

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

En 2013, 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 plus de 59 milliards d'euros, dont 36 % pour les personnes âgées et 64% en faveur des personnes handicapées (*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. 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 (*indicateurs de cadrage n°1 et n°3*), on peut dénombrer en 2013 plus de 933 000 pensionnés d'invalidité, environ un million de bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), 74 000 bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), près de 226 000 bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH), et plus de 1,2 million de personnes âgées titulaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). S'agissant des enfants, près de 230 000 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.

En 2005, la loi pour l'égalité des droits et des chances a notamment institué un droit à compensation des conséquences du handicap, avec la création de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2006, qui contribue financièrement 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 établissement. D'ores et déjà, dans le domaine de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, la loi sur les emplois d'avenir comporte des dispositions qui facilitent l'accès des travailleurs handicapés à ces emplois.

C'est pourquoi le gouvernement a soumis le 9 septembre à l'Assemblée nationale le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

Le projet de loi repose sur trois piliers : prévenir la perte d'autonomie, en développant la prévention pour favoriser un vieillissement en bonne santé et prolonger le maintien à domicile ; assurer une meilleure accessibilité des logements et de la ville aux personnes en situation de perte d'autonomie afin de répondre à leur besoins de mobilité ; et accompagner la perte d'autonomie à travers une modernisation de l'APA et une offre accrue de solutions de répit aux proches et aux aidants. D'ores et déjà, un financement dédié a été créé par la LFSS pour 2013, sous la forme d'une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie de 0,3 point, au profit de la CNSA, dont le rendement a été temporairement transféré au fonds de solidarité vieillesse.

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 (OGD) 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, 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 ainsi consacré aux politiques visant à la prise en charge de ce risque, 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.

Pour les personnes dont la pension d'invalidité ne serait pas suffisante pour leur garantir un minimum de ressources, l'État assure un filet de protection à travers le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). Cette prestation non contributive, qui complète notamment la pension d'invalidité, est attribuée sous condition d'invalidité, de résidence et de ressources. En 2013, 11% des titulaires d'une pension d'invalidité ont bénéficié de l'ASI. 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 de leurs souhaits. Si cet objectif ne peut pas être rempli, une prise en charge au sein de structures d'accueil doit être possible.

L'offre d'accueil des personnes handicapées a fortement progressé ces dernières années sous l'effet du programme pluriannuel de création de places en établissements et services sur la période 2008-2012. Près de 30 100 nouvelles places en structures d'accueil ou d'accompagnement pour personnes handicapées étaient autorisées à fin 2013, soit 73% du plan initial, auquel s'ajoutent 10 000 nouvelles places prévues en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) financés par des crédits d'État. Depuis 2004, le taux d'équipement du nombre de lits et places pour les adultes handicapés a presque doublé, s'établissant à 2,2 places pour 1 000 adultes en 2013. Sur le secteur des enfants handicapés, il s'élève à 9 places pour 1 000 enfants (*indicateur de cadrage n°6*).

Toutefois, malgré un certain rattrapage de l'offre d'accueil, des disparités territoriales subsistent (*indicateur n°2-1*). Elles sont plus élevées sur le champ des adultes handicapés même si elles tendent à diminuer avec un rééquilibrage par des créations de places en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisés (FAM) ainsi qu'avec le développement de services (soins à domicile, accompagnement médico-social).

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, même si elle a connu une forte progression depuis 2006. Elle s'établit à 30,8% pour les enfants et 18,4% pour les adultes en 2013 (*indicateur n°2-2*).

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. Après une forte montée en charge les années suivant sa création, le nombre total de demandes de cette prestation déposées auprès des MDPH continue de croître, mais à un rythme plus modéré. En 2013, 236 300 demandes ont été déposées (y compris demandes de renouvellement), soit près de 13 000 de plus qu'en 2012. Parallèlement, l'activité des MDPH progresse : le nombre de décisions rendues relatives à la PCH a atteint 226 300, dont près de la moitié a abouti à un accord (*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 2012, près de 230 000

enfants ont reçu cette allocation (*indicateur de cadrage n°4-3*). Depuis le 1^{er} avril 2008, les familles peuvent, tout en conservant l'avantage de l'AAEH de base, exercer un droit d'option entre un complément de l'AAEH et la PCH, afin de bénéficier du dispositif le plus favorable à l'enfant. Des marges de progrès existent dans la qualité du service rendu aux bénéficiaires au regard du délai moyen observé pour l'attribution de l'AAEH, estimé à plus de trois mois en 2013 (*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 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 (*indicateur n°3-1*) sous l'impulsion du plan solidarité grand âge 2006-2012 qui s'est traduit à fin 2013 par la création de 88 000 nouvelles places. Les disparités 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 infirmiers libéraux, les taux d'équipement apparaissant les plus faibles là où les densités d'infirmiers sont les plus fortes (*indicateur de cadrage n°7*).

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 progresse en 2013 (18,7%), en hausse de plus de quatre points depuis 2006 (*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, (61% en 2012) augmente (*indicateur n°3-3*). A cet égard, afin de rendre le maintien à domicile plus accessible sur la plan financier, le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement prévoit la revalorisation des plans d'aide pour l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile, en particulier pour les personnes en forte perte d'autonomie et aux revenus modestes. Globalement, depuis 2006, la part des bénéficiaires de l'APA à domicile a augmenté 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	2012
GIR1	19%	19%	18%	21%	19%	16%	17%
GIR2	42%	42%	42%	41%	40%	39%	40%
GIR3	66%	67%	67%	70%	67%	66%	67%
GIR4	77%	78%	79%	81%	79%	79%	79%
Total	60%	62%	61%	62%	61%	60%	61%

Source : DREES.

Par ailleurs le projet de loi valorise le soutien des aidants qui accompagnent les personnes très peu autonomes par l'instauration d'une « aide au répit ».

Cette disposition complète d'autres politiques publiques qui contribuent à compenser l'incidence de la perte d'autonomie ainsi que la charge qu'elle représente pour les aidants familiaux. La loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraite du 20 janvier 2014 intègre des mesures qui renforcent la solidarité envers les personnes en situation de handicap et les aidants familiaux (*cf. programme de qualité d'efficience retraite*). Elle facilite l'accès à la retraite anticipée pour les personnes handicapées et renforce les mécanismes de solidarité déjà à l'œuvre au sein du système de retraite en faveur des aidants familiaux (majoration de durée d'assurance, avantage vieillesse des parents au foyer).

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 visait 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. 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 même si tous les objectifs n'ont pas été atteints.

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), ainsi que 0,1 point de contribution sociale généralisée (CSG) et l'intégralité de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). Cette contribution, assise sur les salaires et les revenus du capital 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. Depuis le 1^{er} avril 2013, la CSA est complétée par une nouvelle contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), prélevée sur les pensions de retraite et d'invalidité, et affectée à la CNSA (cf. *supra*). La création de ce prélèvement permettra notamment de financer le renforcement de l'APA inscrit dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement.

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, en mobilisant l'ONDAM médico-social déterminé en loi de financement de la sécurité sociale et par un apport prélevé sur ses ressources fiscales propres. En 2013, le taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la CNSA relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux est de 100,7%, à la fois sur le champ des personnes âgées que celui des personnes handicapées (indicateur n°4-1).

L'OGD pour 2014 a été fixé à 18,8 Md€.

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. Concernant l'APA, la part apportée par la CNSA s'établit à près de 32%, un niveau relativement stable depuis 2009 (*indicateur n°4-2*). S'agissant de la PCH, elle s'établit à 36%, en diminution régulière, mais à un rythme moins élevé, traduisant la fin de la montée en charge de cette prestation, dont le montant progresse plus rapidement que le concours de la CNSA.

*

**

Synthèse

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

- la fin 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 atteste l'engagement du Gouvernement en faveur du maintien à domicile des personnes handicapées ou en perte d'autonomie ;
- des progrès ont été réalisés en matière de pilotage financier des dépenses médico-sociales, avec une diminution progressive de la sous-consommation des dépenses prévues dans le cadre de l'OGD.

*

**

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 Daniel Lenoir, directeur de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- Madame Geneviève Gueydan, directrice 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).