

## PRESENTATION STRATEGIQUE

En 2011, 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 52,4 milliards d'euros, dont 36 % pour les 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 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 en 2011 plus de 940 000 pensionnés d'invalidité, environ 957 000 bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), un peu moins de 65 000 bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), 134 000 bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH), et 1,2 million de personnes âgées titulaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). S'agissant des enfants, plus de 208 000 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.

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 a manifesté l'engagement des pouvoirs publics en faveur de l'accès et de la participation des personnes handicapées à tous les domaines de la vie sociale. Cette loi a notamment institué un 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.

Cependant, les acteurs de la prise en charge de la dépendance partagent aujourd'hui le diagnostic que, en dépit des efforts accomplis en particulier dans le domaine du nombre de places et de la médicalisation dans les établissements accueillant des personnes handicapées ou âgées, des axes de progrès demeurent, notamment en matière d'accessibilité du cadre bâti aux personnes à mobilité réduite, d'offres de services permettant le maintien à domicile ou de réduction du reste à charge des personnes âgées hébergées en établissements. D'ores et déjà, dans le domaine de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, le projet de loi sur les emplois d'avenir comporte des dispositions qui faciliteront l'accès des travailleurs handicapés à ces emplois. Dans le domaine de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, le Premier ministre a affirmé dans sa déclaration de politique générale devant le Parlement du 3 juillet 2012 « qu'une réforme juste et solidaire de la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie sera engagée » au cours de la présente législature.

La prise en charge de l'autonomie en France s'efforce de concilier 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'efficacité 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'efficacité « 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, au moyen des principaux enseignements tirés de l'analyse des indicateurs présentés dans la suite de ce programme.

### **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 2011, 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 handicapées dans les territoires, l'analyse des dépenses médico-sociales rapportées à la population montre également des disparités entre départements, qui peuvent traduire des choix différents quant à la nature des établissements et services financés. Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services sur la période 2008-2012 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).

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 : 29,6 % pour les enfants et 18,9 % pour les adultes en 2011 (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, la moitié des places qui seront créées dans le cadre du programme pluriannuel précédemment évoqué, devront l'être dans des 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, 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 2011 avec 207 000 demandes, contre 186 000 en 2010. Parallèlement, l'activité des MDPH progresse puisque le nombre de décisions rendues relatives à la PCH atteint 201 500 en 2011 contre 174 700 en 2010 (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 2011, près de 192 000 enfants ont reçu cette allocation. Depuis le 1er 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 2011, ce choix d'opter pour la PCH a été fait pour 5 850 enfants, contre près de 78 000 qui gardent 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. La part des services qui favorisent le maintien à domicile des personnes âgées - services de soins infirmiers à domicile, accueil de jour et hébergement temporaire - dans l'ensemble des structures médico-sociales accueillant des personnes âgées est restée stable en 2011 (17,8%), mais est en hausse de plus de quatre points depuis 2006 (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 améliorée pour les degrés de dépendance modérée (GIR 3 et 4), mais est en diminution pour les cas de dépendance lourde (GIR 1 et 2).

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
GIR1	19%	19%	18%	21%	19%	16%
GIR2	42%	42%	42%	41%	40%	39%
GIR3	66%	67%	67%	70%	67%	66%
GIR4	77%	78%	79%	81%	79%	79%
<b>Total</b>	<b>60%</b>	<b>62%</b>	<b>61%</b>	<b>62%</b>	<b>61%</b>	<b>60%</b>

Source : DREES.

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 dépendent 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 vise 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. En 2011, une progression importante du nombre d'aidants formés, d'équipes spécialisées en SSIAD et en EHPAD, 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 16,8 Md€ en 2011, en mobilisant l'ONDAM médico-social déterminé en loi de financement de la sécurité sociale et un apport prélevé sur ses ressources fiscales propres. 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 supérieur à 100%, ce qui traduit une dépense inférieure à la prévision qui avait été ajustée aux recettes attendues par la CNSA, tout à la fois de l'assurance maladie et du produit de ces recettes propres (cf. indicateur 4-1). Par secteur, cette moindre dépense est modeste dans le secteur des personnes handicapées (25 M€), mais significative dans le secteur des personnes âgées (245 M€). Ces évolutions soulignent *a posteriori* le caractère atypique de l'année 2010 qui avait été marqué par une surconsommation en faveur des établissements et services pour personnes handicapées, mais confirment en revanche la sous-consommation des crédits aux structures pour personnes âgées. Dans le contexte présent de rareté des fonds publics, le pilotage de la dépense médico-sociale doit être encore amélioré.

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 2011, la part apportée par la CNSA est remontée à 30,8 % (cf. indicateur n° 4-2). S'agissant de la PCH, elle s'établit à 42,5 %, contre 46,1 % en 2010, ce qui traduit la poursuite de la montée en charge de cette prestation, dont le montant progresse de ce fait plus rapidement que les ressources de la CNSA. En ce qui concerne l'APA, la part de financement assurée par la CNSA remonte à 30,8 %, soit son niveau de 2008. La diminution de ce ratio observée en 2009 et 2010 était liée à la chute des ressources de la CNSA affectées à cette prestation du fait de la conjoncture économique. Celle-ci s'étant améliorée en 2011, la contribution de la CNSA a progressé plus rapidement que la dépense totale d'APA.

\*

\*\*

## Synthèse

Les indicateurs présentés dans le présent programme de qualité et d'efficience permettent de dresser le bilan suivant en matière de compensation de la perte d'autonomie :

- 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 handicapées ou en perte d'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 Thomas Fatome, Directeur de la Sécurité sociale (DSS).