

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

DU PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE

« INVALIDITÉ ET DISPOSITIFS GÉRÉS PAR LA CNSA »

En 2008, le montant des dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées s'est élevé à 45 milliards d'euros. Ces dépenses sont financées par une diversité d'acteurs : l'État, les organismes publics comme la sécurité sociale et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ainsi que les départements. Par ailleurs, le monde associatif joue un rôle important dans la gestion de ce secteur.

La population des personnes souffrant d'une restriction d'activité est très hétérogène et potentiellement étendue (*cf. indicateur de cadrage n° 1*). Toutes les situations de ce type n'appellent pas nécessairement une prise en charge par la collectivité. Si on se limite aux effectifs de bénéficiaires des différentes prestations en faveur des personnes handicapées et âgées, on peut dénombrer au 31 décembre 2008 plus d'un million de pensionnés d'invalidité, près de 850 000 bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), 100 000 bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), près de 60 000 bénéficiaires de la nouvelle prestation de compensation du handicap (PCH), et 1,1 million de personnes âgées titulaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). S'agissant des enfants, plus de 168 000 sont bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Au cours des dernières années, ce champ des politiques sociales a connu d'importantes réformes résolument orientées vers l'amélioration des conditions de vie des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Ainsi, s'agissant des personnes âgées, la prestation spécifique dépendance (PSD) créée en 1997 a été relayée, dès 2002, par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation universelle dont le champ est considérablement plus large en termes de degrés de perte d'autonomie éligibles à la prise en charge. Face à la progression rapide des coûts, un réajustement de cette prestation est intervenu dès 2003.

Deux ans plus tard, l'adoption de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 traduit la volonté de mobiliser la société civile et les acteurs économiques en faveur des personnes handicapées, au travers des orientations suivantes :

- l'accès des personnes handicapées à tous les domaines de la vie sociale (éducation, emploi, cadre bâti, transports...);
- la participation des personnes handicapées et la proximité des services à leur disposition, mises en œuvre par la création des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH);
- le droit à compensation des conséquences du handicap, principe qui s'est concrétisé notamment par la création de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2006, laquelle doit apporter une contribution essentielle à la réalisation du projet de vie de la personne handicapée.

L'originalité de l'architecture de la prise en charge de l'autonomie en France réside dans l'alliance entre une gestion décentralisée et un souci d'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. À cet effet, la CNSA est chargée de veiller à la bonne allocation des aides et dispose d'un levier financier à travers les fonds qu'elle apporte aux collectivités locales qui restent maîtres d'œuvre sur le terrain. C'est également la CNSA qui gère l'objectif global de dépenses en matière d'établissements et de services médico-sociaux en complétant sur ses ressources propres l'apport financier de l'assurance maladie.

Bien que le risque de perte d'autonomie n'entre pas entièrement dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale – la CNSA est cependant selon l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale un « organisme finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie » –, un programme de qualité et d'efficience est consacré aux politiques

visant à leur prise en charge, afin de fournir au Parlement les informations nécessaires à l'analyse de leurs interactions, notamment financières, avec les politiques de sécurité sociale proprement dites.

Le programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » comporte quatre objectifs principaux :

- Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides.
- Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées.
- Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées.
- Garantir la viabilité financière de la CNSA.

Les résultats obtenus par les politiques de compensation de la perte d'autonomie seront successivement examinés au regard de ces quatre objectifs.

Objectif n° 1 : assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides

Les prestations d'invalidité répondent à l'approche classique de la sécurité sociale, tendant à assurer les travailleurs contre le risque de perte ou de diminution des revenus à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle. Un filet de protection est prévu pour les personnes qui voient la réalisation de ce risque survenir alors même que leur période de cotisation et leurs rémunérations perçues sont trop réduites pour ouvrir des droits à une pension suffisante. L'État intervient dans ce cas à travers le financement de l'allocation du Fonds spécial d'invalidité (FSI), allocation différentielle opérant selon des modalités proches de celles du « minimum vieillesse » dans le domaine des retraites. L'indicateur n° 1-1 mesure la proportion de bénéficiaires de pensions d'invalidité complétées par l'allocation du FSI : à 15 % en 2008, cette proportion est orientée à la baisse depuis le début de la présente décennie, ce qui traduit la préservation d'une logique contributive forte du dispositif de prise en charge de l'invalidité.

Objectif n° 2 : répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées

Face au besoin d'autonomie, un des principaux enjeux des politiques publiques consiste à permettre aux personnes handicapées de demeurer

à domicile, dans la mesure du possible et de leurs souhaits. Si cet objectif ne peut pas être rempli, une prise en charge au sein de structures d'accueil doit être possible.

Répondre aux besoins de maintien à domicile ou d'hébergement de personnes handicapées requiert en premier lieu une offre d'établissements et de services médico-sociaux suffisante en nombre total et équilibrée dans sa répartition sur le territoire. A cet égard, l'indicateur n° 2-1 fait état de disparités importantes entre régions, tout particulièrement dans le domaine des établissements et services accueillant des handicapés adultes. Au-delà du nombre de places disponibles d'accueil en établissements et en services pour personnes handicapées dans les territoires, l'analyse des dépenses médico-sociales rapportées à la population montre également des disparités qui peuvent traduire des choix différents quant à la nature des établissements et services financés. Le plan « Handicap » annoncé par le Président de la République lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008, qui prévoit d'engager la création de 50 000 places supplémentaires d'accueil des personnes handicapées d'ici à 2012, permettra d'améliorer tout à la fois l'offre globale au niveau national et sa répartition territoriale.

Les politiques du handicap ont été traditionnellement axées sur l'hébergement en établissement qui permet de répondre aux besoins les plus lourds, ce qui se traduit par une part minoritaire des services au sein des structures médico-sociales en faveur des personnes handicapées : 25,7 % pour les enfants, et 15,9 % pour les adultes (indicateur n° 2-2). Ces politiques doivent évoluer pour permettre plus fréquemment le maintien à domicile, au moyen d'une offre de services plus diversifiée. Ainsi, le plan de création de places annoncé le 10 juin 2008 prévoit-il que près de la moitié des places dont la création sera engagée d'ici à 2012 porteront pour les enfants sur les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et pour les adultes sur les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Il reste qu'un trop grand nombre d'enfants ou d'adultes handicapés éprouve des difficultés à bénéficier effectivement d'une place d'accueil en établissement ou service une fois obtenue une décision favorable de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Il entre dans les missions de ces Maisons départementales de

suivre l'exécution de leurs décisions, et à cet égard des travaux sont en cours sous l'égide de la CNSA pour harmoniser les systèmes d'information des MDPH, afin de réaliser un recueil national de données relatives au nombre de personnes dans l'attente de l'exécution d'une décision.

Au delà de la prise en charge des besoins médico-sociaux des personnes handicapées, la compensation du handicap repose, depuis la loi du 11 février 2005, sur la prise en compte du projet de vie global de ces personnes, au moyen de la prestation de compensation du handicap (PCH). Cette prestation comporte cinq volets d'aides – humaines, techniques, liées au logement et au véhicule, spécifiques, animalières – dont la combinaison est adaptée aux besoins de chaque personne. L'année 2008 a vu la montée en charge de cette prestation franchir une nouvelle étape, avec 100 000 demandes contre 84 000 l'année précédente, et surtout 112 000 décisions rendues contre 77 000 en 2007 (*indicateur n°2-3*).

Jusqu'en 2007, les enfants handicapés ne pouvaient accéder qu'à un seul volet de la PCH. Ils bénéficient en effet de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), assortie ou non d'un complément en fonction des charges supportées par leurs familles. En 2008, 161 500 enfants d'assurés du régime général ont reçu cette allocation. Depuis le 1^{er} avril 2008, les familles peuvent, tout en conservant le bénéfice de l'AEEH, exercer un droit d'option entre un complément de l'AEEH et la PCH, afin de déterminer le dispositif le plus favorable à l'enfant (*indicateur n° 2-4*).

Objectif n° 3 : répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées

Dans le domaine des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées, l'offre d'établissements et de services médico-sociaux apparaît répartie de façon plus homogène sur le territoire qu'en ce qui concerne les personnes handicapées, et les écarts résiduels vont en diminuant, en nombre de places comme en euros dépensés par habitant (*indicateur n° 3-1*). Une certaine complémentarité existe avec les prestations des infirmières libérales, les taux d'équipement apparaissant les plus faibles là où les densités d'infirmières sont les plus fortes.

Comme pour les personnes handicapées, la préoccupation du maintien à domicile des

personnes âgées constitue un axe majeur des politiques de prise en charge de la perte d'autonomie. Les services qui favorisent le maintien à domicile des personnes âgées – services de soins infirmiers à domicile, accueil de jour et hébergement temporaire – ont vu leur part dans l'ensemble des structures médico-sociales accueillant des personnes âgées dépasser 16 % en 2008, en progression par rapport à l'année précédente (*indicateur n° 3-2*). Prolonger cette évolution au cours des prochaines années constitue un enjeu majeur, afin que la proportion de personnes âgées bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie vivant à domicile augmente à tous les niveaux de perte d'autonomie, ce qui n'est pas encore le cas pour les personnes les plus lourdement dépendantes (*indicateur n° 3-3*). Des efforts adéquats de création de places en services pour personnes âgées devront donc être poursuivis afin d'accompagner la progression rapide du nombre de personnes âgées dépendantes dans le contexte du vieillissement de la population.

Proportion de bénéficiaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie vivant à domicile selon le degré de dépendance

	2005	2006	2007	2008
GIR1	22%	23%	24%	20%
GIR2	39%	40%	40%	40%
GIR3	65%	66%	67%	68%
GIR4	76%	77%	78%	79%
Total	59%	60%	61%	62%

Source : DREES.

En ce qui concerne l'évolution du système de protection sociale relatif au risque de perte d'autonomie, le Président de la République a annoncé en mai 2009 que ce chantier, entamé en 2008, sera poursuivi en 2009-2010. Un débat public sur la place des aînés dans la société sera ainsi initié au quatrième trimestre 2009.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées constituent des formes de dépendance pour lesquelles un nombre croissant de personnes âgées sont traitées. Cependant, les dispositifs généraux de compensation de la perte d'autonomie ne prennent pas toujours parfaitement en compte la nature comportementale de cette dépendance, et en particulier répondent de façon imparfaite à la charge physique et mentale que constitue pour un aidant familial l'assistance à une personne malade. Le plan Alzheimer 2008 – 2012 lancé le 1^{er} février 2008 par le Président de la République constitue un

ensemble de dispositions visant à améliorer la prise en charge des malades et le soutien aux aidants, à favoriser une mobilisation de la société en faveur des enjeux éthiques et sociaux liés à la maladie d'Alzheimer, et à stimuler la recherche médicale. L'indicateur n° 3-4 comporte une sélection des indicateurs qui sont destinés à suivre les réalisations de ce plan.

Objectif n° 4 : garantir la viabilité financière de la CNSA

La viabilité financière de la CNSA est assurée par la pluralité de ses sources de financement. La Caisse perçoit en effet la composante médico-sociale de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), 0,1 point de contribution sociale généralisée (CSG) et l'intégralité de la nouvelle contribution de solidarité autonomie (CSA). Cette dernière contribution, assise sur les salaires et les revenus du patrimoine au taux de 0,3 %, a été instaurée à la mi-2004 afin de pérenniser le financement de l'APA, de contribuer à la construction d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées et de lancer la PCH.

En matière de financement des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées ou âgées, la CNSA prend en charge l'objectif global de dépenses en faveur de ces établissements (14,2 Md€ en 2008) en mobilisant l'ONDAM médico-social (12,9 Md€) et un apport prélevé sur ses ressources fiscales propres (1,2 Md€). Cependant, les charges de prestations relatives aux établissements et services médico-sociaux ne se sont élevées qu'à 13,8 Md€ en 2008 (*indicateur n° 4-1*). L'exercice 2008 s'est donc à nouveau caractérisé par une sous-consommation de l'objectif global de dépenses, presque entièrement dû aux dépenses en faveur des établissements et services pour personnes âgées.

La persistance de ces sous-consommations est préoccupante dans un contexte de rareté des fonds publics. Les excédents ainsi constitués ont toutefois été utilisés au cours des exercices précédents pour soutenir l'investissement, permettant la rénovation et la modernisation des établissements pour personnes âgées. Il convient à présent de faire évoluer la planification des places en établissements et services pour personnes handicapées et âgées, le suivi des réalisations effectives des places – compte tenu des délais

importants qui séparent le début de la construction et la mise à disposition des places -, et la programmation budgétaire des concours de la CNSA, afin de parvenir sur le moyen terme à une allocation des moyens au secteur médico-social conforme à ses capacités effectives d'extension. A court terme, compte tenu de la non consommation de crédits médico-sociaux et de la situation financière de la branche maladie en 2009, il est proposé de restituer à l'assurance maladie pour cet exercice 150 millions d'euros de l'enveloppe médico-sociale en faveur des établissements et services pour les personnes âgées de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cette rectification est incluse dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, et sa mise en œuvre devrait ramener à 99 % en 2009 le taux d'adéquation global des dépenses médico-sociales de la CNSA aux recettes affectées à leur financement. Elle n'aura aucun effet sur la mise en œuvre des plans de créations de places pour les personnes âgées et handicapées en 2009 et 2010.

En ce qui concerne les prestations de compensation du handicap et de la dépendance – PCH et APA -, la CNSA cofinance ces dépenses avec les départements. La part apportée par la CNSA pour le financement de l'APA est stable depuis 2005 au voisinage d'un tiers. S'agissant de la PCH, la montée en charge très progressive de cette nouvelle prestation s'est traduite par des sur-financements importants de la part de la CNSA en 2006 et 2007. L'exercice 2008 voit heureusement la fin de ce déséquilibre, les concours versés par la CNSA aux départements (551 millions d'euros) étant très proches des dépenses effectives au titre de la PCH (*indicateur n° 4-2*).

*
**

Synthèse

Les indicateurs présentés dans le présent programme de qualité et d'efficacité permettent de dresser un bilan relativement favorable des politiques menées dans le domaine de la compensation de la perte d'autonomie. On relèvera en particulier :

- la montée en charge progressive de la prestation de compensation du handicap, qui voit le nombre de décisions rendues excéder en 2008 le nombre de nouvelles demandes,

- grâce à une forte mobilisation des Maisons départementales des personnes handicapées ;
- la progression régulière de la part des services dans les capacités d'accueil des personnes handicapées et âgées, qui crédibilise l'engagement du Gouvernement de favoriser le maintien à domicile des personnes ayant perdu leur autonomie ;
 - les progrès de la gouvernance financière de la perte d'autonomie, que traduit la stabilisation de la part de la CNSA dans le financement des prestations de compensation.

Un des axes de progrès de ces politiques réside dans le financement des établissements et services médico-sociaux, particulièrement en faveur des personnes âgées, pour lequel une amélioration de la programmation pluri-annuelle et du suivi annuel des dépenses est nécessaire. Cette amélioration permettra de mettre fin au décalage entre les ressources attribuées et les dépenses effectivement constatées, tout en clarifiant la répartition des financements dédiés au fonctionnement et à l'investissement. Elle permettra également de suivre avec précision, dans le contexte des réformes en

cours dans le champ des personnes âgées, la reprise par les établissements médico-sociaux de dépenses antérieurement financées sur l'enveloppe « soins de ville ».

*
**

Les responsables administratifs portant à titre principal les politiques sous-jacentes au programme « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » sont les suivants (par ordre alphabétique des institutions concernées) :

- Monsieur Hervé Drouet, Directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- Monsieur Laurent Vachey, Directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- Monsieur Fabrice Heyriès, Directeur général de l'action sociale (DGAS) ;
- Monsieur Dominique Libault, Directeur de la sécurité sociale (DSS).