

## PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

---

En 2014, 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 59,3 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, des organismes publics tels que 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 invalides, handicapées ou âgées (*indicateurs de cadrage n°1*), on peut dénombrer en 2014 près de 920 000 pensionnés d'invalidité, plus d'un million de bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), près de 72 000 bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), plus de 252 000 bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH), 1,3 millions de bénéficiaires d'une rente d'incapacité suite à un accident de travail, de trajet ou à une maladie professionnelle, plus de 1,2 million de personnes âgées titulaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), et 2,4 millions de personnes percevant une retraite au titre de l'invalidité ou de l'inaptitude. S'agissant des enfants, plus de 240 000 sont bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

A moyen et à long terme, le vieillissement de la population résultant d'un allongement de l'espérance de vie et de l'arrivée aux âges élevés des générations du « baby-boom » constitue un enjeu démographique en matière de prise en charge des personnes âgées, en particulier les plus dépendantes. Selon la DREES, la population dépendante, estimée aujourd'hui à plus de 1,2 million, atteindrait à l'horizon 2040 près de deux millions de personnes, soit plus de 8% des personnes de plus de 60 ans et jusqu'à près de 30% des personnes âgées de plus de 80 ans.

Depuis le début des années 2000, 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) 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, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées 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. Plus récemment, la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite a renforcé les dispositifs de solidarité du système de retraite envers les personnes en situation de handicap et les aidants familiaux (*cf.* programme de qualité et d'efficacité retraite).

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 en perte d'autonomie à domicile ou hébergées en établissement. C'est pourquoi le gouvernement a présenté un projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, actuellement en discussion au Parlement et dont les principales dispositions entreront en vigueur au 1er janvier 2016.

Le projet de loi repose sur trois piliers. Le volet « anticiper et prévenir la perte d'autonomie », augmente les financements dédiés d'une part aux aides techniques, qui contribuent au maintien à domicile, et d'autre part aux actions collectives de prévention, dans le cadre de nouveaux moyens délégués aux départements. Le volet « adapter la société au vieillissement » assure une meilleure accessibilité des logements aux personnes en situation de perte d'autonomie afin de répondre à leurs besoins de mobilité, au moyen notamment d'un plan d'adaptation de logements privés (dont le financement a été anticipé dès cette année), et de modernisation des « résidences autonomie ». Le projet de loi prévoit également de modifier le CASF pour donner un cadre juridique à la contractualisation renouée et au modèle tarifaire associé pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), afin de simplifier la démarche de contractualisation et

l'allocation de ressources, ainsi que de responsabiliser les gestionnaires.

Enfin le volet « accompagner la perte d'autonomie » revalorise l'APA en augmentant les plafonds d'aide pour tous les bénéficiaires vivant à domicile et en baissant le ticket modérateur pour les personnes dont les plans d'aide sont les plus lourds. Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) seront par ailleurs exonérés du ticket modérateur. Des dispositions permettant d'améliorer la qualité des interventions à domicile ont été prises dès 2015 (via la revalorisation des salaires des aides à domicile). Enfin, le projet de loi consacre la reconnaissance du rôle des aidants proches et du droit au répit : une aide annuelle de 500 € permettra de financer le recours à un hébergement temporaire, un accueil de jour ou de nuit ou un renforcement de l'aide à domicile.

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, principalement assise sur les pensions de retraite, de préretraite et d'invalidité (hors pensions modestes), au profit de la CNSA.

Par ailleurs, avec le troisième plan autisme (2013-2017) et la mise en place du plan national des maladies neuro-dégénératives (PMND) pour la période 2014-2019, le gouvernement poursuit les efforts à l'égard des personnes atteintes de pathologies complexes nécessitant une prise en charge globale (création de structures spécialisées, formation des aidants...).

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) pour les établissements et les 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 la pension d'invalidité, est attribuée sous condition d'invalidité, de résidence et de ressources. En 2014, 10% des titulaires d'une pension d'invalidité ont bénéficié de l'ASI. Cette proportion est orientée continuellement à la baisse depuis plusieurs années (elle s'élevait à 14% en 2009), ce qui traduit la progression des ressources des titulaires du fait de l'amélioration des carrières.

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

Face au besoin d'autonomie des personnes en situation de handicap, un des principaux enjeux des politiques publiques consiste à permettre à ces personnes 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 lancé en 2008. A fin 2014, ce plan a porté à près de 32 100 le nombre de nouvelles places en structures d'accueil ou d'accompagnement pour personnes handicapées, 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 2,3 places pour 1 000 adultes en 2014. Sur le secteur des enfants handicapés, il s'élève à 9,4 places pour 1 000 enfants (*indicateur de cadrage n°6*).

Toutefois, malgré un certain rattrapage de l'offre d'accueil, en particulier en faveur des adultes handicapés, des disparités territoriales subsistent (*indicateur n°2-1*). Elles demeurent 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 31,8 % pour les enfants et 18,7% 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. Près de dix ans après la création de la PCH, le nombre total de demandes déposées auprès des MDPH continue de croître à un rythme soutenu. En 2014, 251 300 demandes ont été déposées (y compris demandes de renouvellement), soit 15 000 de plus qu'en 2013. Parallèlement, l'activité des MDPH progresse : le nombre de décisions rendues relatives à la PCH a atteint 242 000, soit 7% de l'ensemble des décisions prises par les MDPH (*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 2014, plus de 230 000 enfants ont reçu cette allocation (*indicateur de cadrage n°4-3*). Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, les familles peuvent, tout en conservant l'avantage de l'AEEH de base, exercer un droit d'option entre un complément de l'AEEH et la PCH, afin de bénéficier du dispositif le plus favorable à l'enfant.

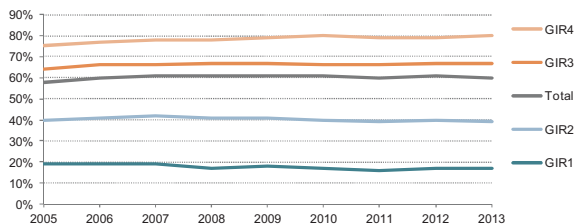
### **Objectif n°3 : répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées**

Dans le domaine des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées, l'offre de places en établissements et services médico-sociaux (c'est à dire hors les services d'aide et d'accompagnement à domicile – SAAD) 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. Sur la période 2006-2014, environ 114 000 places ont ainsi été créées. Les disparités qui subsistent se concentrent toujours sur l'offre en institution (qui représente les trois quarts de l'offre médico-sociale pour personnes âgées) tandis que la progression du nombre de places en services réduit les écarts. Enfin, les taux d'équipement apparaissent 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, réaffirmé par le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, en cours de discussion au Parlement. 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 s'établit en 2014 à 19,1%, en hausse de plus de 4,5 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 augmente, (60% en 2013, *indicateur n°3-3*). Globalement, depuis 2006, la part des bénéficiaires de l'APA à domicile a crû pour les degrés de dépendance modérée (GIR 3 et 4), mais est en diminution pour les cas de dépendance lourde (GIR 1 et 2 cf. graphique ci-après).

À cet égard, afin de rendre le maintien à domicile plus accessible sur le plan financier, le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement prévoit l'augmentation des plafonds d'aide, qui servira à tous ceux dans le plan d'aide est « saturé », et la diminution de la participation financière pour ceux dont les plans d'aide sont importants et les revenus modestes.

### Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile, selon le degré de dépendance



Source : DREES.

Par ailleurs le projet de loi vise à apporter un soutien aux aidants proches 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 maladies neuro-dégénératives (PMND) lancé en novembre 2014 entend poursuivre les efforts engagés dans le cadre du plan Alzheimer (2008-2012) pour la période 2014-2019 en l'étendant aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson et de la sclérose en plaque, soit plus d'un million de personnes concernées (*indicateur de cadrage n°8*).

Le PMND vise notamment à renforcer la qualité du diagnostic, à améliorer la qualité globale de la prise en charge tout au long de la vie, à renforcer le soutien des aidants, et à développer la recherche médicale.

L'indicateur n°3-4 comporte une sélection des indicateurs destinés à suivre les réalisations de ce plan, en particulier les mesures destinées à accompagner les malades et leur entourage (éducation thérapeutique, plateformes d'accompagnement et de répit) ainsi que la meilleure organisation et prise en charge des soins (MAIA, équipes spécialisées à domicile).

### 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. Les ressources de la caisse sont essentiellement composées de la composante médico-sociale de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et 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<sup>er</sup> 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*). 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 un apport prélevé sur ses ressources fiscales propres. En 2014, 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 100,2% sur l'ensemble du champ des personnes handicapées et des personnes âgées (indicateur n°4-1).

L'OGD pour 2015 révisé a été fixé à 19,1 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 32,4%, un niveau relativement stable depuis 2009 (*indicateur n°4-2*). S'agissant de la PCH, elle s'établit à 34,2%, 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 :

- une montée en charge bien avancée mais inachevée 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 âgées 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 général de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- Madame Geneviève Gueydan, directrice de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- Monsieur Jean-Philippe Viquant, directeur général de la cohésion sociale (DGCS) ;
- Monsieur Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale (DSS).

