

## Conseil de l'âge du 23 juillet 2020

### **Note sur le Questionnaire 5<sup>e</sup> risque « Quel périmètre et quelle architecture pour la nouvelle branche autonomie ? »**

La trame de la présente note a été établie par le Secrétariat général du Conseil de l'Age et soumise au Conseil dans sa réunion du 23 juillet.

Tous les éléments contenus dans cette note n'ont pas fait l'objet de commentaires de la part des membres du Conseil, ce qui en limite la portée de la note.

Il a été convenu que la note serait envoyée à M Vachey le 31 juillet et que figureraient en annexe les contributions écrites adressées au Conseil avant cette date.

Pour le volet financements, on renvoie à la note préparatoire sur le questionnaire « financements » relatifs à la 5<sup>e</sup> branche.

### **QUATRE REMARQUES LIMINAIRES**

1° Conformément aux contours de la mission Vachey, on ne traite dans cette note ni le contenu d'un 5<sup>e</sup> risque ni le problème de l'opportunité, des modalités et du calendrier d'un rapprochement entre les législations qui régissent les soutiens aux personnes âgées vulnérables et aux personnes en situation de handicap<sup>1</sup>.

Soulignons cependant que des membres du Conseil ont insisté sur la nécessité de progresser dans cette voie attendue par de nombreux acteurs depuis 2005.

On s'en tient donc essentiellement aux questions de périmètre et d'architecture,

2° Le Conseil considère que la gestion des financements et les règles de gouvernance doivent contribuer à garantir une meilleure égalité entre les territoires.

Pour certains, on ne peut y parvenir que par une gestion unitaire dans la branche maladie. Pour ceux qui souhaitent garder la place éminente des départements dans la gestion de l'APA et de la PCH, un concours financier plus important de la CNSA permettrait à cette caisse de piloter de façon contractuelle un rapprochement des pratiques départementales

3° 5<sup>e</sup> risque ou 5<sup>e</sup> branche ? Il y a débat entre ceux qui souhaitent créer un branche autonomie au sein de l'assurance maladie, au titre des aléas de la vie de la naissance à la mort, et ceux qui soulignent la pertinence d'une 5<sup>e</sup> branche spécifique, pour répondre à des besoins sociaux larges, qui vont bien au-delà du soin.

4° Nombre des membres du Conseil souhaitent que les ressources du nouveau risque soient « protégées » par des règles d'affectation de recettes « fléchées ».

Pour d'autres, les règles de la gestion budgétaire publique ne garantissent pas la solidité d'un fléchage soumis (et certains s'en félicitent) aux règles d'annualité budgétaire (voire de non affectation des recettes et dépenses). *A fortiori* pour un risque dont le besoin de financement augmente fortement dans les décennies à venir. Ils estiment que la vraie « garantie » passe par une loi de programmation budgétaire des dépenses à consentir.

---

<sup>1</sup> On renvoie sur ce point aux notes 1 et 2 de la contribution du Conseil à la concertation « grand âge et autonomie ».

## I. LE PROGRAMME DE QUALITE ET EFFICIENCE : INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA

### 1) La création d'un cinquième risque de sécurité sociale implique la mise en œuvre de l'article L011-4 du code de la sécurité sociale sur le champ dévolu dans l'avenir à la sécurité sociale.

Cet article prévoit que « sont jointes au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année des annexes présentant, pour les années à venir, les programmes de qualité et d'efficience relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale ; ces programmes comportent un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours. Cette annexe comprend également un programme de qualité et d'efficience relatif aux dépenses et aux recettes des organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. »

L'objectif est ici de regrouper, sur un périmètre pertinent, l'ensemble des données sur les dépenses et recettes de la branche.

Il convient donc de vérifier

- La pertinence du périmètre « des personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap ». La liste des ménages concernés qui figure au graphique 1 du PQE recense correctement les effectifs concernés qui s'élèvent - avant élimination des double comptes - à 7,9 M de personnes en 2018. L'essentiel des analyses porte sur les personnes âgées et handicapées. La situation des personnes invalides, inaptes, rentiers AT ne fait l'objet que d'aperçus très sommaires sur des dimensions limitées.
- La complétude des actions publiques recensées. Cela semble être le cas.
- Le volet de l'ONDAM médico-social correspond aux prescriptions de l'article L011-4 du code.

Mais l'analyse des dépenses de la sécurité sociale doit être complétée.

### 2) Au-delà de ce noyau dur, le PQE recense ainsi les actions publiques menées par d'autres acteurs que la sécurité sociale.

C'est le cas par exemple de l'intégration dans le compte des dépenses d'APA des départements, l'inclusion scolaire ou les mesures en faveur de l'emploi des personnes handicapées.

Cette option est pertinente. Il faudra en vérifier la complétude (on pourrait par exemple y faire figurer les dépenses d'aménagement du logement). Car pour renforcer la protection sociale des personnes fragilisées et en perte d'autonomie, la future branche devra permettre de porter une stratégie globale couvrant les besoins qui jalonnent les parcours de vie des personnes au-delà du périmètre traditionnel de la protection sociale.

Sans préjuger à ce stade de l'affectation de tel ou tel poste au titre d'un budget ministériel ou d'un 5<sup>e</sup> risque, et sur la base des travaux engagés par le HCFEA sur les champs de l'âge et de l'enfance<sup>2</sup> les grandes dimensions à visibiliser et articuler portent plus précisément sur quatre volets :

---

<sup>2</sup> Mais pas du handicap en général, ces recommandations seraient donc à compléter le cas échéant.

*Un volet couvrant la réponse aux besoins essentiels de la vie « physique » :*

- 1 / l'aide humaine et technique pour accomplir des gestes quotidiens essentiels que des personnes sans limitation fonctionnelles exercent seuls (se mouvoir, manger, se laver, se déplacer, etc.)
- 2 / les soins reçus aux titres des limitations fonctionnelles liées au handicap (ou au grand âge) et qui excèdent les soins en population générale.
- 3 / accès aux logements répondant aux besoins spécifiques, dont l'offre d'hébergements en établissements spécialisées et les aménagements du logement permettant une vie à domicile (y compris les solutions intermédiaires) et les aides aux logements spécifiques.
- 4/ Les soutiens aux revenus (minima sociaux ; pensions et aides) et les pensions (pensions d'invalidité) permettant de pallier l'absence ou l'insuffisance de revenus liées au handicap/ la limitation fonctionnelle et donc de permettre aux bénéficiaires de subvenir à leurs besoins.

*Un volet permettant de limiter les coûts induits par les dépenses spécifiques liées handicap et au grand âge et d'apporter une aide aux aidants*

- 5 / Politiques de diminution du RAC
- 6 / Politiques d'articulation vie familiale / vie professionnelle pour les aidants familiaux (Ce qui suppose une articulation entre branche famille et future branche autonomie)
- 7 / La lutte contre l'isolement affectif et social (en incluant pour les enfants la question des fratries et des relations aux parents).
- 8 / l'inclusion scolaire pour les enfants
- 9/ l'inclusion dans l'emploi pour les adultes d'âge actif
- 10 / la participation à la vie culturelle, sociale et la citoyenneté (y compris aménagements des espaces publics, etc.)
- 11/ autres politiques de prévention
  
- 12/ *Un volet portant de manière transversale sur les fonctions de coordination des parcours permettant aux personnes de recevoir des soins et aides spécifiques et d'accéder à leurs droits plus facilement tout en s'inscrivant dans des logiques de parcours de droit commun.*

### **3) L'intégration des dépenses de l'État – notamment les dépenses fiscales<sup>3</sup> et les exonérations<sup>4</sup> – est pertinente**

Au total les tableaux 1 et 2 des données de cadrage (voir annexe 1) permettent une bonne appréhension de l'ensemble des actions publiques dans le périmètre retenu, mais sans concerner l'ensemble des volets énoncés ci-dessus.

### **4) Une fois définis le périmètre et le contenu du programme d'une part, recensées les actions d'autre part, l'ambition de l'article L011\_4 est d'éclairer les politiques publiques**

Doivent y contribuer « un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix

---

<sup>3</sup> Celles consacrées aux personnes âgées en 2018 ne comprennent pas le crédit d'impôt pour les emplois à domicile.

<sup>4</sup> Qu'elles soient ou non compensées.

est justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours ». Le futur PQE est un élément essentiel de pilotage de la stratégie.

Trois remarques générales :

- l'horizon de temps « prescrit » (deux exercices clos et l'année en cours) est aujourd'hui trop étroit pour éclairer le jugement de façon pertinente. Des objectifs de moyens-termes, voire une programmation pluriannuelle reflétée dans les objectifs, et si possible dans la trajectoire de financement adossée, serait souhaitable ;
- le Conseil a souligné à maintes reprises que les études et recherches menées sur le champ du PQE étaient insuffisantes. Très logiquement, les indicateurs et la description des moyens mis en œuvre en souffrent ;
- on ne peut attendre des PQE qu'ils compensent l'absence d'objectifs de moyen terme documentés et sérieux. D'où le caractère souvent flou des objectifs retenus (ainsi de la mention « baisse des écarts d'équipements et services » ou « augmentation de la proportion des allocataires de l'APA à domicile).

La création d'une cinquième branche/risque sur l'autonomie doit être l'occasion de renforcer les moyens d'études et de recherche d'une part, de corriger la pauvreté des indicateurs d'objectifs/résultats d'autre part. Encore faut-il que l'État définisse des objectifs clairs et argumentés.

On donne ici quelques illustrations des limites actuelles du PQE en termes d'objectifs (voir annexe 2 pour une présentation des objectifs et indicateurs actuellement suivis).

1° sur le niveau de vie

\* Pour les invalides. On suit la proportion de pensionnés bénéficiant de l'ASI ce qui ne concerne que 10 % des invalides. On s'assigne un objectif de « baisse » non quantifié et sans indication sur les éléments qui y conduisent.

\* Pour les adultes handicapés : pas d'objectif.

2° répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées

\* Réduction des écarts d'équipements interrégionaux (objectif « réduction des écarts ») sans indication sur la cible moyenne et sur l'horizon auquel se situer.

\* Réduction du délai moyen de traitement de l'AEEH (objectif « réduction ») sans indication sur la cible moyenne et sur l'horizon auquel se situer.

3° répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées

\* Proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile selon le niveau de dépendance dans le total des allocataires

Objectif « Augmentation » sans indication sur la cible moyenne et sur l'horizon auquel se situer

\* Les objectifs retenus sont trop restrictifs : il conviendrait d'aborder les 12 grandes dimensions énumérées dans la section A.2. Cette remarque s'applique également aux besoins des personnes handicapées.

\* Évolution des coûts et reste à charge

L'objectif de diminution du RAC (pourtant difficile à tenir, à réglementation constante, dans les établissements compte tenu de l'accroissement des coûts liée à l'augmentation du taux d'encadrement et à l'amélioration du salaire et des conditions de travail du personnel) n'est pas précisé. Manque également des indications sur le taux d'effort et /ou le reste à vivre des personnes.

4° taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la CNSA

\* L'indicateur porte sur les exercices passés sans analyse des déséquilibres latents dans le financement.

\* L'objectif de stabilité du concours de la CNSA à l'APA ne fait l'objet d'aucune justification.

## 5) Portée du programme ?

a) *Le regroupement argumenté et chiffré des actions d'une cinquième branche doit-il se traduire par des rattachements budgétaires nouveaux (en dépenses et « recettes affectées ») ?*

Pour certains on peut en attendre plus d'attention voire des arbitrages plus favorables dans le dessin des prestations (une gestion « au sein du cinquième risque » des prestations familiales aurait-il permis un traitement plus favorable de l'indexation de l'AEEH et une restructuration des majorations ?). Pour d'autres, « l'expatriation » de dépenses qui figurent dans leur budget peut amener certains ministères à des ruptures dans la politique qu'ils suivent (par exemple pour l'accompagnement des élèves en situation de handicap<sup>5</sup>) ?

Le questionnaire soumis pour avis au Conseil s'interroge ainsi sur

### La gestion de l'ONDAM médico-social (questionnaire point 1 du 1-1)

C'est un poste suffisamment stratégique pour qu'à la limite son positionnement (au sein de la CNSA ou au sein de l'assurance maladie) soit indifférent puisque sa définition est un élément majeur de la politique de l'autonomie qui fait l'objet d'une délibération au fond dans les débats sur le PLFSS.

Pour certains, le principe actuel de transferts, de crédits permet une gestion correcte de l'ONDAM. Pour d'autres, il est nécessaire que les recettes de la nouvelle branche lui soient propres pour éviter toute dépendance à l'occasion des transferts entre branches

Le Conseil n'a pas abordé, s'il est mis en place un objectif national de dépenses autonomie (ONDA), le choix entre le maintien des sous ONDAM PA et ONDAM PH distincts et une option d'un ONDAM unique qui pourrait permettre une meilleure organisation des services, notamment dans le champ des services à domicile. Si on maintient deux objectifs, certains membres du Conseil pensent utile qu'on réfléchisse à des possibilités de fongibilité.

### L'intégration, avec les recettes correspondantes, des dépenses de la sécurité sociale autres que l'ONDAM médico-social et de l'État<sup>6</sup>.

Sont ainsi visés :

- le risque invalidité (quitte à éclater la logique du bloc IJ-maladie/invalidité ?) ;
- la partie des dépenses de l'assurance vieillesse associées à la perte d'autonomie (y compris l'action sociale de la CNAV, ce qui pourrait permettre une gestion plus intégrée des politiques d'aide à domicile et la frontière du GIR4) ;
- les prestations familiales relatives au handicap ;
- le financement des ULSD ;
- le financement des PAERPA ;
- l'intervention des infirmiers libéraux auprès des personnes en perte d'autonomie (quel serait l'objet d'une individualisation de ces dépenses ?) ;
- l'adaptation du logement (quitte à casser l'unité de l'ANAH ?).

Par ailleurs, si on doit intégrer les dépenses fiscales dans les documents descriptifs, il semble hasardeux d'envisager leur rattachement à la branche.

---

<sup>5</sup>Ainsi, il paraît utile pour plus de clarté de rassembler dans le PQE les données permettant de suivre les aides dont bénéficient les enfants en situation de handicap durant leur scolarité. En revanche l'expatriation des dépenses hors du budget de l'Éducation nationale pourrait être contre-indiquée, si elle devait aboutir à sortir les dispositifs en faveur de la scolarité des enfants en situation de handicap de la politique d'éducation nationale de droit commun, à rebours de la logique d'école inclusive.

<sup>6</sup> On renvoie notamment aux contributions des membres du Conseil jointes annexes pour des propositions plus détaillées.

### b) La prise en compte des dépenses des départements

L'intégration des dépenses dans les documents descriptifs va de soi (c'est d'ailleurs la situation actuelle).

Mais la nature actuelle des grandes actions qu'ils mènent n'amène pas à une inclusion juridique des crédits qu'ils y affectent dans le « budget » de la branche. Or L'APA et la PCH sont deux prestations en nature qui relèvent largement de la compétence et du financement des départements, et dont l'effectivité dépend des décisions prises au niveau des départements (pour la définition des plans d'aide et les règles de tarification des services à domicile, etc.).

On renvoie sur ce point à la remarque liminaire n°3 *supra*

## II) LA LFSS ET LE PILOTAGE

Le questionnaire aborde quatre questions

### 1) Le vote d'un agrégat financier d'équilibre de la branche autonomie

Le vote d'un agrégat regroupant les dépenses de la sécurité sociale et de l'État est concevable.

Dans la situation actuelle, on ne voit ni la pertinence ni la possibilité d'intégrer les dépenses des départements.

### 2) La définition d'un PQE

L'idée avancée d'en élargir le champ est pertinente comme indiqué *supra*.

### 3) L'amélioration des outils de pilotage

On est loin du compte qu'il s'agisse des moyens des administrations centrales, de la recherche et du système d'information (notamment avec les départements).

### 4) La refonte du budget de la CNSA

Elle s'imposerait si on allait vers le vote d'un agrégat comme évoqué au 1°.

## III) LA GOUVERNANCE DE LA BRANCHE

Un des problèmes principaux que cette gouvernance devrait résoudre et qu'il est difficile de traiter sans toucher au fond, serait de limiter les inégalités territoriales en matière d'effectivité des plans d'aides (APA et PCH) et d'aide aux aidants. Une solution serait d'opter pour un système avec un référentiel de prestation opposable ou un système avec ancrage départemental mais avec pilotage en vue d'aller vers une forme d'opposabilité. Les pratiques des évaluateurs des plans d'aides seraient également à harmoniser.

La gouvernance locale est difficilement traitable sans entrer dans le détail des politiques, qui mobilisent de fait des réseaux d'acteurs distincts qui ont vocation à s'articuler entre eux pour une meilleure qualité de la protection sociale : par exemple les ARS ont un rôle majeur dans l'organisation des soins au sens large, tandis que les conseils départementaux sont légitimes à traiter de l'aménagement des villes, du logement etc. Pour certains, la nouvelle branche doit continuer à favoriser la participation des parties prenantes.

## **1) L'organisation de la gouvernance nationale**

La CNSA devait être la « structure de tête » de la branche.  
Le principe d'une composition *ad hoc* du Conseil devrait être maintenu.

## **2) La gouvernance locale**

Le Conseil n'a pas défini de scénario de gouvernance locale.  
On ne pourra statuer qu'une fois tranchées des questions « en amont » (notamment sur la nature de la prestation, en espèces ou en nature d'une part ; sur la fusion des sections soins et dépendance en EHPAD d'autre part).



# ANNEXES

## Annexe 1

Tableau 1 • Financements dédiés à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie

Dépenses en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie	Montants 2018 (millions €)
<b>Etat</b>	<b>1 083</b>
Programme "Handicap et Dépendance"	444
<i>Dépenses fiscales (exonérations) associées au programme</i>	442
<i>Section "Personnes âgées" et pilotage du programme</i>	2
Programme "Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi"	77
Compensation d'exonérations de cotisations*	562
<b>CNSA</b>	<b>3 822</b>
Transferts aux départements (APA)	2 382
Etablissements et services accueillant des personnes âgées (y.c. MAIA) (nets des transferts Assurance maladie)	966
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement	133
Autres actions de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (conférence des financeurs...)	180
Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation	56
Dépenses d'animation, prévention et études	10
<b>Sécurité sociale</b>	<b>12 094</b>
Assurance maladie	12 094
<i>ONDAM médicosocial - personnes âgées</i>	8 894
<i>Unités de soins de longue durée (USLD)</i>	996
<i>Dépenses de soins de ville en direction de personnes âgées dépendantes à domicile</i>	2 043
<i>Fonds d'intervention régional (PAERPA, consultations mémoire, équipes mobiles gériatrie)**</i>	161
<b>Départements</b>	<b>4 636</b>
Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA, à domicile et en établissements) nette des transferts de la CNSA	3 574
Frais de séjour en établissement pour personnes âgées (hors APA, dont aide sociale à l'hébergement)	1 062
<b>Total Personnes âgées</b>	<b>21 636</b>

\*aide à domicile employée par un particulier fragile, par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile.

\*\*données 2017.

Sources: CNSA, DGCS, DGFIP, Drees et DSS ; calculs DSS (cf. précisions méthodologiques).

Tableau 2 • Financements dédiés à la prise en charge des personnes handicapées

Dépenses en faveur des personnes handicapées	Montants 2018 (millions €)
<b>Etat</b>	<b>16 267</b>
Programme "Handicap et dépendance"	13 420
<i>Ressources d'existence (AAH, FSI)</i>	10 539
<i>Incitation à l'activité professionnelle (garantie de ressources des travailleurs handicapés)</i>	1 359
<i>Compensation des conséquences du handicap (dont instituts nationaux, fonds de compensation aux MDPH, FIAH...)</i>	15
<i>Dépenses fiscales (exonérations) associées au programme</i>	1 507
Autres programmes	1 697
<i>Inclusion scolaire des élèves en situation de handicap du programme "Vie de l'élève"</i>	1 170
<i>Mesures en faveur de l'emploi des personnes handicapées du programme "Accès et retour à l'emploi"</i>	389
<i>Allocations temporaires d'invalidité du programme "Pensions civiles et militaires de retraite et allocations" temporaires d'invalidité"</i>	137
<i>Compensation d'exonérations de cotisations*</i>	1 151
<b>CNSA</b>	<b>1 229</b>
Transferts aux départements (PCH et MDPH)	751
Etablissements et services accueillant des personnes handicapées	337
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement (charges nettes)	26
Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation	95
Dépenses d'animation, prévention et études et autres actions	19
<b>AGEFIPH</b>	<b>450</b>
<b>FIPHFP</b>	<b>125</b>
<b>Sécurité sociale</b>	<b>19 446</b>
Assurance maladie (nette des transferts CNSA)	18 355
<i>ONDAM médicosocial - personnes handicapées</i>	11 150
<i>Pension d'invalidité</i>	7 195
<i>Action sociale du FNASS</i>	10
Branche famille	1 091
<i>Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)</i>	1 000
<i>Allocation de présence parentale</i>	91
<b>Départements</b>	<b>7 183</b>
Frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés	5 409
Prestations ACTP et PCH	1 774
<b>Total Personnes handicapées</b>	<b>44 700</b>

\*aide à domicile employée par un particulier fragile, par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile.

Sources: CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP ; calculs DSS (cf. précisions méthodologiques).



## Annexe 2 : Structure du PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »

Les principaux indicateurs suivis au titre des données de cadrage du PQE ou des objectifs d'efficience :

### 1. Données de cadrage

Champs	Indicateurs
1.1. La population concernée par un handicap ou une perte d'autonomie	<b>Effectifs de bénéficiaires des aides et dispositifs</b> en faveur des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, en 2018
1.2. Les équipements et services en faveur des personnes handicapées (enfants/adultes)	<p><b>Le nombre de places en établissement médico-social</b></p> <p><b>Répartition des places</b> installées par catégorie d'établissements et services sociaux</p> <p><b>Évolution du nombre de places</b> installées et <b>taux d'équipement</b> en établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie</p> <p><b>Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux, par département,</b></p>
1.3. Les équipements et services en faveur des personnes âgées	<p><b>Le nombre de places</b></p> <p><b>Répartition des places</b> installées par catégorie d'établissements et services pour personnes âgées en 2018, financées ou non par l'assurance maladie (hors SAAD)</p> <p><b>Évolution du nombre de places installées et taux d'équipement</b> en établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans</p> <p><b>Taux d'équipement</b> en établissement et services médico-sociaux pour <b>1000 habitants âgés de plus de 75 ans</b>, par département en 2018</p> <p><b>Nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans</b> par département</p>
1.4 Les dépenses publiques liées au handicap et à la perte d'autonomie	<b>Tableaux de financement</b>
1.5. Les pensions d'invalidité	<p><b>Nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité</b></p> <p>Répartition des pensionnés d'invalidité en 2018, <b>par régime</b></p> <p><b>Dépenses d'invalidité et répartition par régime</b></p>
1.6. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	<p><b>Nb bénéficiaires APA</b></p> <p><b>Évolution</b> du nombre de bénéficiaires de l'APA payés au titre du mois de décembre, <b>par type d'hébergement</b> (de 2002 à 2018)</p> <p>Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA payés au titre du mois de décembre, par <b>GIR</b></p> <p>Part des bénéficiaires de l'APA dans la population par <b>sexe et tranche d'âge</b></p>

	Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus et répartition <b>géographique</b>
1.7. Les personnes suivies pour maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson et sclérose en plaques	<b>Nombre de prises en charge de la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques</b> <b>Nombre de patients</b>
1.8. Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)	<b>Nb de bénéficiaires et Évolution</b> du nombre de bénéficiaires de l'AAH depuis 2002  Répartition des bénéficiaires de l'AAH selon le sexe, le taux d'incapacité et le type d'allocation (taux plein ou taux partiel)  Répartition des bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 personnes en 2018, selon le département
1.9. Les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<b>Le nombre de personnes bénéficiant de la PCH ou de l'ACTP et évolution</b>  <b>Répartition par département</b>  La composition de la prestation de compensation du handicap (PCH) <b>par type d'aides</b>  <b>Montants moyens des aides</b>
1.9. Les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap <b>AEEH</b>	<b>Le nombre de bénéficiaires et évolution par type d'allocations reçues</b>  <b>Structure</b> du nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH par type d'allocation  <b>Barème</b> de l'AEEH

## 2. Objectifs / Résultats

### Liste des indicateurs d'objectifs/résultats

Objectifs	Indicateurs	Cibles	Producteur technique	Responsable administratif
1 - Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides	2-1 - Nombre et proportion de titulaires de pensions d'invalidité bénéficiant de l'allocation du Fonds spécial d'invalidité (FSI)	Diminution	DSS	DSS
2 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées	2-2 - Écarts d'équipements interrégionaux et interdépartementaux en établissements et services médicosociaux pour enfants et adultes handicapés 2-2-1 - En nombre de places et en euros pour 1000 enfants 2-2-2 - En nombre de places et en euros pour 1000 adultes	Réduction des écarts	CNSA	CNSA
	2-3 - Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées	Augmentation de la part des services	CNSA	CNSA

	2-4 - Délai moyen de traitement de l'AEEH	Réduction	CNSA	CNSA
3 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées	2-5 - <b>Écarts d'équipements</b> interrégionaux et interdépartementaux en <b>nombre de places et en euros</b> pour 1000 personnes âgées	Réduction des écarts	CNSA	CNSA
	2-6 - <b>Part des services</b> et formules intermédiaires dans les structures médico-sociales pour personnes âgées	Augmentation	CNSA	CNSA
	2-7 - Proportion de <b>bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le niveau de dépendance</b>	Augmentation	Drees/DSS	CNSA/DGCS
	2-8 - Indicateurs de suivi du <b>plan des maladies neurodégénératives 2014-2019</b>	Cibles du plan	SGMAS	CNSA/DGCS/HAS
	2-9 - Coûts des différentes prises en charge des personnes âgées dépendantes et impact sur le <b>reste à charge</b> de ces personnes  (Dont taux d'effort par GIR)			
4-Garantir la viabilité financière de la CNSA	2-10- Taux d'équation des recettes et des dépenses de la CNSA relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	Équilibre financier	CNSA/DSS	CNSA/DSS
	2-11- Parts des dépenses d'APA et de PCH financées par la CNSA	Stabilité	CNSA/DSS	CNSA/DSS

### **Annexe 3 : contributions des membres du Conseil<sup>7</sup>**

---

<sup>7</sup> On annexe dans un document à part l'ensemble des contributions des membres du Conseil portant sur le questionnaire « périmètre » et des remarques générales.