

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

En 2015, 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 61 milliards d'euros, dont 35 % pour les personnes âgées et 65 % 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 2015 plus de 950 000 pensionnés d'invalidité, près de 1,1 million de bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), près de 70 000 bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), près de 270 000 bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH), près de 1,3 million de bénéficiaires d'une rente d'incapacité suite à un accident de travail, de trajet ou à une maladie professionnelle, près de 1,3 million de personnes âgées titulaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), et 2,3 millions de personnes percevant une retraite au titre de l'invalidité ou de l'incapacité. S'agissant des enfants, plus de 250 000 sont bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

A moyen-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, en 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 partageaient le diagnostic qu'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 demeuraient, 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.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement répond à ce constat. Elle est organisée autour de 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, et du dispositif de coordination institutionnelle de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. 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 ». La loi réforme la tarification et le pilotage des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à partir du 1er janvier 2017 par la mise en place d'un système d'allocation de ressources reposant en grande partie sur l'évaluation des besoins en soins requis et le niveau de dépendance des résidents; par le développement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et par le déploiement d'un nouveau cadre de présentation budgétaire, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

Enfin le volet « accompagner la perte d'autonomie » a revalorisé l'APA dès le 1^{er} mars 2016 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) sont 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, la loi consacre la reconnaissance du rôle des aidants proches et du droit au répit : une aide annuelle d'au plus 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.

Le financement de ces dispositifs a été anticipé dès la LFSS pour 2013, sous la forme d'une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie de 0,3 point, 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'efficience 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'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, 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 2015, 10 % des titulaires d'une pension d'invalidité ont bénéficié de l'ASI. Cette proportion, stable en 2015, est orientée à la baisse depuis plusieurs années (elle s'élevait à 13 % en 2010), ce qui traduit la progression des ressources des titulaires du fait de l'amélioration des carrières.

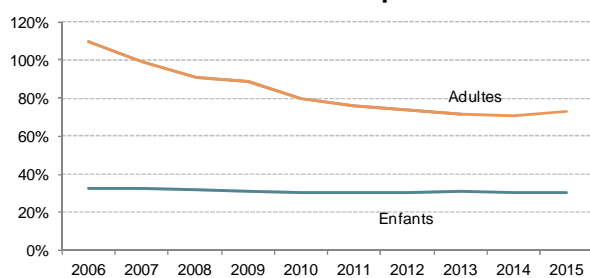
Objectif n°2 : répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées

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 et le plan autisme pour la période 2013-2017. A fin 2015, ces plans ont porté à près de 35 200 le nombre de nouvelles places en structures d'accueil ou d'accompagnement pour personnes handicapées, auquel s'ajoutent 10 000 nouvelles places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) financés jusqu'en 2016 par des crédits d'État et à compter de 2017 par la CNSA et l'assurance maladie au sein de l'OGD. Depuis 2004, le taux d'équipement du nombre de lits et places pour les adultes handicapés a ainsi presque doublé, s'établissant à 2,4 places pour 1 000 adultes en 2015. Dans le secteur des enfants handicapés, il s'élève à 9,5 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, cf. graphique*). 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).

Écarts départementaux de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés



Source : FINESS, INSEE, traitements CNSA.

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 32,4 % pour les enfants et à 19,1 % pour les adultes en 2015 (*indicateur n°2-2*).

Afin de prévenir les départ non souhaités vers la Belgique, un plan a été mis en place en 2016, en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés (notamment le conseil départemental, la MDPH, l'ARS). Il repose notamment sur fonds d'amorçage de 15 millions d'euros prévus par la LFSS pour 2016 pour financer des solutions de proximité sur le territoire national.

Depuis fin 2014, des travaux d'évaluation sont engagés afin de réformer la tarification des établissements et services qui accompagnent des personnes handicapées avec l'objectif de concevoir une allocation de ressources qui favorise le parcours des personnes handicapées.

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 relativement soutenu. En 2015, près de 270 000 personnes en bénéficiaient (*indicateur de cadrage n°4-1*).

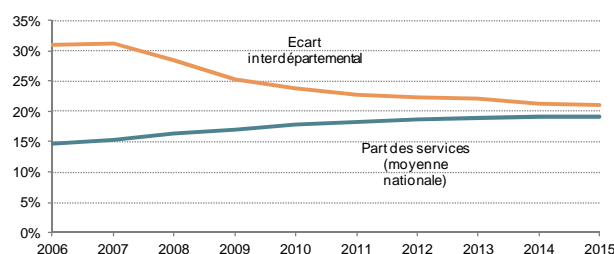
Les enfants handicapés bénéficient de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), assortie ou non d'un complément en fonction des charges supportées par leurs familles. En 2015, plus de 250 000 enfants ont reçu cette allocation (*indicateur de cadrage n°4-3*). Depuis le 1^{er} avril 2008, les familles peuvent, tout en conservant l'avantage de l'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 2006-2015, environ 125 000 places ont ainsi été créées. Les disparités qui subsistent se concentrent toujours sur l'offre en institution (qui représente plus des trois quarts de l'offre médico-sociale pour personnes âgées) tandis que la progression du nombre de places en services réduit les écarts territoriaux. 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 la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes âgées et écarts interdépartementaux



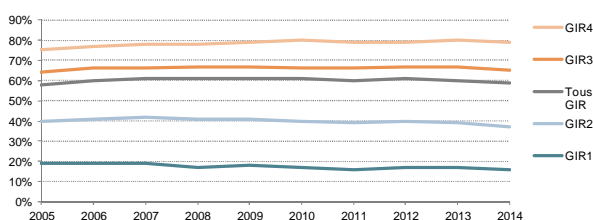
Source : FINESS, traitements CNSA.

La part des dispositifs 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'établissent en 2015 à 19,2 %, en hausse de 4,6 points depuis 2006 (*indicateur n°3-2, cf. graphique*).

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 (59 % en 2014, *indicateur n°3-3*). Globalement, depuis 2005, si la part des bénéficiaires de l'APA à domicile est stable, elle 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*).

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



Source : DREES.

À cet égard, afin de rendre le maintien à domicile plus accessible sur le plan financier, la loi a augmenté depuis le 1^{er} mars 2016 les plafonds d'aide, ce qui sera favorable à tous ceux dont le plan d'aide est « saturé », et a diminué la participation financière de ceux dont les plans d'aide sont importants et les revenus modestes.

Par ailleurs, la loi vise à apporter un soutien aux aidants proches qui accompagnent les bénéficiaires de l'APA par l'instauration d'une « aide au répit » à compter du 1^{er} mars 2016, ainsi qu'un relais en cas d'hospitalisation. La loi engage les institutions compétentes pour la prise en charge de la perte d'autonomie à mieux prendre en compte les besoins individuels et collectifs de leurs aidants (évaluation, programme de la conférence des financeurs, compétence des départements, de la CNSA, des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie...). Ces dispositions complètent 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 retraites 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 retraites en faveur des aidants familiaux (majoration de durée d'assurance, avantage vieillesse des parents au foyer).

Les maladies neuro-dégénératives 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 plaques, 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). Un an après la mise en place du plan, les indicateurs rendent compte d'un développement soutenu des dispositifs.

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^{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*). Ce prélèvement finance notamment le renforcement de l'APA entré en vigueur le 1^{er} mars 2016 dans le cadre de la loi relative à l'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 2015, 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 99,2 % sur l'ensemble du champ des personnes handicapées et des personnes âgées (indicateur n°4-1).

L'OGD pour 2016 a été fixé par arrêté à 19,5 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 31,6 %, un niveau relativement stable depuis 2009 (*indicateur n°4-2*). La compensation intégrale de la réforme de l'APA par un apport de CASA devrait porter cette part à 35 % en 2016 et 36 % en 2017. S'agissant de la PCH, elle s'établit à 33,2 %, 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 :

- 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 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 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).

