribution aux volets « santé » et « bien vieillir » du Conseil national de la refondation* », 15 novembre 2022, [CNR_sante_vieillir.pdf \(lecese.fr\)](https://www.lecese.fr/IMG/pdf/CNR_sante_vieillir.pdf)

Isabelle Dorese et Agnès Popelin-Desplanches, « *Pour une politique publique nationale de santé environnement au cœur des territoires* », avis du CESE n° 2022-08, mai 2022

Alain Dru et Anne Gautier, « *Améliorer le parcours de soins en psychiatrie* », avis du CESE n° 2021-10, mars 2021

Nathalie Canieux, « *Le travail à domicile auprès des personnes vulnérables : des métiers du lien* », avis du CESE n° 2020-28, décembre 2020

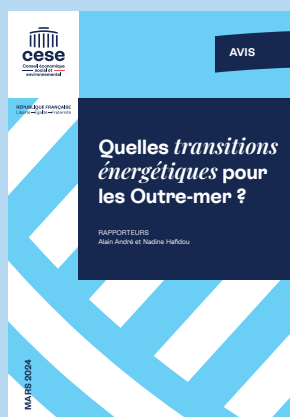
8

Table des sigles

AGGIR	Autonomie gérontologique groupes iso-ressources
AJA	Allocation journalière d'accompagnement
AJPA	Allocation journalière de proche aidant
ALD	Affections longues durées
ALEFPA	"Association laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie"
AMO	Assistant à maîtrise d'ouvrage
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANDASS	"Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé "
ANRU	Agence nationale de rénovation urbaine
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Aide sociale à l'hébergement
ASV	Adaptation de la société au vieillissement
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAE	Conseil d'analyse économique
CAF	Caisse d'allocations familiales
CARE	Capacités, aides et ressources des seniors
CASA	Contribution additionnelle de solidarité autonomie
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDC	Cour des comptes
CDCA	Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CEC	Comité de l'évaluation et de contrôle des politiques publiques
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CFE-CGC	"Confédération française de l'encadrement- Confédération générale des cadres "
CFTC	Confédération française des travailleurs chrétiens
CGT	Confédération générale du travail
CGT-FO	Confédération générale du travail- Force ouvrière
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNR	Conseil national de la refondation
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COR	Conseil d'orientation des retraites
COVID	"Corona virus disease appeared in 2019
	Maladie à coronavirus de 2019"
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRC	Chambres régionales des comptes
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale

CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
CTR	Centre de ressources territorial
DGCCRF	"Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes"
DMTG	Droits de mutation à titre gratuit
DREES	"Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques "
EHPAD	"Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes"
ELAN	Évolution du logement, de l'aménagement et du numérique
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
FEPEM	Fédération des particuliers employeurs de France
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
FRR	Facilité pour la reprise et la résilience
GIR	Groupe iso-ressources
GMP	GIR moyen pondéré
HCFEA	Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
HCFiPS	Haut Conseil pour le financement de la protection sociale
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
ILC-France	International longevity centre France
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
MPA	Ma prime adapt'
NPNRU	Nouveau programme national de rénovation urbaine
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PAI	Plan d'aide à l'investissement
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés de nuit
PCH	Prestation de compensation du handicap
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PNRU	Programme national de rénovation urbaine
RTT	Réduction du temps de travail
SERA	Service expérimental de répit des aidants
SPDA	Service public départemental de l'autonomie
TFPB	Taxe foncière sur les propriétés bâties
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UE	Union européenne
UNSA	Union nationale des syndicats autonomes
USH	Union sociale pour l'habitat
USLD	Unité de soins de longue durée
U2P	Union des entreprises de proximité

Dernières publications du Conseil économique, social et environnemental



Retrouvez l'intégralité des travaux du CESE sur le site

[ceese.fr](https://www.ceese.fr)

Retrouvez le CESE sur les réseaux sociaux



Imprimé par la Direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris 15^e, d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental • N° 411240005-000324 - Dépôt légal : mars 2024 • Crédit photo : Dicom

ecese.fr

9, place d'Iéna
75 775 Paris Cedex 16
01 44 43 60 00



**PREMIÈRE
MINISTRE**

Direction de l'information
légale et administrative

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Les éditions des
Journaux officiels

N° 41124-0004

ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-1xxxxx-x



9 782111 674080