

5^{ème} branche autonomie : contribution de l'Uniopss

Annoncé depuis 2007 et sans cesse repoussé, le débat sur une 5^{ème} branche est à nouveau lancé. Le 23 juillet dernier, l'Assemblée nationale a adopté définitivement les projets de loi organique et ordinaire relatifs à la dette sociale et à l'autonomie. Un des articles prévoit ainsi le principe de la création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie.

L'Uniopss, qui a soutenu de longue date la création d'une 5^{ème} branche spécifique à l'autonomie, ne peut que se féliciter de l'initiative prise par le gouvernement qui reconnaît les enjeux d'accompagnement et d'aide à l'autonomie, quel que soit l'âge des personnes, indépendamment de leur état de santé et dans une logique d'accompagnement tout au long de la vie.

Laurent Vachey, Inspecteur général des finances, par lettre de mission du gouvernement mène actuellement une large concertation sur la création de cette nouvelle branche pour formuler des recommandations et des propositions qui figureront dans le rapport du gouvernement présenté aux Parlementaires d'ici le 30 septembre 2020.

Deux questionnaires ont été ainsi transmis à l'Uniopss avec l'idée de recueillir son avis d'ici le 25 juillet sur l'architecture, le périmètre, la gouvernance, le pilotage mais également les mesures de financement que devrait recouvrir la nouvelle branche.

Bien qu'à cette date, l'Uniopss n'a pas de réponse à apporter sur l'ensemble des questions posées, soit par absence de consensus, soit parce que certaines d'entre elles demandent à affiner son expertise, l'Union entend prendre part à cette concertation.

ENJEUX DU RESEAU

► L'égalité de traitement et la qualité de l'accompagnement

L'enjeu fondamental de cette réforme est d'abord celui de **l'égalité de traitement** de toute personne en manque ou en perte d'autonomie quels que soient son âge, son projet de vie et ce, indifféremment de son lieu de vie. **Le périmètre de la branche doit donc inclure sans aucune ambiguïté l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et leurs aidants.**

La **garantie de l'accessibilité de la société**, pour tous, et des conditions de maintien à domicile dignes sur le long terme doivent être assurée. Il en est de même concernant les établissements qui les accueillent et qui doivent être dotés de personnels qualifiés et en nombre suffisant pour assurer le respect de leur dignité ainsi qu'un accompagnement et des soins de qualité. Seuls le projet de vie de la personne, sa situation, les particularités de son environnement devraient différencier les plans personnalisés proposés. Des outils et des méthodes identiques d'évaluation des situations et des besoins des personnes devraient s'appliquer aux deux publics et donner lieu à un accompagnement de qualité identique.

La prévention, autre axe fort, contribue également à la réduction des inégalités. Les programmes de prévention doivent intégrer un volet concernant le lien social pour lutter contre l'isolement, la solitude et le repli sur soi. L'évaluation de la situation et des besoins d'une personne devrait se faire suffisamment tôt pour soutenir son autonomie.

Cette prévention, véritable **partie intégrante d'un accompagnement global dans une logique dite de parcours**, permet d'anticiper les situations et éviter les situations de ruptures. L'enjeu étant d'interroger notre façon de faire, d'avoir des réponses au service d'un parcours et non une orientation souvent trop définitive. Pour arriver à cette approche « inclusive », il faut que la logique de « parcours » soit bien intégrée et ouverte systématiquement sur le **doit commun**.

► **Une réduction du morcellement du secteur médico-social, sanitaire et social**

La construction de la branche autonomie doit être guidée, tant sur la question des financements que du pilotage et de la gouvernance, par d'autres enjeux fondamentaux : **simplification, cohérence, lisibilité et coordination**. La construction de cette branche doit avoir pour but premier d'améliorer les situations des personnes concernées. Les réflexions techniques que pose la construction de la branche doivent avant tout être portées et animées par des préoccupations politiques.

Mais l'Uniopss souhaite particulièrement insister sur la notion d'intégration, comprise comme **un ensemble de modèles organisationnels qui visent à créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les différents secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux**.

Pour notre réseau, la création de cette 5^{ème} branche est l'occasion de dépasser une logique « d'animation » d'un secteur morcelé, pour tendre vers une réduction de **cette fragmentation à travers une nouvelle organisation** dont la première marche devra être celle d'une **convergence effective des politiques de l'autonomie qui doit passer – entre autre – par la suppression de la barrière d'âge**. Sans cette volonté politique forte, il ne pourra pas y avoir d'amélioration des droits des personnes.

De l'accompagnement immédiat des personnes, aux politiques publiques, en passant par le financement et l'organisation administrative des établissements et services, l'ensemble du dispositif d'accompagnement des personnes doit ainsi être repensé avec pour premier objectif la réduction des inégalités.

► **Une articulation avec les chantiers en cours**

Notre réseau attire également l'attention du gouvernement sur le fait **que le choix du périmètre ou de la gouvernance de la future branche autonomie doit se faire en articulation avec les politiques publiques actuelles** à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap qu'il s'agisse des **principes de la transformation de l'offre ou des chantiers tarifaires en cours**.

Citons notamment le projet de réforme de la tarification des établissements et services du secteur du handicap nommée **SERAFIN-PH** qui a pour objet d'aboutir à un nouveau modèle tarifaire d'ici 2023 reposant sur les principes suivants : équitable, simplifié, et permettant des parcours de vie sans rupture. En d'autres termes il doit s'ajuster aux besoins des personnes, favoriser les parcours en permettant des réponses plus souples, et s'adapter à l'évolution de l'offre. À plus court terme et suite à la mission Denormandie, il est envisagé une **rénovation du forfait soins** pour les structures du handicap en particulier dans une logique d'inclusion et où le droit commun doit être favorisé.

La réforme des EHPAD et l'annonce d'une fusion de leurs sections dépendance et soins, prévue dans le cadre de la future loi « Grand âge et autonomie », ainsi que les réformes tant attendues de la tarification des **SAAD et des SSIAD** doivent également s'articuler avec cette 5^{ème} branche.

Les objectifs impulsés par ces différentes réformes devront donc irriguer les réflexions autour de la création de cette branche autonomie.

PERIMETRE

Comme déjà indiqué, le périmètre de la branche doit d'abord inclure l'accompagnement des personnes en situation de handicap et leurs aidants. La nouvelle branche doit ainsi être consacrée à l'autonomie, quel que soit l'âge des personnes et quel que soit leur handicap.

L'enjeu de l'égalité de traitement de toute personne en perte d'autonomie quel que soit son âge et son projet de vie implique une **intégration des politiques de l'autonomie qui doit passer – entre autres mais avant toute chose – par la suppression de la barrière d'âge.**

Il s'agit donc de **supprimer toutes les dispositions qui peuvent conduire à des ruptures ou à des différences de prise en charge entre les personnes**, comme l'avait mis en perspective le législateur par la disposition de l'article 13 de la loi du 11 février 2005 fixant à 5 ans l'échéance de l'abrogation des barrières d'âge dans les prestations de compensation du handicap. Il est inacceptable que des personnes souffrant des mêmes incapacités mais n'ayant pas le même âge continuent de ne pas être compensées de la même manière pour leur handicap.

► Conceptualiser une nouvelle prestation

La question de la suppression de la barrière d'âge pose inévitablement celle d'une nouvelle aide qui pourrait prendre la forme d'une **prestation unique de compensation pour l'autonomie**. L'Uniopss plaide depuis 2010 pour la création d'une telle prestation à l'intention de toute personne en situation en perte d'autonomie ou en situation de handicap quel que soit son âge afin de mettre un terme aux seuils discriminants pour ne plus se focaliser que sur les besoins des personnes.

Les prestations qui pourront être financées par ce nouveau champ de protection sociale devraient intégrer celles qui sont aujourd'hui financées par l'APA et celles énumérées par la Prestation de compensation du handicap (PCH). Personne « handicapée » de moins de 60 ans et personne âgée « dépendante » de plus de 60 ans, seraient alors considérées non plus selon leur âge mais selon leurs besoins de compensation de leur situation de handicap quelle qu'en soit l'origine.

La création d'une prestation réellement universelle doit permettre à toutes les personnes âgées et à toutes les personnes handicapées en situation de manque ou de perte d'autonomie d'accéder à cette nouvelle prestation et couvrir tous les besoins de compensation et notamment :

- Aides à la mobilité ;
- Aides ménagères ;
- Aides humaines ;
- Aides à la parentalité ;
- Aides à la communication ;
- Aides techniques ;
- Aides adaptation du logement ;
- Aides aux aidants ;
- Aides à la citoyenneté ;
- Aides animalières.

L'Uniopss souhaite que les travaux pour la création de cette nouvelle aide unique soient engagés sans attendre dans le cadre de la loi « Grand âge et autonomie ».

► **Impulser une généralisation des Maisons départementales de l'autonomie (MDA)**

Dans une logique de convergence de politique de l'autonomie sur un sujet qui rejoint celui de la gouvernance, l'Uniopss souhaite qu'une nouvelle dynamique soit lancée pour promouvoir et déployer à plus grande échelle les MDA. La proximité des logiques d'intervention entre le champ des personnes âgées et le champ des personnes en situation de handicap concernant les dispositifs d'accès aux droits plaide en faveur du rapprochement effectif de l'organisation des services.

Il est par ailleurs nécessaire de repenser le fonctionnement des COMEX afin qu'y soient intégrées l'ensemble des parties prenantes et notamment des représentants des personnes.

Il semble également essentiel que le dispositif d'accès au droit soit bien distinct du payeur et qu'une caisse locale soit bien en charge de verser la future prestation autonomie.

► **Sortir à terme de la logique de catégorisation des publics**

À terme, l'enjeu pour l'Uniopss sera de parvenir à se détacher des logiques catégorielles (public, âge, handicap) pour aller vers une notion d'offre définie exclusivement au regard des aspirations et de l'environnement de chacun.

GOVERNANCE ET PILOTAGE

► **Gouvernance nationale**

Depuis plus de 10 ans, l'Uniopss plaide pour le pilotage d'une 5^{ème} branche par la CNSA. D'abord parce que cette dernière propose une forme nouvelle de gouvernance de la protection sociale dans la mesure où les organismes et associations regroupant ou œuvrant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées sont associées à la gestion et au Conseil de cette instance. Cet élargissement du cercle d'acteurs impliqués dans la CNSA permet de mieux prendre en compte les différents points de vue en tentant de dégager des synthèses dans l'optique d'une meilleure réponse aux besoins des personnes concernées.

La CNSA s'affirme par ailleurs comme un lieu d'échange privilégié avec les différents acteurs qui mettent en place les politiques de l'autonomie. Depuis deux ans sont notamment organisées des rencontres CNSA-départements qui sont l'occasion de débats constructifs. Dans la même dynamique, la CNSA travaille avec les ARS, « d'agence à agence », pour dégager des pistes de travail communes. La CNSA est par ailleurs un acteur majeur de la transformation de l'offre.

La CNSA est donc bien positionnée dans un rôle d'animation de réseau, de partage, et de connaissance avec les acteurs territoriaux ce qui lui confère une place tout à fait légitime pour porter cette 5^{ème} branche et la piloter de la manière la plus ambitieuse possible.

Afin d'assurer une meilleure régulation du dispositif, l'Uniopss propose par ailleurs :

- Une clarification du rôle du conseil de la CNSA, un renforcement de la dimension exécutive des décisions du conseil
- Une représentation directe des personnes concernées au sein de son Conseil ;
- Une représentation non majoritaire de l'Etat au sein de son Conseil ;
- Un partenariat CNSA-conseils départementaux structurés par un conventionnement fort avec pour objectifs de réduire les inégalités territoriales qui fonctionne sur une logique de confiance et de contrôle ;
- Un renforcement de la dimension interministérielle de l'Etat
- La garantie que les financements solidaires issus du niveau national soient majoritaires ;
- Une amplification des mécanismes de péréquation financière déjà à l'œuvre afin de tenir compte des différences de potentiels fiscaux et de dépenses sociales à assumer entre les départements ;
- Une évaluation régulière, transparente et pluraliste du dispositif.

► Gouvernance locale

Les conditions d'une bonne gouvernance

La gestion de la crise Covid a mis en exergue les difficultés, voire l'absence de **coordination entre les services de l'État, les ARS et les départements** tout en mettant en avant le besoin de coopération entre l'ensemble des acteurs du territoire, seul moyen d'arriver à une gestion efficace du secteur.

Cet épisode a ainsi montré les différences de traitement inacceptables à la fois entre territoires, mais également sur les territoires en fonction des différentes catégories d'établissement sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Des premiers bilans que nous tirons de cette gestion de crise, certains départements se sont montrés présents, d'autres ont rencontré de grandes difficultés pour répondre aux attentes des acteurs, certaines ARS ont réagi rapidement et de manière adaptée à la situation, d'autres moins.

Ces différences dans le traitement de la crise tendent à prouver que l'enjeu n'est pas nécessairement de désigner un pilote, un acteur comme unique décideur, mais de **créer les conditions qui permettent aux autorités de tarification et de contrôle sur chaque territoire de s'entendre sur la gouvernance et de convenir d'une méthodologie commune** afin notamment de simplifier la gestion pour les acteurs de terrain.

Pour notre réseau, l'important est avant tout de parvenir à identifier les compétences requises, les prérequis indispensables qui permettent d'assurer un pilotage et une gouvernance efficace du secteur. A l'heure actuelle, les acteurs en charge de piloter les politiques de l'autonomie ne connaissent pas suffisamment leur(s) territoire(s), et les besoins de sa population.

Ainsi, **le ou les acteurs en charge de la gouvernance et du pilotage devront nécessairement maîtriser à la fois les caractéristiques géographiques de leur territoire, mais également celles de leur population**, le niveau de ressources des différents publics en fonction des différents lieux de vie et soient ainsi en capacité de se projeter dans une pluri-annualité réelle des financements et de la programmation de l'offre.

À ce stade des réflexions, l'Uniopss ne privilégie aucune hypothèse de gouvernance plutôt qu'une autre. L'essentiel n'est pas le « qui » mais plutôt par le « comment ». Sur ce point, il semblerait intéressant **de proposer sur les territoires une gouvernance renouvelée, qui sur le modèle du Conseil de la CNSA intègre l'ensemble des parties prenantes** : tant les gestionnaires du secteur médico-social que les représentants des personnes accompagnées. Les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, renouvelée pour intégrer le champ du handicap pourrait sur ce point tenir intégrer a minima des représentants d'utilisateur.

La question de la gouvernance reste néanmoins centrale et impacte de fait l'ensemble de l'architecture de la branche autonomie. C'est donc un élément sur lequel le gouvernement va devoir arbitrer rapidement afin de pouvoir engager l'ensemble des travaux à suivre de manière stable et sereine.

Repenser la cohérence des politiques publiques

La question de la cohérence des politiques publiques au niveau territorial est prégnante et une intégration des différents documents de planification pourrait être intéressante.

Les schémas qui définissent au niveau régional et départemental **les orientations de politiques publiques et la planification de l'offre dans le champ de l'autonomie s'empilent et manquent de cohérence**. En effet, les schémas départementaux de l'organisation médico-sociale ne sont pas la déclinaison territoriale des schémas régionaux de santé, car les premiers relèvent des conseils départementaux et les seconds des agences régionales de santé. Sur certains schémas régionaux de santé adoptés à l'été 2018, des conseils départementaux ont émis des avis défavorables, ce qui questionne la mise en œuvre des politiques publiques sur le champ de l'autonomie. Cette double compétence ARS-conseils départementaux et ce manque d'intégration des orientations et des outils de la planification de l'offre n'est pas sans conséquence pour les acteurs de terrain et pour l'accompagnement et la prise en charge proposés aux personnes âgées et à leurs proches. Demain, ces schémas devront aussi s'articuler avec les projets territoriaux de santé, et les projets des hôpitaux de proximité, dont on annonce – pour ces derniers – des missions gériatriques.

L'Uniopss plaide ainsi pour un document unique d'orientation de politique publique et de planification de l'offre dans le champ de l'autonomie commun aux agences régionales de santé et aux conseils départementaux, qui pourrait se décliner sur les territoires.

De manière plus spécifique mais tout aussi illustrative, **le constat d'un millefeuille des dispositifs de coordination sur les territoires a été posé à de nombreuses reprises dans les travaux de la concertation « Grand âge et autonomie »**, et plus particulièrement dans l'atelier « parcours » auquel participait l'Uniopss. Actuellement, CLICS, MAIA, PAERPA, PTA, Maison de l'Autonomie, et divers

services sociaux des communes, agissent à différents niveaux pour assurer une forme de coordination du parcours des personnes âgées. Dans un objectif de simplification et de lisibilité, les personnes concernées devraient pouvoir se reposer sur un dispositif unique de proximité qui aurait vocation à accompagner les personnes selon leurs besoins. Les plateformes territoriales d'appui pourraient intégrer l'ensemble des missions : information, évaluation, orientation, coordination, suivi.

FINANCEMENT ET NOUVELLES RESSOURCES

En filigrane de l'ensemble de ces sujets **se pose évidemment la question du financement général de la perte d'autonomie.**

Depuis de nombreuses années (1992) notre union milite pour la reconnaissance d'un nouveau risque de protection sociale couvrant à la fois les personnes âgées et les personnes en situation de handicap pour de nombreuses raisons :

- L'augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et l'allongement de la durée de vie des personnes handicapées vont accroître les besoins d'accompagnement ainsi que les moyens financiers qui devront être dégagés par la collectivité pour y faire face ;
- Les inégalités dans l'octroi des prestations notamment de l'APA, qui posent la question de l'égal accès de nos concitoyens aux prestations sociales ;
- Les failles de l'APA et de la PCH qui ne permettent pas de couvrir tous les besoins de compensation.

Et depuis 2010, l'Uniopss soutient le fait que le pilotage de ce nouveau risque soit porté par la CNSA qui se verrait allouer de nouvelles ressources afin de financer majoritairement la nouvelle prestation.

L'adoption des lois simples et organiques confiant le pilotage de la 5^{ème} branche à la CNSA est donc une nouvelle dont se réjouit l'Uniopss.

S'agissant plus précisément des mesures de financement proposées par les questionnaires, notre réseau ne peut à ce stade apporter des réponses tranchées.

Néanmoins, pour l'Uniopss, **le financement de cette branche autonomie doit reposer, à l'instar des autres branches de la Sécurité sociale, majoritairement sur la solidarité nationale et sur une assiette la plus large possible.** Il faudra donc créer **une ressource dédiée ou s'appuyer sur une ressource existante pour disposer de financements solides, durables, dynamiques et progressifs.**

Dans cette approche, les produits d'assurance privés, qu'ils soient individuels ou collectifs ne peuvent jouer qu'un rôle complémentaire et nécessairement marginal dans la couverture du risque.

La maîtrise du reste à charge pour la personne en perte d'autonomie ainsi que l'équité de traitement sur tout le territoire doivent également être garantie.

La question de **la refonte des règles et des pratiques en matière d'aide sociale à l'hébergement** est également essentielle. En effet, dans un contexte marqué par de très fortes contraintes budgétaires, l'habilitation à l'aide sociale s'inscrit en tant qu'enjeu majeur de la politique en faveur des personnes en perte d'autonomie en matière d'accessibilité géographique et financière, et d'équité de traitement. Or, les pratiques actuelles révèlent une grande hétérogénéité dans la mise en œuvre où chaque Conseil départemental fixe ses propres règles : facturation des absences, calcul du montant de l'aide sociale, domicile de secours... On assiste également à de nombreux mouvements de sortie partielle ou totale

de l'habilitation à l'aide sociale des établissements. Ces diverses pratiques sont sources d'inacceptables discriminations et disparités pour les personnes accompagnées et leurs familles, sans même évoquer l'importance du non recours à ces aides par les concitoyens qui en auraient besoin. **Il est donc urgent d'établir des dispositions communes et lisibles sur les règles relatives à l'aide sociale à l'hébergement afin de sécuriser le parcours de vie des personnes et de garantir l'équité de traitement.**

Il nous semble enfin essentiel d'éviter toute forme de bricolage : la création de cette branche ne doit pas être l'occasion de faire des petites économies mais bien de compenser/financer la perte d'autonomie. **Notre réseau reste donc très prudent sur les propositions visant à faire des économies sur des mesures qui bénéficient notamment aux publics ciblés par la branche autonomie.**

CONCLUSION

Pour que la France puisse faire face au défi de la perte d'autonomie, les réponses apportées ne doivent plus être complémentaires les unes des autres, mais consubstantielles de l'ensemble des politiques concernées. À titre d'exemple, le virage ambulatoire tel qu'il est souhaité ne peut se concevoir que si les questions de l'accompagnement à domicile et du logement sont posées et interrogées ensemble. Handicap, vieillesse, logement, emploi, lutte contre les exclusions, environnement, santé, éducation, prévention, retraite... tous les aspects de la réponse sont solidaires.

Les politiques publiques en direction des personnes dépendantes, en perte d'autonomie, ou en situation de handicap ne peuvent plus être conçues uniquement comme des guichets de distribution de droits. Les dispositifs segmentés, cloisonnés ont montré leurs limites.

La construction de la 5^{ème} branche doit être guidée par l'idée que le cœur de mission des politiques d'autonomie est bien d'accompagner les personnes qui en ont besoin, vers leur autonomie. Les dispositifs, les services, les établissements, ne sont pas des fins en soi. Ils doivent être des leviers, à un moment donné, dans des parcours vers l'autonomie.

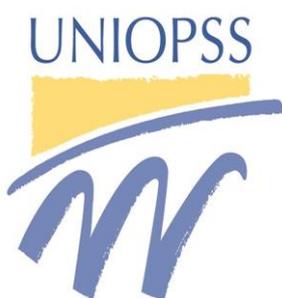
Tel est donc le défi de la construction de cette nouvelle branche : construire avec chaque personne un parcours de vie accompagné, ce qui implique un réel changement de méthode, de culture, de posture, ainsi qu'un changement technique dans la manière de faire :

- Changement pour les personnes accompagnées elles-mêmes dont on ne peut plus considérer qu'elles sont juste les consommateurs de décisions ou de services, les bénéficiaires, mais des acteurs de leur projet de vie ;
- Changement pour les établissements et les services qui mettent en œuvre concrètement les réponses sur le terrain. Eux-mêmes doivent pouvoir sortir de leurs propres segmentations et cloisonnements au profit de parcours plus souples, plus fluides, pour les personnes accompagnées ;
- Changement pour les financeurs qui doivent pouvoir suivre ce mouvement par une tarification elle-même moins segmentée, plus globale, et plus souple ;
- Changement pour la société sur la manière dont elle accueille la différence, la fragilité ou la vieillesse et donne sa place à chacun.

L'Uniopss

Unir les associations pour développer les solidarités

Créée en 1947, l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) est une association reconnue d'utilité publique. Elle a pour vocation de rassembler, défendre et valoriser les acteurs privés non lucratifs qui œuvrent en faveur des personnes vulnérables et fragilisées (personnes âgées, personnes en situation de handicap, malades, enfants, jeunes, familles, personnes en situation de pauvreté et d'exclusion...). Ancrée dans un réseau de 15 unions régionales et d'une centaine de fédérations, unions et associations adhérentes nationales, l'Uniopss représente 75 % des intervenants non lucratifs du champ sanitaire, social et médico-social



Les valeurs qui nous rassemblent

- ➔ Primauté de la personne
- ➔ Non lucrativité
- ➔ Solidarité
- ➔ Égalité dans l'accès aux droits
- ➔ Participation de tous à la vie de la société

Contact :

Jérôme VOITURIER, Directeur général de l'Uniopss

☎ : 01 53 36 35 30 - ✉ : jvoiturier@uniopss.asso.fr