

## 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.

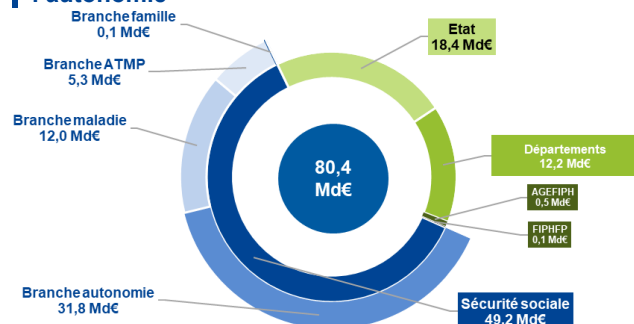
Ce rapport, consacré aux politiques de soutien à l'autonomie, comporte quatre objectifs principaux, donnant une vision globale des financements publics et de l'offre de service consacrés à l'autonomie, au-delà des seuls crédits gérés par la nouvelle branche :

- 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.

### 32,6 milliards d'euros de dépenses de la branche en faveur de l'autonomie en 2021

**En 2021, l'effort national de soutien à l'autonomie des personnes âgées 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

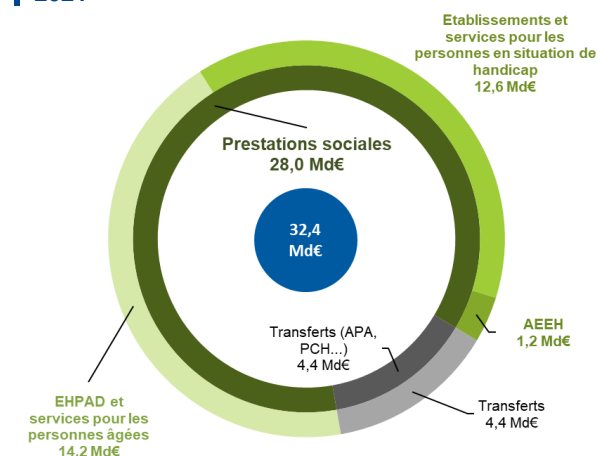


Champ : • Financements dédiés à l'autonomie des personnes en situation de handicap et personnes âgées, hors la prévention à destination des personnes âgées en perte d'autonomie  
Source : indicateur 1-2

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, 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. Au total en 2021, les dépenses de la branche s'élèvent à 32,4 milliards d'euros (*graphique 2*).

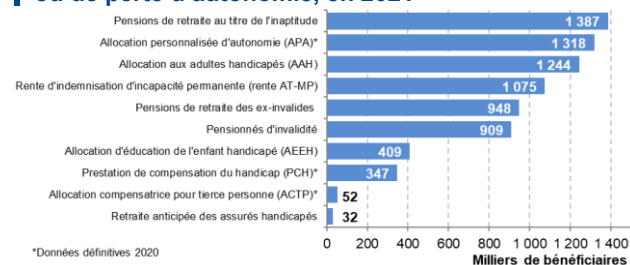
#### Graphique 2 • Dépenses de la branche autonomie en 2021



Champ : hors charges de gestion courante  
Source : indicateur 1-2

La population des personnes souffrant d'une perte d'autonomie est très hétérogène (*indicateur n°1-1, graphique 3*) et les dispositifs publics d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie ciblent en priorité les situations de perte d'autonomie 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) (*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



\*Données définitives 2020

Source : indicateur n°1.1

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 % depuis 2009, contre +9 % pour le minimum social de droit commun, le RSA (*indicateur n°2-1-2*). Depuis janvier 2022, l'abattement actuel 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 seront 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. Pour autant, l'un des objectifs des politiques en faveur de l'autonomie, consiste à limiter le reste à la charge de la personne 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 annuel serait de 600 € par an à domicile, et de 2 000 € par mois en EHPAD (*indicateur n°2-3-2*).

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

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 doivent permettre la mise en œuvre d'une 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*).

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 a 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 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 (85 M€).

#### Favoriser l'accueil des enfants 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.

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 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 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). Le nombre de places pour les personnes en situation de handicap, qui bénéficient d'un financement partagé entre la CNSA et les départements, progresse. En 2021, on compte 6,2 places pour adultes en situation de handicap pour 1 000 adultes

<sup>1</sup> DARES ANALYSE N°23 • MAI 2022

et 10,3 places accueillant les enfants en situation de handicap pour 1 000 enfants (*indicateur n°1-10*).

En 2020, sur le territoire national, l'assurance maladie concourt au financement de plus de 380 000 places d'établissements et services pour les enfants et adultes handicapés dont 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*).

L'offre d'accompagnement s'étoffe aussi « hors les murs » des établissements, avec le développement notamment de l'habitat inclusif et la structuration de services permettant d'accompagner la personne dans ses besoins spécifiques quel que soit son choix de résidence.

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.

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 2020, 347 000 personnes en bénéficient, soit une augmentation de 4,2 % par rapport à 2019 (*indicateur n°1-3*).

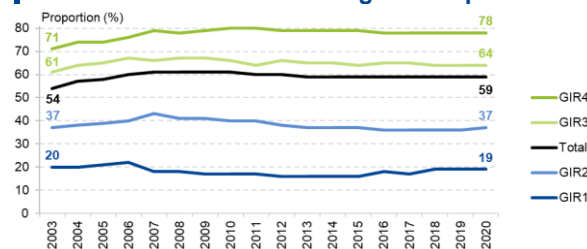
### Un accompagnement progressif des personnes âgées dans la perte d'autonomie

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 lourds, 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, afin que la proportion de personnes âgées bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie vivant à domicile reste stable (graphique 4, *indicateur n°2-5-1*).

Graphique 4 • Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le degré de dépendance



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, 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°2-3*).

### Soutenir les proches aidants

Par ailleurs, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (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).

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 l'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.

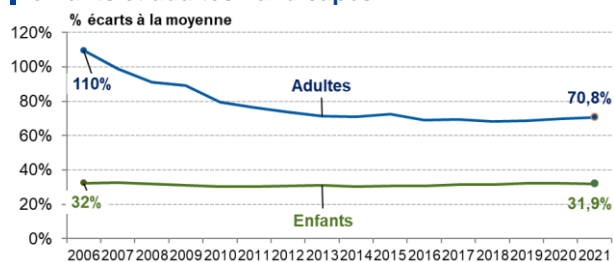
### Objectif n°3 : Garantir une offre adaptée sur tout le territoire

La réponse aux besoins de maintien 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.

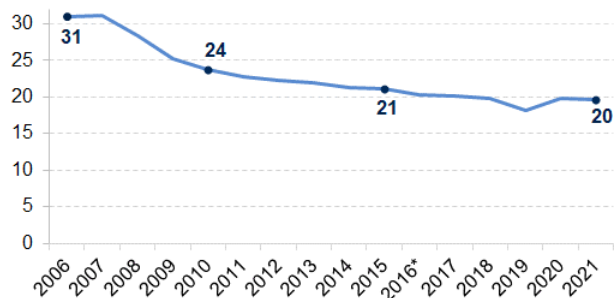
Source : Finess, Insee, traitements CNSA.

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 services d'aide et d'accompagnement à domicile – 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 21 %, en hausse de 5 points depuis 2006 (*indicateur n°2-5-3, cf. graphique 6*).

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.

**Graphique 6 • Ecart interdépartemental en matière de de structures médico-sociales pour personnes âgées**



Note : L'écart interdépartemental 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, traitements CNSA.

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). Les premières visites devraient avoir lieu fin 2022 début 2023. Le suivi de ces actions sera publié dans ce rapport (*indicateur 2-11*).

#### 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.

Le solde de la CNSA s'est établi à 0,3 Md€ en 2021. La dégradation observée en 2020 (déficit de -0,3 Md€ après un excédent de 0,1 Md€ en 2019) s'explique essentiellement par des dépenses exceptionnelles et des recettes de contributions moindres du fait de la crise sanitaire. La CNSA a toutefois bénéficié de financements en hausse en provenance de la branche maladie pour faire face aux dépenses liées à la pandémie : la dotation au titre de l'ONDAM médicosocial a été augmentée de 2,4 Md€ par rapport à l'objectif initial pour compenser les dépenses supplémentaires d'OGD et limiter le déficit de la CNSA.

En 2022, le déficit de la branche autonomie serait de 0,5 Md€.

Les dépenses progresseraient de 9 % en 2022, reflétant notamment la montée en charge des accords du « Ségur de la santé ». Dans le même temps les recettes progressent de 6 % (*indicateur n°2-12*).

#### Conclusion

En 2021, l'effort national de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées représente 80 milliards d'euros. 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, 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 issue de la LFSS pour 2022 y contribueront) ;

- 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, en particulier 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 selon les 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.).