

La création de la 5^{ème} branche.

En 2003, la canicule cause en France près de 15 000 morts dont 87 % sont âgés de plus de 70 ans. Ce véritable traumatisme fait soudainement comprendre la situation des personnes âgées et leur fragilité. Par la suite, la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées crée la journée de solidarité et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les missions de la CNSA ont été étendues notamment par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015. Enfin, la loi ordinaire et la loi organique du 7 août 2020 créent une 5^{ème} branche de la Sécurité sociale dont la gestion est confiée à la CNSA. Voilà pour le cadre juridique.

Le financement.

Dès le départ, le ver est dans le fruit. Aucune cotisation supplémentaire n'est prévue pour le financement de la CNSA, ce qui nie son caractère de branche de Sécurité sociale.

L'essentiel de son financement **provient de la CSG, donc de l'impôt**, à hauteur de 1,93 %. C'est une transformation en profondeur de sa structure : on supprime une partie du financement par l'Assurance maladie (une cote part de l'ONDAM), en contrepartie de l'affectation d'une fraction accrue de la CSG. C'est plus de 20 milliards de l'assurance maladie qui sont remplacés par de l'impôt.

S'y ajoute la « journée de solidarité » (**ou Contribution de Solidarité pour l'Autonomie-CSA**) qui est une taxe qui, si elle est payée par les employeurs privés comme publics sous forme d'un prélèvement de 0,3 %, est supportée essentiellement par les salariés qui y perdent une journée de congé.

S'y ajoute encore **la Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA) depuis le 1^{er} avril 2013, soit 0,3 % sur les versements de retraite et d'invalidité.** Il faut enfin ajouter un prélèvement sur l'assurance maladie. On est donc dans le cadre d'une enveloppe fermée avec la primauté du financier sur le social.

La mise en garde des présidents de Caisses Primaires d'Assurance-Maladie

Comme le remarquait en 2020 un communiqué des présidents de Caisses primaires de Sécurité sociale d'Occitanie (Ariège, Aude, Aveyron, Gard, Gers, Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Hérault, Lot, Lozère, Pyrénées-Orientales, Tarn, Tarn et Garonne) : *« Les Présidents des CPAM d'Occitanie signalent que ce financement repose à 90 % sur la CSG confirmant ainsi la logique d'étatisation de cette 5^{ème} branche dont la gestion sera également étatisée via la CNSA et dont la « gouvernance » ne repose en rien sur la démocratie sociale qui fonde la gestion de la Sécurité sociale (...) Pour les Présidents des CPAM d'Occitanie, le droit à l'autonomie doit être pris en charge au titre de la maladie dans le cadre de la Sécurité sociale avec un financement par la cotisation sociale ».*

Un héritage historique : la division entre sanitaire et social.

La séparation du sanitaire et du social a été actée par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Dès lors, le secteur sanitaire : hôpital, médecins, infirmiers ... dispensent des soins tandis que le secteur social héberge et accompagne. La loi du 4 janvier 1978 a, logiquement, instauré une double tarification dans le financement des structures concernées ce qui explique le maquis actuel des financements. Plus grave, on a établi ainsi le principe selon lequel on peut soigner des malades au forfait, c'est à dire dans les limites d'un plafond.

Le but de l'opération était bien de ne pas mettre à la charge de la Sécurité sociale le développement prévisible des dépenses de dépendance pour faire des économies sur les cotisations et ne pas fâcher le patronat (On est passé d'un budget de 14 milliards en 2006 à 38,6 milliards en 2023). Le résultat est une complication dans la prise en charge des personnes dépendantes, écartelées entre le secteur sanitaire et le secteur social. Par ailleurs, la réforme de l'aide sociale au début des années 1980 a eu pour conséquences l'instauration d'inégalités dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes selon leur département de résidence.

En effet, à la faveur des lois de décentralisation, l'Etat s'est désengagé du domaine social, transférant aux départements la prise en charge des personnes âgées moyennant une dotation via la CNSA. Les financements de l'Etat n'étant pas à la hauteur, le secteur privé s'est engouffré dans la brèche : ORPEA et consorts. La création de nouveaux EHPAD publics est au point mort les mettant dans une situation critique.

Les interventions de la CNSA/ 5^{ème} Branche.

Le financement de l'aide à l'autonomie se fait dans différents domaines :

- La plus grosse partie du budget de la CNSA est consacrée au financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant les personnes en situation de handicap en perte d'autonomie.
- Elle finance, en tout ou partie, différents types de prestations compensatoires versées aux départements : l'Allocation personnalisée à l'autonomie, que ce soit à domicile ou en établissement, la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), le financement des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).
- Elle soutient également les actions de prévention décidées au sein de la Conférence des financeurs, en plus des prestations légales ou complémentaires déjà versées par les membres de la Conférence.
- Elle verse une dotation complémentaire qui finance les actions des Services d'aide à domicile (SAAD) afin de favoriser ce que les pouvoirs publics appellent « l'approche domiciliaire », actions en faveur de la qualité de vie au travail, actions de lutte contre l'isolement, soutien aux aidants.
- Elle finance le tarif plancher par heure d'intervention des travailleurs sociaux et intervient dans différents domaines en soutien salarial aux

personnels des Services d'Aide à Domicile (SAAD) et Etablissements et Services Médico Sociaux (ESMS).

De fait, la plupart des aides versées par la CNSA viennent en complément des aides légales ou supplémentaires décidées par les départements. Donc tel département pourra verser des aides plus conséquentes aux personnes en dépendance ou aux personnels et tel autre ne le pourra pas, induisant ainsi une différenciation des droits des citoyens en fonction de leur localisation géographique. C'est le contraire de ce que le système par cotisations garantit : les mêmes droits pour toutes et tous, partout sur le territoire.

Ainsi, Départements de France (DF) souhaite une « *simplification des concours de la CNSA afin de revoir un modèle de financement construit au fil de l'eau qui n'est plus en adéquation avec les besoins des personnes âgées et handicapées* ».

Par ailleurs, la Fédération Hospitalière de France, en commentant le récent rapport Pirès-Beaune, estime qu'il « rappelle clairement la nécessité de fusionner les forfaits soins et dépendance », essentiellement en vue de réformer le « modèle économique » des EHPAD.

Et c'est bien là toute la question. Après que les lois de 1975 et 1978 aient disjoint soins et dépendance, la FHF préconise la fusion, mais sous l'égide la CNSA/5^{ème} Branche.

Notre conclusion

Avec la création de la 5^{ème} branche se profile en réalité a mise à l'écart des retraités et des personnes handicapées. Cette « Branche » n'est pas un véritable organisme de Sécurité sociale et sera financée par l'impôt sous toutes ses formes : hausse de la CSG sur les pensions, suppression de déductions fiscales, prise en compte du patrimoine, allongement de la durée de cotisations des salariés.

Pour les 9, la dépendance constitue un risque de santé au même titre que n'importe quelle maladie et doit donc relever de la Branche Maladie de la Sécurité sociale dans le cadre d'un véritable Service public national de l'Autonomie (Attention, certaines déclarations présentent le système actuel comme LE service public de l'Autonomie...)

On pourra se référer pour les précisions chiffrées au site de la CNSA :

https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2023-fr-02.pdf