

Cour des Comptes

Audition de Christine Meyer, Bruno Lachesnaie, Sylvain Denis

Représentant de la FNAR au Conseil de la CNSA.

Lundi 4 novembre 2024

En Préambule :

Tout d'abord, merci de vos questions qui prennent délibérément le parti d'une branche de Sécurité Sociale au service des personnes concernées, centrées sur les personnes et leurs attentes.

Et puis, puisqu'il s'agit de faire le bilan de la création de la cinquième branche, « autonomie », quelques mots sur ce point. Il ne s'agit pas seulement de « publics » différents ayant des problèmes spécifiques et des problèmes communs, mais d'un véritable enjeu sociétal de garantir aux personnes et aux citoyens quels que soient leur âge et leur état de santé qu'ils pourront être au mieux de leurs capacités, cognitives, physiques, relationnelles ; l'autonomie n'est pas un risque mais doit être une garantie (pour rester dans le vocabulaire assurantiel) ! La branche autonomie porte une « promesse » pour les personnes (COG). Les difficultés d'autonomie peuvent être prévenues, suppléées, définitives ou temporaires... tant de situations où les personnes gagneraient à une approche collective ; comme le changement climatique, ce n'est pas quand on a perdu sa mobilité ou sa mémoire qu'on va s'en préoccuper. La « dépendance », un terme à bannir, qui n'a plus sa place dans le vocabulaire de la CNSA. Les difficultés d'autonomie ne sont pas un état que l'on va prendre en charge (personnes dépendantes) mais un processus sur lequel on veut et peut agir.

- Il s'agit aussi de traduire en projet politique l'enjeu de cette branche pour les personnes afin que les moyens consacrés et gérés par la Branche soient bien destinés à mettre en oeuvre ce projet, à innover, à préparer l'avenir ;

- Le Conseil de la CNSA avait commencé une réflexion sur ce point, avant la création de la 5ème branche. Les éléments en sont largement repris dans le préambule de la COG.

- Cependant, en termes de « bilan » de la création de la Branche, on ne peut que constater que cette réflexion n'a pas été prolongée à la hauteur de l'ambition qu'aurait pu porter la Branche. Au sein du Conseil, nous avons sans cesse, rappelé l'importance d'avoir une Loi autonomie pour porter ce projet de société, comme on en trouve dans les secteurs de la santé ou de l'éducation, l'environnement, etc

- L'absence de Loi autonomie pèse beaucoup sur le fonctionnement de la caisse, et la préoccupation financière de chacun, devient la boussole ! On pourrait même déplorer une dérive corporatiste, aussi bien des parties prenantes que des acteurs de la Branche.

- La réponse des pouvoirs publics est « analogique » : comme pour la maladie, on parle de « virage domiciliaire », alors que le Conseil CNSA parlait de logique domiciliaire : liberté de choix de son lieu de vie, et ce lieu comme un domicile. Il ne s'agit pas seulement de régler le pb de l'offre établissements d'un point de vue quantitatif ET qualitatif, mais de transformer cette offre pour qu'elle puisse être choisie et de développer pour le domicile privé les

conditions d'une vie choisie.

- Nous avons tout de même concrétisé cette attente dans quelques projets ; et notamment le SPT/DA : Dans une Commission du Conseil nous avons voulu relancer la réflexion un peu

éteinte après le rapport de D. Libault. Son intégration dans la Loi dite « bien vieillir », l'avis adopté par ce Conseil (en avril 2023) et l'énergie mise depuis un an à faire exister ce projet fédérateur. En espérant que les territoires suivent, au-delà des 18 Départements préfigurateurs. Et que l'on réalise par ce service public les conditions d'égal accès pour les personnes sur tout le territoire.

- Enfin, il faut noter que la Branche autonomie peine à trouver sa place dans l'écosystème Sécurité Sociale, les conventions de coopération prévues dans la LFSS 2021 ne sont pas signées (CNAV, CNSA) et l'on peine à comprendre pourquoi l'autonomie ne concernerait, concernant les PA, que les GIR 1 à 4...

1/ Quelle est la logique d'actions communes aux personnes âgées dépendantes et aux personnes affectées d'un handicap ou leurs familles ?

Recherche d'inclusion sociale et de citoyenneté, de déstigmatisation du handicap et de la dépendance

Disposer d'une panoplie d'offres diversifiées et adaptables, de nature à répondre aux aspirations des personnes (et pas seulement à leurs besoins), à garantir la liberté de choix et la continuité des parcours... Pour cela, sortir des stéréotypes en matière de handicap et de dépendance qui conduisent à des réponses excessivement normées et sécuritaires.

Les projets de vie surplombent les programmes de soins ou d'accompagnement (et non l'inverse)

L'imbrication des problématiques pour les personnes, des enjeux d'âge et de besoins, conduit aujourd'hui à nouveau à s'interroger sur la séparation des publics, sur la barrière d'âge. Le vote au Sénat en octobre à l'unanimité, d'une PPL établissant la priorité de réponse pour une pathologie (la SLA à l'origine) ou un groupe de pathologies (les MND) montre s'il en était besoin qu'il n'y a pas des publics, mais le besoin d'une réponse harmonisée aux besoins des personnes, d'une continuité tout au long du projet de vie.

Cette PPL est un pavé dans la marre : comment peut-on accepter que les MND soient traitées « en priorité » , pourquoi la barrière d'âge peut-elle être résolue par un coup de baguette sénatoriale... dans les plus mauvaises conditions d'ailleurs : APA=PCH : de faux espoirs pour les familles, la perte de confiance dans les institutions démocratiques... ou alors, on règle d'un seul coup toutes ces fameuses différences !

2/ Quelle est votre perception des attentes des usagers et de leurs familles auxquelles la CNSA n'avait pas répondu de 2005 à 2020 ?

La représentation des usagers était prévue au Conseil CNSA, dès 2005. C'était mieux que dans les autres caisses nationales. Dans les CDCA, à partir de 2015, lien très ténu avec la caisse. Avant 2015 Coderpa ; représentation séparée PA et PH.

Hétérogénéité des fonctions d'accueil, d'information, accès aux droits et aux services : pas d'interface cible pour les usagers « grand âge » de type MDPH.

Complexité sur le terrain des modalités d'accès.

Absence de politiques globales pour assurer une diversité d'offres d'hébergement (politique du « tout Ehpad »)

Une multiplication des intervenants au domicile ;

manque de lien domicile/hôpital ; EHPAD/Domicile.

Réponses axées sur le seul périmètre de la « dépendance » (Gir 1 à 4) : non prise en compte du continuum « pré fragilités », « pertes d'usage et d'autonomie » et « installation des dépendances ». Ces champs sont cloisonnés, ce qui est préjudiciable à la prévention et à la préservation de l'autonomie.

RAC hébergement

Difficulté de traitement et suivi des décisions de tutelle et curatelle : grave pb à domicile ; par manque de juges.

Aucune politique de logements « intermédiaires » : abandon des « logements foyers » : devenus résidences autonomie dans la Loi ASV. Sans encadrement.

3/ Quelles sont les avancées concrètes permises par la création de la branche en matière de représentation et de participation et la participation des usagers depuis 2020 ?

Au niveau national : le fonctionnement du Conseil n'est pas satisfaisant pour la prise en compte des représentants des personnes :

o malgré deux collèges « réservés », la voix des usagers reste très minoritaire ; la voix de l'Etat dans ce Conseil (% des voix) pose un double problème de conflit d'intérêt, et d'absence d'écoute puisque l'Etat ne fait que présenter SA voix et la défendre. (même s'il se déporte parfois).

o et à l'intérieur même de ces collèges, confusion entre des représentants professionnels / gestionnaires et les représentants des personnes. Cette confusion est dans le collège handicap induite par la double nature des associations handicap ; mais dans le collège PA, les représentants des personnes sont minoritaires : 2 voix sur 5 ;

o proposition : sur un strict plan institutionnel, on pourrait

sans changer les représentations donner plus de voix aux représentants des personnes (comme les représentants syndicaux)

créer un collège des représentants des personnes (PA et PH) et un collège des représentants gestionnaires.

Dans les territoires : Pas d'avancées concrètes majeures sur le plan de la représentation des personnes :

o les CDCA présentent un niveau de fonctionnement globalement hétérogène et en deçà de ce que l'on peut attendre d'une vraie co construction des politiques territoriales de l'autonomie ; les représentants dans les CDCA ne bénéficient d'aucun accompagnement ; ne sont bien ,souvent pas indemnisés de leurs frais ; n'ont aucune formation, aucun moyen de travail (télétravail par exemple) ...

o les CVS (décret d'avril 2023) permettent une certaine ouverture aux représentants des personnes mais, dans leur structuration actuelle, cette ouverture reste très insuffisante : les CVS devraient, comme les CDU en santé jouer un rôle d'expression collective des usagers ; leurs missions dans ce domaine ne sont pas définies.

Concernant la participation directe des personnes : celle-ci était jusqu'à présent plutôt « expérimentale » dans des projets innovants, financés par la CNSA ; sans objectif de généralisation. Dans le cadre de la préfiguration du SPDA, les départements ont commencé à solliciter des « groupes usagers » dont on s'aperçoit à l'observation qu'ils sont conduits, convoqués, sollicités sans grande méthodologie ; parfois ce sont des représentants associatifs, parfois des personnes. Il y a pourtant un besoin (comme dans d'autres secteurs

des politiques publiques -santé, environnement, transports publics -de véritablement associer des personnes pouvant partager leurs savoirs expérientiels,

Concernant la représentation et la participation des personnes, le Conseil de la CNSA, après un séminaire en juin 2024, conduit en co-construction avec les services de la CNSA, a adopté un avis sur les enjeux, les définitions les outils et les conditions de la représentation et de la participation des personnes dans la branche autonomie.

4/ Quelles ont les principales difficultés rencontrées par la branche depuis 2020 en particulier dans le service rendu aux usagers ?

Voir 2.1 : le SPDA peut constituer une avancée significative, sinon décisive selon la qualité des partenariats locaux

Pas de politique nationale ; seulement des ajustements locaux ; les données présentées par l'IPP montrent que les prestations sont ajustées aux enveloppes budgétaires. Les droits ne sont pas défendus parce qu'ils restent d'aide sociale et départementaux. Contentieux de l'aide sociale..

Même quand il y a des politiques ou législations nationales Des différences territoriales subsistent :

o On peut observer (ici ou là) des comportements et décisions peu cohérents de la part de certains CD (baisse des tarifs de prise en charge Apa des heures d'aide à domicile, restriction d'accès à l'Apa au bon niveau de Gir, etc). Ces incohérences s'expliquent probablement sans doute une crise de leurs ressources propres (baisse très forte des droits de mutations) ; elles résultent aussi de l'absence de choix et de priorités dans les politiques départementales.

Lorsque le tarif socle des SSAD a été instauré, les professionnels ont immédiatement alerté sur les disparités préexistantes. Il en est résulté des effets d'aubaine très forts.

Départements et établissements ont convergé dans la généralisation de la double tarification ; sans même s'interroger sur les causes de la baisse des taux d'occupation. On attend toujours le décret fixant les écarts maximaux.

Non application des dispositions réglementaires et législatives : certaines prestations du Ségur, ou encore : difficulté pour l'évolution vers les SAD, et même recul dans la Loi bien vieillir pour rendre cette évolution facultative !

o Absence de visibilité nationale sur les pratiques départementales. Comment les représentants des personnes peuvent-ils alors intervenir s'ils n'ont pas l'information. Convergence d'intérêt entre la caisse, les départements et les professionnels.

Que les dispositions de la réforme des concours ne soit pas mises en oeuvre pose en soi un problème de fond : pour les départements (et pour l'Etat), les financements restent des financements de nature budgétaires, limitatifs et non des prestations de droit, comme des prestations de Sécurité Sociale. Le règlement départemental d'aide social est la référence de son droit pour l'utilisateur ! L'autonomie n'est pas devenue une branche de Sécurité Sociale, mais reste de l'aide sociale !

Pas de politique du logement intermédiaire : subsistent des offres du secteur privé, commercial très peu encadrées ; rôle CVS, (accès bcp plus tarif aux EHPAD). Lourdeur administrative pour conduire les projets (mise en concurrence obligatoire).

5/ Quels sont à vos yeux les défis et enjeux de la branche dans les 5 ans ?

Bien sûr mise en oeuvre d'une politique de l'autonomie est le premier axe. Celle-ci devrait pouvoir s'appuyer sur un projet de l'autonomie pour tous.

- Forte volonté de déploiement du SPDA : la généralisation commence au 1er janvier. Se fixer des objectifs volontaristes de son déploiement et des bilans présentés à la représentation nationale. Un organisme devrait être chargé de ce bilan bi-annuel (CNSA ? conférence pour l'autonomie ?) avec des pouvoirs d'investigation et un devoir de publicité.
- Principe de la liberté de choix de leur projet de vie pour les personnes
- Une offre et des prestations qui répondent aux besoins : Transformation et mise en cohérence de l'offre pour la rendre plus en phase avec les attentes des personnes : inclusion, citoyenneté, autonomie (même en cas de limitation forte des capacités...) ; faciliter le développement du logement intermédiaire ;
- Politique de réduction des RAC ;
- Participer à la lutte contre l'âgisme et la déstigmatisation de la vieillesse, ce qui facilitera le précédent (certaines limitations au sein même de la Sécurité Sociale)
- Valoriser les métiers de l'âge (conditionné par le point précédent) : travailler pour les personnes en diminution ou perte d'autonomie n'est pas dévalorisant. Faciliter les passerelles avec d'autres métiers d'aide (formation adaptée).
- Imaginer des sources de financement pérennes, dynamiques, porteuse de justice sociale (même si elles sont impopulaires telles que la taxation des donations)
- Une branche Autonomie branche de Sécurité Sociale.
- Gouvernance de la branche : si on veut que les usagers soient représentés et que leur voix porte.
- Aller vers une structuration territoriale de la branche ??