

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, a été rénové et étoffé cette année, dans le cadre de la création de la cinquième branche de la sécurité sociale. Il comporte désormais quatre objectifs principaux, afin de donner 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 :

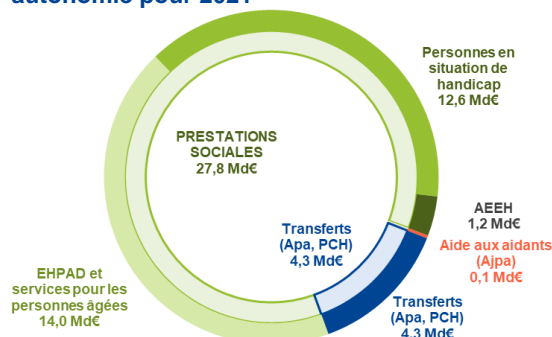
- 1/ assurer un niveau de vie adapté aux personnes en perte d'autonomie ;
- 2/ répondre au besoin d'autonomie des personnes ;
- 3/ garantir une offre adaptée sur tout le territoire ;
- 4/ garantir la pérennité financière des actions portées sur le champ de l'autonomie.

32,1 milliards d'euros de dépenses de la branche en faveur de l'autonomie en 2021

En 2020, l'effort national de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées s'élève à 76,6 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 (*indicateur n°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 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 32,1 milliards d'euros (*graphique 1*).

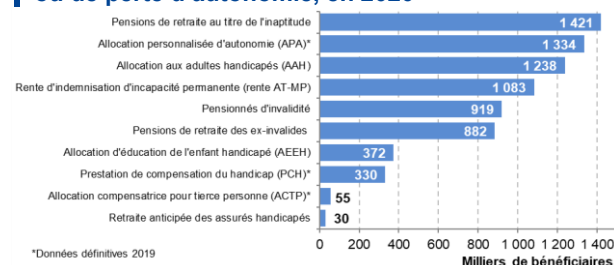
Graphique 1 • Prévisions de dépenses de la branche autonomie pour 2021



Champ : hors charges de gestion courante
Source : PLFSS 2022

La population des personnes souffrant d'une perte d'autonomie est très hétérogène (*indicateur n°1-1, graphique 2*) 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 2 • Bénéficiaires des aides et dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, en 2020



Source : indicateur n°1.1

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 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 2,8 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 cumul 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**¹, 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'accords 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 cumul 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 hausse des salaires inédite, 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^{er} octobre 2021. La branche autonomie contribue à hauteur de 70 % du coût en 2021, puis 50 % à compter de 2022, après montée en charge.

Au-delà de la revalorisation des métiers, la réforme du grand âge et de l'autonomie est au cœur des mesures sociales du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022.

Afin de consolider les modèles de financement des services à domicile, le PLFSS prévoit ainsi l'instauration d'un tarif plancher national de 22 euros par heure pour l'ensemble des SAAD prestataires. Cette mesure sera financée dès 2022 par la branche autonomie à hauteur de 250 M€. Le PLFSS prévoit également une refonte de la tarification des SSIAD, afin de prendre en compte les besoins en soins et le niveau de perte d'autonomie des personnes.

Par ailleurs, le PLFSS 2022 prévoit une évolution des missions des EHPAD, ainsi qu'un renforcement de leurs moyens. Les EHPAD pourront ainsi exercer une mission de « centre de ressources territorial » visant à offrir un appui aux professionnels et aux personnes âgées du territoire et une offre d'accompagnement renforcée à domicile pour les personnes aux plus forts besoins d'accompagnement.

Après le programme d'investissement du « Ségur » pour les EHPAD (1,5 Md€ sur cinq ans pour la rénovation et 600 M€ sur trois ans pour l'investissement numérique des EHPAD et établissements accueillant des personnes handicapés), les moyens humains des EHPAD seront quant à eux renforcés avec 47 M€ dès 2022 (dont 35 M€ pour garantir la présence d'un médecin coordonnateur au moins deux jours par semaine dans chaque EHPAD et 12 M€ en faveur de la généralisation des astreintes infirmières de nuit) et 300 M€ à horizon 2022.

Enfin, le PLFSS 2022 prévoit la création de nouvelles places en EHPAD à compter de 2024. 9 000 places supplémentaires doivent être créées à l'horizon 2030 et un recentrage des EHPAD sur l'accueil des personnes âgées qui nécessitent un accompagnement et une prise en soins importants.

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 (25,0 %) est plus élevé que le taux de l'ensemble de la population (14,8 %), malgré la redistribution sociofiscale qui permet de le réduire de moitié (*indicateur n°2-1-1, en 2017, dernière année disponible*). La revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) contribue ainsi au soutien aux revenus des personnes handicapées : l'AAH a progressé de 25 % en dix ans en euros constants, contre +11 % pour le minimum social de droit commun, le RSA (*indicateur n°2-1-2*). De plus, à compter de janvier 2022, l'abattement actuel de 20 % appliqué sur les revenus du conjoint, concubin ou partenaire pacsé des bénéficiaires de l'AAH sera remplacé par un abattement forfaitaire fixé à 5 000 €. Cette réforme permettra notamment aux bénéficiaires de l'AAH dont le conjoint est rémunéré au SMIC de conserver l'AAH à taux plein (903 €/mois). Plus de 60 % des 150 000 couples dont le bénéficiaire de l'AAH est actif conserveraient ainsi leur AAH à 903 €, au lieu de 45 % des couples aujourd'hui.

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 2019, 9,2 % 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

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

93 € au 1^{er} mars 2021. La revalorisation atteindra 160 € dans le secteur privé lucratif

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 12 300 € par an en EHPAD (*indicateur n°2-3*).

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, 19 % des allocataires de l'AAH ont un emploi, dont la moitié en milieu ordinaire (*indicateur n°1-7*).

Le taux de chômage des personnes en situation de handicap reste plus élevé que celui de la population globale, mais la situation s'améliore depuis 2019. Le nombre de demandeurs d'emploi handicapés a diminué de 3,8 % sur 2020, alors qu'on enregistre une augmentation de 5,1 % sur l'ensemble des publics sur l'année 2020. 80 % des salariés en situation de handicap travaillent en milieu ordinaire au cours des huit dernières années disponibles, la part des travailleurs handicapés dans l'effectif salarié total a progressé de 3,0 à 3,5 % (*indicateur n°2-4-2*). 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 2019, 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*). Par exemple, 79 % des enfants souffrant d'autisme sont scolarisés en milieu ordinaire, dont 81 % à temps plein.

Plus 400 000 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 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 2019, 372 000 enfants bénéficient de l'AEEH. Ce nombre a plus que doublé sur la période 2008-2020, soit une augmentation de 7 % en moyenne annuelle (*indicateur n°1-6*). Depuis le 1^{er} avril 2008, les familles peuvent, tout en conservant l'avantage de l'AEEH de base, exercer un droit d'option entre un complément de l'AEEH et la PCH, afin de bénéficier du dispositif le plus favorable à l'enfant.

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 pluriannuel de création de places en établissements et services (programme 2008-2012, Plan Belgique et Stratégie Autisme 2018-2022). 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 2020 (2,6 hors ESAT). Les enfants en situation de handicap disposent de 10 places pour 1 000 enfants (*indicateur n°1-10*).

En 2020, sur le territoire national, l'assurance maladie concourt au financement de près de 370 000 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. Concernant les adultes handicapés, on compte près de 330 000 places d'établissements et services, dont environ 53 % dans les structures médico-sociales financées intégralement par l'assurance maladie en 2020 (*indicateur n°1-11*).

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 2019, 33 % de l'offre pour les enfants et 19 % pour les adultes (*indicateur n°2-5*). 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 (*indicateur n°2-5-2*).

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 2019, 330 500 personnes en bénéficient,

soit une augmentation de 4,9 % par rapport à 2018 (indicateur n°1-4).

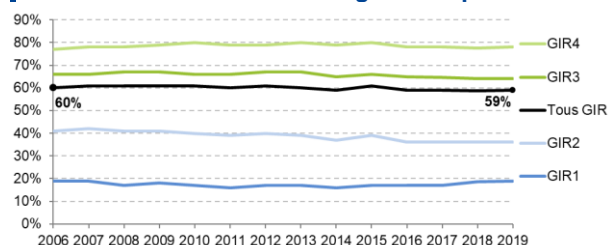
Un accompagnement progressif des personnes âgées dans la perte d'autonomie

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, des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie sont développées. Ainsi, la proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile a augmenté de 6 points entre 2003 et 2019 passant de 54 % à 60 %. 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 est stable : 59 % en 2019 (graphique 3, *indicateur n°2-5-1*).

Graphique 3 • 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 le 1^{er} mars 2016, et l'accessibilité financière de l'aide a été renforcée, permettant de diminuer la participation financière de ceux dont les plans d'aide sont importants et dont les revenus sont les plus faibles (*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^{er} mars 2016, et par la mise en place d'un relais en cas d'hospitalisation de l'aidant. Ces dispositions complètent d'autres politiques publiques qui visent à compenser l'incidence de la perte d'autonomie ainsi que la charge qu'elle représente pour les aidants familiaux.

La loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites du 20 janvier 2014 facilite l'accès à la retraite

anticipée pour les personnes handicapées et renforce les mécanismes de solidarité déjà à l'œuvre au sein du système de retraites en faveur des aidants familiaux (majoration de durée d'assurance, assurance vieillesse des parents au foyer).

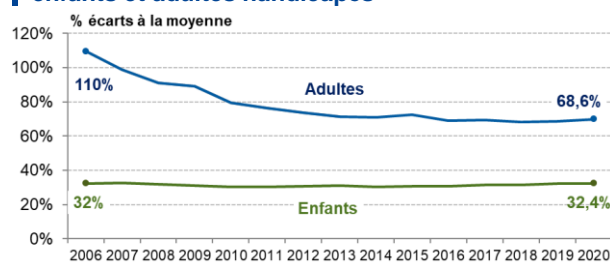
La stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022, en particulier, s'articule autour de six priorités : rompre l'isolement des proches aidants et les soutenir au quotidien dans leur rôle ; ouvrir de nouveaux droits sociaux aux proches aidants et faciliter leurs démarches administratives ; permettre 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 4 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 4 • Écarts départementaux de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés



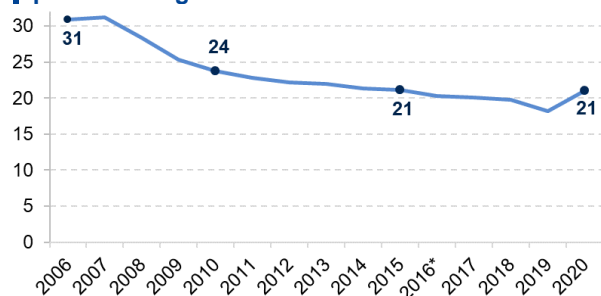
Champ : hors ESAT.

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 5*).

Graphique 5 • Ecart interdépartemental en matière de nombre 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.

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

La CNSA existe depuis 2004 mais demeurerait 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 -0,6 Md€ en 2020. Cette dégradation (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 2021, le déficit de la branche autonomie serait de 0,4 Md€.

Les dépenses progressent de 5 % en 2021, reflétant la montée en charge des accords du « Ségur de la santé » et les dépenses supplémentaires liées à la crise sanitaire. Une partie de ce dynamisme s'explique par un élargissement du périmètre de la CNSA aux dépenses de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH, auparavant financée par la branche famille).

Dans le même temps les recettes se contractent de 1 % en raison de la crise sanitaire et malgré la compensation de la prise en charge de l'AEEH par la branche via un transfert de CSG (cette mesure de périmètre contribue à

hauteur de 4,2 points à la croissance des charges et des produits de la CNSA en 2021). En 2020, le déficit de la branche représente 2,4 % des recettes (*indicateur n°2-11*).

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 40,4 % en 2020 (*indicateur n°1-3*). S'agissant de la PCH, le taux de couverture des dépenses par la CNSA s'établit à 28,6 % en 2020, en baisse comparativement au début des années 2010, traduisant le dynamisme des dépenses liées à cette prestation (*indicateur n°2-11*).

Conclusion

En 2020, l'effort national de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées représente 76,6 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 prévue dans le PLFSS 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 (outre le volet investissement du « Ségur », le renforcement des moyens prévus dans le PLFSS 2022 y contribuera) ;
- 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.).