

Support d'intervention liminaire pour l'audition par la mission d'information sénatoriale sur la prise en charge de la dépendance, mercredi 16 janvier 2008.

Je m'exprime devant vous comme président du conseil de la CNSA, pour rendre compte des travaux de ce conseil et des positions de ses membres. Je vais donc m'efforcer de retracer devant vous le fruit d'une réflexion partagée.

Le rapport de la CNSA est d'abord un rapport d'activité, comme le veut fort légitimement la loi, pour rendre compte de l'utilisation de l'euro perçu et dépensé en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Mais c'est aussi davantage qu'un rapport au sens classique du terme en ce qu'il s'agit également d'une expression partagée d'un questionnement qui touche chacun d'entre nous. Cette réflexion partagée vous est proposée, comme une problématique commune, élaborée en amont d'une phase nécessaire de concertation avec les acteurs concernés puis de décision du législateur.

Cette réflexion partagée a été portée par l'ensemble du conseil de la CNSA, ce qui n'interdit pas bien entendu à ses membres de continuer à défendre d'autres voies de réponse, en particulier pour certains d'entre eux en prônant à titre préférentiel l'extension du champ de la sécurité sociale.

Je veux ici rappeler que la composition du conseil de la CNSA a ceci de bien particulier qu'il rassemble des représentants de l'Etat en ses divers départements ministériels, des présidents de conseils généraux, des confédérations syndicales, des représentations patronales, des associations de personnes handicapées, de personnes âgées ou de personnels œuvrant en leur faveur, des institutions et personnalités qualifiées (mutuelles, fédérations hospitalières, ...). Cela fait en tout 54 membres si l'on compte les suppléants appartenant à un autre organisme que le titulaire. La représentation est donc très large. L'important est dès lors autant qui le dit que ce qui est dit.

L'ensemble des membres du conseil de la CNSA conduisent leur réflexion commune depuis plus de deux ans. Cela s'est traduit par un rapport en octobre 2006, approuvé à l'unanimité, structurant un questionnement sur les perspectives. Puis par une réflexion partagée de juin à octobre 2007 pour aboutir à un nouveau rapport annuel le 16 octobre dernier, approuvé à l'unanimité (moins une abstention), présentant une architecture d'orientations et soulignant les enjeux d'une concertation.

L'unanimité n'est pas de façade. Ce qui nourrit cet espace public que constitue le conseil de la CNSA, c'est, je crois, la confiance de tous les membres du conseil vis-à-vis de la direction de la CNSA, fondée sur la qualité du travail accompli. L'ensemble du conseil apprécie également la transparence de l'information, dont le directeur et son équipe se sont faits une règle, ce qui autorise une vraie confrontation des points de vue sur les orientations à tenir.

D) Deux axes d'analyse se sont progressivement imposés à la réflexion des membres du conseil de la CNSA.

L'observation des besoins comme les acquis de l'expérience ont conduit les membres du conseil de la CNSA à retenir deux axes d'analyse, qui fondent leur réflexion prospective :

- 1) prendre en compte une situation de vie et non pas des « publics » particuliers,
- 2) personnaliser la réponse apportée.

1)Premier axe : faire le choix de penser une aide à l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne et l'accessibilité sociale, quelle que soit la raison de ce besoin d'aide.

Pourquoi tenter de poser les orientations d'un nouveau champ de protection sociale ? Plusieurs constats appellent une réponse nouvelle, en particulier le reste à charge à acquitter par les personnes âgées en établissement qui est bien supérieur au montant moyen des retraites. De même, l'épuisement des aidants familiaux est une préoccupation majeure, comme l'est le nombre insuffisant de professionnels directement présents auprès des personnes, en établissement ou à domicile. Sans oublier l'insuffisance des places offertes. Bref, le constat est régulièrement fait en conseil de la CNSA comme ailleurs que les réponses aujourd'hui possibles ne sont pas à la hauteur des besoins.

Une observation a été décisive pour conduire notre réflexion. La barrière d'âge, déterminant l'accessibilité à un type de prestation, heurte l'esprit. Par exemple, selon qu'elle ait atteint ou non l'âge de 60 ans, les aides personnalisées dont peut bénéficier une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ne sont pas les mêmes.

Dès lors, s'est imposé un concept clef : prendre en compte la situation de manque ou de perte d'autonomie, quelle qu'en soit la raison (handicap de naissance, handicap d'accident, maladies invalidantes de type Alzheimer, grand âge, effets collatéraux d'une rémission suite à une maladie grave, etc.).

Remarquons que les industriels des aides techniques ne se soucient pas des différences d'âge. La baignoire à porte, la prothèse ou l'orthèse, l'équipement domotique tentent de répondre à une situation de vie, quelle qu'en soit la cause.

Quelques chiffres également :

- Certes la grande « dépendance » reste liée à l'âge : 89% des personnes confinées au lit ou au fauteuil ont plus de 60 ans, et le besoin d'aide humaine ou technique dans les actes essentiels de la vie quotidienne est aux 4/5^{ème} au-dessus de 60 ans.
- Mais la restriction durable d'activité (c'est-à-dire au moins 6 mois) telle que recensée par l'enquête INSEE 2002-2003 concerne pour 50% des personnes de moins de 65 ans.
- Et si l'on recense près d'1 million de bénéficiaires de l'APA, il faut compter 800 000 bénéficiaires de l'AAH et l'on escompte près de 250 000 bénéficiaires de la PCH.

2) Deuxième axe : la nécessité d'une réponse personnalisée, puisque le « pavillon unique » qui rassemble toutes les situations de manque ou de perte d'autonomie dissimule à l'évidence une immense diversité de situations de vie.

On doit s'interdire la standardisation des réponses au profit d'une posture visant à cerner des besoins qui vont varier d'une personne à une autre, en fonction de son environnement et de son projet de vie.

On pourrait parler d'une « double subjectivité » du besoin d'aide à l'autonomie : on a besoin d'être aidé par rapport à son environnement de vie (zone rurale ou environnement urbain, maison individuelle de plain pied ou appartement sans ascenseur par exemple) ; mais on a besoin aussi d'être aidé en fonction de son projet personnel, ce que la loi de 2005 nomme « le projet de vie » (il faut saluer ce mot du législateur).

Cette notion de « projet de vie », exprimé par la personne elle-même voire par ses proches, est le propre de « l'autonomie », de ce risque, au sens de la protection sociale, que l'on cherche présentement à identifier. Cela veut dire que le bénéficiaire est le premier acteur de son droit, ce que le rapport du conseil de la CNSA évoque en indiquant que « la personne est le cœur de l'action », car c'est elle qui contribue en premier à définir le contenu singulier de son droit. C'est le « penser autrement » de la loi de 2005 qui marque de ce point de vue une avancée majeure.

C'est pourquoi les membres du conseil de la CNSA, chemin faisant, ont préféré parler d'aide à l'autonomie (qui fait référence à un projet) plutôt que de risque dépendance (qui caractérise un état).

Il en ressort un deuxième concept clef : la personnalisation de la réponse.

C'est une toute autre orientation que celle qui prévaut aujourd'hui par exemple pour l'Assurance maladie avec le remboursement unique et homogène d'une même lettre clef. Mais cette orientation pourrait être porteuse d'avenir. La santé publique comme l'éthique médicale montrent que la thérapeutique ne saurait se borner à la seule connaissance scientifique et au seul geste technique. La vérité du malade ne se réduit pas à la seule vérité de sa maladie.

Les membres du conseil ont cherché à traduire cela par l'idée de « convergence sans confusion ». Comme pour abandonner l'idée que le fait de rassembler la question de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en une seule problématique devait conduire à une convergence automatique entre ces deux « publics ». Comme pour exprimer que le seul mot de « convergence » pour caractériser l'axe choisi d'une vision transversale aux âges de la vie était en réalité trompeur.

Ce n'est en effet pas une convergence au sens où l'on entend généralement ce mot. Si on bascule d'une logique de « public » à une logique de « situation de vie », on ne peut qu'aboutir en réalité à une personnalisation très poussée, en donnant à l'expression « la personne est le cœur de l'action » tout son poids et toute son exigence. Il y aura toujours une différence de besoins et de type d'aides humaines ou techniques entre le jeune qui a des besoins d'accessibilité à l'enseignement scolaire, un père ou une mère qui doit trouver un emploi, une personne très âgée qui se voit affectée des maux du grand âge. Mais cette différence de traitement n'est pas principalement liée à l'état civil, elle est consubstantielle aux besoins et au projet de vie.

II) La réflexion partagée des membres du conseil de la CNSA aboutit à quatre axes pour penser une réforme.

Poursuivant leur réflexion, les membres du conseil en sont venus à distinguer trois situations de vie pour trois types de protection :

- Un état de santé altérée, ce qui fait appel à l'assurance maladie, à l'assurance invalidité-accidents du travail, aux mutuelles, aux réponses contractuelles et assurantielles.
- Un état de revenus problématique. Ce sera le fait générateur premier des mécanismes de protection sociale, tels que la retraite, l'allocation chômage, le RMI et demain le RSA, une part des Allocations familiales, les aides au logement, une part de l'aide sociale, l'AAH, etc.
- Un état de vie où l'autonomie est altérée, dans les gestes de la vie quotidienne et l'accessibilité à la vie sociale. C'est ici que devrait intervenir le nouveau champ de protection à concevoir et à créer.

Ainsi, s'il existe aujourd'hui des mécanismes d'assurance, individuels ou collectifs, socialisés ou non socialisés, pour lutter contre la maladie et pour lutter contre la perte de revenus, l'enjeu est bien de construire de semblables mécanismes pour lutter contre le manque ou la perte d'autonomie, pour ce qui a trait à l'assurance de la personne concernée.

En conséquence, les membres du conseil de la CNSA ont identifié quatre axes pour penser une réforme. Ils l'ont fait notamment en cherchant à distinguer d'un côté « le contenu de ce que l'on veut garantir », de l'autre côté « le comment l'on répartit la charge du financement de cette garantie ».

1) Premier axe : l'identification par les pouvoirs publics du contenu de ce que l'on veut garantir.

L'enjeu premier est dès lors celui-ci : pouvons-nous construire un droit qui permette d'apprécier le besoin d'autonomie d'une personne, quel que soit son âge ? Pouvons-nous définir ce que nous appelons une autonomie dans les gestes de la vie quotidienne et l'accessibilité à la vie sociale, ce que nous retenons comme les voies de garantie de cette autonomie par des aides humaines et des outils techniques ?

Cette « grammaire » commune peut-elle faire l'objet d'une définition partagée et consensuelle, aussi bien sur la méthodologie d'évaluation d'une situation de vie que sur le référentiel des prestations, biens et services permettant de compenser en tout ou partie un manque ou une perte d'autonomie ?

Au demeurant, déterminer d'abord ce que l'on veut garantir participe d'une démarche semblable à celle retenue pour l'Assurance maladie : ce que l'on garantit en premier c'est par exemple une formation médicale de qualité, le développement de protocoles diagnostiques et thérapeutiques, l'évaluation affirmée des pratiques, l'élaboration de listes d'actes ou de médicaments remboursables.

Déterminer d'abord ce que l'on doit garantir c'est le premier pari auquel se sont attachés les membres du conseil de la CNSA en proposant l'architecture suivante : un droit universel d'aide à l'autonomie, une prestation personnalisée de compensation, un référentiel de prestations, biens et services. Cela pour répondre aux deux axes d'analyse, la transversalité des situations de vie et la personnalisation poussée de toute réponse.

Dans cet esprit, *le droit universel d'aide à l'autonomie*, donc la garantie à laquelle tout citoyen devrait avoir droit, *signifie* :

- Une évaluation pluridisciplinaire et évolutive d'une situation donnée, au regard d'un projet de vie exprimé par la personne concernée et son entourage proche. L'ambition d'une évaluation pluridisciplinaire et évolutive, garantie à chaque personne ayant besoin d'une aide à l'autonomie, est la réponse au souci premier des personnes et de leurs proches : disposer d'un accompagnement cohérent mettant à disposition différentes compétences professionnelles et différentes formules d'accueil.
- La définition d'un plan personnalisé de compensation, listant un ensemble de prestations, de biens et de services les mieux adaptés en réponse à la situation compte tenu du projet de vie. Cela concerne des aides humaines, animalières, techniques, au transport, mais aussi aux aidants familiaux ce qui apparaît un besoin croissant et dont la satisfaction est fortement attendue par l'opinion publique, etc.

La prestation personnalisée de compensation veut dire :

- La distinction au sein de ce plan personnalisé de compensation, entre les prestations, biens et services considérés comme tout à fait nécessaires, ce qui constitue la prestation personnalisée de compensation, et les prestations, biens et services considérés comme complémentaires. Un des sujets de concertation devra porter sur l'identification de cette part « tout à fait nécessaire ».

Ce qui rend nécessaire la définition d'un référentiel commun, c'est-à-dire :

- Un ensemble de prestations, biens et services, (sorte de « catalogue ») au sein duquel seront retenus les éléments constitutifs pour une personne donnée de sa prestation personnalisée de compensation. Un des sujets de concertation pourra concerner la définition de ce référentiel, en sachant sans doute pour cela s'appuyer sur l'expérience acquise avec la PCH et l'APA.

Il convient ici de noter qu'une telle architecture d'une aide à l'autonomie répond, selon le rapport Ménard, aux besoins identifiés pour améliorer l'accompagnement des malades atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, ainsi que de leurs proches.

2) Deuxième axe : l'identification de comment répartir la charge du financement des différents éléments du périmètre des prestations, biens et services définis comme « tout à fait nécessaires » pour une personne donnée ?

En d'autres termes, cette question est celle de la disjonction éventuelle entre le droit universel à bénéficiaire d'une aide à l'autonomie et la prise en charge financière de ce droit par le seul financement public.

Le poids de l'endettement public et les exigences de redressement des finances publiques au sens large du terme rendent nécessaire d'aborder ce deuxième axe de pensée pour conduire de manière crédible la réforme attendue.

Bien que ne partageant pas, loin de là, une vision commune sur les choix qu'il conviendra de faire, les membres du conseil de la CNSA se sont accordés pour opérer cette distinction majeure entre la question du « que veut-on garantir ? » et celle du « comment répartir la charge du financement ? ».

Cela signifie que la mesure des besoins n'est pas nécessairement l'allocation des moyens. Mesurer le besoin, c'est définir l'étendue du droit, le périmètre du droit. C'est se poser la question : « que voulons-nous faire ? ». Définir le droit, c'est dire « ce que l'on veut garantir à tous ». C'est en ce sens que les membres du conseil de la CNSA se sont accordés pour parler de droit universel d'aide à l'autonomie et de prestation personnalisée de compensation. Allouer les moyens, c'est se poser une toute autre question : « quels financements et à quelle hauteur pour garantir le droit défini ? ». Réfléchir aux modalités de la prise en charge financière du droit c'est définir notamment les modalités publiques, ou les modalités privées, ou les modalités publiques et privées, de cette prise en charge financière. Le rapport du conseil de la CNSA, après avoir tenté de définir le droit, s'est essayé à réfléchir aux modalités de sa prise en charge financière.

Il faut naturellement en effet répondre aux deux questions. Un droit qui ne trouverait pas son financement serait illusion, et n'aurait jamais de traduction concrète. Mais si la distinction des questions est importante, l'ordre du questionnement l'est tout autant. L'alternative est en effet la suivante : ou bien partir des capacités de financement public pour construire un droit, ou bien partir des besoins pour élaborer un droit puis définir ensuite le mode de prise en charge de ce droit.

La première branche de l'alternative, dans le contexte actuel des finances publiques, pourrait conduire très vite à une réforme *a minima*. C'est pourquoi les membres du conseil de la CNSA ont préféré retenir la deuxième branche de l'alternative, cela d'autant plus qu'il est fait régulièrement état en conseil de la CNSA de l'ampleur des besoins. Les réponses apportées par chacun des membres du conseil sont très différentes, notamment quant à la place donnée à la solidarité collective, et c'est un vrai point de clivage donc un objet majeur de concertation, mais tous ont admis de poser les questions dans cet ordre.

Au demeurant, là encore, la réflexion partagée des membres du conseil de la CNSA s'inscrit dans l'architecture retenue par exemple pour l'Assurance maladie, lorsqu'après avoir distingué la liste des médicaments remboursables, l'on s'attache à définir le niveau de remboursement admis pour chacun de ces médicaments. La clef de distinction peut être par exemple l'utilité médicale réelle, ou bien la gravité de la maladie nécessitant la prescription de ces médicaments, ou bien encore des choix explicites ou implicites comme la différence de remboursement entre les actes médicaux et les actes dentaires.

De cette démarche de raisonnement peut dès lors apparaître une clarification de l'arbre de décision, et donc des points de concertation, concernant les modalités de prise en charge, clarification à laquelle se sont attachés les membres du conseil de la CNSA, de la manière suivante :

- Le financement de la part complémentaire (ce qui excède la prestation personnalisée de compensation) pourrait relever, à titre de couverture « complémentaire », des mécanismes de prévoyance personnelle ou collective.
- En revanche la question du financement de la prestation personnalisée de compensation renvoie à quatre questionnements.
- Un premier questionnement porte sur la place respective du financement public et celle des mécanismes de prévoyance individuelle ou collective. Pour de nombreux membres du conseil, l'universalité du droit conduit à retenir en première hypothèse le financement exclusif par la solidarité publique. D'autres membres admettent voire proposent que soient également appelés à intervenir les mécanismes de prévoyance collective ou individuelle. J'ajoute qu'il me semble que l'un des points de concertation pourrait concerner les conditions d'une telle intervention des organismes de prévoyance collective ou individuelle dans la prise en charge de la prestation personnalisée de compensation. Cela vise l'acceptation ou non, par ces organismes, du référentiel de prestations, biens et services, sachant que leur participation à la définition de ce référentiel en est sans doute une condition clef. Cela vise également le principe d'une accessibilité de toute personne à des contrats de prévoyance, via une aide publique en deçà d'un niveau de revenus.
- Si l'option retenue est celle d'un financement public, total ou partiel, un deuxième questionnement renvoie à la part dévolue aux ressources nationales et celle supportée par les ressources départementales. Si une partition devait *in fine* être retenue, certains membres du conseil demandent avec force, c'est le cas notamment des présidents de conseils généraux, qu'elle soit équitable et estiment impératif que soit retenu un mécanisme d'indexation tel que cette partition soit stable et ne se déséquilibre pas dans le temps, notamment aux dépens des départements.
- Si l'option retenue est celle d'un financement public, total ou partiel, un troisième questionnement renvoie aux critères retenus pour l'accessibilité à une prise en charge par la solidarité collective, avec par exemple la prise en compte ou non des ressources (revenus, voire patrimoine) de la personne bénéficiaire, pour décider « de l'accès à » ou « du niveau de » la couverture par le financement public, ou encore avec la prise en compte de la gravité du besoin d'aide à l'autonomie, ou d'autres critères à concerter.
- Enfin, le quatrième questionnement, toujours dans le cas d'un financement public total ou partiel, concerne l'application ou non de mécanismes relevant de la logique d'aide sociale – en l'espèce la mise en œuvre de l'obligation alimentaire et la mise en œuvre des recours en récupération, notamment successorale. Une très large majorité des membres du conseil de la CNSA expriment sur ce point un refus net, considérant qu'il s'agirait d'un retour en arrière par rapport aux dispositions actuellement retenues aussi bien pour l'APA que pour la PCH.

Ce qui ressort de la réflexion partagée des membres du conseil de la CNSA – et là je m'exprime à titre personnel – c'est l'occasion de penser et de concerter *de novo* des clefs de répartition entre financements publics et financements privés, de concevoir d'entrée une répartition financièrement « soutenable » (pour reprendre le mot de plus en plus retenu pour l'évolution de la dépense publique) et lisible pour l'opinion publique, correspondant à de vrais choix et à de vrais logiques, après débat public, plutôt que faisant suite à un empilement de décisions conjoncturelles.

J'observe de surcroît que c'est une raison de plus pour s'éloigner du mot « convergence » sans adjectif, car si la prestation personnalisée de compensation n'a pas de raison d'être identique en son contenu du fait de l'évaluation personnalisée des besoins – ce sur quoi s'accordent tous les membres du conseil de la CNSA – de même elle n'a pas forcément de raison d'être identique dans la répartition de son financement entre financement public, prévoyance collective, prévoyance individuelle – la concertation devant toutefois ici s'engager du fait des divergences de réponses entre les membres du conseil de la CNSA en termes de clef de répartition.

Il me semble enfin que ces deux axes de réforme cherchent à traduire, d'une part une très grande et très belle ambition pour ce début de siècle, la solidarité pour l'autonomie sous forme d'un appui solidaire à des projets de vie tous singuliers, d'autre part un vrai réalisme frotté aux marges de manœuvre en termes de finances publiques.

3) Troisième axe : l'affirmation d'une gouvernance à trois types de responsabilité.

La réflexion partagée des membres du conseil de la CNSA a permis de dégager l'axe de gouvernance nécessaire à la réussite de la mise en œuvre du droit universel d'aide à l'autonomie. Il s'agit en réalité de dégager trois types de responsabilité :

- Une responsabilité de proximité : dès lors que l'évaluation de la situation et la réponse apportée par la prestation personnalisée sont ... personnalisées, la gouvernance première doit être de proximité, avec la création de services publics d'accueil et d'écoute offrant les conditions optimales d'une évaluation personnalisée des situations et des besoins d'aide. Un compromis s'est dessiné entre les membres du conseil de la CNSA pour reconnaître aux départements cette responsabilité – par la création de maisons départementales de l'autonomie – en prolongement de ce qui est conduit en l'état actuel du droit pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Si en effet tout commence par une évaluation personnalisée des besoins, autant le faire en proximité, en valorisant le travail d'observations conduit sur chaque territoire départemental, en veillant aussi à l'association des représentants des usagers, des professionnels et des partenaires sociaux. Qui mieux qu'une collectivité territoriale est à même de faire le lien entre les aides techniques qui s'imposent et les questions d'accessibilité de la voirie, des transports, des logements ? C'est également d'une responsabilité de proximité dont il s'agit lorsqu'il est question, pour les dépenses d'Assurance maladie, du rôle des services déconcentrés de l'Etat, aujourd'hui, des ARS, demain. C'est enfin à ce niveau de proximité qu'il est possible de gérer la bonne adéquation entre les besoins, tels qu'ils résultent de l'évaluation des situations individuelles, et les moyens – établissements et services – organisés pour y répondre.
- Une responsabilité d'opérateur national (actuellement la responsabilité de la CNSA) : dans le cadre de la libre administration des collectivités locales, la décentralisation investit le président du conseil général de la responsabilité de garantir en premier l'égalité de traitement. Elle fait en conséquence obligation à un opérateur national de veiller à cette égalité en apportant les moyens techniques d'appui et toute l'information comparative dont on a besoin. Cela consiste à veiller par exemple à la qualité et à l'homogénéité des méthodes d'évaluation des besoins d'aide à l'autonomie. Cela consiste aussi à réguler la répartition de fonds publics nationaux si fonds publics nationaux il y a, pour corriger notamment les inégalités territoriales et pour procéder aux compensations nécessaires en tenant compte des richesses relatives des différents départements. L'un des sujets de concertation pourrait concerner l'évolution des règles de fonctionnement de la CNSA, en particulier l'extension du champ des délégations d'Etat données à la direction, mais aussi la composition (avec notamment une représentation explicite de la CNAM, de la CNAV et de la CNAF) et la gouvernance du conseil de la CNSA (avec par exemple une vice-présidence pour un représentant des présidents de conseils généraux et un représentant des partenaires sociaux, en sus des deux vice-présidences actuelles

confiées par la loi aux représentants des associations de personnes en situation de handicap et de personnes âgées).

- Une responsabilité de stratégie : l'ambition est ici de se doter d'une administration d'Etat stratège, en refusant tout doublon de compétences avec l'opérateur national. C'est une nécessité qui a été souvent affirmée, dans ce secteur comme dans d'autres politiques publiques, mais qui a toujours eu de la peine à se concrétiser. Il s'agirait ici de renforcer les capacités de gestion stratégique de la politique de compensation, les capacités de veille et de réflexion prospective, les capacités d'éclairer les choix publics en rassemblant des expertises de haut niveau (une présentation annuelle au Parlement de l'ensemble des ressources du budget de la CNSA, c'est-à-dire l'ONDAM médico-social mais également les moyens nationaux destinés à financer tout ou partie de l'aide à l'autonomie, conforterait un plan de bonne gestion des finances publiques).

4) Quatrième axe : l'affirmation de la nécessaire cohérence de gestion de l'éventail des risques autour de la personne.

Les recherches en sciences humaines soulignent les relations croisées entre les différentes situations de vulnérabilité. La nécessaire distinction entre l'aide à l'autonomie et l'aide à la santé n'exonère pas de la nécessité d'une vision cohérente de la personne et de son accompagnement global.

Là encore, si l'on resitue la réflexion des membres du conseil de la CNSA dans le champ plus large des réflexions conduites sur la protection sociale, on comprendra que la question de la « prévention » que l'on pose souvent pour savoir si elle est dans la gestion du risque maladie ou à côté, trouve une partie de sa réponse dans l'échange « triangulaire » entre les trois protections contre la maladie, la perte de revenus, la perte d'autonomie. Bien soigner, ou prendre des mesures de santé publique, c'est contribuer à prévenir ou à retarder la dépendance. Garantir un niveau minimal de revenus c'est sans doute contribuer à prévenir certains accidents domestiques et certains risques de santé.

La question posée est donc celle d'organiser une gestion cohérente de l'éventail des risques autour de la personne, en partant du fait générateur premier :

- Par exemple, l'autonomie altérée suite à une jambe cassée au ski ne nécessite pas la mise en œuvre d'une prestation personnalisée de compensation, et la couverture de l'achat de cannes anglaises peut relever par exemple des organismes complémentaires à l'assurance maladie.
- En revanche, dans un souci de mise en cohérence des politiques publiques, il est apparu utile aux membres du conseil de la CNSA de confier la répartition des dépenses d'assurance maladie en établissements et services médico-sociaux (c'est-à-dire de l'ONDAM médico-social) à l'opérateur national précédemment décrit (ce qui est le cas aujourd'hui avec la CNSA), voire et sans doute mieux, la gestion du risque maladie pour les personnes ayant besoin d'une aide à l'autonomie (cela par exemple grâce à un partenariat avec la CNAM).

Pour autant il ne s'agit pas de mélanger le soin et l'autonomie. Cette voie serait contraire à la dignité des personnes : une personne ayant besoin d'une aide à l'autonomie a autant droit à l'assurance maladie que toute autre personne. C'est pourquoi les membres du conseil de la CNSA n'ont pas retenu l'idée d'une « sécurité sociale pour les seules personnes âgées » englobant l'ensemble des dépenses les concernant. En d'autres termes, la distinction actuellement faite dans les EPHAD entre soins, dépendance et hébergement pourrait conserver sa pertinence, l'enjeu étant plutôt de veiller à une juste répartition analytique des dépenses entre ces trois types d'accompagnement de la personne âgée, compte tenu du champ retenu pour la prestation personnalisée de compensation. Cela pourrait être l'un des sujets de concertation.

En outre, et sur ce point les membres du conseil de la CNSA expriment une vigilance forte, ce que prendrait en charge l'assurance publique d'aide à l'autonomie ne doit pas conduire simplement (sauf requalification éventuelle de certaines dépenses actuelles de l'assurance maladie) à faire faire des économies sur l'assurance maladie. Il s'agit de faire « en plus de » et non pas « à la place de ». Du moins est-ce ainsi que s'exprime l'attente de l'opinion publique. L'exercice est toujours techniquement difficile à conduire à chaque fois que l'on crée un champ nouveau de protection, mais pour autant il doit être conduit avec la précision due à l'exigence formulée.

III) La réflexion partagée des membres du conseil de la CNSA a porté également sur la question des moyens financiers à mobiliser.

Il me semble que pour les membres du conseil de la CNSA, la première question n'est pas d'abord une question de « définir la bonne fiscalité pour accompagner la dépendance ». C'est même tout le contraire. Quand on en arrive à la question de savoir « quel prélèvement obligatoire et à quel taux ? » mieux vaudrait y parvenir après avoir répondu à quelques questions princeps au préalable.

Il faut revenir à la distinction clef entre ce que l'on doit garantir et comment l'on répartit la charge du financement. Cela revient à ne pas confondre projet de société – et c'en est un et de taille que cette ambition d'un droit universel d'aide à l'autonomie – et projet à financement public. La puissance publique n'a pas nécessairement vocation à avoir le monopole du « portage » financier ou organisationnel de tous les projets de société. En revanche, il lui revient de les orchestrer, de les organiser, de leur donner leur sens, d'autant plus si se met en place une sorte de partenariat public-privé.

Pour autant, les membres du conseil de la CNSA se sont forgés une conviction à propos du cadrage financier : nous ne sommes pas face à un tsunami financier, ce qui ne veut pas dire qu'il ne s'agit pas d'un problème sérieux.

Quelques observations peuvent être formulées ainsi à l'appui des réflexions conduites par les membres du conseil de la CNSA :

- L'enjeu premier et le plus lourd en termes de dépenses publiques concerne les soins, je veux parler ici de l'évolution de l'ONDAM médico-social. Cela renvoie aux arbitrages sur les niveaux de moyens et d'équipement, mais surtout sur le rythme choisi pour atteindre tel ou tel objectif cible de réponse aux besoins. Car la croissance des dépenses de l'ONDAM médico-social résulte essentiellement de choix d'amélioration qualitative et quantitative de l'offre de service – dont la cadence de réalisation tient nécessairement compte des contraintes budgétaires – et non pas d'une tendance spontanément à la hausse des coûts de fonctionnement. Sans oublier que l'enjeu financier le plus lourd est celui qui concerne le choix de la Nation quant à la densité de personnel directement au contact des personnes et quant au niveau de leur rémunération, ce qu'a rappelé nettement le rapport Ménard, et avant lui le rapport Gisserot.
- Pour ce qui relève de l'aide à l'autonomie, à législation constante (PCH-ACTP-APA), l'effet purement démographique conduirait à prévoir une surcharge financière sur une génération (20 ans), équivalente au supplément de dépenses que la Nation parvient à consentir en ce moment, chaque année, sur le budget de l'assurance maladie. Sachant que la moitié de l'effort serait couvert mécaniquement par l'évolution de l'assiette des ressources à législation constante.
- Pour aller plus loin, c'est-à-dire pour chiffrer la charge sur les finances publiques liées à la création et au financement de la prestation personnalisée de compensation, ce qui est l'objet de toutes les préoccupations, l'exercice n'est pas mécanique. Trois « jeux d'hypothèses » sont à prendre en compte :

- 1) la nature et l'étendue du référentiel choisi de prestations, biens et services, de même que la qualification qui sera retenue en prestations, biens et services « tout à fait nécessaires ». Il s'agit ici de l'appréciation par la Nation de ce qu'est une vie autonome et des conditions de cette vie-là ;
 - 2) point majeur pour le chiffrage, les critères retenus quant à la couverture de ce référentiel par la solidarité publique. Ce sera le fruit d'un arbitrage de politique publique. Cela dépend directement de la capacité collective à reconnaître la distinction entre un droit universel d'aide à l'autonomie et une personnalisation de la réponse y compris sous l'angle de son financement ;
 - 3) la concrétisation ou non des espoirs suscités par la recherche médicale pour certaines maladies invalidantes, au premier rang desquelles se situe la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (cf. rapport Ménard). Ce facteur jouera à l'évidence dans l'évolution plus ou moins marquée du poids financier d'une prise en charge de qualité, et dans des proportions qui pourraient s'avérer significatives.
- L'enjeu de déterminer la part du financement devant être prise en charge par la solidarité collective renvoie également à deux autres ordres de préoccupation : d'une part la nécessaire vigilance quant à l'utilité réelle de l'euro public dépensé, je veux parler ici de l'évaluation nécessaire de la dépense publique ; d'autre part, la recherche des actions financées sur fonds publics qui présentent le meilleur « effet de levier » en termes d'aide à l'autonomie.
 - Enfin, pour être complet, le débat sur le financement public pourrait comporter des éléments de requalification des dépenses de protection sociale en cherchant à mesurer la part « d'investissement » qu'elles représentent. Je fais ici référence aux réflexions sur les voies d'amélioration de la croissance nationale et sur les indicateurs de mesure du PIB.

Il n'appartenait pas au conseil de la CNSA de travailler sur des éléments de chiffrage, ce que n'ont pas manqué de souligner la plupart des observateurs attentifs. En effet, un tel travail aurait préempté le résultat de la concertation que le conseil appelle de ses vœux, la concertation ne pouvant pas être menée au sein du conseil de la CNSA, du fait même de sa composition.

Il n'appartenait pas non plus au conseil de la CNSA de travailler sur les ressources possibles. Tout au plus le rapport fait état, pour mémoire, des différentes pistes régulièrement évoquées, entre l'ampleur plus ou moins grande des redéploiements au sein des dépenses publiques (cf. réforme de l'Etat, RGPP, mise en œuvre des différents rapports des Inspections générales, audits de modernisation), la nature des choix de priorités au sein des politiques publiques (l'aide à l'autonomie s'impose-t-elle comme une des grandes priorités des prochaines années ?), les pistes admises ou non de ressources nouvelles. En tout état de cause, la question du financement de l'aide à l'autonomie devra s'inscrire dans la question plus large du financement de la protection sociale.

Concernant la réflexion sur les ressources et d'éventuels prélèvements nouveaux, j'ajoute – ici à titre personnel – qu'aller vers autrui et faire preuve de solidarité sans remise en cause de soi et de son propre niveau de satisfaction financière, restera toujours une démarche faussement généreuse comme imaginer faire face au réchauffement climatique sans remettre en cause modes de vie et finalités économiques serait pure illusion. Si les finances publiques doivent être au service de la croissance économique, elles le sont tout autant au service de notre cohésion sociale (cf. Rapport Pébereau). Le niveau de nos prélèvements obligatoires doit savoir tenir compte des impératifs d'efficacité économique et de compétitivité tout autant qu'il doit refléter notre culture de solidarité collective. La Caisse nationale de *solidarité pour l'autonomie* porte bien son nom !

Vous comprendrez en conséquence de cette longue maturation de la réflexion que je me fasse naturellement ici l'écho des membres du conseil de la CNSA qui souhaitent vivement qu'il soit tenu compte avec attention de leur expression comme des actions et des travaux de la CNSA, dans les débats que vous menez et les décisions qui seront prises par les pouvoirs publics. La réflexion partagée au sein du conseil de la CNSA a permis de chercher les points de compromis possibles et de préciser les orientations faisant débat. Dès lors les membres du conseil de la CNSA ont souhaité, en remettant leur rapport au Gouvernement et au Parlement, voir leurs réflexions prolongées par une concertation avec les acteurs concernés.

Alain Cordier.
Président du conseil de la CNSA.