

## SYNTHESE Autonomie

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a créé une nouvelle branche consacrée à l'autonomie au sein de la sécurité sociale. Cette branche, dont la gestion est confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), **finance des aides liées à la perte d'autonomie et au handicap, anime le réseau des maisons départementales des personnes handicapées et informe les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs proches.**

**Les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale présentent tous les ans les grands objectifs poursuivis par la sécurité sociale** et permettent d'identifier les réussites mais également les marges de progrès ou les difficultés rencontrées.

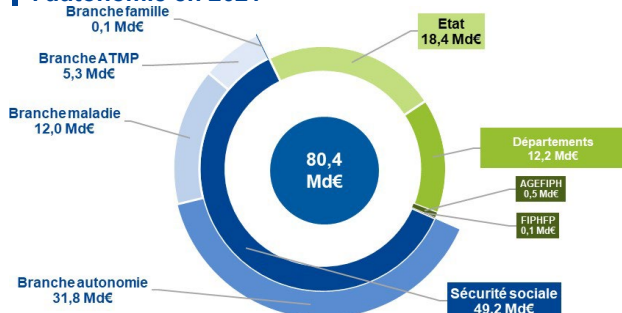
Ce rapport, consacré aux politiques de soutien à l'autonomie, traite de quatre objectifs principaux, en donnant une vision globale des financements publics et de l'offre de service consacrés à l'autonomie, au-delà des seuls crédits gérés par la nouvelle branche :

- 1/ assurer un niveau de vie adapté aux personnes en perte d'autonomie ;
- 2/ répondre au besoin d'autonomie des personnes ;
- 3/ garantir une offre adaptée sur tout le territoire ;
- 4/ garantir la pérennité financière des actions portées sur le champ de l'autonomie.

### 35 milliards d'euros de dépenses de la branche autonomie en 2022

**En 2021, l'effort national de soutien à l'autonomie des personnes âgées (ENSA<sup>1</sup>) et des personnes handicapées s'élève à 80,4 milliards d'euros**, dont un tiers en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et deux tiers à destination des personnes en situation de handicap, auxquels s'ajoute 1,6 Md€ au titre de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (*indicateur n°1-2*).

Graphique 1 • Effort national en faveur de l'autonomie en 2021



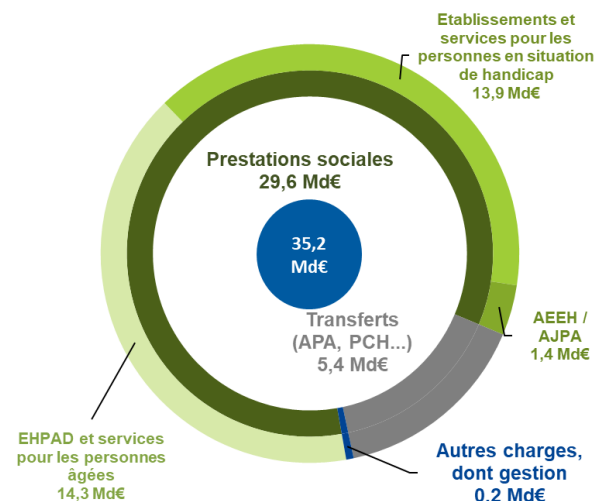
Champ : Financements dédiés à l'autonomie des personnes en situation de handicap et personnes âgées, hors la prévention à destination des personnes âgées en perte d'autonomie  
Source : indicateur 1-2, repris de l'annexe 7 au PLFSS 2023

<sup>1</sup> Se référer à l'annexe 7 du PLFSS 2023.

L'effort national de soutien à l'autonomie se compose de la participation au financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des services pour personnes âgées (14,2 Md€) et au financement des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap (enfants et adultes) (12,6 Md€). Des transferts sont assurés vers d'autres organismes,

Au total, en 2022, les dépenses de la seule branche autonomie s'élevaient à 35,2 Md€ (*graphique 2*). Ces dépenses couvrent la participation au financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des services pour personnes âgées (14,3 Md€) et le financement des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap, enfants et adultes (13,9 Md€). Des transferts sont assurés vers d'autres organismes, principalement sous la forme de concours financiers aux départements, qui assurent notamment le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). La nouvelle branche autonomie finance, depuis début 2021, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), précédemment à la charge de la branche famille.

Graphique 2 • Dépenses de la branche autonomie pour 2022

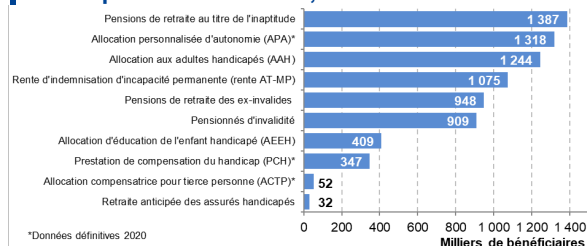


Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2023.

La population des personnes en perte d'autonomie est très hétérogène (*indicateur n°1-1, graphique 3*). Les dispositifs publics d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie des personnes âgées ciblent en priorité les situations les plus sévères. Ainsi, les dépenses publiques sont trois fois plus importantes pour les personnes âgées pour lesquelles la perte d'autonomie est la plus sévère

(GIR 1) comparativement aux personnes dont la perte d'autonomie est modérée (GIR 4)<sup>1</sup> (indicateur n°1-2).

### Graphique 3 • Bénéficiaires des aides et dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, en 2021



Source : indicateur n°1-2

## Des réformes structurantes de la branche autonomie de la sécurité sociale

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. Les personnes en perte d'autonomie sévère représenteraient 4,3 % de la population des seniors en 2050 contre 3,7 % en 2015.

**L'enjeu de l'accompagnement des situations de perte d'autonomie – et du financement de la politique de soutien à l'autonomie est donc majeur** afin de répondre à la hausse des besoins. La création de la branche, outre sa portée symbolique, doit permettre d'apporter les réponses à la hauteur de l'enjeu démographique.

Les rapports remis par Dominique Libault en mars 2019 (« Grand âge et l'autonomie ») et Myriam El Khomri fin 2019 pointaient à la fois les forts besoins de recrutement dans les métiers du grand âge, et le manque d'attractivité de ces métiers, dont les conditions d'exercice sont difficiles et pour lesquels les rémunérations sont faibles.

Depuis, plusieurs réformes (« Ségur de la santé » et ses extensions) ont permis une augmentation des salaires des professionnels accompagnant les personnes âgées ou en situation de handicap, pour un coût cumulé pour la branche autonomie de plus de 3,2 Md€ en 2022 par rapport à 2019.

Dans le contexte de crise sanitaire, le **Ségur de la santé** a d'abord porté une hausse des rémunérations des personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics et privés (pour 345 M€ en 2020, puis 1,9 Md€ et 2,1 Md€ en niveau en 2021 et 2022, respectivement). Plus précisément, les professionnels non médicaux des établissements de santé et des EHPAD publics et privés non lucratifs ont bénéficié d'une **revalorisation de 183 € nets par mois**<sup>2</sup>, à laquelle s'ajoute 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).

En 2021, ces revalorisations salariales ont été étendues, dans le cadre de l'accord de méthode de la mission confiée à Michel Laforcade, aux professionnels de SSIAD ne relevant pas de la branche de l'aide à domicile, aux ESSMS publics financés par l'Assurance maladie et aux

soignants du secteur privé non lucratif, pour un coût pour la branche autonomie de 50 M€ en 2021 et 470 M€ en niveau en 2022. Ces revalorisations ont été étendues également aux professionnels de la filière socio-éducative à partir d'avril 2022 suite à la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social, pour un coût de 350 M€ pour la branche autonomie en 2022.

En outre, pour les services relevant de la branche de l'aide à domicile (BAD), un avenant à la convention collective – avenant 43 – a refondu les grilles de rémunération. Il offre de nouvelles perspectives d'évolutions professionnelles aux salariés de cette branche et permet une augmentation des salaires à hauteur moyenne de 13 % à 15 %, pour les 209 000 personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), applicable dès le 1<sup>er</sup> octobre 2021. La branche autonomie a contribué à hauteur de 70 % du coût engendré par cette hausse en 2021, puis 50 % en 2022, après montée en charge.

Au-delà de l'attractivité des métiers de l'autonomie, les réformes ont visé à améliorer l'offre des services à domicile à travers la mise en place d'un tarif plancher national pour l'ensemble des SAAD prestataires. Ce **tarif plancher** était fixé à 22 euros en 2022, puis ré-évalué à 23 euros en 2023, et sera désormais indexé sur l'inflation à partir de 2024. La branche autonomie a financé cette mesure à hauteur de 250 M€ en 2022.

Le modèle de tarification des SSIAD est refondu dès 2023 afin d'allouer les crédits de manière à mieux couvrir les charges supportées par les services. Cette refonte tarifaire de l'offre SSIAD, qui se déploiera jusqu'en 2027, est financée par la branche autonomie à hauteur de 45 M€ pour la seule année 2023 et de l'ordre de 230 M€ d'ici 2027. Les SAAD et SSIAD seront par ailleurs regroupés à l'horizon 2025 au sein d'un service unique dénommé « service autonomie à domicile », afin de simplifier l'accès à l'offre d'accompagnement et de soins à domicile, et faciliter la coordination entre les professionnels d'aide à domicile et de soins.

Enfin, la LFSS 2023 a prévu le cofinancement avec les départements, à compter de 2024, d'**heures consacrées au lien social** au profit des personnes âgées en perte d'autonomie, à hauteur de 230 M€ à horizon 2026.

Concomitamment à ces réformes qui permettront de renforcer les moyens des établissements et des services, les LFSS 2022 et 2023 ont prévu de créer des solutions pour prendre en charge les personnes âgées dépendantes. La création de centres de ressources territoriaux visant à offrir un accompagnement renforcé à domicile ainsi que de nouvelles places en SSIAD (environ 100 000 places pour un coût de 280 M€ à horizon 2027) aura pour double objectif de répondre aux évolutions démographiques et de soutenir les personnes à leur domicile. Il est également prévu, entre 2024 et 2030, la création de 9 000 places supplémentaires en EHPAD (pour un coût d'environ 200 M€ en 2027) pour accueillir les personnes âgées ne pouvant rester à domicile du fait de besoins en soins trop importants.

Sur le volet du handicap, la branche autonomie contribuera à l'application et au financement des décisions prises à l'occasion de la conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023. Ces décisions s'inscrivent toutefois sur un spectre plus large que la seule branche autonomie, du

<sup>1</sup> Voir l'encadré 20 relatif au coût et reste à charge selon le GIR et le lieu de résidence de l'annexe 7 du PLFSS 2023.

<sup>2</sup> Cette revalorisation est intervenue 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 a atteint 160 € dans le secteur privé lucratif

repérage précoce ou l'école pour tous, au développement de l'offre et la diminution du reste à charge, en passant par l'accès à l'emploi ou l'accessibilité.

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 et de leurs aidants, et à plusieurs plans nationaux.

La suite de cette synthèse revient sur les résultats obtenus au regard des quatre grands objectifs retenus dans ce rapport en matière de soutien à l'autonomie tout au long de la vie.

### Objectif n°1 : Assurer un niveau de vie adapté aux personnes en perte d'autonomie

Le taux de pauvreté des adultes de moins de 60 ans en situation de handicap (25,5 %) est plus élevé que le taux de l'ensemble de la population (14,6 %), malgré la redistribution sociofiscale qui permet de le réduire de moitié (*indicateur n°2-1-1, en 2019, dernière année disponible*). La revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) contribue ainsi au soutien aux revenus des personnes handicapées : les dépenses d'AAH ont progressé de 22 % en euros constants depuis 2009, contre +9 % pour le minimum social de droit commun, le RSA (*indicateur n°2-1-2*). Depuis janvier 2022, l'abattement de 20 % appliqué sur les revenus du conjoint, concubin ou partenaire pacsé des bénéficiaires de l'AAH est remplacé par un abattement forfaitaire fixé à 5 000 €. A compter de 2023, les ressources du conjoint ne sont plus prises en compte pour le calcul de la prestation.

En parallèle, l'État finance l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) aux personnes dont la pension d'invalidité ne serait pas suffisante pour leur garantir un minimum de ressources. Cette prestation non contributive, qui complète la pension d'invalidité, est attribuée sous condition d'invalidité, de résidence et de ressources. En 2021, 9 % des titulaires d'une pension d'invalidité ont bénéficié de l'ASI (*indicateur n°2-2*).

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, la problématique du niveau de vie relève davantage du système de retraite. Le REPSS retraite comporte notamment des indicateurs sur le niveau des pensions ou du minimum vieillesse. A cet égard, il est à noter le relèvement du seuil de récupération sur succession de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) dans le cadre de la loi n° 2023-270 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 (LFRSS 2023). Pour autant, l'un des objectifs des politiques en faveur de l'autonomie, consiste à limiter le reste à charge des personnes âgées en perte d'autonomie, en EHPAD et à domicile dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie, dont 10 % reste en moyenne à la charge de la personne après crédit d'impôt. Ainsi, en moyenne, le reste-à-charge serait de 600 € par an à domicile, mais de 2 000 € par mois en EHPAD (pour une très large part sur la section hébergement, cf. *indicateur n°2-3-2*).

### Objectif n°2 : Répondre au besoin d'autonomie des personnes

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 notamment en lien avec la scolarisation ou l'emploi. Assurer un soutien à l'autonomie

aux millions de personnes qui en ont besoin est un enjeu de société essentiel. Les réponses apportées s'appuient sur un ensemble de prestations et de services qui promeuvent l'autonomisation de la personne dans le respect de sa dignité et de sa citoyenneté.

### Des dispositifs pour soutenir le recrutement et le maintien dans l'emploi

Il s'agit, d'abord, de soutenir l'inclusion des personnes en situation de handicap tout au long de leur vie, et en particulier pendant leur scolarité et leur vie professionnelle.

En dépit d'évolutions positives, depuis la loi de 1987 imposant aux entreprises une obligation d'emploi de travailleurs handicapés, les personnes handicapées continuent de rencontrer de fortes difficultés d'accès et de maintien dans l'emploi. En effet, elles se caractérisent par un taux d'emploi et un niveau de qualification plus faibles que la population générale et un taux de chômage plus élevé. Sur un champ restreint, 18 % des allocataires de l'AAH ont un emploi en 2021, dont la moitié en milieu ordinaire (*indicateur n°1-6*).

En 2020, sur le territoire national, la branche autonomie concourt au financement de plus de 380 000 places d'établissements et services pour les enfants et adultes handicapés dans les établissements et services d'aides par le travail (ESAT). Ces structures bénéficient d'un financement partiel ou total de la branche autonomie. (*indicateur n°1-10*). Le nombre de solutions disponibles pour les personnes en situation de handicap, qui bénéficient d'un financement partagé entre la CNSA et les départements, progresse.

A partir de 2024, dans le cadre de la CNH, les droits sociaux des travailleurs en ESAT évolueront pour se rapprocher des droits sociaux des salariés, sans perte des protections rattachées au statut.

Malgré les améliorations sur la période récente, le taux de chômage des personnes en situation de handicap reste plus élevé que celui de la population globale. Par ailleurs, la part des travailleurs en situation de handicap dans l'effectif salarié total reste inférieure à l'objectif de 6 % bien qu'elle ait progressé de 3,0 à 3,5 % entre 2011 et 2018 (*indicateur n°2-4-2*). Selon la DARES, les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de leur handicap représentent 4,1 % des actifs et 3,6 % des personnes en emploi dans le secteur privé en 2020<sup>1</sup>. Un référent handicap est désormais obligatoire pour les entreprises de plus de 250 personnes et dans chaque centre de formation d'apprentis (CFA). L'emploi accompagné est mobilisé et développé pour sécuriser l'emploi des travailleurs en situation de handicap recrutés et une aide à l'embauche spécifique a été déployée dans le cadre du Plan de relance.

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). Ainsi, la LFRSS 2023 a facilité la retraite anticipée des travailleurs handicapés en assouplissant les conditions d'éligibilité. Cette mesure coûtera 30 M€ par an à partir de 2024 pour les régimes de base de la branche vieillesse.



## Favoriser l'accueil des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire

En 2021, les élèves en situation de handicap sont trois fois plus nombreux qu'en 2004 à être scolarisés dans un établissement ordinaire (*indicateur n°2-4-1*). La part d'élèves en situation de handicap accompagnés par un dispositif ULIS varie en fonction du niveau et des filières d'enseignement : ils sont 31 % en école élémentaire, 34 % en collège (hors SEGPA), 29 % en lycée professionnel, et 2 % en lycée général et technologique.

Plus de 470 000 enfants en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée 2021. Le Gouvernement a fixé l'objectif de disposer de 10 306 ULIS en 2022 et de 385 classes adaptées à la scolarisation des enfants autistes. 125 500 accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) soutiennent la scolarisation de 220 000 élèves.

## La transformation de l'offre d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de handicap

L'offre d'accueil des personnes en situation de handicap a fortement progressé sous l'effet de programmes pluriannuels de création de places en établissements et services (programme 2008-2012, Plan Belgique et Stratégie Autisme 2018-2022). En 2021, on compte 6,2 places pour adultes en situation de handicap pour 1 000 adultes et 10,3 places accueillant les enfants en situation de handicap pour 1 000 enfants (*indicateur n°1-10*).

L'offre d'accompagnement s'étoffe aussi « hors les murs » des établissements, avec la structuration de services permettant d'accompagner la personne dans ses besoins spécifiques quel que soit son choix de résidence. En complément, l'habitat inclusif se développe, proposant une alternative aux établissements médico-sociaux.

La part des services au sein des structures médico-sociales en faveur des personnes handicapées a connu une forte progression depuis 2006. Les services représentent, en 2021, 34 % de l'offre pour les enfants et 19 % pour les adultes (*indicateur n°2-5-2*). L'enjeu de leur développement est décliné dans les projets régionaux de santé des agences régionales de santé, ainsi que dans les CPOM conclus avec les établissements gestionnaires.

En complément à l'accès aux dispositifs de droit commun et à l'accompagnement par les établissements et services médico-sociaux, le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap passe par l'accès à des prestations de droit spécifique : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation de compensation du handicap (PCH).

Les enfants handicapés bénéficient de l'AEEH, assortie ou non d'un complément en fonction des charges supportées par leur famille. En juin 2021, 410 000 enfants bénéficient de l'AEEH. Ce nombre a plus que doublé sur la période 2008-2021, soit une augmentation de 8 % 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.

La PCH est une aide personnalisée en fonction des besoins de chaque bénéficiaire et comporte cinq volets (aides humaines, aides techniques, aménagements due logement et du véhicule et surcoûts de transport, charges spécifiques, aides 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 2020, 347 000 personnes en bénéficient, soit une augmentation de 4,2 % par rapport à 2019 (*indicateur n°1-3*). A partir de 2024, le reste à charge en lien avec la PCH sera réduit et les frais liés à l'emploi direct d'une aide à domicile seront mieux remboursés.

Enfin, annoncées dans le cadre de la CNH, 50 000 solutions nouvelles seront déployées pour permettre l'accompagnement des personnes, adultes ou enfants, notamment dans les territoires où l'offre d'accompagnement est particulièrement insuffisante. Une attention particulière sera portée à la transformation et l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes, notamment en termes de solutions sur leurs lieux de vie.

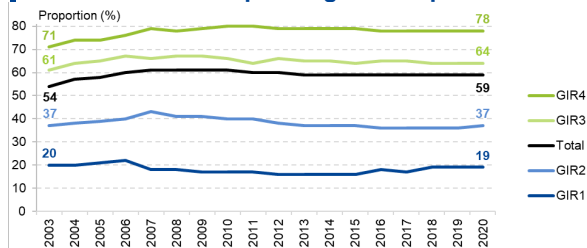
## Un accompagnement progressif des personnes âgées dans la perte d'autonomie

En termes de politiques publiques, répondre au besoin d'autonomie consiste en particulier à permettre aux personnes qui le souhaitent de demeurer à domicile, en développant les services nécessaires à un accompagnement adapté, ou de leur proposer un accompagnement au sein de structures d'accueil adaptées. Il s'agit, ainsi, d'offrir des réponses graduées et personnalisées au regard des besoins des personnes. Les politiques du handicap ont été traditionnellement axées, pour les besoins les plus importants, sur un accompagnement avec hébergement en établissement, et non via un service d'accompagnement à domicile.

Pour les personnes âgées, les politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie à domicile se sont développées. Ainsi, la proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile a augmenté de 5 points entre 2003 et 2020 passant de 54 % à 59 %. Le relèvement des plafonds de l'APA pour tous les niveaux de GIR (de 100 € pour le GIR 4 à 400 € pour le GIR 1) en 2016 a permis de renforcer l'accompagnement des personnes dont la perte d'autonomie est la plus sévère (*indicateur n°2-5-1*).

Prolonger cette évolution au cours des prochaines années constitue un enjeu majeur compte tenu de la croissance du nombre de bénéficiaires et des politiques mises en œuvre pour favoriser le maintien à domicile des personnes., (graphique 4, *indicateur n°2-5-1*).

Graphique 4 • Proportion de bénéficiaires de l'APA vivants à domicile par degré de dépendance



Note de lecture : Entre 2003 et 2020, parmi les bénéficiaires de l'APA classés GIR 4, la proportion qui bénéficie de l'APA à domicile est passée de 71 % à 78 %.

Source : Drees.

À cet égard, afin de favoriser le maintien à domicile, les plafonds nationaux des plans d'aide ont été augmentés et la solvabilisation des services à domicile a été récemment accrue, grâce à l'instauration en 2022 d'un tarif plancher et

d'une dotation complémentaire rémunérant des actions en faveur de la qualité de service. L'accessibilité financière de l'aide a aussi été renforcée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 (dite « loi ASV »), permettant de diminuer la participation financière de ceux dont les plans d'aide sont importants. Les restes à charge des personnes en perte d'autonomie dont les revenus sont les plus faibles ont été réduits, notamment à travers des conditions de ressources pour bénéficier de certaines prestations, et à travers des barèmes d'aides progressifs et des crédits d'impôts (*indicateur n°2-3*).

L'offre d'accompagnement des personnes âgées hors domicile se développe également. Le volet médical des EHPAD se renforce, avec notamment la hausse du taux d'encadrement des résidents, à travers le recrutement de 50 000 professionnels soignants, et l'accroissement de la présence du médecin coordonnateur à un minimum de 0,4 ETP par semaine. Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ont également vocation à couvrir l'intégralité des EHPAD pour mieux accompagner les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives.

L'offre d'accompagnement connaît aussi de nouveaux développements hors EHPAD, l'habitat intermédiaire est un choix d'accueil qui continue à se développer. Des dispositions de soutien aux résidences autonomie ont été adoptées : l'enveloppe investissement du Ségur de la santé a permis de soutenir un plan d'aide à l'investissement (PAI) en résidences autonomie à hauteur de 32,5 M€ en 2022, et la loi 2022-217 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration (dite « loi 3DS ») a facilité ces investissements au travers de la dispense d'appel à projets préalable à leur autorisation jusqu'à fin 2025. De plus, la généralisation de l'aide pour la vie partagée (AVP) au profit du forfait habitat inclusif (FHI) d'ici 2025 permettra de développer davantage l'offre et d'habitat dit inclusif, grâce à cette simplification de procédures et la prise en charge de la CNSA de la moitié des dépenses AVP à hauteur de 73 M€. Cette dernière mesure concerne également les personnes en situation d'handicap.

Ces offres d'accompagnement sont complétées par un volet de prévention porté par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Cette conférence instituée par la loi ASV coordonne notamment les actions de prévention mises en œuvre par les SAAD et les SPASAD, mais attribue également le forfait autonomie aux résidences autonomie. Ces deux axes du programme coordonné de financement sont financés par deux concours financiers de la CNSA qui s'ajoutent aux financements existants des départements.

### Soutenir les proches aidants

La stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022, en particulier, s'articule autour de six priorités : rompre l'isolement des proches aidants et les soutenir au quotidien dans leur rôle ; ouvrir de nouveaux droits sociaux aux proches aidants et faciliter leurs démarches administratives ; permettre aux aidants de concilier vie personnelle et professionnelle ; accroître et diversifier les solutions de répit ; agir pour la santé des proches aidants ; épauler les jeunes aidants. Dans ce cadre, la LFSS 2020 a prévu la possibilité d'indemnisation du congé proche aidant par la création d'une allocation journalière du proche aidant (AJPA), qui compense une partie de la perte de salaire de l'aidant qui réduit ou interrompt son activité professionnelle pour s'occuper d'un proche bénéficiaire de l'APA ou de la PCH.

Déjà en 2016, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) avait contribué à apporter un soutien aux proches aidants de personnes âgées 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.

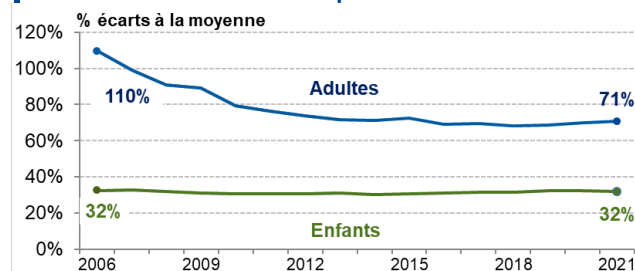
Enfin, au titre de la LFRSS 2023, une assurance vieillesse des aidants est créée, qui leur permettra la validation de trimestres plus élargie pour les proches aidants qui ont dû réduire ou interrompre leur activité professionnelle. La couverture s'étendra également aux proches aidants ne résidant plus au domicile de la personne aidée, et aux aidants des enfants ayant un taux d'incapacité supérieur à 50%.

### Objectif n°3 : Garantir une offre adaptée sur tout le territoire

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

Le graphique 5 montre que des disparités territoriales subsistent, malgré un certain rattrapage de l'offre d'accueil dans les territoires les moins bien dotés (*indicateur n°2-8 et n°2-9*). Ces disparités demeurent plus élevées pour les adultes que pour les enfants en situation de handicap, 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 5 • Écarts départementaux de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés



Champ : hors ESAT.

Note de lecture : En 2006, l'écart-type entre les taux d'équipement des structures pour adultes handicapés dans différents départements représentaient 110% de la moyenne du taux d'équipement en France.

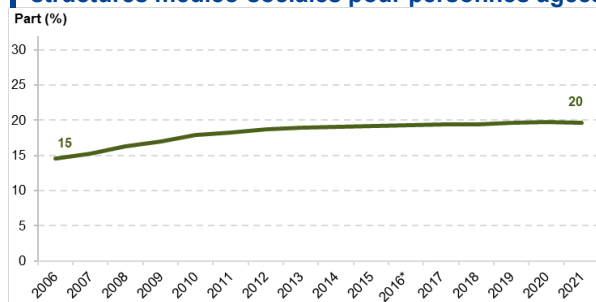
Note : L'écart entre régions est mesuré par des coefficients de variation. Plus l'écart type relatif est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution de l'écart type signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

Source : Finess, Insee, traitements CNSA.

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. En 2020, on dénombre 909 600 places dans les structures de service ou d'hébergement pour personnes âgées de plus de 75 ans (en dehors des SAAD). Environ 87 % des places appartiennent à des structures médicalisées et bénéficient à ce titre d'un financement de l'assurance maladie (*indicateur n°1-10*). 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. 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 2020 à 20 %, en hausse de 5 points depuis 2006 (*indicateur n°2-5-3, cf. graphique 6*).

**Graphique 6 • Moyenne nationale du nombre de structures médico-sociales pour personnes âgées**



Source : Finess, traitements Cnsa.

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les ESSMS ont l'obligation de procéder à une évaluation régulière de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Des organismes habilités se sont ainsi vus confier la mission d'apprécier la qualité des activités et prestations délivrées par ces structures aux personnes accueillies. Cette loi a été renforcée par la loi du 15 décembre 2016, permettant aux juridictions financières (Cour des comptes, chambres régionales ou territoriales des comptes) de contrôler les personnes morales de droit privé gestionnaires d'ESSMS ou de lieux de vie et d'accueil.

Dans un objectif d'amélioration du dispositif d'évaluation, la loi du 24 juillet 2019 a fait évoluer les missions de la Haute Autorité de Santé (HAS). Le suivi de ces actions sera publié dans ce rapport (*cf. indicateur 2-11*).

L'affaire Orpéa a mis en lumière les enjeux de maltraitance, mais elle a montré aussi la nécessité de compléter les leviers à la disposition des pouvoirs publics afin de mieux contrôler les EHPAD sur le plan comptable et financier, et de prévenir à l'avenir les dérives et abus susceptibles de survenir au niveau des groupes gestionnaires d'EHPAD. Dans cette perspective, un vaste plan de contrôle des 7 500 EHPAD de France a été lancé, accompagné d'un renforcement pérenne et significatif des moyens humains des agences régionales de santé dédiés aux contrôles pour garantir la sécurité des résidents et la qualité de leur accompagnement.

#### Objectif n°4 : Garantir la pérennité financière de la branche autonomie

La CNSA existe depuis 2004 mais demeurait à la périphérie de la sécurité sociale, rattachée à la loi de

financement, non comme régime ou branche, mais en tant qu'organisme concourant au financement d'une partie des dépenses du champ de l'ONDAM. La LFSS 2021 a consacré la création de la cinquième branche.

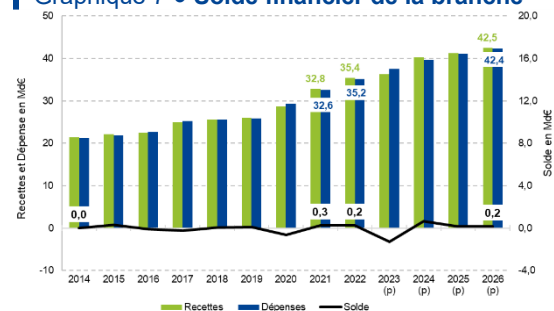
En 2022, le solde de la branche autonomie a affiché un excédent de 0,2 Md€ (après 0,3 Md€ en 2021).

Les dépenses de la branche autonomie ont progressé de 8,0 % en 2022, reflétant notamment la montée en charge des accords dits « Laforcade » du Ségur de la santé - progression de 7,1% de l'objectif global de dépense (OGD) dont la moitié en lien avec le Ségur - mais également le poids de la revalorisation du point d'indice de la fonction publique de 3,5% et sa transposition au secteur privé à compter de juillet 2022, et les revalorisations des prestations sociales de 1,8% et 4% respectivement, en avril et juillet 2022.

Dans le même temps les recettes ont progressé de 7,9 %, à la faveur de la progression de la masse salariale liée à l'inflation soutenue tout au long de l'année 2022.

Les recettes seront complétées par une fraction supplémentaire (0,15 point) de CSG à compter de 2024, en provenance de la CADES, afin de donner à la branche les moyens de faire face aux évolutions à venir. Ainsi, La branche autonomie restera en excédent jusqu'en 2026 où cet excédent atteindrait 0,2 Md€ selon les projections récentes de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

**Graphique 7 • Solde financier de la branche**



Source : CCSS mai 2023 pour comptes clos et LFRSS 2023 pour les prévisions

## Conclusion

Les moyens mobilisés permettent d'offrir une large palette de services et de prestations concourant à l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap. Il subsiste néanmoins des axes d'amélioration :

Alors que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie est amené à croître significativement et que les politiques d'inclusion des personnes en situation de handicap se développent, **la réorientation de l'offre vers des accompagnements à domicile** plutôt qu'en établissement doit s'inscrire dans la durée (les revalorisations salariales récentes ainsi que la réforme des modalités de financement des services à domicile y contribuent) ;

Les efforts engagés pour améliorer l'offre d'accueil en établissement des personnes âgées et des personnes handicapées (accroissement du nombre de places et du degré de médicalisation) doivent se poursuivre, notamment dans les EHPAD, la crise sanitaire ayant à nouveau mis en lumière des marges de progrès pour l'accompagnement des résidents ;

À la suite de la création de la cinquième branche, une attention accrue doit être portée à **l'équité de traitement sur le territoire**, ce qui suppose une harmonisation des pratiques entre les départements pour l'attribution des prestations individuelles telles que l'APA et la PCH. La recherche de la meilleure adéquation des moyens aux besoins des territoires pour l'offre d'ESMS doit pouvoir s'appuyer sur le développement de SI performants ;

Enfin, la création d'une branche à part entière de sécurité sociale consacrée à l'autonomie doit conduire à un **renforcement du pilotage financier des dépenses** (pilotage par la performance des ESMS, recherche d'une meilleure adéquation aux besoins des prestations individuelles, etc.).