

SYNTHÈSE

La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'installation de son conseil le 2 mai 2005 ont concrétisé une nouvelle « branche de la protection sociale », sans pour autant qu'elle ne soit qualifiée de « branche de la sécurité sociale ».

Le texte initial du projet de loi relatif à la dette sociale et à l'autonomie ne se prononçait pas entre risque de protection sociale ou branche de la sécurité sociale. C'est lors de son examen que le Parlement, avec l'accord du Gouvernement, a tranché en ajoutant l'autonomie à la liste des branches du régime général de la sécurité sociale, et en prévoyant *« un rapport sur les modalités de mise en œuvre d'un nouveau risque **et** d'une nouvelle branche de la sécurité sociale relatifs au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap »*. La CNSA a été désignée comme gestionnaire de ce risque.

Cette question sémantique entre risque de protection sociale et branche de la sécurité sociale peut paraître un débat de spécialistes, mais il n'en est rien : cela manifeste une nouvelle ambition pour le soutien à l'autonomie, et une branche doit satisfaire un ensemble de règles budgétaires et d'organisation prévues par le code de la sécurité sociale. Et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 doit en tirer toutes les conséquences.

La lettre de mission demande en conséquence la formulation de recommandations *« sur les principes et l'architecture générale de la branche autonomie et sa gouvernance »*, appuyées sur une large concertation avec les parties prenantes. Elle demande aussi d'identifier *« des sources de financement à mobiliser prioritairement pour couvrir la réforme du Grand âge à compter de 2021 »*, fixées conventionnellement à 1 Md€ dès 2021 et 3 à 5 Md€ à horizon 2024.

1. Quel sens doit avoir la création de cette 5^{ème} branche ?

La création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale ne peut pas être un simple exercice juridique et financier, mais doit aussi manifester le sens de cette nouvelle étape de la politique publique de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

- ♦ elle doit permettre de progresser dans ce qui est un symbole de la sécurité sociale française : un même droit pour tous, partout, et donc **plus d'équité dans l'accès aux services et aux prestations**. C'est la première demande exprimée par les associations. Le constat aujourd'hui est d'écarts très importants : le taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile parmi les plus de 60 ans varie par exemple selon les départements de 2,6 % à 9,4 % ;

Mais ces taux d'écart doivent être considérés avec une double précaution : ils ne sont pas spécifiques à une politique décentralisée (les écarts sont aussi importants par exemple pour l'admission en invalidité gérée par l'assurance maladie) et ils s'expliquent pour partie par le caractère nécessairement individualisé de l'évaluation d'une prestation en nature.

Les écarts bruts mesurés en taux d'allocataires ou d'équipements et services par rapport à la population cible sont aussi trompeurs : il est normal qu'il existe des écarts en fonction des caractéristiques sociodémographiques et économiques des territoires, et il faut prendre en compte les effets de substitution (par exemple, entre infirmiers libéraux, services de soins infirmiers et services d'aide à domicile). Ce qui fait défaut aujourd'hui, c'est d'abord le manque d'études suffisantes pour comprendre les écarts, et partant d'être en capacité de réduire la part qui relève d'inégalités réelles.

- ♦ elle doit permettre de **réduire la complexité des prestations et des organisations** : « parcours du combattant », « organisation en silos », sont les deux qualificatifs qui reviennent le plus fréquemment dans les multiples rapports que la mission a exploités et dans ses entretiens ;

Les exemples en sont nombreux : l'articulation entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation de compensation du handicap (PCH) enfants depuis l'ouverture en 2008 d'un droit d'option ou la superposition des droits entre pensions d'invalidité, allocation supplémentaire d'invalidité et allocation adultes handicapés pour ce qui est des prestations ; l'accès pratique à un établissement ou service médico-social pour les personnes handicapées après la décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), ou le choix d'un service d'aide à domicile pour les personnes âgées après la validation du plan d'aide APA pour ce qui est des services.

- ♦ la création de la 5^{ème} branche doit enfin permettre **une organisation plus efficiente**. Comme pour toutes les dépenses publiques, elle est indispensable et il faut rechercher en même temps l'amélioration de la qualité des accompagnements et des parcours.

Un ensemble de leviers doivent être mobilisés à cette fin : la prévention de la perte d'autonomie ; la cohérence entre parcours de santé et accompagnement social et médico-social ; des systèmes d'information plus performants et articulés entre les différentes branches de la sécurité sociale ; une meilleure maîtrise des conditions et des processus d'attribution des prestations ; la diversification des réponses et le découplage de l'offre.

2. Quel doit être le périmètre de la branche autonomie ?

Le périmètre de la branche autonomie **ne peut pas se limiter à celui de l'actuelle CNSA**. Non seulement parce que le sens de la création d'une 5^{ème} branche n'apparaîtrait plus, mais surtout parce que la dispersion actuelle nécessite cet effort de recomposition : pour rendre l'ensemble plus lisible et plus simple pour les personnes ayant besoin d'un soutien, pour assurer plus d'équité dans l'accès aux droits, pour permettre un débat mieux éclairé sur l'efficacité de l'effort public.

Mais il doit aussi ne pas empiéter sur les politiques de droit commun (l'éducation, l'emploi, les transports...), qui doivent répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées et en situation de handicap dans l'optique d'une société inclusive.

Le périmètre de départ est bien sûr celui du budget de l'actuelle CNSA, et **des transferts depuis d'autres branches de la sécurité sociale ou depuis le budget de l'État ne posent pas de difficultés juridiques**. En revanche, il sera plus difficile d'afficher dans la LFSS les contributions des départements aux mêmes dépenses que celles incluses dans le budget de la branche : prestations APA et PCH, financement des établissements et services. Cette inclusion aurait du sens (il s'agit de financements complémentaires, et l'affichage des parts respectives enrichirait le débat parlementaire), mais la libre administration des collectivités locales rend complexe un vote du Parlement sur un objectif de dépenses qui les inclue, même s'il n'est pas limitatif. *A minima*, pour 2021, l'annexe de la LFSS devra les retracer.

La mission préconise le **transfert de certaines prestations aujourd'hui dans le périmètre d'autres branches de la sécurité sociale**, et dont la finalité relève de la compensation de la perte d'autonomie : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (1 Md€) depuis la branche famille ; la composante « aide humaine » de l'invalidité (300 M€), l'allocation supplémentaire d'invalidité (260 M€) et les unités de soins de longue durée (1 Md€) depuis la branche maladie ; la part de l'action sociale de la CNAV consacrée aux aides à l'investissement et à l'aménagement du domicile (100 M€) depuis la branche vieillesse.

D'autres **transferts depuis le budget de l'État** sont aussi recommandés : l'allocation aux adultes handicapés (10,6 Md€, qui n'est pas seulement un minimum social, et qui rejoindrait ainsi l'allocation de solidarité aux personnes âgées dans le champ de la sécurité sociale), l'aide au poste des travailleurs en ESAT (1,3 Md€) et quelques financements mineurs aujourd'hui logés dans le programme 157. Depuis les opérateurs de l'État, le programme « habiter facile » de l'ANAH, spécifique aux personnes âgées et en situation de handicap, serait aussi intégré dans le budget de la branche, l'ANAH en restant l'opérateur.

En revanche, tout un ensemble de politiques qui sont les moyens particuliers d'accès au droit commun des personnes âgées ou en situation de handicap n'ont pas vocation à intégrer la branche autonomie, par exemple les compléments de mode de garde de la branche famille, les pensions d'invalidité (qui constituent un revenu de remplacement), ou le maintien et l'accès à l'emploi pour les personnes handicapées. L'annexe autonomie et le programme de qualité et d'efficience de la LFSS devront les retracer et, pour certaines, des systèmes d'information mieux interfacés devront permettre de mieux les appréhender (par exemple la dépense d'actes de soins infirmiers et d'aides techniques de l'assurance maladie relative à des bénéficiaires de l'APA et de la PCH).

Au total, **le périmètre de la branche passerait de 27 Md€ (l'actuelle CNSA) à 42 Md€**. Dès 2021 pour un ensemble de dispositifs où ce transfert peut se faire sans changements de modes de gestion, et pour le reste en 2022, là où des délais d'organisation du transfert sont nécessaire (l'AAH notamment). Ces transferts d'enveloppes **ne génèrent pas de coûts budgétaires**.

3. Quelle gouvernance locale de l'autonomie ?

La mise en œuvre de la politique de l'autonomie se fait au niveau des territoires, au plus près des usagers. La capacité de la CNSA à générer plus d'équité et des réponses plus efficaces aux besoins dépend donc de la structuration de la gouvernance locale du soutien à l'autonomie : il n'y aura pas de gouvernance nationale efficace sans gouvernance locale claire et stable.

L'hypothèse, avancée par certains, de création de **caisses locales de l'autonomie** induirait de retirer aux conseils départementaux leurs compétences en matière d'action sociale envers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, sauf de façon résiduelle et facultative : ce seraient les caisses locales de l'autonomie qui évalueraient le droit aux prestations (donc reprendraient les attributions des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), et des équipes d'évaluation APA des conseils départementaux) et les liquideraient, contractualiseraient avec l'ensemble des établissements et services et les financeraient. Ces caisses locales de l'autonomie pourraient, pour des raisons de rationalisation des moyens, être adossées au réseau d'une autre caisse nationale (CPAM, CAF ou CARSAT).

Un tel bouleversement, au rebours des orientations du gouvernement en matière de décentralisation, est peu réaliste politiquement et nécessiterait des redéploiements de moyens complexes, sans gain certain d'efficience ou d'une meilleure égalité.

Des schémas de « **tout à l'ARS** » ou de « **tout au département** », aussi soutenus par certains, portent un risque de disjonction entre le sanitaire, le médico-social et le social, alors même que la nécessité de parcours coordonnés est affirmée. L'hypothèse du rapport Libault d'une CNSA qui comme aujourd'hui s'appuie sur deux réseaux, les ARS et les départements, est donc celle retenue aussi par ce rapport.

Mais les instruments de coordination entre ARS et conseils départementaux, tels qu'ils existent aujourd'hui (projets régionaux de santé et schémas départementaux établis « au regard » l'un de l'autre, commission médico-sociale régionale) n'ont pas fait la preuve de leur opérationnalité. Il faut créer **un contrat départemental pour l'autonomie** entre les ARS et les départements (avec l'association des communes) qui décline pratiquement à ce niveau de proximité un programme commun d'organisation de l'offre, depuis le domicile jusqu'aux établissements : le modèle des schémas territoriaux de service aux familles pourrait servir d'inspiration.

La CNSA devra définir les outils de cette contractualisation (état des lieux, contenu, indicateurs de pilotage...), et suivre leur mise en œuvre, y compris par des audits de terrain. Il faut aussi que les délégations territoriales des ARS disposent des moyens et compétences suffisants pour être de réels partenaires des départements dans l'élaboration et le suivi de ces contrats.

Une gouvernance locale efficiente suppose aussi de **supprimer les doubles tarifications** ARS/départements : par le regroupement des sections dépendance et hébergement des EHPAD (financées intégralement via les ARS comme préconisé par le rapport Libault), mais aussi en unifiant dans le secteur du handicap le financement des foyers d'accueil médicalisés (qui ne se distinguent plus des maisons d'accueil spécialisé, déjà intégralement financées via les ARS) et des centres d'action médico-sociale précoce (où les départements financent sans vraie justification une part minoritaire).

Dans le même esprit de simplification, il serait légitime d'ouvrir la **possibilité de délégations de compétences** en matière d'autorisation et de tarification des ARS vers les départements volontaires. Le droit actuel le permet puisqu'il ne s'agirait pas d'une différenciation des normes. Pour en juger les effets, ces délégations – qui n'exonèrent pas de la nécessité d'une contractualisation – devraient dans un premier temps être limitées en nombre, pour pouvoir être évaluées.

Une meilleure lisibilité pour les citoyens est enfin nécessaire, ce qui suppose de bien distinguer différentes fonctions qui ne relèvent pas des mêmes réponses : l'information de premier niveau, qui peut revêtir des formes variées selon les territoires ; l'évaluation des situations individuelles (qui peut être unifiée entre personnes âgées et handicapées) ; l'ouverture des droits (où le modèle des MDPH et CDAPH cohabite aujourd'hui avec l'admission à l'APA sur un modèle différent) ; et l'accompagnement des situations complexes. Pour l'évaluation et l'ouverture des droits, une **généralisation des maisons départementales de l'autonomie**, sous un statut d'établissement public local préservant la présidence du département et la place des associations dans sa gouvernance, marquerait positivement la création de la branche autonomie, comme celle des MDPH a symbolisé la loi de 2005.

L'accompagnement suppose **une bonne articulation des parcours** entre santé, médico-social et social, donc une coordination. Les dispositifs ayant vocation à relier les trois dimensions se sont succédés dans le temps sans grand succès et ne sont pas moins nombreux s'agissant de la coordination des parcours de santé. La création de la branche autonomie n'est pas par elle-même de nature à surmonter cette approche « en silos », mais la CNSA peut aider à passer de la théorie de la coordination des parcours à la pratique de leur organisation territoriale, grâce à ses missions d'animation, d'audit, et de production de recommandations.

4. Quelle architecture financière et quelle gouvernance nationale de la branche autonomie ?

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a confié à la CNSA la gestion de la nouvelle 5^{ème} branche autonomie, mais n'a rien modifié de son organisation actuelle.

- ♦ **Le budget de la CNSA**, aujourd'hui organisé par des dispositions de nature législative en sept sections et sous-sections, est trop rigide, rigidité renforcée par l'affectation fléchée de recettes à chacune d'entre elles ;

Le schéma retenu pour les branches historiques de la sécurité sociale est beaucoup plus simple, sans recettes affectées, et avec des fonds en nombre limité dédiés à des types de dépenses. La future structure du budget de la CNSA doit s'en inspirer, avec sans doute un fonds de financement des établissements et services, un fonds relatif aux prestations et concours aux départements, un fonds de gestion administrative et un fonds d'intervention qui regroupe l'ensemble des autres dépenses. Source de rigidités, le maintien au niveau du vote en LFSS d'enveloppes spécifiques pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées dans ces fonds ne devrait pas perdurer, cette partition étant retracée seulement au niveau du budget de la caisse.

La création de la 5^{ème} branche induit que les prévisions globales de recettes et de dépenses de la branche figurent comme celles des quatre autres dans le PLFSS (mais plus dans l'ONDAM, dont ce n'est pas l'objet). Si la structure du budget est simplifiée et que l'on renonce à l'affectation détaillée de recettes aux dépenses, **il est néanmoins nécessaire que ce soit la représentation nationale, et non le seul conseil de la CNSA, qui se prononce sur les montants affectés aux différents fonds**. Les crédits pour les établissements et services, de même que les crédits fléchés vers les allocations et les concours aux départements seraient ainsi votés en recettes et en dépenses lors de l'examen de la LFSS.

La disparition des sous-objectifs « personnes âgées » et « personnes handicapées » de l'ONDAM assurance maladie, qui constituent le principal des recettes de l'actuelle CNSA (21,6 Md€ en prévision initiale 2020), rend nécessaire d'affecter à l'avenir des recettes issues de cotisations ou de l'impôt à hauteur des prévisions de dépenses. Vue la finalité universelle des politiques de soutien à l'autonomie, il serait logique de **recourir, outre la CSA et la CASA, principalement à la CSG**, ce que son produit pour la sécurité sociale (102 Md€ en LFSS 2020, dont 73 Md€ pour la branche maladie) permet par redéploiements.

Comme pour l'ensemble de la protection sociale, il est indispensable de s'assurer de la **soutenabilité à terme des dépenses au regard des charges**. Si les propositions de ce rapport sont suivies, les dispositifs des autres caisses et de l'État intégrées dans le périmètre en 2021 (+ 3,985 Md€) ne devraient pas globalement connaître une progression supérieure aux autres composantes déjà incluses dans le budget de la CNSA. Pour 2022, la CNSA absorberait 10,7 Md€ de dépenses supplémentaires dont l'essentiel est constitué par les 10,6 Md€ de l'AAH, et devra donc pouvoir maîtriser sa dynamique, aujourd'hui supérieure (+ 6 % par an) à celle de la CSG.

- ♦ la création de la branche devrait s'accompagner dès la LFSS 2021 **d'une révision de la liste des missions de la CNSA** telle qu'elle figure dans le code de l'action sociale et des familles, actuellement trop nombreuses (17), mal pondérées entre elles et sur certains sujets incomplètes ;

- ♦ le modèle du **conseil de la CNSA**, qui a été voulu comme un « parlement de l'autonomie », composé de 52 membres et où l'État ne dispose pas d'une majorité automatique (45 % des voix), est très différent du modèle paritaire des autres branches, où l'État n'est représenté que par des commissaires du gouvernement. Il n'existe pas de consensus pour faire évoluer dans un sens ou dans l'autre cette composition, et elle n'a jamais été depuis 15 ans un obstacle à la gouvernance. Il ne paraît donc pas utile, à quelques ajustements près, de la remettre en cause. La répartition actuelle des fonctions entre ce conseil, son président et le directeur de la caisse peut aussi rester inchangée ;
- ♦ le principal enjeu de la gouvernance nationale est de **donner à la CNSA de nouveaux leviers d'action pour agir sur la gestion du risque et l'équité territoriale** des politiques qu'elle finance ou cofinance. Cela suppose en premier lieu une capacité d'analyse de sa consistance et de son évolution, avec des moyens statistiques et d'étude renforcés.

Dans sa dimension d'agence la CNSA n'a aujourd'hui qu'un rôle d'échanges d'expériences, d'animation et de diffusion de bonnes pratiques et dans son rôle de financeur, elle répartit les concours aux départements sur des critères réglementaires sans possibilités de modulation.

Plusieurs leviers doivent être mobilisés pour **étendre et renforcer la capacité de la caisse à faire évoluer les réseaux sur lesquels elle s'appuie** : des moyens d'audits de terrain, le développement de systèmes d'information harmonisés et interconnectés, une gestion plus exigeante des conventions avec les départements, un financement direct des MDPH/MDA, et un lien entre montants des concours, équité et respect de la légalité. Sur ce dernier point, qui constituerait une solution de dernier recours après une procédure contradictoire, une évolution législative est nécessaire.

La future COG de la CNSA devra préciser les moyens, nécessairement plus importants qu'aujourd'hui, dont la caisse aura besoin pour mieux piloter le risque.

5. Les mesures de financement

À partir des propositions faites lors des consultations et débats antérieurs, la mission a examiné cinq sources potentielles permettant d'atteindre les objectifs indiqués, soit 1 Md€ dès 2021 et 3 à 5 Md€ à horizon 2024. Les choix à l'intérieur de cette palette sont évidemment de nature politique.

- ♦ **des transferts :**
 - la possibilité d'anticiper le transfert d'une part de CSG **de la CADES** vers la branche autonomie, sans attendre 2024, paraît devoir être écartée, car elle impacterait la crédibilité de celle-ci sur les marchés de capitaux ;
 - en revanche, compte tenu des **versements prévus du FRR à la CADES** (2,1 Md€ par an jusqu'en 2023, puis 1,45 Md€/an jusqu'en 2033), l'écart entre la valeur des actifs et celle du passif actualisé permettant au FRR d'atteindre ses objectifs s'établit à 2,5 Md€. Il serait donc possible de mobiliser cette ressource, à raison de 420 M€ par an de 2021 à 2025, pour financer les aides à l'investissement consacrées à la rénovation des EHPAD ;
 - une mission récente de l'IGF a montré qu'**Action Logement** disposait de ressources et réserves importantes, mais que les emplois prévus étaient critiquables quant à leur utilité sociale, et souvent redondants avec d'autres programmes. Il serait possible de réaffecter à la branche autonomie la part de taxe sur les contrats d'assurance qui lui a été allouée en 2019 (300 M€), et d'abaisser le taux de la participation des employeurs de plus de 50 salariés à l'effort de construction de 0,10 %, en créant un prélèvement pour l'autonomie équivalent (400 M€) ;

- la **branche famille**, du fait de l'évolution de la démographie et de l'écart entre ses recettes assises sur les revenus et de ses dépenses liées à l'évolution des prix, devient structurellement excédentaire, nonobstant les effets de la crise sanitaire actuelle (1,5 Md€ d'excédent en 2019, prévision de déficit de 3,1 Md€ en 2020). Une fois ce choc conjoncturel passé, il serait possible d'effectuer en 2024 un transfert de l'ordre de 150 M€ vers la branche autonomie. Mais c'est un choix politique sensible entre soutien à la natalité et aux familles et besoins des personnes âgées.
- ♦ **des mesures d'économies :**
 - la dynamique de **l'allocation aux adultes handicapés** (+ 6 % par an, soit environ + 400 M€) s'explique pour une part par les revalorisations décidées, mais aussi pour l'AAH2 (taux d'invalidité entre 50 % et 80 % et restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi) par un processus d'attribution mal maîtrisé, avec un risque important de transfert depuis le RSA (30 % des entrants) du fait d'un montant supérieur d'un tiers. Il pourrait être assigné à la CNSA, si l'AAH est incluse dans son périmètre, un objectif d'économie tendancielle de 400 M€ d'ici à 2024 ;
 - **l'allocation personnalisée d'autonomie**, contrairement à d'autres allocations comme le RSA, ne prend pas en compte de loyer fictif pour la propriété principale, et applique des règles de calcul de la conjugalité plus favorables. Conjugué à un recours systématisé à la télégestion pour les services d'aide à domicile, une économie globale de 440 M€ au bénéfice des départements est possible.
- ♦ **une réduction de certaines niches sociales et fiscales :**
 - le bénéfice de **l'exonération totale de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile** bénéficie à toutes les personnes de plus de 70 ans, même autonomes. Une suppression de la possibilité de bénéficier de l'exonération du seul fait de l'âge aurait un rendement net de 180 M€, et permettrait d'aligner la situation des personnes âgées qui ne connaissent pas de perte d'autonomie sur celle de l'ensemble des autres catégories de la population qui ont recours à des services d'aide à domicile, lesquels bénéficient par ailleurs d'un ensemble d'autres mesures sociales et fiscales pour en diminuer le coût ;
 - le **crédit d'impôt au titre de l'emploi d'une personne à domicile** s'applique dans la limite d'un plafond annuel de 12 000 €, qui peut être majoré en fonction des caractéristiques du foyer. Un abaissement à 6 000 € du plafonnement de droit commun du crédit d'impôt (en conservant les majorations existantes pour les ménages ayant des enfants en bas âge et les personnes âgées ou handicapées) pourrait dégager 400 M€ ;
 - la **réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement** pour les personnes âgées accueillies en établissement bénéficie par construction aux personnes imposables, alors que l'aide sociale à l'hébergement et les allocations logement visent les revenus modestes. De ce fait, ce sont les revenus moyens, entre 1000 € et 1600 € par mois, qui sont les moins aidés. L'abaissement du plafond de la réduction d'impôt de 10 000 € à 5 000 € contribuerait à un meilleur équilibre des taux d'aides en fonction des revenus, et procurerait une économie de 110 M€.

◆ les financements privés :

- la fédération française des assurances (FFA) et la fédération nationale de la mutualité française (FNMF) ont fait part à la mission d'une proposition commune d'un **dispositif d'assurance complémentaire généralisé** pour la prise en charge de la perte d'autonomie (en GIR 1 et 2). Mais ce dispositif, systématiquement adossé à la complémentaire santé à partir d'un âge à déterminer, aurait un double effet de transfert intergénérationnel des actifs vers les retraités âgés, et d'enchérissement de la complémentaire santé (+ 15 % à 25 % selon les hypothèses). Il paraît donc devoir être écarté. En revanche, **les assurances volontaires** pourraient être rendues plus lisibles à l'image des contrats santé responsables, et bénéficier d'une taxation plus favorable ;
- la **mobilisation du patrimoine immobilier** privé (70 % des personnes de plus de 60 ans, pour une valeur moyenne de 202 000 €) se fait aujourd'hui par la vente en viager (de gré à gré, ou par des fonds mutualisés), ou par des prêts viager hypothécaires. Du fait des incertitudes combinées sur l'évolution de l'espérance de vie et les prix de l'immobilier, ils sont peu diffusés et resteront des produits de niche, même si quelques améliorations sont possibles. Une solution innovante d'un prêt immobilier dépendance, qui n'interviendrait qu'à partir de l'admission à l'APA et évoluerait en fonction de la perte d'autonomie a été présentée à la mission et mériterait d'être explorée.

◆ d'éventuels prélèvements obligatoires :

- en 2020 (montant non réévalué consécutivement à la crise sanitaire), la **journée de solidarité** devrait générer 2,132 Md€ au titre de la CSA (et 817 M€ au titre de la CASA). Une deuxième journée de solidarité procurerait une recette équivalente, mais avec des effets incertains sur l'économie et sur l'emploi et un effet intergénérationnel. Les partenaires sociaux y sont dans l'ensemble hostiles ;
- si les **réductions de cotisations** sociales se sont beaucoup développées depuis 2012, de récents travaux d'évaluation montrent que l'effet sur l'emploi et la compétitivité est très incertain quand elles ne sont pas ciblées sur les niveaux de rémunérations les plus faibles. C'est le cas pour la réduction de 1,8 point de la cotisation famille qui s'applique jusqu'à 3,5 SMIC. Un abaissement à 2,5 SMIC permettrait d'affecter au financement de la branche autonomie 1,1 Md€ (net d'IS), avec une montée en charge sur deux années (2022 et 2023), sans effet notable sur l'emploi et la croissance (mais avec un accroissement des charges sociales, à rebours des mesures récentes) ;
- **l'abattement de 1,75 % sur l'assiette de la CSG-CRDS au titre des frais professionnels** est calculé sur le montant brut des rémunérations inférieures à quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) (soit dans la limite de 164 544 € bruts annuels pour 2020), et de fait bénéficie plus aux rémunérations élevées. Le plafonnement à 1 PASS au lieu de 4 PASS de l'abattement pour frais professionnels procurerait une recette complémentaire de 150 M€ ;

- la LFSS pour 2018 avait porté le **taux normal de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité** de 6,6 % à 8,3 % (les titulaires de petites retraites ou pensions d'invalidité peuvent soit être exonérés de CSG soit se voir appliquer un taux réduit de 3,8 %). La loi du 24 décembre 2018 a rétabli le taux de 6,6 %, pour les personnes dont le montant de pension est inférieur à 2 000 € nets en 2019. Le taux normal de CSG des retraités (8,3 %), à revenus identiques, est ainsi inférieur de 0,9 point à celui des actifs (9,2 %) alors même que la logique de la CSG est de taxer de façon uniforme les revenus, quelle qu'en soit l'origine. L'alignement du taux normal de CSG des retraités sur celui des actifs en contrepartie de la suppression de la cotisation maladie de 1 % applicable sur la retraite complémentaire (mesure qui pourrait s'effectuer avec une montée en charge sur trois ans) et la neutralisation des gains liés à la suppression de cette cotisation pour les pensions assujetties au taux de 6,6 %, générerait une recette pour les finances publiques de 780 M€ ;
- **les pensions et retraites font l'objet d'un abattement de 10 %** pour le calcul de l'impôt sur le revenu (identique à la déduction forfaitaire de 10 % pour les salariés représentatif des frais professionnels, dès lors qu'ils n'ont pas opté pour les frais réels) alors que les retraités n'ont plus à supporter de frais professionnels. Une réduction de moitié du plafond de cet abattement (de 3 850 € par foyer à 1 925 €) générerait une hausse du produit de l'impôt sur le revenu de l'ordre de 1,5 Md€ ;
- l'application d'une **déductibilité de la CSG de l'impôt au taux de 3,8 % sur tous les revenus de remplacement** conduirait à augmenter l'imposition des seuls retraités redevables de la CSG aux taux de 6,6 % et 8,3 %, ne toucherait pas les retraites inférieures à 1 700 € par mois et induirait un gain de 800 M€ (pour une augmentation limitée de l'imposition de 20 € en moyenne jusqu'à 2 300 € par mois) ;
- la CSA, au taux de 0,3 %, repose sur la même assiette que les cotisations patronales des régimes de base de l'assurance maladie. De ce fait, **la CSA ne s'applique pas à certains éléments sur les revenus d'activité qui font partie de l'assiette de la CSG**. L'extension de la CSA aux revenus d'activité des travailleurs indépendants (qui bénéficient des prestations comme l'APA) à un taux identique à celui des salariés entraînerait un gain de l'ordre de 250 M€. Une extension de l'assiette de la CSA aux compléments de salaires aujourd'hui exonérés (épargne salariale, etc.) générerait un gain d'environ 240 M€. L'assujettissement à la CSA de revenus de remplacement aujourd'hui exonérés (indemnités journalières ou allocations chômage notamment) générerait un rendement de 100 M€ ;
- **le patrimoine** net des français a été multiplié par trois entre 1980 et 2015, passant de 3 500 à 10 600 Md€, et les 10 % des ménages les plus fortunés en possèdent la moitié. Le montant des transmissions atteint 280 Md€ en 2019, et représente 19 % du revenu disponible net des ménages, contre 8,5 % en 1980. Un prélèvement sur la même assiette que les droits de mutation actuels à un taux faible de 0,8 % ou de 1,0 % procurerait un rendement de 400 M€ ou 500 M€. La création d'une nouvelle tranche de 25 % pour des transmissions dont la part taxable se situe entre 284 128 € et 552 324 € (à mi-chemin des actuelles tranches à 20 % et 30 %) générerait un produit de 200 M€.