

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

DU PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE

« INVALIDITÉ ET DISPOSITIFS GÉRÉS PAR LA CNSA »

En 2010, 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 51 milliards d'euros, dont 36 % à destination des personnes âgées et 64 % en faveur des personnes handicapées (cf. *indicateur de cadrage n° 5*). 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 également un rôle important dans la gestion de ce secteur, tout particulièrement dans le domaine de la prise en charge des personnes handicapées.

La population des personnes souffrant d'une restriction d'activité est très hétérogène et potentiellement étendue (cf. *indicateur de cadrage n° 1*). Les dispositifs publics de prise en charge du handicap et de la dépendance ciblent en priorité les situations de perte d'autonomie sévères. Si on se limite aux effectifs de bénéficiaires des différentes prestations en faveur des personnes handicapées et âgées, on peut dénombrer au 31 décembre 2010 plus de 928 000 pensionnés d'invalidité, environ 915 000 bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), un peu plus de 65 000 bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), près de 115 000 bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH), et près de 1,2 million de personnes âgées titulaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). S'agissant des enfants, plus de 185 000 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 d'une gestion décentralisée par les collectivités locales avec 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 13 % en 2010,

cette proportion est orientée continuellement 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.

La réponse 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 qui restent importantes entre départements, notamment sur le secteur des adultes handicapés. Au-delà du nombre de places disponibles d'accueil en établissements et en services pour personnes handicapés dans les territoires, l'analyse des dépenses médico-sociales rapportées à la population montre également des disparités, principalement sur le secteur des adultes handicapés et entre les départements, qui peuvent traduire des choix différents quant à la nature des établissements et services financés. La réalisation du programme pluriannuel de création de places en établissements et services sur la période 2008-2012, visant un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie, doit permettre d'améliorer tout à la fois l'offre globale au niveau national et sa répartition territoriale : ce plan prévoit la création de 41 450 places en structures d'accueil ou d'accompagnement pour personnes handicapées et 10 000 places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Un premier bilan, après deux années écoulées, établit que près de la moitié de l'objectif de places en structure d'accueil ou d'accompagnement avaient été notifiés fin 2009 et 22 % déjà ouvertes. Par ailleurs, en ce qui concerne les places d'ESAT, à la même date, 34 % avaient été autorisées et 23 % effectivement installées.

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 : 28,5 % pour les enfants et 18,4 % pour les adultes en moyenne en 2010 (cf. *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 programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour la période 2008-2012 prévoit-il que près de la moitié des places, dont la création sera engagée d'ici à 2012, porteront sur des offres de services (pour les enfants, services d'éducation spéciale et de soins à domicile - SESSAD - et, pour les adultes, services de soins à domicile - SSIAD - et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés - SAMSAH) auxquelles s'ajoutent les 10 000 places en 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 et des établissements sociaux et médico-sociaux, 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. Le nombre total de demandes concernant cette prestation, déposées auprès des MDPH, continue de croître en 2010 avec 186 000 demandes, contre 144 000 en 2009. Parallèlement, l'activité des MDPH progresse puisque le nombre de décisions rendues relatives à la PCH atteint

175 300 en 2010 contre 137 200 en 2009 (cf. *indicateur n° 2-3*).

Les enfants handicapés bénéficient 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 2010, hors régimes agricoles, près de 180 000 enfants ont reçu cette allocation. Depuis le 1^{er} avril 2008, les familles peuvent, tout en conservant le bénéfice de l'AEEH de base, 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 (cf. *indicateur n° 2-4*). En 2010, ce choix d'opter pour la PCH a été fait pour 4 500 enfants, plus de 75 000 gardant le bénéfice du complément d'AEEH.

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 de places en établissements et services médico-sociaux apparaît répartie de façon plus homogène sur le territoire qu'en ce qui concerne les personnes handicapées. De plus, les disparités des taux d'équipement en établissements et services se réduisent régulièrement depuis 2004 (cf. *indicateur n° 3-1*). Celles qui subsistent se concentrent toujours sur l'offre en institution tandis que la rapidité d'installation de places en services réduit les écarts. Par ailleurs, 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 progresser encore fortement en 2010 (17,9 %), en hausse de près d'un point par rapport à l'année précédente et de près de deux, par rapport à 2008 (cf. *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 (cf. indicateur n° 3-3). Globalement, la part des bénéficiaires de l'APA à domicile s'est stabilisée depuis 2006 environ, pour tous les degrés de dépendance. La tendance observée en 2010 est toutefois orientée en léger repli pour les GIR 1 et 2.

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

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
GIR1	19%	19%	19%	18%	19%	18%
GIR2	41%	42%	42%	42%	42%	41%
GIR3	65%	66%	67%	67%	67%	67%
GIR4	75%	77%	78%	79%	79%	79%
Total	59%	60%	62%	61%	62%	61%

Source : DREES, données au 31/12.

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 d'indicateurs qui sont destinés à suivre les réalisations de ce plan, pour son aspect médico-social. En 2010, une progression importante d'aidants formés, de places d'accompagnement et de répit créées, et de professionnels spécialisés formés à la maladie a été observée.

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 (OGD) en faveur de ces établissements, initialement fixé à 16,4 Md€ en 2010, en mobilisant l'ONDAM médico-social déterminé en loi de financement de la sécurité sociale et un apport prélevé sur ses ressources fiscales propres. Si, globalement, le taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la CNSA relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux est proche de l'équilibre en 2010, la situation est contrastée selon le secteur considéré (cf. indicateur n° 4-1). En effet, l'exercice 2010 est caractérisé par une surconsommation de l'objectif global de dépenses en faveur des personnes handicapées d'environ 200 M€. Dans le même temps, une sous-consommation des recettes affectées aux établissements et services pour personnes âgées d'environ 230 M€ a permis, globalement, d'équilibrer le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

Toutefois, les évolutions observées au cours des dernières années révèlent un besoin d'amélioration du pilotage du financement des établissements sociaux et médico-sociaux. En effet, les sous-consommations de l'objectif global de dépenses médico-sociales en faveur des personnes âgées ont été récurrentes au cours de ces dernières années et ont conduit les pouvoirs publics à diligenter une mission de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances, qui a rendu ses conclusions en février 2010. Il

ressort de ces travaux que cette sous-consommation résulte de la déconnexion entre la procédure budgétaire de la CNSA, fondée sur des critères macroéconomiques, et la réalité de la dépense dont la connaissance est détenue par les agences régionales de santé. Par ailleurs, l'année 2010 a vu émerger une problématique connexe dans le secteur des personnes handicapées, avec une sur-consommation des crédits de ces établissements, qui s'était déjà produite dans les années antérieures mais à des niveaux moindres. L'une des causes potentielles de cette situation réside dans l'absence d'une compréhension partagée sur le sens des différents agrégats utilisés dans la détermination de l'OGD et du montant des enveloppes notifiés, et partant, de pratiques de tarification divergentes. Une solution à l'ensemble de ces difficultés consiste à la fixation et au respect d'enveloppes de crédits à caractère strictement limitatif. La mise en œuvre de ce principe est en cours de généralisation.

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. En 2010, la part apportée par la CNSA a diminué pour deux raisons différentes (cf. indicateur n° 4-2). S'agissant de la PCH, elle s'établit à 46,7 %, contre 60,4 % en 2009, ce qui traduit simplement le fait que la dynamique de cette prestation, dans le contexte de la poursuite de sa montée en charge, ne pouvait qu'être sensiblement plus rapide que celle des ressources propres de la CNSA à législation constante, dans un contexte où, en plus, les ressources de la Caisse pour ces prestations, assises sur les revenus d'activité (CSA et CSG) sont en baisse. En ce qui concerne l'APA, la part de financement assurée par la CNSA s'établit à 29,8 %, soit un point de moins qu'en 2009, ce malgré un ralentissement notable de l'évolution de la dépense totale au titre de cette prestation (+ 2,6 % entre 2009 et 2010). Cela tient à la chute des ressources de la CNSA affectées à cette prestation du fait du contexte économique : le concours versé aux départements au titre de l'APA s'élève à 1 536 M€ en 2010 contre 1 548 € en 2009 et 1 618 M€ en 2008.

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 poursuite de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap 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 ;
- en revanche, des progrès restent attendus en matière de pilotage financier des dépenses médico-sociales, qu'il s'agisse des crédits en faveur des personnes âgées dont le suivi doit davantage assurer la cohérence entre les objectifs définis nationalement et les dépenses effectivement mises en œuvre localement, ou des crédits en faveur des personnes handicapées dont la prévisibilité en cours d'année doit être renforcée.

*
**

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 Luc Allaire, Directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- Madame Sabine Fourcade, Directrice générale de la cohésion sociale (DGCS) ;
- Monsieur Dominique Libault, Directeur de la sécurité sociale (DSS).