

PRESENTATION STRATEGIQUE

DU PROGRAMME DE QUALITE ET D'EFFICIENCE

« INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA – HANDICAP, DEPENDANCE »

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (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.

En 2018, les dépenses de protection sociale liées à la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées s'élèvent à 66 milliards d'euros, dont 33 % en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et 67 % à destination des personnes handicapées (indicateur n°1-4). 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.

Les besoins en matière d'aide à l'autonomie, qu'ils soient liés au handicap ou au grand âge, concernent aujourd'hui un nombre croissant de personnes. En particulier, à 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. Ainsi, selon les évaluations les plus récentes de l'Insee, **la population des seniors (60 ans et plus) en perte d'autonomie, estimée à 2,5 millions en 2015, atteindrait près de 4 millions à l'horizon 2050**, soit 16 % des personnes âgées de 60 ans ou plus. Les personnes en perte d'autonomie sévère représenteraient alors 4,3 % de la population des seniors (contre 3,7 % en 2015).

La population des personnes souffrant d'une restriction d'activité est très hétérogène et les dispositifs publics de prise en charge du handicap et de la dépendance ciblent en priorité les situations de perte d'autonomie sévères. En se limitant aux effectifs de bénéficiaires des différentes prestations en faveur des personnes invalides, handicapées ou âgées (indicateur n°1-1), on dénombre en 2018 : 1,3 million de pensionnés d'invalidité, 1,2 million de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), 58 000 bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), 315 000 bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH), 1,1 million de bénéficiaires d'une rente

d'incapacité suite à un accident de travail, de trajet ou à une maladie professionnelle, 1,3 million de personnes âgées titulaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), et 2,7 millions de personnes percevant une retraite au titre de l'invalidité ou de l'inaptitude. S'agissant des enfants, 322 000 sont bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). **Depuis le début des années 2000, ce champ des politiques sociales a connu d'importantes réformes**, orientées vers l'amélioration des conditions de vie des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap.

En matière de handicap, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées de 2005 a notamment institué un droit à compensation des conséquences du handicap, qui s'est concrétisé par **la création de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2006** (élargie aux enfants en 2008), qui contribue financièrement à la réalisation du projet de vie de la personne handicapée.

Plus récemment, **la loi de 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'efficience « retraites »).

Enfin, dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement (2018-2022) et le 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** (diagnostic plus précoce, création de structures spécialisées, formation des aidants...). La LFSS pour 2019 a instauré une mesure de prise en charge par l'assurance maladie d'un forfait de « bilan et d'intervention précoce » pour les jeunes enfants susceptibles d'être atteints d'un trouble du neuro-développement.

En matière d'accompagnement de la perte d'autonomie, **la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), entrée en vigueur en 2016**, a instauré dans chaque département une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, afin d'augmenter les financements dédiés aux actions collectives de prévention et

d'améliorer l'accès aux aides techniques contribuant au maintien à domicile.

La loi ASV a aussi réformé l'APA à domicile à compter du 1^{er} mars 2016, en revalorisant notamment les plafonds nationaux des plans d'aide, et en renforçant l'aide pour les plus modestes et les personnes ayant les plans d'aide les plus lourds. Cette réforme a été accompagnée d'une **reconnaissance du rôle des proches aidants et du droit au répit**, via le financement d'un hébergement temporaire, d'un accueil de jour ou de nuit ou encore via un renforcement de l'aide à domicile, jusqu'à 500 € par an au-delà des plafonds des plans d'aide.

Enfin, **la loi ASV a réformé la tarification et le pilotage des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** à partir du 1^{er} janvier 2017, **en développant des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)** et en mettant en place un **système de financement des établissements reposant sur l'évaluation des besoins en soins et du niveau de dépendance des résidents**, plus rémunérateur pour une majorité des établissements. Ce nouveau système devait progressivement monter en charge jusqu'en 2023. **La LFSS pour 2019 a accéléré cette montée en charge pour atteindre le système cible de tarification dès 2021 (et non plus 2023)**, tout en garantissant un maintien des financements existants pour la minorité d'EHPAD qui auraient perdu des ressources avec le nouveau système. Cela permettra ainsi aux établissements de bénéficier de moyens complémentaires pour renforcer les équipes soignantes.

A la suite du rapport de Dominique Libault sur le Grand âge et l'autonomie remis en mars 2019, **la feuille de route destinée à relever les défis du grand âge et de l'autonomie, présentée par le Gouvernement le 30 mai 2018, fixe plusieurs orientations** : donner la priorité à la prévention, à domicile comme en établissement ; faciliter le parcours santé des personnes âgées ; faciliter le maintien à domicile et le soutien aux aidants ; améliorer la qualité des soins et de l'accompagnement en établissement ; renforcer la confiance des personnes âgées et de leur famille ; soutenir les professionnels et améliorer la qualité de vie au travail. **Le PLFSS 2020 introduit de premières mesures**. L'ONDAM 2020 contient ainsi une **augmentation des moyens alloués aux EHPAD** afin d'accroître la présence de personnel auprès des patients notamment au travers d'un nouveau pas de convergence tarifaire qui représente 260 M€ supplémentaires en 2020. De plus, 130 M€ seront à nouveau consacrés au **plan d'aide à l'investissement (PAI) pour les établissements** en 2020. Des moyens seront également affectés à l'amélioration du **maintien à domicile des personnes âgées**, en soutenant financièrement l'amélioration de l'offre d'accompagnement des services d'aide à domicile, et le financement des formations pour inciter les professionnels à devenir aides-soignants. Enfin, pour soutenir les personnes et les familles qui aident les personnes âgées et les personnes handicapées, **le congé**

proche aidant sera indemnisé. Cette mesure illustre la volonté du Gouvernement d'apporter un soutien plus important aux proches aidants, et constituera l'un des axes de la réforme du grand âge et de l'autonomie à venir.

La prise en charge de la perte d'autonomie en France s'efforce de concilier une gestion décentralisée par les collectivités locales et 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 conseils départementaux** 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 pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées** relevant de la compétence des ARS, en complétant sur ses ressources propres l'apport financier de l'assurance maladie.

Le programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, dépendance » comporte quatre objectifs principaux :

- 1/ assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides ;
- 2/ répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées ;
- 3/ répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées ;
- 4/ garantir la pérennité financière de la CNSA.

Les résultats obtenus par les politiques de compensation de la perte d'autonomie sont successivement examinés au regard de ces quatre axes, 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 visent 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 2018, 9,3 % des titulaires d'une pension d'invalidité ont bénéficié de l'ASI (*indicateur n°2-1*). Pour la première fois depuis 2010, cette part augmente légèrement (9,0 % en 2017), en lien avec une hausse des bénéficiaires de l'ASI plus dynamique que celle des pensionnés d'invalidité. Elle était orientée à la baisse depuis plusieurs années (elle s'élevait à 13 % en 2010), traduisant 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 si elles le souhaitent, et, quand ce n'est pas possible, de leur proposer une prise en charge au sein de structures d'accueil adaptées. Il s'agit à travers cela d'offrir des réponses graduées et personnalisées au regard des besoins des personnes.

La réponse aux besoins de maintien à domicile ou d'hébergement des personnes handicapées requiert en premier lieu une offre d'établissements et de services médico-sociaux suffisante en nombre et équilibrée dans sa répartition sur le territoire.

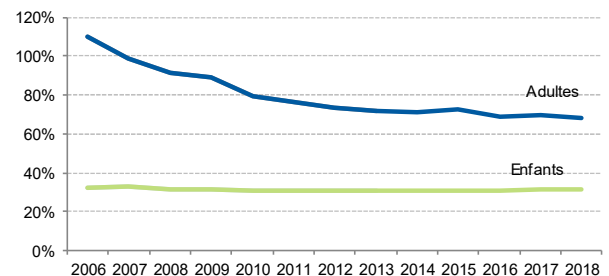
L'offre d'accueil des personnes handicapées a fortement progressé ces dernières années, sous l'effet du programme pluriannuel de création de places en établissements et services 2008-2012 et du plan autisme 2013-2017. A fin 2018, ces plans ont porté à 54 000 le nombre de nouvelles places en structures d'accueil ou d'accompagnement pour personnes handicapées, créées depuis 2008 (*indicateur n°1-2*). S'y ajoutent 14 000 nouvelles places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) créées depuis 2007. Ces derniers, financés jusqu'en 2016 par des crédits d'État, sont en partie financés depuis 2017 par la CNSA et l'assurance maladie au sein de l'OGD. Depuis 2004, le nombre de places pour les adultes handicapés, qui bénéficie d'un financement partagé entre la CNSA et le département, a plus que doublé, s'établissant à 6,2 places pour 1 000 adultes en 2018 (2,6 hors ESAT). Dans le secteur des enfants handicapés, il s'élève à 9,9 places pour 1 000 enfants.

Toutefois, des disparités territoriales subsistent, malgré un certain rattrapage de l'offre d'accueil dans les territoires les moins bien dotés (*indicateur n°2-2, cf. graphique 1*). Ces disparités demeurent plus élevées pour les adultes handicapés, bien qu'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 des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les politiques du handicap ont été traditionnellement axées sur l'hébergement en établissement qui permet de répondre aux besoins les plus lourds. Bien qu'elle ait connu une forte progression depuis 2006, la part des services au sein des structures médico-sociales en faveur des personnes handicapées demeure minoritaire : 34 % pour les enfants et 19 % pour les adultes en 2018 (*indicateur n°2-3*), et leur développement constitue un enjeu important pour diversifier les solutions offertes aux personnes et mieux prendre en compte les besoins

qu'elles expriment. Cet enjeu est décliné dans les projets régionaux de santé des Agences régionales de santé, ainsi que dans les CPOM conclus avec les établissements gestionnaires.

Graphique 1 • Écarts départementaux de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés



Champ : hors ESAT

Source : Finess, Insee, traitements CNSA.

Parallèlement, un plan de prévention des départs non souhaités (essentiellement vers la Belgique) en raison d'une insuffisance de l'offre, a été déployé à partir de 2016. Un fonds d'amorçage destiné à financer des solutions de proximité sur le territoire national a ainsi bénéficié de 10 millions d'euros en 2016, 5 millions d'euros en 2017 et sera mobilisé à hauteur de 15 millions d'euros en 2018 et 2019 afin de permettre le financement de solutions individuelles et contribuer à la dynamique générale de l'évolution de l'offre. Par ailleurs, le PLFSS 2020 prévoit, en sus d'un engagement financier majeur sur trois ans pour la création de solutions alternatives à la séparation des familles, d'étendre au secteur adulte l'encadrement conventionnel qui existe au titre de l'accord cadre franco-belge du 21 décembre 2011 pour les établissements accueillant des enfants et des adolescents. Le conventionnement des établissements wallons pour adultes permettra de porter des exigences de qualité complémentaires aux critères de la réglementation wallonne, d'organiser un contrôle des établissements, de fiabiliser le recueil d'informations sur les personnes accompagnées, ainsi que de mieux définir et uniformiser les niveaux de financement des établissements.

Au-delà de la prise en charge des besoins médico-sociaux, la compensation du handicap repose, depuis la loi sur le handicap de 2005, sur la prise en compte du projet de vie global des personnes, au moyen de la prestation de compensation du handicap (PCH). Celle-ci est une aide personnalisée et modulable en fonction des besoins de chaque bénéficiaire et comporte cinq volets (aides humaines, techniques, liées au logement et au véhicule, spécifiques, animalières). Plus de dix ans après la création de la PCH, le nombre total de demandes déposées auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) continue de connaître une évolution dynamique. En 2018, 315 000 personnes

en bénéficiaire, soit une augmentation de 6,5 % par rapport à 2017 (*indicateur n°1-10-1*).

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 leur famille. En juin 2018, 314 000 enfants ont reçu cette allocation (*indicateur n°1-10*). 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

L'offre de places en établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées en perte d'autonomie apparaît répartie de façon plus homogène sur le territoire que celle destinée aux personnes handicapées (hors services d'aide et d'accompagnement à domicile -ou SAAD-, non financés par des crédits d'assurance maladie).

Les disparités des taux d'équipement en établissements et services se réduisent depuis 2006 (*indicateur n°2-5*). Sur la période 2006-2018, près de 137 000 places ont ainsi été créées (*indicateur n°1-3*). Les disparités qui subsistent se concentrent toujours sur l'offre en institution (qui représente 81 % de l'offre médico-sociale pour personnes âgées), tandis que la progression du nombre de places en services de soins réduit les écarts territoriaux. Enfin, les taux d'équipement apparaissent les plus faibles là où les densités d'infirmiers sont les plus fortes.

Comme pour les personnes handicapées, le maintien à domicile des personnes âgées constitue un axe majeur des politiques de prise en charge de la perte d'autonomie.

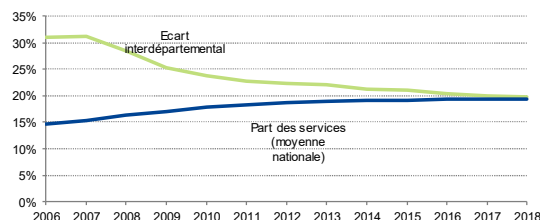
Hors SAAD, la part des dispositifs qui favorisent le maintien à domicile des personnes âgées – services de soins infirmiers à domicile, accueil de jour et hébergement temporaire – dans l'ensemble des structures médico-sociales accueillant des personnes âgées s'établit en 2018 à 19 %, en hausse de 5 points depuis 2006 (*indicateur n°2-6, cf. graphique 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 2018, *indicateur n°2-7*). Globalement, depuis 2006, 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 a diminué pour les cas de dépendance lourde (GIR 1 et 2, *cf. graphique 3*).

À cet égard, afin de favoriser le maintien à domicile, les plafonds nationaux des plans d'aide ont été augmentés

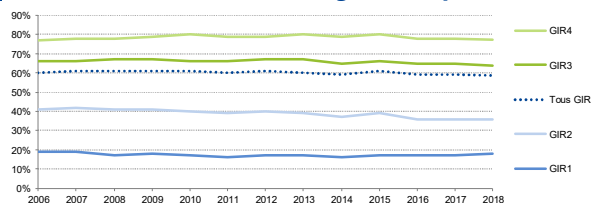
le 1^{er} mars 2016, et l'accessibilité financière de l'aide a été renforcée, permettant de diminuer la participation financière de ceux dont les plans d'aide sont importants et dont les revenus sont les plus faibles.

Graphique 2 • Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes âgées et écarts interdépartementaux



Source : Finess, traitements Cnsa.

Graphique 3 • Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le degré de dépendance



Source : Drees.

Par ailleurs, la loi ASV a contribué à apporter un soutien aux proches aidants qui accompagnent les bénéficiaires de l'APA, par l'instauration d'un « module répit » à compter du 1^{er} mars 2016, et par la mise en place d'un relais en cas d'hospitalisation de l'aidant. Ces dispositions complètent d'autres politiques publiques qui visent 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 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, assurance 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. En particulier, ils 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) 2014-2019 poursuit les efforts engagés dans le cadre du plan Alzheimer (2008-2012), en étendant l'action publique aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson et de la sclérose en plaques, soit à plus d'un million de personnes (*indicateur n°1-9*).

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°2-8 comporte une sélection de rubriques destinées à suivre les réalisations de ce plan, en particulier les mesures ayant pour objet d'accompagner les malades et leur entourage (éducation thérapeutique, plateformes d'accompagnement et de répit), ainsi que celles visant à une meilleure organisation et prise en charge des soins (MAIA, équipes spécialisées à domicile). Pour la quatrième année d'application du plan, les indicateurs rendent compte d'un développement soutenu des dispositifs.

Objectif n°4 : Garantir la pérennité financière de la CNSA

Les ressources de la CNSA proviennent essentiellement de la composante médico-sociale de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et 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 les personnes âgées et handicapées et de financer 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. Ce prélèvement finance notamment le renforcement de l'APA entré en vigueur le 1^{er} mars 2016 dans le cadre de la loi ASV. La LFSS pour 2019 est venue modifier une partie des recettes de la CNSA : la CNSA perçoit désormais une part de la contribution sociale généralisée (CSG), à la place des prélèvements sociaux sur les revenus du capital et de la contribution de solidarité pour l'autonomie, pour sa partie patrimoine seulement.

La CNSA finance les établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées ou âgées via une enveloppe appelée « objectif global de dépenses » (OGD). Cette enveloppe est abondée par les ressources du sous-objectif médico-social de l'ONDAM versées par la sécurité sociale, ainsi que par un financement sur les ressources propres de la CNSA. L'OGD pour 2019 est fixé à 22,5 Md€.

En 2018, les recettes de la CNSA sont supérieures de 0,2 % aux dépenses réalisées sur l'ensemble du champ des personnes handicapées et des personnes âgées (taux d'adéquation des recettes aux dépenses de 100,2 %, cf. indicateur n°2-10).

La CNSA cofinance, avec les départements, les prestations de compensation du handicap (PCH) et de prise en charge de la perte d'autonomie (APA). Concernant l'APA, la part apportée par la CNSA s'établit à 39 % en 2018, en hausse de 3% après deux années consécutives de forte hausse (indicateur n°2-11). La compensation intégrale de la réforme de l'APA par un

apport de la CASA (nouvelle contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie) expliquait cette hausse en 2016. L'évolution en 2017 est liée à la « mesure de faveur » (décret du 13 septembre 2017) qui permet à la CNSA de verser un montant supplémentaire au titre de l'APA aux départements les plus avancés dans la mise en œuvre de la réforme de cette prestation. S'agissant de la PCH, le taux de couverture des dépenses par la CNSA s'établit à 30 % en 2018, traduisant la montée en charge de cette prestation.

Synthèse

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

- la progression des dépenses d'APA à domicile se poursuit sous l'effet des mesures mises en œuvre dans le cadre de la loi ASV. Parallèlement, les dépenses de PCH augmentent, en lien avec l'accroissement du nombre de bénéficiaires ;
- des efforts ont été accomplis pour accroître le nombre de places et le degré de médicalisation dans les établissements accueillant des personnes handicapées ou âgées, dans un contexte de forte croissance du nombre de personnes en perte d'autonomie ;
- des progrès ont également été réalisés en matière de pilotage financier des dépenses médico-sociales, en faveur des personnes âgées et handicapées ;
- en revanche, des marges de progrès demeurent concernant le maintien à domicile des personnes handicapées ou âgées en perte d'autonomie. L'action du gouvernement se poursuivra dans ce domaine.

Conformément aux engagements du Président de la République et à la suite des préconisations du rapport « Grand âge et autonomie » de Dominique Libault, le Gouvernement prépare un projet de loi relatif à la perte d'autonomie des personnes âgées.

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 Vincent Mazauric, directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- Madame Virginie Magnant, directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- Madame Virginie Lasserre, directrice générale de la Cohésion sociale (DGCS) ;
- Madame Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la Sécurité sociale (DSS).