



**Notes et projets**  
**17 septembre 2020**

## **La révolution de l'autonomie**

**La création de la 5ème branche, consacrée à l'autonomie, est un projet crucial pour notre système de protection sociale. Il importait à Lisa de sortir ce sujet de sa gangue technocratique ou des enjeux financiers de court terme pour expliciter le sens d'une telle construction et les options possibles (en matière de financement, d'organisation territoriale, de gouvernance, de pilotage de l'action publique). Nous avons fait le choix de dérouler le questionnement plutôt que de conclure de façon forcément péremptoire. Le débat doit maintenant se déployer dans toutes les enceintes appropriées.**

*« Mon centre cède, ma droite recule, situation excellente, j'attaque. »*

La politique illustre parfois les maximes en forme de boutades ou de bravades de l'art militaire. Imaginait-on situation plus désespérée que celle de la réforme du Grand âge à l'été 2020, sur le plan des finances publiques à tout le moins ? Depuis des années, les acteurs se sont affrontés sur des histoires de bouclage financier à quelques centaines de millions d'euros. Maintenant que les caisses sont – vraiment – vides, et même plus que vides, maintenant que le mur démographique est tout proche, la solution serait-elle à portée de mains ?

Prestidigitation ? Oui et non. La crise Covid-19 est passée par là. Elle a montré le tribut énorme payé par nos aînés dans les établissements (un tiers des décès COVID-19 depuis le début de la crise) – et pas seulement en France. Elle a renouvelé l'approche du domicile, en l'exacerbant du fait du confinement. Elle a remis à l'agenda la question de l'institutionnalisation, aussi bien pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap. Elle a décuplé les enjeux financiers en promettant aux soignants des revalorisations substantielles et elle a rappelé par la même occasion, à travers l'épisode des primes, l'imbroglio des compétences. Elle a souligné à nouveau le besoin de désenclaver les établissements et de consolider les liens avec l'hôpital, en déployant des dispositifs de télémédecine ou des équipes gériatriques mobiles. Elle a souligné enfin l'importance des responsabilités assumées au plus près des territoires, au niveau même des municipalités, en matière de gestion de crise ou de prévention.

Elle appelle donc au dépassement, au renouvellement.

## L'autonomie n'est pas la dépendance

Bien des spécialistes du secteur du Grand âge récusent le terme « dépendance » depuis de longues années, non pas au nom du politiquement correct mais parce que le terme emporte une vision réductrice de la prise en charge et, au-delà, du soutien aux personnes âgées. La « dépendance » enferme en outre dans le système de prise en charge médico-sociale, historiquement situé, avec ses établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et sa conception étroite du domicile.

Ouvrir le champ, c'est reconnaître le droit au choix des personnes, c'est dilater le temps (ne pas considérer simplement le « grand âge »), élargir l'espace (au-delà des murs des institutions ou du champ clos du domicile) et bien entendu considérer l'autonomie sur ses deux segments – Grand âge et handicap...

## Faire la convergence

A l'issue de la loi sur le handicap de 2005<sup>[1]</sup>, on a beaucoup débattu sur la « convergence PA-PH<sup>[2]</sup> », pour évoquer le rapprochement des dispositifs en matière de vieillissement et de handicap, autrement dit, une convergence des dispositifs destinés aux personnes âgées vers les dispositifs propres au monde du handicap, convergence vers le haut, eu égard notamment à l'absence de considération des ressources pour la prestation de compensation du handicap par rapport à l'allocation personnalisée d'autonomie et ses tickets modérateurs ou à la notion de projet de vie que l'on retrouve d'un côté (handicap) et guère de l'autre (grand âge). Cette perspective d'alignement a tétanisé les budgétaires pendant de longues années et empêché bien des rapprochements concrets de doctrine.

Réunir les deux domaines n'est pas pour autant chose aisée, tant les modes de représentation et d'organisation de l'offre sont différents, les travaux d'expertise ou de prospective stratégique aussi.

## Prendre en compte la prévention

La crise du Covid-19 a montré de façon spectaculaire le coût exorbitant des défaillances en matière de prévention, qu'il s'agisse de l'appropriation des gestes barrières au sein de la population ou des matériels de protection. Serons-nous pour autant plus prévoyants demain ?

Il faut pleinement intégrer la prévention dans la réflexion autour de la branche autonomie et dans sa mise en place, pour maintenir le plus longtemps possible les capacités des personnes pouvant être limitées par le handicap ou l'avancée en âge.

La prévention de l'autonomie est très spécifique, en ce qu'elle relève de l'intime et de l'idée que l'on se fait de soi. Il faut donc une compréhension profonde de l'intérêt des personnes à agir en matière de prévention.

Elle se heurte aux mêmes difficultés que la prévention en matière de santé en général : préférence pour le présent, myopie des agents, absence de retour sur investissement pour les financeurs.

Elle a pourtant pour elle un exceptionnel retour sur investissement potentiel, en matière de prévention des chutes par exemple. Les résultats sont visibles ; ils sont rapides ; ils peuvent être massifs. Il faut naturellement hiérarchiser les stratégies en matière de prévention de la perte d'autonomie, évaluer les actions, choisir les actions les plus coût-efficaces, simplifier le système d'acteurs et favoriser l'émergence d'une politique centrée sur les besoins des personnes.

## **Bâtir une branche de la protection sociale**

A force de remettre sans cesse les réformes à demain, à force de manipuler les vocables (« 5ème risque, « 5ème branche », « réforme du Grand âge », « réforme de l'autonomie », etc.), tout se vaut, tout se mélange.

Il est essentiel pourtant de s'attacher aux problématiques concrètes de cette réforme en germe. Il s'agit de bâtir une branche de la protection sociale dans un champ spécifique, celui de l'autonomie. L'expression « 5ème branche », qui rappelle la notion de « 5ème risque » est un « faux ami » car elle a tendance à placer l'autonomie dans la continuité des autres risques. Or l'autonomie n'est pas seulement un risque qu'on s'apprête à assurer. La cinquième branche n'est pas en outre dans le giron de la Sécurité sociale.

L'équation financière est difficile à résoudre, disons-le. Du moins dans les termes où elle est habituellement posée. Le système de prise en charge est d'ores-et-déjà en tension. La crise du Covid-19 n'a fait qu'exacerber ou révéler des difficultés présentes, en termes de taux d'encadrement notamment. Les chiffres de l'OCDE sont clairs : avec 2,3 travailleurs pour 100 personnes âgées de plus de 65 ans, la France se classe au 21ème rang des pays de l'OCDE, loin derrière les pays comme la Norvège ou la Suède, qui ont plus de cinq fois plus de travailleurs dans le secteur. Le mur démographique est devant nous : il nous faut absorber l'arrivée à l'âge de la dépendance des générations du *Baby boom*. La sortie de crise ajoute une dimension au problème, en laissant augurer une augmentation substantielle des rémunérations. Côté charges, cela fait longtemps qu'on n'a pas raisonné sur à la fois une augmentation de l'encadrement, des effectifs à prendre en charge et des coûts salariaux de cette prise en charge. Incommensurables. En face, les caisses sont vides, les déficits abyssaux et les finances des départements vont être fortement sollicitées dans la période post-crise.

Il faut donc déplacer le jeu et l'ouvrir.

## **Sommaire**

### **I. Une cinquième branche de l'autonomie : pour que faire ?**

#### **II. Financer la 5ème branche**

Les données financières

La spécificité de la 5ème branche

Questions classiques

### III. Les territoires de l'autonomie

La situation actuelle

Dépasser cette approche

ARS / départements

Quel nouveau modèle ?

### IV. Gouvernance et pilotage

Questions posées

La CNSA, agence de la 5ème branche

## I. Une cinquième branche de l'autonomie : pour que faire ?

Comment définir la 5ème branche ? En quoi cet objet est-il spécifique, voire innovant ? En quoi la problématique a-t-elle évolué par rapport aux épisodes précédents (fin des années 1990 et 2007-2010) ? Quelles sont les thématiques à travailler particulièrement ?

L'expression de 5ème branche n'est pas nouvelle : elle a été utilisée pour la première fois par Jean-Pierre Raffarin lors de la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2004-2005. L'idée de « cinquième risque » avait quant à elle circulé dès les années 1990.

En 2017-2018, la grève des personnels des EHPAD et les mouvements sociaux du côté de l'aide à domicile ont relancé une nouvelle fois le débat sur le Grand âge et la qualité de la prise en charge. L'avis du CCNE[3] de 2018 a mis en lumière la maltraitance des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Tout cela a conduit le Président de la République à acter une réforme d'ampleur autour du Grand âge, dont la préparation a reposé sur une vaste consultation conduite par Dominique Libault, qui a abouti à un rapport[4] évaluant notamment un effort budgétaire complémentaire de l'ordre de 8-10 milliards d'euros par an pour faire face au vieillissement de la population.

La crise Covid-19 a depuis renouvelé les questionnements, avec en particulier cette interrogation : si la France avait été dotée d'une véritable politique de l'autonomie, un confinement généralisé de la population sur l'intégralité du territoire aurait-il été nécessaire ?

Mais ce n'est pas sur ces considérations que la 5ème branche a été instituée mais plutôt comme un deal, un pari, une pirouette... Suite à un arbitrage obtenu par le ministre des Solidarités et de la Santé, il a en effet été décidé que la politique pour l'autonomie bénéficierait d'une ressource financière de 0.15 points de CSG à l'horizon 2024 (environ 2.4 milliards d'euros). Ce financement demeure partiel et l'horizon lointain. La contrepartie, en quelque sorte, a été d'acter précocement la création d'une branche autonomie. C'est chose faite depuis le vote de la loi organique n°2020-991 et de la loi n°2020-992 du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie.

Mais pourquoi parler de « branche » et qu'est-ce que cela signifie au juste ?

L'idée fondatrice d'une branche dédiée à l'autonomie est l'articulation d'un modèle personnaliste dans une construction nationale : un modèle qui soit capable de prendre en compte la situation des personnes telles qu'elles sont, là où elles sont.

La notion de choix de la personne distingue cette 5ème branche : il faut tenir compte des aspirations et des préférences des personnes quant aux modalités de prise en charge.

La branche de l'autonomie s'inscrit dans le champ de la protection sociale, au-delà de la Sécurité sociale en tant que telle. En effet, un système de Sécurité sociale se définit par plusieurs éléments :

- Un financement par les cotisations sociales ;
- Une gestion qui intègre les partenaires sociaux ;
- Un réseau de caisses permettant de mettre en œuvre au niveau local des orientations décidées au niveau national ;
- Un principe « *Je cotise selon mes moyens et je reçois selon mes besoins* ».

Or, pour la question de l'autonomie, nous nous inscrivons dans un dispositif qui existe déjà, autour de la CNSA, qui n'a pas de réseau et qui fait intervenir les collectivités territoriales ; et cette branche ne sera pas financée uniquement par les cotisations sociales.

Le terme de « protection sociale » est en effet plus large que le terme « Sécurité sociale » : le périmètre « Sécurité sociale » est complété par une protection sociale complémentaire où interviennent des acteurs divers, comme les retraites complémentaires, l'assurance-chômage, les sociétés d'assurance, les mutuelles...

De plus, la personne aidée au titre de l'autonomie ne recevra pas une ressource qui sature ses besoins en termes financiers, puisque ses dépenses ne seront pas prises en charge en intégralité. Enfin, le montant des aides dépendra du revenu de la personne, voire de son patrimoine, ce qui diffère du mécanisme de la Sécurité sociale.

## II. Financer la 5ème branche

Comment financer la création de la 5ème branche, compte-tenu :

- de l'état actuel des finances publiques et sociales : les branches vieillesse et maladie présenteront en 2020 un déficit de plus de 60 milliards d'euros dû pour l'essentiel à un manque de cotisations ;
- de l'engagement des pouvoirs publics de ne pas augmenter les prélèvements ;
- de la hausse mécanique des dépenses publiques liées à la perte d'autonomie au Grand âge, qui représenteront en 2050 entre 2.4 et 3.0 points de PIB, selon les prévisions de la Commission Européenne ;
- des besoins complémentaires et des publics nouveaux à couvrir dans le champ du handicap : selon une étude de la DREES datée de mars 2017[5], l'effort social consenti en faveur des personnes handicapées s'élevait à 46,6 milliards d'euros en 2014, équivalant alors à 2,2% du PIB. A nouveau, il faut donc raisonner sur une fourchette entre 2,5 et 3 % de PIB pour les dépenses dans

- le champ du handicap à moyen terme, soit un poids global de la branche à hauteur de 5 ou 6% du PIB ;
- sans oublier le coût majeur que représente la revalorisation des rémunérations des personnels de santé ?

Pour faire face, il faut construire un dispositif avec une part très importante de solidarité nationale publique et une part dévolue aux acteurs privés. Il faudra sans doute répartir l'effort par compartiment : participation des usagers avec la question du patrimoine et de la solvabilisation du reste à charge, partage entre solidarité nationale et secteur privé (formules assurantielles éventuellement obligatoires, possibilité de s'appuyer sur les contrats de prévoyance des partenaires sociaux pour y incorporer le risque autonomie...) cf. infra.

La question de la soutenabilité de la réforme au niveau financier devra être travaillée pour éviter qu'elle n'échoue. Pourquoi pas à travers une loi de programmation des ressources publiques à investir dans l'autonomie ?

### Les données financières

Il existe de nombreux rapports sur le périmètre gestionnaire traditionnel du médico-social, qui comprend le financement de l'accueil en établissement et celui de l'aide à domicile à la fois pour les personnes âgées et handicapées.

Le dernier rapport en date côté Grand âge est le rapport Libault (2019) – on peut également mentionner les travaux répétés de l'OCDE, de la Cour des comptes et du HCFEA[6]. Les analyses portées dans ces travaux n'ont pas vraiment vieilli depuis 15 ans, notamment parce que les réponses aux problèmes qu'ils ont soulignés sont restées insuffisantes, voire médiocres, alors que plusieurs de nos voisins européens (Allemagne, Pays-Bas, Suède, etc.) ont entrepris des réformes ambitieuses.

Aujourd'hui (et depuis une dizaine d'années), sur le Grand Age, nous sommes confrontés à :

- Un besoin de rattrapage des effectifs encadrants. Des efforts financiers conséquents ont été menés sur ce plan entre 2005 et 2010-11, mais les moyens ont cessé de croître vigoureusement et continûment par la suite ;
- Un besoin de montée en gamme de la prise en charge ;
- Une augmentation de la charge en soin, dans la mesure où l'on a concentré en établissement les personnes les plus dépendantes et fait sortir peu à peu les GIR 5 et 6 : les crises connues dans les EHPAD à la fin des années 2010 sont la sanction d'une dégradation objective de la prise en charge à état de santé donné ;
- Une fragmentation trop importante de l'offre de soins à domicile, et un manque d'intégration des parcours de soins, notamment entre les établissements et l'hôpital ;
- Un problème d'image du secteur, où les conditions de travail sont souvent difficiles et les rémunérations insuffisantes, d'où des problèmes de recrutement et un *turn over* des personnels très important.

La revalorisation très conséquente des salaires des soignants dans le secteur sanitaire et médico-social suite à la crise du Covid-19 est une réponse à ces difficultés mais

accroît la contrainte financière dans des proportions importantes. A quoi s'ajoute l'arrivée du choc démographique du *papy-boom* (avec effet différé de 85 ans du baby-boom d'après-guerre) dans les prochaines années.

Dans le champ de la prise en charge du handicap, l'approche en matière de prospective financière a souvent été plus parcellaire, prestation par prestation, par type de handicap, pour les adultes vs pour les enfants...

La Conférence nationale du handicap est l'occasion de stimuler régulièrement ces travaux en imposant la mise sur agenda de telle ou telle mesure. Dans ce champ, la construction est donc parcellisée mais les retombées plus directes.

On a besoin de bâtir une approche globale maintenant que la logique de branche va confronter plus complètement les données dans les deux secteurs. Autrement dit, une des préoccupations que l'on doit avoir désormais en matière de rapprochement Grand âge – handicap est la densité des matériaux de prospective financière et organisationnelle dont on dispose de part et d'autre.

### La spécificité de la 5ème branche

La 5ème branche oblige à la convergence réelle personnes âgées/handicapées. Cet objectif existe en fait depuis la loi sur le handicap de 2005. Cela augmente encore la facture côté Grand âge.

L'équation financière apparaît donc difficilement soluble dans le périmètre habituel. Pour la résoudre, il faut décloisonner et désenclaver les financements, les politiques et les prestations : décloisonner le secteur de l'autonomie traditionnelle et ouvrir le secteur de l'autonomie aux autres politiques publiques.

L'intérêt d'une caisse est que l'on isole les recettes et les dépenses ; les recettes sont affectées à des dépenses. Comme évoqué plus haut, on parle à terme d'une branche pesant 5 ou 6 % du PIB.

On doit être capable de montrer que le solde a du sens. Cela conduit les autorités publiques à décrire les conditions dans lesquelles on va équilibrer ce solde dans la durée.

Il existe de nombreux compartiments de financement :

- le périmètre classique des prestations du registre de l'aide sociale : les prestations de compensation (APA[7] et PCH[8]), et les prestations d'hébergement ;
- la catégorie à part des revenus de remplacement à travers l'AAH[9], ou le segment de l'aide à l'emploi des personnes handicapées ;
- le périmètre des soins concourant à la prise en charge des personnes très âgées ou handicapées : soins de long terme aussi bien en établissement qu'à domicile ;
- les financements (pas très conséquents) en matière de prévention ;
- les prestations hors du champ médico-social, en matière de logement en particulier, gérées sous l'égide d'un autre ministère et d'un autre réseau de caisses, en l'occurrence les allocations familiales ;



- les réductions de cotisations patronales et les aides fiscales (crédits d'impôt et réductions d'impôt), qui ont beaucoup crû (par exemple avec l'instauration du crédit d'impôt pour les aides à domicile sous le mandat de François Hollande) ;
- les ressources mobilisées par les personnes âgées ou handicapées elles-mêmes, que cette épargne soit liquide ou non ;
- l'aide alimentaire des proches ;
- les prestations d'assurance et de prévoyance.

Dans le champ du Grand âge, le débat est depuis longtemps focalisé sur les prestations médico-sociales (avec les querelles Etat-départements), le reste à charge porté par les usagers et l'assurance dépendance.

Dans le champ du handicap, des demandes récurrentes sont formulées en matière de couverture des besoins par les établissements et services médico-sociaux, d'extension des droits dans le périmètre courant des prestations et d'accès aux droits pour des populations aujourd'hui mal couvertes (en matière de handicap psychique notamment).

Des questions sont souvent occultées alors qu'elles sont d'importance : ainsi, les montants recensés à travers les aides fiscales pour le financement de l'autonomie sont sans doute largement sous-estimés. Or le système mobilise beaucoup d'argent dans ces incitations fiscales, alors que ce sont des aides assez inégalitaires. Il faut donc une vraie réflexion sur l'équilibre des sources de financement.

D'un point de vue heuristique, l'idée d'une nouvelle branche de la Sécurité sociale apporte des notions issues du domaine de l'assurance et de la protection sociale au champ de l'autonomie :

- Les questions d'équité et de redistributivité ;
- Les échanges entre générations. Au sein d'une fratrie, l'aide déployée pour la prise en charge d'un parent n'est ainsi pas aléatoire : les femmes sont souvent en première ligne et les enfants ne contribuent pas tous également ;
- L'articulation entre solidarité nationale et prévoyance individuelle ou collective (telle qu'elle peut être mise en place au sein de l'entreprise au bénéfice des salariés) ;
- La soutenabilité des restes à charge : comment déclencher la solidarité publique pour que le reste à charge demeure « acceptable » (avec l'idée de « bouclier-dépendance » par exemple) ?
- La faculté de choisir : la possibilité donnée à l'utilisateur d'exercer ses choix pour la mobilisation des enveloppes autonomie est un enjeu décisif. Aujourd'hui, le choix est très borné et très largement déterminé par ce que l'utilisateur connaît de l'offre locale de prise en charge. Par ailleurs, il dispose de peu d'informations sur la qualité des services offerts ;
- La prévention, avec des retours sur investissement en matière de prévention de la perte d'autonomie qui sont, on l'a dit, à la fois rapides et plus marqués que ceux qui l'on peut avoir dans le champ de l'assurance maladie.

## Questions classiques



## *Le patrimoine*

Selon les administrations de Bercy, il n'y a pas de problème de financement de la perte d'autonomie dans la mesure où le patrimoine des personnes âgées est suffisant. Elles ont peut-être raison au plan macroéconomique, mais au plan psychologique et microéconomique, il faut nuancer : la mobilisation du patrimoine intervient à des moments de rupture de la vie qui relèvent de l'intime. On a besoin d'efforts d'ingénierie pour rendre disponible le patrimoine en tant que de besoin. Les conditions dans lesquelles le patrimoine va être mobilisé déterminent en effet la façon dont les personnes vont recourir aux aides publiques ou non : les effets pervers du recours sur succession sont par exemple connus.

## *L'assurance dépendance*

### **Besoins de financement**

Il est certain que tous les progrès technologiques convergent vers plus de sécurité, plus de qualité, une amélioration de la prévention, mais aucun ne va vers une réduction des coûts. De plus, comme il faudra continuer à augmenter les rémunérations dans le secteur médico-social, le reste à charge augmentera. Face à cela, l'outil de l'assurance pourrait dans le futur permettre d'accroître les sources de financement. Aujourd'hui, l'assurance dépendance couvre moins de 2 % des dépenses totales pour le Grand âge selon l'OCDE.

Les organismes assureurs peuvent intervenir pour contribuer au financement des restes à charge pour des personnes qui ne sont pas dans des situations économiques trop défavorisées, mais qui ne sont pas assez riches pour éviter d'avoir tout problème de solvabilisation au moment de la perte d'autonomie. Ils peuvent aussi s'impliquer dans le monitoring des dépenses et en mettant en avant les recours à des services porteurs de valeur pour les usagers, comme c'est par exemple le cas aux Pays-Bas.

### **Évaluation des besoins**

L'articulation entre un étage public et un étage complémentaire doit notamment se faire à travers l'évaluation de la perte d'autonomie. Les assureurs doivent s'aligner sur la grille AGGIR pour sortir de la situation actuelle, où deux principaux systèmes d'évaluation coexistent (la grille AGGIR et une évaluation par les actes de la vie quotidienne). Il faut associer l'ensemble des acteurs (les assureurs, mais pas seulement), dans le cadre d'une commission de la CNSA qui serait chargée de veiller à l'évolution de la grille AGGIR. Les assureurs peuvent en outre s'aligner sur la grille FRAGIRE, utilisée avec succès par la Caisse nationale d'assurance vieillesse pour détecter les personnes âgées fragiles, qui sont par définition concernées par des actions de prévention de la perte d'autonomie.

### **Information et lisibilité**

Il faut une charte de l'assurance dépendance, et un effort d'information, de qualité et de lisibilité, nécessaire pour faire cotiser les personnes jeunes (aujourd'hui, la plupart des gens cotisent pour la dépendance à partir de la retraite – or ils cotiseraient des montants beaucoup moins importants s'ils commençaient 20 ans plus tôt).

Les assureurs pourraient être mobilisés pour informer et communiquer sur l'entrée dans la perte d'autonomie, et permettre, par la prévention, de l'anticiper et de la reculer. Les assureurs pourraient également aider leurs assurés à se projeter, notamment en termes de coûts et de possibilités de solvabilisation (avec des outils de simulation adaptés).

### **Dérives à prévenir**

Face aux craintes qui peuvent se faire jour quant au risque de dérives similaires à celles que l'on connaît en matière d'assurance maladie complémentaire (coûts de gestion et de commercialisation, sursolvabilisation, médiocre articulation avec le régime obligatoire, etc.), il faut souligner quelques différences :

- Les complémentaires santé sont servies en même temps que l'on cotise, alors que dans le champ de la perte d'autonomie liée à l'âge, l'idée est de constituer par les primes une ressource complémentaire pour plus tard ;
- Les dérives de l'assurance maladie complémentaire en termes de solvabilisation ont essentiellement lieu sur de l'appareillage. Là, il y a une dimension d'aide technique importante, mais le gros du besoin d'accroissement de l'accompagnement est l'aide humaine ;
- Il n'y a pas vraiment d'alternative à l'assurance, dont l'avantage majeur est de préfinancer un risque dont le coût va croître de façon sensible.

### **La nécessité d'une parole publique claire**

Les pouvoirs publics doivent porter une parole claire. Sur la question de la prise en charge sanitaire, chacun doit savoir qu'il sera soigné dans les mêmes conditions quel que soit son revenu. En revanche, sur la question de l'hébergement, il faudra souligner, même si c'est impopulaire, que les personnes percevant une retraite de plus de X euros devront avoir une assurance préparée en amont, car rien ne sera dépensé par la collectivité pour leur hébergement. Il faut donc communiquer sur la nécessité de prendre une assurance dépendance tôt. Une clarification de la parole publique est également nécessaire sur la question de l'articulation entre les aides et l'abattement fiscal.

Il faut donc dire que la 5ème branche sera constituée de deux systèmes parallèles complémentaires :

- Un volet reprenant les principes de la Sécurité sociale (notamment « je cotise selon mes moyens, je reçois selon mes besoins ») mais sur un périmètre restreint, celui de l'assurance maladie, étendu à quelques prestations bien identifiées, volet plus étendu dans le champ du handicap que dans celui du Grand âge ;
- Un volet parallèle articulé au premier, avec l'assurance dépendance en appoint notamment, pour des prises en charge d'hébergement.[\[10\]](#)

Politiquement, il faut assumer ce double système et le rendre lisible.

### III. Les territoires de l'autonomie

La notion de territoire recèle une certaine indétermination, voire une incohérence, en ce qu'elle renvoie à l'enchevêtrement des compétences, qui ne permet pas de faire émerger une logique spatiale rationnelle et encore moins une logique d'organisation des services (par des professionnels responsables sur un territoire donné ou par le biais de plateformes de services polyvalentes). Notre système est donc loin de pouvoir bâtir une politique publique fondée sur les attentes des personnes âgées ou en situation de handicap. Dès lors, ce qui est attendu de la réflexion sur la 5ème branche de l'autonomie est clairement une rationalisation.

#### La situation actuelle

Il y a aujourd'hui une vision restreinte et gestionnaire des territoires de l'autonomie. L'espace de gestion des établissements et services médico-sociaux résume le territoire : où il est question d'autorisation, de financement et d'inspection. Les débats sont focalisés dans cet espace limité depuis des années, si on excepte les quelques progrès réalisés à travers la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Cet espace de gestion est non seulement restreint mais il est en plus doublement asymétrique : en termes d'échelon géographique et de portage, avec d'un côté l'opérateur collectivité au niveau départemental, et de l'autre, l'opérateur Etat-assurance maladie avec les ARS[11] au niveau régional. Cf. *infra* le débat ARS-département.

Comme si cela ne suffisait pas, on est face à un imbroglio de compétences, détenues en propre ou partagées selon les types d'établissements et les publics.

Toute cette organisation est un héritage de l'histoire. Il s'agit d'une stratification bâtie au fil du temps, bien plus que d'un schéma rationnel. C'est par souci de compromis entre les acteurs et par crainte de devoir déconsolider les financements, que tout ce système a été construit... et est resté pour l'essentiel figé depuis une quinzaine d'années.

Concernant l'APA[12], il y a une articulation cette fois nationale-départementale, dans un registre de normes et de compensation financière, avec une suspicion réciproque de l'Etat vis-à-vis des départements au nom des disparités départementales, et des départements vis-à-vis de l'Etat au titre de l'insuffisance de la compensation, suspicion heureusement quelque peu tempérée par le travail de la CNSA.

La situation actuelle est également caractérisée par l'absence d'investissement véritable des autres échelons territoriaux dans cette gouvernance :

- La région n'a pas de compétences en propre sur ces questions de l'autonomie : elle va simplement se mobiliser au titre de ses prérogatives en matière d'aménagement du territoire, de développement économique et de formations ;
- Les intercommunalités n'ont pas davantage de compétences en propre : elles vont notamment intervenir au titre de l'habitat et, lorsque l'organisation a été

portée à l'échelon intercommunal, au titre de l'action sociale ; les contrats locaux de santé peuvent également être déployés à cette échelle ;

- Les communes, quant à elles, ont un impact à travers les CCAS[13] et l'action au quotidien des personnels et des élus, mais elles ont davantage perdu de compétences qu'elles n'en ont gagné au fil du temps dans le domaine médico-social.

### Dépasser cette approche

La situation actuelle étant globalement figée depuis une quinzaine d'année, il convient de déplacer les lignes. Les idées-forces pour opérer ce déplacement sont les suivantes :

- des questionnements récurrents autour de la pertinence de l'hébergement en établissement, ce qui percute directement l'approche gestionnaire du territoire ;
- la nécessité de prendre en compte une approche domiciliaire rénovée ;
- le besoin d'ouvrir le champ des politiques publiques ;
- la volonté de dépasser le strict registre du territoire gestionnaire (autorisation-financement-inspection) ;
- la nécessité de renouveler le débat sur le plan des financements.

### ARS / départements

Le fait de conduire une réflexion sur une 5ème branche de protection sociale recèle une ambition à retrouver en termes d'organisation territoriale globale. Ce qui est fondamentalement attendu est bien plus une restructuration d'ensemble qu'un ravaudage de compétences.

Le couple, le duo, la dyarchie ARS-départements est naturellement au centre des débats. De façon peut être excessive d'ailleurs ou mal positionnée.

Il est en effet précieux de distinguer l'objet de l'action publique (que fait-on en matière de régulation ?) et l'acteur (qui fait ce travail ?).

La loi HPST[14], qui a créé les Agences régionales de santé (ARS), avait, en quelque sorte, organisé la confusion. Lorsque les ARS ont été mises en place, le schéma technocratique était en effet le suivant : il fallait fermer des lits à l'hôpital et se préparer à faire face au vieillissement de la population, en créant donc plus de places en EHPAD, ou en repensant les possibilités de soins à domicile. Les Agences Régionales d'Hospitalisation ont alors été transformées en ARS dans le but de prendre en compte globalement les sujets santé et médico-social. Pour quel résultat ? Il n'y a pas eu, quelques années après la création des ARS, de réel déversement de places de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) vers la prise en charge du Grand âge. Cette faible bascule s'explique en particulier par la complexité des mécanismes tarifaires (séjour hospitalier / séjour dans le médico-social) et par l'enchevêtrement des lieux et des niveaux de décision.

Notre système est de fait fondé sur la logique ancienne et bureaucratique de l'autorisation. Cette construction gestionnaire du territoire est organisée, encore aujourd'hui, essentiellement autour de la notion de places. Ces règles d'autorisation

et de financement, combinées avec la dispersion de la gouvernance et des tutelles, concourent à figer les prises en charge : on finance les structures et chaque structure n'a d'autre ambition que de persévérer dans son être, avec l'appui de sa tutelle.

En dehors de la question de l'institution tutélaire, c'est ce schéma qu'il s'agit avant tout de dépasser. Il faut aujourd'hui permettre la transformation radicale des logiques d'autorisation, qui sont extrêmement complexes et séquentielles. Des dispositifs donnant une autorisation globale à un opérateur qui contractualise avec les acteurs publics (communautés de communes, départements ou ARS) sembleraient une alternative adaptée. Cela nécessite plus que jamais la mise en place d'un réel système d'information.

Le débat sur les ARS versus les départements est aussi de savoir comment les unes ou les autres sont susceptibles de se déployer globalement en matière d'accompagnement des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, de prévention et de prise en charge des maladies chroniques, etc.

Les ARS peuvent avoir un rôle à jouer sur le territoire, à condition de déconcentrer leur action. En effet, ce n'est pas le siège des ARS qui peut accompagner les projets pour l'autonomie dans les territoires, cela doit être réalisé à un niveau plus fin.

Au-delà, la question de la décentralisation, c'est-à-dire le fait de donner la compétence pleine et entière au département ou à un niveau infra-départemental, peut être posée.

En fait, soit les ARS mettent en place une forte déconcentration, avec une vraie délégation de pouvoir donnée au délégué départemental par le directeur de l'ARS, soit elles s'effacent devant les départements.

Encore une fois, le débat est figé depuis de nombreuses années, et il est même régressif, dans la mesure où l'idée de délégation de compétence ARS-Département avait été évoquée au milieu des années 2000, pour mettre dans une seule main les ressources de la prise en charge, plutôt que celles-ci soient dispersées entre plusieurs acteurs gestionnaires.

Ceci dit, il n'est pas certain que les départements soient tous aujourd'hui en mesure de reprendre les missions des ARS et de les exercer pleinement, d'où l'intérêt d'une articulation avec les intercommunalités.

La mise en place de la 5ème branche est l'occasion d'une clarification.

### **Quel nouveau modèle ?**

Aujourd'hui, les acteurs gestionnaires (Etat et collectivités) sont superposés sur un périmètre étroit. Un modèle de régulation sur un spectre plus large apparaîtrait plus adapté :

- Il est nécessaire de consolider les allocations publiques dans un régime national harmonisé où les questions centrales seront celles de la redistributivité, de l'évaluation des besoins, du panier de biens et services et du financement ;
- Il convient d'accorder une place significative à l'analyse des besoins territoriaux et à la place des usagers dans la prescription de ces éléments d'offre

territoriale : autrement dit, ce n'est pas l'offre de services existante qui doit toujours prévaloir ;

- Il est possible de s'inspirer d'autres secteurs de l'économie ou de l'action publique, où l'on a développé la notion de collectivité organisatrice ;
- Les notions territoriales clés, à travailler pour leur antagonisme, vont être celles d'unité, de subsidiarité et de diversité.

Les sources d'inspiration possibles sont nombreuses :

- En 2004, le modèle de chef-de-file de l'action sociale et médico-sociale (en l'occurrence, le département) a émergé mais n'a jamais été véritablement déployé. La collectivité désignée est le chef-de-file au milieu des autres collectivités (y compris les opérateurs d'Etat). Derrière cette notion, il y avait bien l'idée d'une « collectivité organisatrice » ;
- Le choix institutionnel des pays scandinaves est intéressant. La Suède a, par exemple, opté pour une forte régulation publique par l'Etat au niveau financier et règlementaire, et en même temps pour une organisation de l'offre qui se fait sur la base des communes (de la taille de nos communautés de communes). Le maillage suédois vaut à la fois pour l'assurance maladie et pour le grand âge ;
- L'implication au plus près les municipalités est aussi l'axe central des réformes qui ont été menées avec succès dans des pays comme la Norvège ou les Pays-Bas. Elle permet notamment un meilleur contrôle de la qualité des prestations et de l'adéquation de l'offre de services aux besoins ;
- La France pourrait aussi s'inspirer d'initiatives mises en œuvre dans plusieurs pays de l'OCDE. Le Canada, le Royaume Uni et la Norvège mettent par exemple l'accent sur le financement de politiques dites de « ré-autonomisation » (reablement), qui financent des services pour réapprendre aux personnes en situation de perte d'autonomie à exécuter les activités de la vie quotidienne. Ces mesures sont souvent efficaces : elles sont moins coûteuses que des aides « traditionnelles » et améliorent la qualité de vie des personnes ;
- Le modèle de la petite enfance peut être source d'inspiration. Il s'agit là aussi de ménager la diversité des prises en charge, notamment pour ce qui concerne l'organisation des prestations (avec une rationalisation intervenue dans les années 2000), la relation entre la caisse nationale et le réseau, l'articulation avec les collectivités locales... Avec des différences cependant : sur le champ de l'âge, c'est la personne elle-même, en tant que citoyenne à part entière qui doit choisir ce qu'elle veut comme projet de vie. C'est pourquoi la politique du handicap est également très inspirante, puisqu'elle s'est construite autour de ce principe ;
- Il peut y avoir un embryon d'organisation territoriale à travers les MDPH[15] devenues à certains endroits MDA[16] ;
- Enfin, dans un autre secteur, la façon dont est gérée la diversité des échelles spatiales et des modes de prise en charge dans le champ des transports est elle aussi intéressante.

## IV. Gouvernance et pilotage

### Questions posées

Lorsqu'est introduite la notion de gouvernance, parle-t-on de gouvernance, autrement dit des institutions et des instances, ou parle-t-on de pilotage ? Un mode de gouvernance, c'est au fond la définition d'un cadre et d'un objectif à atteindre ; le pilotage, c'est le souci de garantir que le résultat est atteint jusqu'au dernier kilomètre. Pour l'autonomie, l'enjeu, c'est avant tout le pilotage.

La gouvernance ne saurait en tout cas être séparée des problématiques financières : la gouvernance de ce risque ou de cette branche (selon que l'on retient un périmètre étroit ou plus large) doit être incarnée dans les engagements financiers de l'ensemble des acteurs. Cela nécessite d'impliquer dans la gouvernance à la fois l'Etat, l'Assurance maladie, mais aussi les autres financeurs : les autres caisses de Sécurité sociale, les conseils départementaux, les usagers eux-mêmes, etc.

Il faut aussi évoluer vers une gouvernance plus ascendante, qui parte des territoires. Il faut une organisation territoriale vertueuse, ce qui suppose un diagnostic territorial : qui sera l'organisateur, qui sera le financeur ?

Il faut, on l'a dit plus haut, largement simplifier le fonctionnement du système d'acteurs. Le système actuel est le résultat de la dispersion des compétences et de l'accumulation de dispositifs de liaison entre des acteurs qui restent très éclatés.

Il existe un large consensus sur l'idée que la CNSA soit l'institution de gouvernance responsable de la 5ème branche au niveau national.

Au-delà, se posent des questions quant aux missions précises de l'opérateur national de cette branche (cf. infra) et sur l'organisation du réseau, sur lequel s'appuie cet opérateur national. Et derrière ces deux entités, il y a une question de gouvernance, respectivement au niveau national et au niveau des territoires.

Par rapport à des objets relativement plus simples tels que l'assurance maladie, avec l'autonomie s'ajoute un degré de complexité en ce que la politique en question repose au moins sur deux pieds : un pied Sécurité sociale et un pied collectivité locale. Et si on considère non pas le champ Sécurité sociale mais un champ plus large, il y a un troisième pied autour de la protection complémentaire. Donc la gouvernance est forcément composite, aussi bien au plan national qu'au plan du réseau.

Les objectifs en matière de pilotage sont sinon assez clairs :

- La simplicité : les Français ne comprennent pas le système. Il faut que nous soyons collectivement capables de fabriquer un modèle convainquant pour nos concitoyens. C'est à cette seule condition qu'on pourra leur demander de consentir à de nouveaux prélèvements ;
- L'égalité : les Français ne sont pas égaux face aux risques de perte d'autonomie. Il faut alors que le cadre national garantisse ce principe en prenant en compte l'existence des déterminants socio-économiques (revenu, éducation etc.) de la perte d'autonomie et de ses conséquences ;
- La soutenabilité du reste à charge : une fois réaffirmé le principe d'égalité, se pose la question de ce qui doit rester à charge et de la façon de définir un socle de prestations et de services relevant de la solidarité nationale ;



- Une forme de rationalisation : le financement est dans certains cas dual (ARS/département) et la tutelle d'autorisation dispersée. Certains prônent une unification, notamment pour le financement des séjours en établissement ;
- L'affirmation du rôle de la prévention : le volet prévention est peu développé aujourd'hui et il convient de le renforcer.

Faut-il tout chambouler et créer quelque chose de radicalement nouveau, ou faut-il faire avec ce qui existe ?

En termes fonctionnels et sur le terrain, le guichet unique semble être une réponse, qui correspond à la demande des citoyens. Il conviendrait alors de mettre ce guichet à un niveau territorial avec un mode de pilotage très intégré, par la réunion des parties prenantes. L'idée est alors de se rapprocher des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) qui fonctionnent relativement bien, avec de bons délais de traitement, une bonne fonction agencielle et une fonction de conseil. Enfin, pour que ce guichet unique fonctionne de manière efficiente, c'est tout le système d'information de ces différents acteurs qu'il va falloir harmoniser. Sur le front du handicap, l'harmonisation a déjà été réalisée.

### La CNSA, agence de la 5ème branche

Une caisse qui soit une agence... Oxymore, provocation ou plutôt accomplissement d'un destin ?

Autrement dit, faut-il une « agence » ou une « caisse » pour l'autonomie ? Discussion ésotérique ? Pas tant que cela si on veut bien y réfléchir un peu.

A partir du moment où la politique de l'autonomie doit être transversale et sortir du champ unique de la protection sociale, il faut que la CNSA soit un organisme non pas gestionnaire, mais assembleur de politiques publiques disjointes concourant toutes à renforcer l'autonomie des personnes (comme la politique du logement, par exemple). D'où l'importance des territoires, qui permettent souvent une approche plus transversale, et la nécessité de décroisonner les champs public/privé, national/local, protection sociale/hors protection sociale... D'où l'importance aussi de la notion de régulation, au sens fort du terme.

### Flash-back

- 2003 – La canicule frappe de plein fouet les personnes âgées ;
- 2004 – Création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour une raison très simple : le gouvernement avait décidé de demander à la solidarité nationale de consentir des ressources nouvelles à destination des personnes âgées par la voie d'un prélèvement obligatoire sur le travail. Le principe de l'affectation de ces ressources s'est matérialisé par la création de cette caisse-agence.

L'histoire qui a commencé à être bâtie en 2003 demeure ce que l'on cherche à bâtir aujourd'hui. Ceci prouve bien que les fondamentaux et les principes étaient bons.

Parallèlement, il y a là une forme de contradiction dans les termes dans la mesure où on a toléré un objet spécifique lorsqu'il s'attachait à une ressource elle-même spécifique et très modeste – en l'occurrence cette contribution nouvelle demandée à la Nation pour les personnes âgées – alors qu'il s'agit aujourd'hui de bâtir une branche ambitieuse et dotée de moyens importants ou du moins retraçant ces moyens. Ainsi, comment passer d'un modèle à petit budget géré en propre ou retracé par la Caisse à un registre de près de 75 milliards aujourd'hui, 100-120 milliards demain, avec un pilotage plus performant et des objectifs identifiés ?

En 2004, il est logique que la question de l'agence se soit posée au moment de créer une structure porteuse des politiques de l'autonomie. Compte tenu des incertitudes sur la performance des politiques publiques, il semblait intéressant de tester les propriétés de cette catégorie d'acteurs promue par le « nouveau management public » et développée dans des contextes principalement anglo-saxons<sup>[17]</sup>.

Les arguments à l'époque étaient en fait parfaitement ambivalents.

Certains plaidaient pour l'agence :

- on avait créé ou on allait créer des nouveaux dispositifs ambitieux : la médicalisation des EHPAD, l'APA, bientôt la PCH ; il était sage de gagner en expertise et en capacité d'agir alors qu'on mobilisait enfin des moyens conséquents ;
- on avait esquissé un schéma de gouvernance plus rationnel, en faisant des départements les chefs de file de l'action sociale et médico-sociale : l'opérateur territorial se dessinait enfin de façon plus nette ;
- comme on l'avait fait dans le domaine de la sécurité sanitaire, il pouvait être sage de mettre à distance du politique les dommages potentiels de l'insuffisance des politiques publiques ;

D'autres portaient une autre logique :

- mobilisant des crédits d'assurance maladie, il était logique que l'image de la caisse de sécurité sociale ait été prégnante ;
- la tradition juridique française invitait à recourir à la catégorie de l'établissement public, avec personnalité juridique et... exercice habituel de la tutelle ;
- l'idée de chef de file départemental n'a guère prospéré : très vite après qu'on avait donné aux départements la maîtrise des schémas départementaux, les ARS sont venues affirmer peu à peu leurs prérogatives, avant que les départements se recroquevillent sous le poids des contraintes financières ;
- les lois annuelles de financement de la sécurité sociale et les lois spécifiques (type Adaptation de la société au vieillissement) ont préservé la capacité d'agir – ou l'impression de pouvoir agir – des administrations centrales manipulant au gré des textes l'ensemble des moyens d'action à la main d'une agence normalement constituée : normes en tout genre, règles de tarification, outils de péréquation...

Au final, au lieu que d'être une agence, la CNSA a été au gré des époques et des directions :

- le lieu d'une ambition... inaboutie dans les faits ;
- un centre d'expertise reconnu ;
- un lieu de dialogue maintenu avec les départements ;

- une caisse ;
- un fonds qu'on mobilise en tant que de besoin pour financer les initiatives de la tutelle,... ce qui est la négation même de l'agence.

Avantage malheureux de cette évolution, on ne lui a guère demandé de comptes sur ses résultats, son impact sur l'évolution de l'offre et de sa répartition.

Les choix originels – ou les évolutions qu'a connues la Caisse – sont néanmoins réversibles et il est nécessaire d'envisager cette refondation pour répondre aux besoins du moment et aux besoins futurs, à nouveau incarnés sous l'emblème de la « 5ème branche ».

### Caractéristiques d'un nouveau modèle

- En termes de prestations, il faut revenir à la logique originelle de l'allocation à la personne – et non du financement des structures : à niveau de besoin de prise en charge donné doit correspondre une certaine dotation au titre de la solidarité publique (sans préjudice de possibles tickets modérateurs prenant en compte les revenus courants et le patrimoine) ;
- Cette allocation a vocation à rassembler, dans le champ du Grand âge, l'ensemble des ressources aujourd'hui mobilisées par la collectivité au titre de la première ligne de prise en charge des personnes âgées (prévention, soins de ville courants, soins de long terme à domicile ou en établissement, aide à l'hébergement) ;
- L'effacement des barrières d'âge doit se concrétiser (15 ans après la loi de 2005 qui affirmait ce principe), ouvrant la voie à une convergence des prestations ;
- Cette allocation autonomie est financée sur une base nationale et gérée par la CNSA-ANSA ;
- Elle est mise à disposition des opérateurs territoriaux (communes / intercommunalités) dans le cadre d'une contractualisation pluriannuelle et d'une stricte péréquation ;
- Le département – ou à défaut l'ARS – est autorité organisatrice de la prise en charge, chargée donc de la planification de long terme et de la régulation de l'offre ;
- Les opérateurs territoriaux sont guichet unique pour les particuliers et les familles ; ils contractent en tant que de besoin avec des opérateurs polyvalents (dans le cadre de marchés de prestations ou de DSP).

Dans ce schéma, la CNSA a une série de responsabilités conformes à sa vocation d'agence :

- Mobiliser de l'expertise pour le paramétrage de l'allocation individuelle ;
- Définir un cadre de péréquation national et une action de lissage des dotations dans le temps ;
- Bâtir une contractualisation avec les opérateurs territoriaux ;
- Contribuer à la régulation du système de prise en charge (et à l'organisation des marchés) en lien avec les autorités organisatrices décentralisées.

Elle est mandatée, dispose de l'autonomie opérationnelle et doit rendre des comptes sur chacun de ces registres.

Cette note, rédigée par **Stéphane Le Bouler**, président de LISA, est issue d'un séminaire organisé par LISA, en partenariat avec l'Institut Droit et Santé (Université de Paris), qui a notamment bénéficié des interventions de **Marc Bourquin**, conseiller Stratégie à la Fédération hospitalière de France ; **Etienne Caniard**, vice-président du groupe Matmut, ancien président de la Fédération nationale de la Mutualité française ; **Cyrille Isaac-Sibille**, député du Rhône ; **Geneviève Mannarino**, vice-présidente du Conseil départemental du Nord ; **Pierre Mayeur**, directeur général de l'OCIRP ; **Marie-Anne Montchamp**, présidente de la CNSA ; **Lydia Morlet**, co-directrice de l'Institut Droit et Santé ; **Thomas Rapp**, maître de conférences à l'Université de Paris, **Michel Yahiel**, directeur des retraites et de la solidarité, Groupe Caisse des dépôts, lors de quatre séances de travail en juin et juillet 2020.

[1] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

[2] Personnes âgées – personnes handicapées

[3] Comité consultatif national d'éthique.

[4] Dominique Libault, Grand âge, [Le temps d'agir](#), mars 2019

[5] DREES, Etudes et Résultats, "Les dépenses en faveur des personnes handicapées ont progressé de 13,5 milliards d'euros de 2005 à 2014.", n° 999, mars 2017.

[6] Haut conseil de la famille et de l'âge.

[7] Allocation personnalisée d'autonomie.

[8] Prestation de compensation du handicap.

[9] Allocation aux adultes handicapés.

[10] Une des possibilités évoquées à la fin des années 2000, à retravailler, était de présenter le choix suivant aux Français, dès l'âge de 40 ans : soit l'on cotise 10 ou 15 euros par mois pour s'assurer contre la dépendance, soit les aides publiques dont on bénéficiera à l'âge de la dépendance seront reprises sur notre patrimoine (gage patrimonial).

[11] Agences Régionales de Santé

[12] Allocation Personnalisée d'Autonomie

[13] Centre communal d'action sociale

[14] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

[15] Maison départementale des personnes handicapées

[16] Maison départementale de l'autonomie

[17] Expertise spécialisée, autonomie, moyens d'agir, évaluation sur les résultats : telles sont les principales propriétés de l'agence. L'étymologie nous guide : l'agence fait et elle est jugée – et avec elle ses dirigeants – pour ce qu'elle fait. L'agence ne se définit pas par sa personnalité juridique : elle peut ne pas être identifiée juridiquement. Elle ne se substitue pas aux administrations centrales ; elle impose de retravailler la division du travail avec elles. Elle n'est pas pérenne ; a priori elle cesse d'exister avec les problèmes qu'elle est censée traiter.