

# Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale

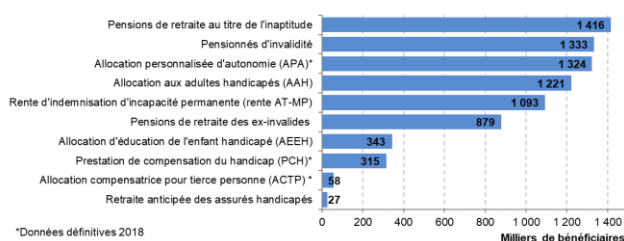
## SYNTHESE

### AUTONOMIE

**En 2019, l'effort national de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées s'élève à 73,1 milliards d'euros, dont 30 % en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et 70 % à destination des personnes handicapées (indicateur n°1-2).**

La population des personnes souffrant d'une perte d'autonomie est très hétérogène et les dispositifs publics de prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie ciblent en priorité les situations de perte d'autonomie sévères (indicateur n°1-1).

**Tableau 1 • Bénéficiaires des aides et dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, en 2019**



\*Données définitives 2018

\*Données définitives 2018.

Sources : voir indicateur n°1.1

Les besoins en matière d'aide à l'autonomie, qu'ils soient liés au handicap, à l'invalidité ou au grand âge, concernent aujourd'hui un nombre croissant de personnes. Le vieillissement de la population, résulte d'un allongement de l'espérance de vie et de l'arrivée aux âges élevés des générations du « baby-boom ». Il 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 Français. Les personnes en perte d'autonomie sévère représenteraient 4,3 % de la population des seniors (contre 3,7 % en 2015).**

Pour faire face à cette profonde transformation de la société, le Gouvernement a lancé en 2018 un ensemble de travaux et une vaste concertation qui ont notamment donné lieu au rapport de Dominique Libault sur le grand âge et l'autonomie, remis en mars 2019. Dans un souci de cohérence, de simplification et afin d'améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, le Parlement a adopté en juin 2020 les lois organique et ordinaire relatives à la dette sociale et à l'autonomie. 75 ans après les ordonnances du 4 octobre 1945, les députés ont modifié l'architecture de la Sécurité sociale pour y adjoindre **une cinquième branche couvrant le risque de perte d'autonomie.**

Afin de définir les contours, la gouvernance et le financement de cette cinquième branche, le

Gouvernement a missionné Laurent Vachey pour élaborer des propositions et concerter avec les acteurs. Un rapport, remis le 14 septembre 2020, fait notamment des préconisations s'agissant du périmètre et de la gouvernance de la branche et liste des options possibles de nouveaux financements pour celle-ci.

**Le PLFSS pour 2021 met en œuvre la création de cette cinquième branche**, en confirmant et confortant le rôle de la CNSA comme caisse nationale gestionnaire de cette nouvelle branche. Ses missions sont revues et son architecture budgétaire simplifiée avec l'affectation de nouvelles recettes propres (une fraction des recettes de CSG), alors qu'elle était auparavant financée en grande partie par la branche maladie. Lui est également transféré le pilotage et le financement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, jusque-là financée par la branche famille. Une nouvelle annexe au PLFSS, l'annexe 10, décrit les dépenses prises en charge par cette nouvelle branche et fournit une estimation de l'effort de la nation en faveur du soutien à l'autonomie.

**Le projet de loi grand âge et autonomie, qui sera présenté au cours des prochains mois**, permettra de préciser les réformes qui seront mises en œuvre au cours des prochaines années et leurs modalités de financement, sur la base de la feuille de route destinée à relever les défis du grand âge et de l'autonomie. Celle-ci 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 leur qualité de vie au travail.**

Par ailleurs, **la crise liée au coronavirus a profondément affecté les établissements sociaux et médico-sociaux.** Pour continuer d'assurer leurs missions dans de bonnes conditions, des mesures de soutien dans l'organisation des soins et la prise en charge des résidents ont été mises en œuvre pendant le confinement et à l'issue de celui-ci (appui aux prises en charge médicales et renforts de personnel). De plus, **une prime exceptionnelle a été versée en juin aux personnels** des établissements publics sociaux et médico-sociaux et des unités de soins de longue durée (jusqu'à 1500 € dans les départements les plus touchés), en reconnaissance de leur mobilisation dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19.

Tirant le bilan de cette crise, le Ségur de la santé prévoit plusieurs mesures à destination des établissements médico-sociaux, afin de renforcer leur résilience. **Les professionnels non médicaux des établissements de santé et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics et privés non lucratif bénéficieront d'une revalorisation**

de **183 € nets par mois**<sup>1</sup>, à laquelle s'ajoutera une hausse de 35 € par mois en moyenne pour les personnels au contact des patients (aides-soignants, infirmiers, personnels des filières rééducation et médico-technique). Au total, ces mesures représentent un effort de 0,3 Md€ en 2020, 1,4 Md€ supplémentaires en 2021 et de 2,0 Md€ par an à terme pour le secteur médico-social.

**Le Ségur prévoit également d'investir 2,1 Md€ sur 5 ans** pour accélérer la transformation, la rénovation et l'équipement des établissements médico-sociaux, dont 0,6 Md€ seront fléchés pour le numérique.

Ces mesures récentes font suite à **d'importantes réformes des politiques de soutien à l'autonomie depuis le début des années 2000**, 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. Le nombre de bénéficiaires de la PCH a fortement augmenté depuis sa création passant de 40 000 en 2006 à 315 000 bénéficiaires en 2018.

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. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « 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 neurodégénératives (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 CNSA réalise chaque année un bilan de l'activité des conférences des financeurs. En 2018, **le concours versé aux départements au titre des actions de prévention s'élève désormais à 140 millions d'euros et celui pour le forfait autonomie à 40 millions d'euros.**

**La loi ASV a aussi réformé l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) à domicile à compter du 1<sup>er</sup> 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 EHPAD** à partir du 1<sup>er</sup> 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 concernant le forfait global de soins pour atteindre le tarif plafond 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, l'ONDAM 2020 prévoyait 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 240 M€ supplémentaires en 2020. De plus, 130 M€ sont prévus pour les **plans d'aide à l'investissement (PAI) pour les établissements** en 2020. Des moyens ont également été intégrés en 2020 dans le budget de la CNSA pour soutenir l'amélioration de l'offre d'accompagnement des services d'aide à domicile, et le financement des formations. Enfin, **le congé proche aidant sera indemnisé**. Cette mesure illustre la volonté du Gouvernement d'apporter un soutien plus important aux proches aidants.

Le Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « Autonomie » 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 des actions portées sur le champ de l'autonomie à moyen termes.

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 rapport. Ce rapport fera l'objet d'une restructuration pour le prochain PLFSS, afin

<sup>1</sup> Cette revalorisation intervient en deux temps : 90 € applicable au 1<sup>er</sup> septembre 2020 et versée à titre rétroactif sur la paie de janvier 2021, puis

93 € au 1<sup>er</sup> mars 2021. La revalorisation atteindra 160 € dans le secteur privé lucratif

de l'adapter pleinement à la création de la cinquième branche de la Sécurité sociale.

### 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 2019, 9,2 % des titulaires d'une pension d'invalidité ont bénéficié de l'ASI (*indicateur n°2-1*). Cette part a globalement diminué entre 2010 et 2017, passant de 13,3 % à 9,0 %. Cette évolution traduit la progression des ressources des titulaires, du fait de l'amélioration des carrières. Entre 2017 et 2019, cette part s'est stabilisée. Elle atteint 9,16 % en 2019. Après une première revalorisation au 1<sup>er</sup> avril 2020, le PLFSS 2021 prévoit une nouvelle augmentation de l'ASI garantissant un niveau de ressources de 800 € par mois pour une personne seule contre 750 € en 2020.

### 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.

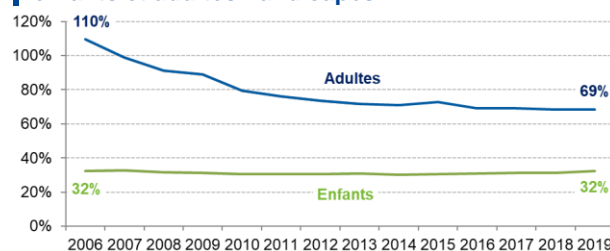
L'assurance maladie participe au financement de 61 % des établissements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des adultes en situation de handicap en 2019, cela représente 200 000 places pour les adultes (dont 116 000 en ESAT) et 155 000 places pour les enfants. Les ESAT, en partie financés jusqu'en 2016 par des crédits d'État, sont depuis 2017 financés par la CNSA et l'assurance maladie.

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. (*indicateur n°1-3*). Depuis 2004, le nombre de places pour les adultes en situation de handicap, qui bénéficient d'un financement partagé entre la CNSA et les départements, a plus que doublé, s'établissant à 6 places pour 1 000 adultes en 2019 (2,6 hors ESAT). Les enfants en situation de handicap disposent de 10 places pour 1 000 enfants.

Le *graphique 1* montre toutefois que des disparités territoriales subsistent, malgré un certain rattrapage de

l'offre d'accueil dans les territoires les moins bien dotés (*indicateur n°2-2-1 et n°2-2-2*). 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).

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.

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 : 33 % pour les enfants et 19 % pour les adultes en 2019 (*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.

Parallèlement, un plan de prévention des départs non souhaités en Belgique 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 45 millions d'euros depuis 2016 afin de permettre le financement de solutions individuelles et contribuer à la dynamique générale de l'évolution de l'offre. Par ailleurs, la LFSS 2020 prévoit 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. Ce dernier 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 bénéficient, soit une augmentation de 6,5 % par rapport à 2017 (*indicateur n°1-5-1*).

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 2019, 336 000 enfants bénéficient de l'AEEH versée par la Cnaf. Ce nombre a plus que doublé sur la période 2008-2019, soit une augmentation de 6,3 % en moyenne annuelle (*indicateur n°1-6*). 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.

Enfin, l'insertion des personnes en situation de handicap passe également par leur faculté à occuper un emploi, que ce soit en milieu ordinaire ou en milieu adapté. Le Comité national de suivi et d'évaluation de la politique d'emploi des personnes handicapées, mis en place dans le cadre de la stratégie 2019-2022, permettra d'évaluer les progrès mais aussi les difficultés à cet égard. Sur un champ restreint, 19 % des allocataires de l'AAH ont un emploi, dont la moitié en milieu ordinaire (*indicateur n°1-4*). L'étude d'impact de la stratégie nationale autisme et troubles du neuro-développement montre par ailleurs que les adultes souffrant d'autisme connaissent des difficultés d'accès à l'emploi (53 % ont une activité professionnelle), mais également des difficultés d'accès aux droits (35 % des parents et 56 % des adultes renoncent à une aide en raison des démarches à effectuer). Elle indique également que 79 % des enfants souffrant d'autisme sont scolarisés en milieu ordinaire, dont 81 % à temps plein.

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

En 2060, selon l'Insee, 2,45 millions de personnes seraient en situation de perte d'autonomie, contre 1,6 million en 2030.

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).

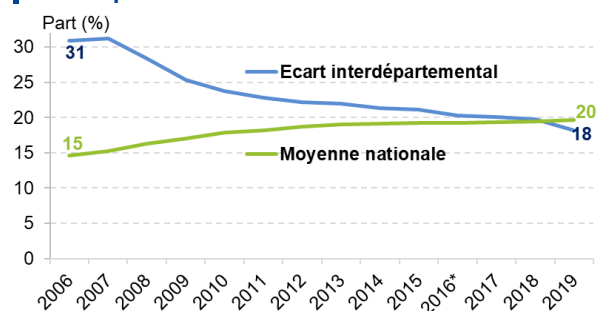
Les disparités des taux d'équipement en établissements et services se réduisent depuis 2006 (*indicateur n°2-5*). Sur la période 2006-2019, près de 140 000 places ont ainsi été créées (*indicateur n°1-7*). Les disparités qui subsistent se concentrent toujours sur l'offre en institution (qui représente 80 % de l'offre médico-sociale pour personnes âgées), tandis que la progression du nombre de places en services de soins réduit les écarts territoriaux. Cependant, les taux d'équipement apparaissent les plus faibles là où les densités d'infirmiers sont les plus fortes ce qui est susceptible de compenser en partie les déséquilibres observés. Enfin pour faciliter l'accès aux structures et simplifier les

démarches administratives des usagers, le dossier unique d'admission en EHPAD, prend désormais en compte les volets permanent et temporaire de l'accueil.

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 2019 à 20 %, en hausse de 5 points depuis 2006 (*indicateur n°2-6*, cf. graphique 2).

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

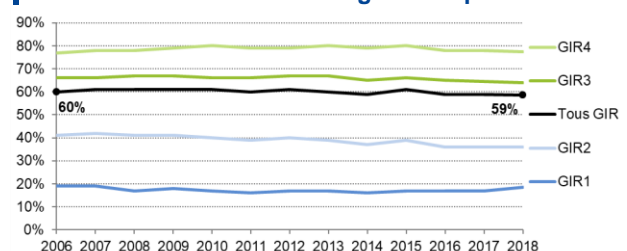


Source : Finess, traitements Cnsa.

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 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<sup>er</sup> 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 (*indicateur n°2-9*).

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<sup>er</sup> 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).

Depuis le lancement du plan maladies neuro-dégénératives (PMND) en 2014, le nombre de personnes atteintes par l'une des trois maladies principalement concernées par le plan n'a cessé de croître. Le nombre de malades d'Alzheimer ou de maladies apparentées est compris entre 900 000 et 1,2 million, 160 000 de la maladie de Parkinson et de 100 000 pour la sclérose en plaques (SEP, *indicateur n°2-8*). Sans solutions thérapeutiques à ce jour, elles s'imposent comme un enjeu majeur de santé publique et constituent un défi pour notre système de santé et la recherche, alors que le vieillissement de la population se traduit par une augmentation continue du nombre de personnes touchées.

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

Jusqu'en 2021, 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<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. Ce prélèvement finance notamment le renforcement de l'APA entré en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 jusqu'en 2020 par les ressources du sous-objectif médico-social de l'ONDAM versées par la branche maladie, ainsi que par un financement sur les ressources propres de la CNSA.

En 2019, les recettes de la CNSA sont égales aux dépenses réalisées sur l'ensemble du champ des personnes handicapées et des personnes âgées (taux d'adéquation des recettes aux dépenses de 100 %, cf. *indicateur n°2-10*).

A partir de 2021, la nouvelle 5<sup>ème</sup> branche autonomie, pilotée par la CNSA, prendra en charge l'intégralité de l'OGD, qui atteindrait 25,9 Md€ en 2021, en forte

augmentation compte tenu des mesures de revalorisation des personnels prévus dans le cadre du Ségur de la santé. Cette nouvelle branche serait à l'équilibre.

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 40,1 % en 2019. (*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. S'agissant de la PCH, le taux de couverture des dépenses par la CNSA s'établit à 29,1 % en 2019, traduisant l'augmentation du coût de cette prestation (*indicateur n°2-11*).

#### **Conclusion**

Les indicateurs du présent rapport 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 ;
- des marges de progrès demeurent concernant le maintien à domicile des personnes handicapées ou âgées en perte d'autonomie.

La création de la 5<sup>ème</sup> branche de la sécurité sociale, les mesures du Ségur qui impactent le secteur médico-social pour les revalorisations salariales comme pour l'investissement, ainsi que les mesures à venir dans un projet de loi grand âge et autonomie, sont de nature à améliorer la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie. La nouvelle annexe 10 au PLFSS détaille le volet financier de cette politique publique.