

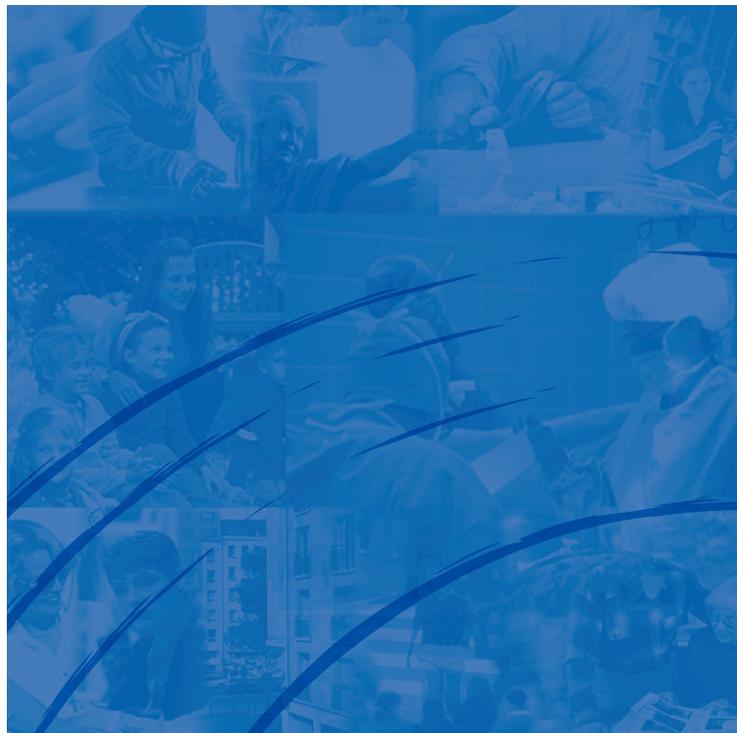


GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2023

SÉCURITÉ SOCIALE



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale – PLFSS

ANNEXE 7

**Dépenses de la branche autonomie et effort de la Nation
en faveur du soutien à l'autonomie**

**ANNEXE 7
DÉPENSES DE LA
BRANCHE
AUTONOMIE ET
EFFORT DE LA
NATION EN FAVEUR
DU SOUTIEN À
L'AUTONOMIE**

PLFSS 2023

SOMMAIRE

PLFSS 2023 - Annexe 7

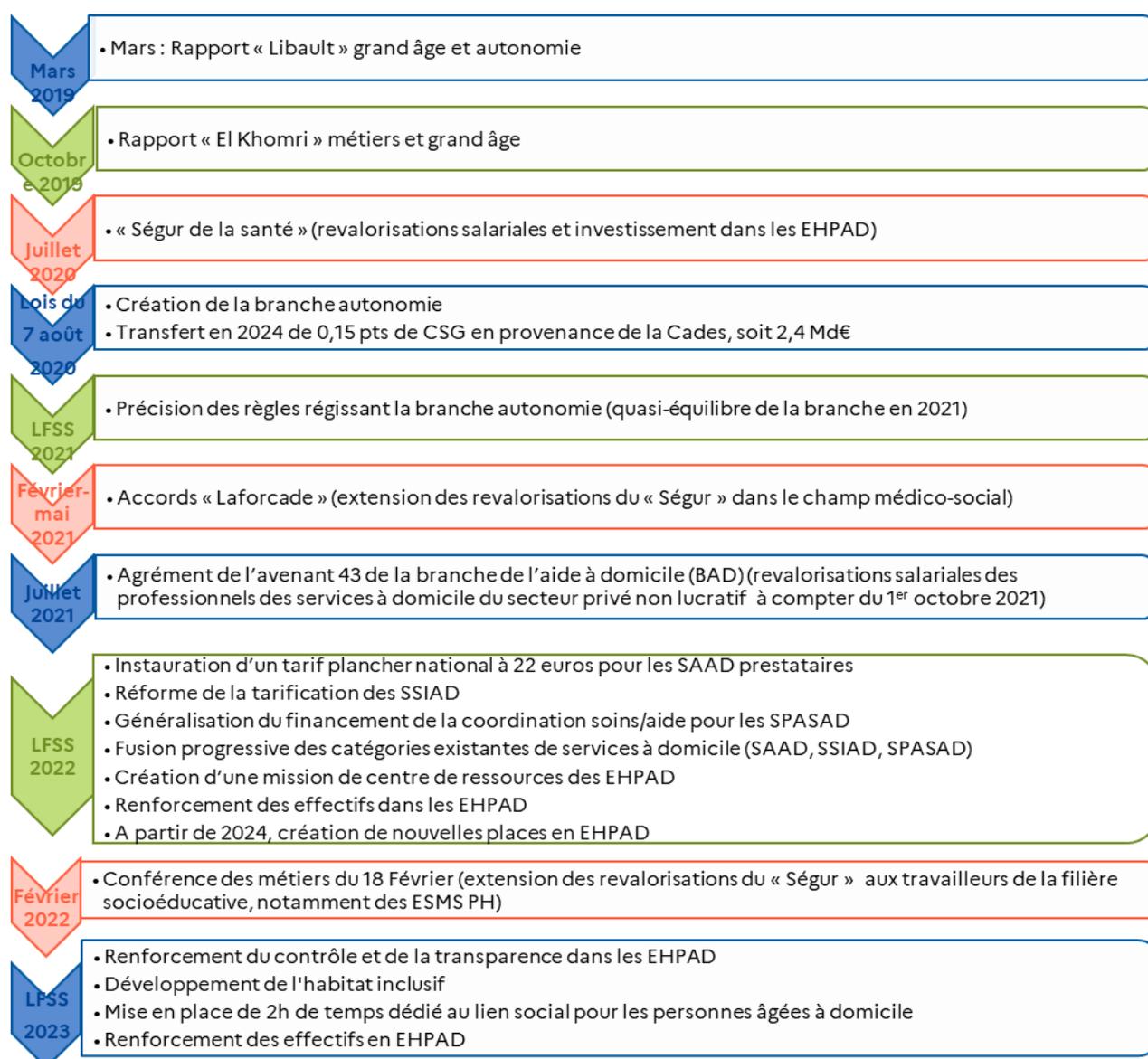
Synthèse.....	5
PARTIE 1 : Les dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale.....	9
1 - Une cinquième branche de la sécurité sociale couvrant le risque de perte d'autonomie.....	10
1. Les besoins de soutien à l'autonomie progressent.....	10
2. La CNSA devient une caisse nationale de sécurité sociale, en charge de la branche autonomie	10
2 - Les dépenses de la branche autonomie ont atteint 32,6 Md€ en 2021.....	11
1. Les dépenses de prestations sociales de la branche autonomie	14
1.1. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	14
1.2. La prestation de compensation du handicap (PCH).....	14
1.3. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	15
1.4. L'allocation journalière de proche aidant (AJPA).....	16
2. Le financement des établissements et services médicosociaux spécialisés dans l'accueil des personnes en perte d'autonomie	18
3. Les autres dépenses de la branche autonomie	21
3 - Les dépenses incluses dans le périmètre de la branche autonomie s'élèveraient à 35 Md€ en 2022 et 37 Md€ en 2023.....	29
4 - L'objectif global de dépenses d'autonomie à destination des établissements et services médicosociaux ...	32
1. Un objectif global pour les dépenses de la branche allouées aux établissements et services médicosociaux .	32
2. L'OGD devrait atteindre 28,4 Md€ en 2022, après s'être élevé à 26,8 Md€ en 2021.....	32
3. Un objectif global fixé à près de 30 Md€ en 2023	35
PARTIE 2 : L'effort national en faveur du soutien à l'autonomie	37
1 - Un effort national destiné à estimer l'ensemble des dépenses publiques en faveur du soutien à l'autonomie	38
2 - L'effort national en faveur du soutien à l'autonomie (ENSA) atteint 80 Md€ en 2021.....	43
1. En 2021, la sécurité sociale couvre 60% de l'ENSA, dont 40 % pour la seule la branche autonomie.....	43
2. En 2021, l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie des personnes âgées atteint 27 Md€	45
3. En 2021, l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap atteint 53 Md€.....	49
4. Les dépenses publiques couvertes par l'ENSA ont augmenté de 2,5 % par an depuis 2010	51

SYNTHESE

Cette annexe au PLFSS, créée en 2020, vise à retracer les dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale, et son inscription plus globale dans l'effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap.

Les besoins d'aide à l'autonomie, qu'ils soient liés au handicap ou au grand âge concernent une part de plus en plus importante de la population française. Afin d'améliorer la prise en charge des personnes confrontées à la perte d'autonomie, les parlementaires ont adopté, en août 2020 les lois organique et ordinaire relatives à la dette sociale et à l'autonomie. Les parlementaires ont modifié l'architecture de la sécurité sociale, 75 ans après les ordonnances du 4 octobre 1945, pour y adjoindre une cinquième branche couvrant le soutien à l'autonomie. Sa gestion est confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

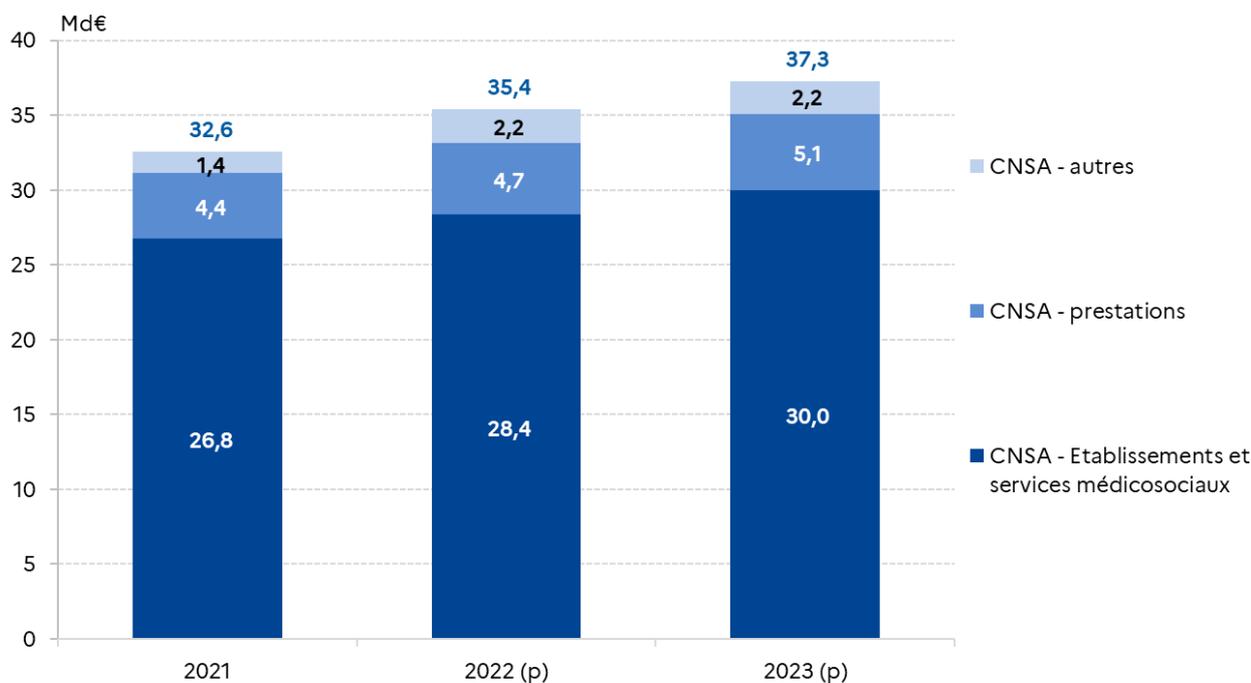
Schéma 1 • Les mesures de soutien à l'autonomie : le chemin des réformes



La LFSS pour 2021 a précisé les règles régissant cette nouvelle branche, en conférant à la CNSA le statut de caisse nationale de sécurité sociale et en lui octroyant de nouvelles recettes propres, alors qu'elle était auparavant financée en grande partie par la branche maladie (cf. partie I.1). La branche autonomie couvre, depuis 2021, l'ensemble des dépenses financées auparavant par la CNSA, ainsi que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), jusqu'alors financée par la branche famille.

Ces dépenses, prises dans leur ensemble, ont atteint 32,6 Md€ en 2021 (cf. partie I.2). Selon les prévisions établies à la fin du mois de septembre 2022, elles progresseraient fortement, pour atteindre 35,4 Md€ en 2022 et 37,3 Md€ en 2023 (cf. graphique 1).

Graphique 1 • Dépenses incluses dans le périmètre de la branche autonomie 2021-2023



Source : DSS/SDEPF/6C, sur données PLFSS pour 2023

Les revalorisations salariales des professionnels du secteur médicosocial ont fortement contribué à la progression dynamique des dépenses : elles représentent un effort de 3,4 Md€ en 2023, (cf. partie I.3, encadré 13).

Le PLFSS pour 2023 constitue une nouvelle étape en faveur du soutien à l'autonomie avec la mise en place de mesures visant à lutter contre l'isolement des personnes âgées en prévoyant l'ajout de deux heures de vie sociale par semaine dans les plans d'aide à la perte d'autonomie (à compter de 2024), à mieux valoriser le financement des services proposant des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap, ainsi qu'à recruter davantage de personnels soignants dans les EHPAD (cf. schéma 1)

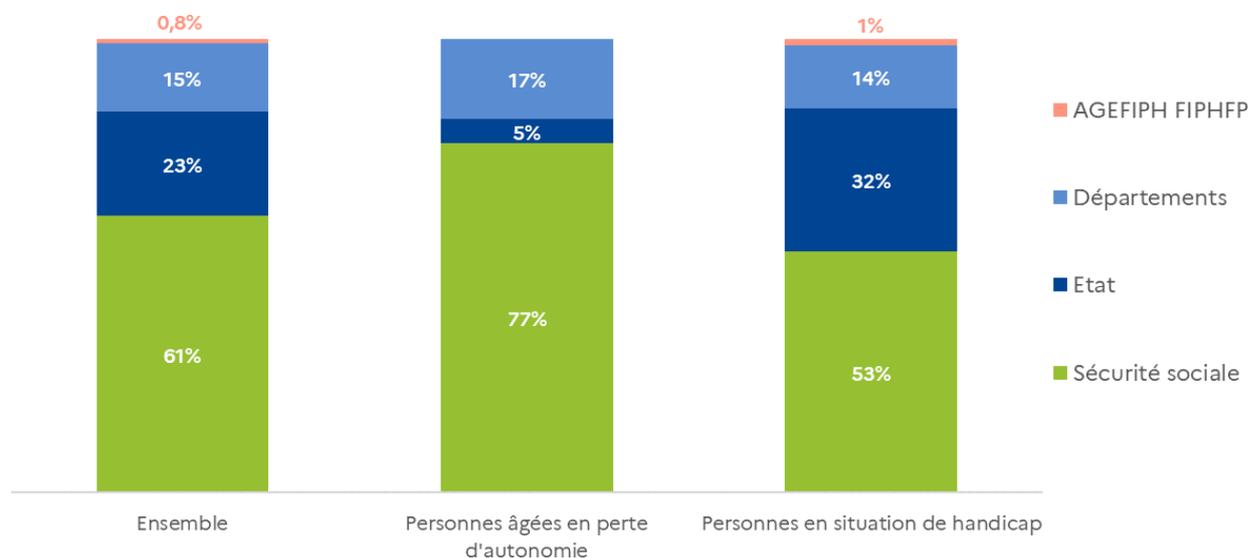
La particularité de l'action en faveur de l'autonomie tient à la multiplicité des aides apportées et des professions mobilisées, impliquant des acteurs issus des secteurs public, associatif et privé lucratif, au niveau local et national, ou encore de la société civile. Le financement des actions en faveur du soutien à l'autonomie est en conséquence segmenté : plusieurs prestations de protection sociale ainsi que des avantages sociaux et fiscaux y concourent, induisant l'intervention de divers acteurs – État, collectivités territoriales et sécurité sociale (cf. partie II.1).

L'effort national en faveur du soutien à l'autonomie (ENSA) mesure les dépenses publiques, financées par la sécurité sociale, l'État, et les conseils départementaux, correspondant aux dispositifs spécifiquement destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes en situation de handicap ou d'invalidité. L'ENSA s'établit, sur le périmètre retenu, à 80 Md€ en 2021.

L'effort national est essentiellement constitué de prestations sociales (43 % des dépenses couvertes : AEEH, AAH, PCH et ACTP, pensions d'invalidité, ASI, rentes d'incapacité permanente, et APA) et de financements orientés vers les établissements et services sociaux et médicosociaux (42 % des dépenses, cf. partie II.2).

En 2021, la sécurité sociale finance plus de la moitié de l'ENSA : la branche autonomie, qui concentre 61 % des dépenses de sécurité sociale dans le champ de l'autonomie, est la première contributrice depuis la création de la branche le 1^{er} janvier 2021 (cf. graphique 8, partie II.2). L'État finance quant à lui le quart des dépenses et les départements 15 % (cf. partie II.2.1 et graphique 2).

Graphique 2 • Répartition du financement de l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie (80 Md€ en 2021)



Source : DSS/SDEPF/6C, sur données du REPSS « autonomie » annexé au PLFSS pour 2023

PARTIE 1 :
LES DEPENSES DE LA
BRANCHE AUTONOMIE
DE LA SECURITE SOCIALE

1 - Une cinquième branche de la sécurité sociale couvrant le risque de perte d'autonomie

1. Les besoins de soutien à l'autonomie progressent

Les besoins d'aide à l'autonomie liés au grand âge ou au handicap concernent un nombre croissant de personnes. S'agissant du handicap, tout d'abord, la reconnaissance des handicaps et les réponses médicosociales apportées s'améliorent, notamment chez les enfants. De plus, le contexte économique et le vieillissement de la population active conduisent de plus en plus de personnes handicapées dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 80 % et qui ont une restriction durable d'accès à l'emploi, à solliciter le minimum social spécifique : l'allocation adulte handicapé (AAH).

Par ailleurs, le vieillissement de la population, qui résulte d'un allongement de l'espérance de vie et de l'arrivée aux âges élevés des générations du « baby-boom », augmente sensiblement le nombre de personnes en risque de perte d'autonomie. Cet enjeu démographique constitue un défi en matière d'accompagnement des personnes âgées, en particulier de celles qui rencontrent les restrictions d'activité les plus sévères. Ainsi, selon les évaluations les plus récentes de la Drees, la population des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie (bénéficiaires de l'APA), estimée à 1,3 millions en 2021 (soit 7,7 % des 18 millions de personnes âgées de 60 ans et plus) dépasserait 2 millions à l'horizon 2050, soit 8,4 % des 24 millions de Français âgés de 60 ans et plus.

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

2. La CNSA devient une caisse nationale de sécurité sociale, en charge de la branche autonomie

Conformément à la loi n°2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public créé en 2004, gère la branche « autonomie ». La LFSS pour 2021 a mis en œuvre la création de cette cinquième branche, en conférant notamment à la CNSA le statut de caisse nationale de sécurité sociale, en lui octroyant de nouvelles recettes propres (1,9 point des recettes de CSG, cf. encadré 1), alors qu'elle était auparavant financée en grande partie par la branche maladie, et en lui transférant le pilotage et le financement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, jusque-là à la charge de la branche famille.

Cette annexe au PLFSS a pour objectif de retracer les dépenses de la branche autonomie, et son inscription plus globale dans le champ de l'effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap.

Encadré 1 • Un important transfert de recettes à la CNSA pour financer la nouvelle branche autonomie

Pour financer les dépenses nouvelles consécutives à la création de la branche autonomie (au titre de l'OGD et de l'AAEH), la CNSA perçoit, depuis 2021, 1,93 point de CSG toutes assiettes (à l'exception des jeux) contre 0,23 point de CSG prélevée sur l'assiette des seuls revenus d'activité auparavant. Avant l'affectation de cette fraction de CSG, ces dépenses étaient financées par un transfert de l'assurance maladie

Les recettes brutes de CSG affectées à la CNSA devraient ainsi s'élever à un montant évalué à 30,5 Md€ en 2022 (prévision retenue lors de la préparation du PLFSS pour 2023, sur la base des projections présentées lors de la Commission des comptes de la sécurité sociale), contre 28,9 Md€ en 2021 et 2,1 Md€ en 2020. La LFSS pour 2022 a en outre prévu l'attribution d'une part du rendement de la taxe sur les salaires, à titre rectificatif pour l'année 2022, pour un montant de 0,7 Md€, au titre des charges liées au non-recouvrement, (particulièrement élevées cette année-là compte tenu de la crise économique liée à la pandémie de Covid 19).

Au total, le montant net de l'ensemble de ses recettes (CSG, CSA, CASA et taxe sur les salaires), atteindrait 34,9 Md€ en 2022, en hausse par rapport à 2021, où il s'était établi à 32,8 Md€ (hors transfert de l'assurance maladie). En 2023 les recettes de la CNSA s'élèveraient à 36,1 Md€ (prévisions PLFSS 2023).

2 - Les dépenses de la branche autonomie ont atteint 32,6 Md€ en 2021

En 2021, les dépenses de la CNSA, qui est, depuis 2021, la caisse nationale de sécurité sociale gestionnaire de la branche autonomie (cf. encadré 2) se sont élevées à 32,6 Md€ dont 26,8 Md€ au titre du financement des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Les autres principales dépenses de la branche correspondent au financement de l'AEEH (1,2 Md€) et aux transferts vers les départements pour le cofinancement des dépenses d'APA et de PCH (3,2 Md€, cf. tableau 1).

Tableau 1 • Dépenses 2021 entrant dans le périmètre de la branche autonomie (en Md€)

	2021
DEPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE	32,6
PRESTATIONS SOCIALES	28,0
Prestations sous objectif global de dépenses (OGD)	26,8
OGD - Personnes âgées	14,2
OGD - Personnes handicapées	12,6
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	1,2
Aide aux aidants	0,0
TRANSFERTS	4,4
Subventions d'investissement (dont numérique)	0,6
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes âgées	0,4
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes handicapées	0,0
Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS)	0,1
Fond d'intervention régional (FIR)	0,0
Subventions aux fonds, organismes et départements	3,8
Participation aux dépenses du FIR	0,2
Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)	0,1
Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	0,0
Habitat inclusif et autres dépenses du FIR	0,0
Concours versés aux départements	3,4
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2,5
Prestation de compensation du handicap (PCH)	0,6
Autres transferts aux départements	0,2
Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH)	0,1
Transfert pour les salariés des ESMS handicap non financés par l'OGD	0,0
Actions de la prévention de la perte d'autonomie (au travers de la conférence des financeurs)	0,1
Aide à la vie partagée (AVP) - habitat inclusif	0,0
Autres (Fonds de soutien aux départements en difficulté, fonds d'appui)	0,0
Autres subventions	0,3
Financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)	0,1
Dotation au fonctionnement des MDPH	0,1
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation / emplois d'avenir	0,0
Dépenses d'animation, prévention et études (hors charges de gestion courante)	0,0
Autres (ATIH, ANAP, ANESM, ANAH, FCH)	0,0
CHARGES DE GESTION COURANTE	0,2
AUTRES CHARGES NETTES	0,0

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022

* la ligne MDPH couvre à la fois les concours aux départements et les subventions directes de la CNSA

Encadré 2 • La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et sa nouvelle convention d'objectifs et de gestion 2022-2026

Créée en 2004 pour gérer les nouvelles sources de financement de l'autonomie instaurées peu après la canicule de l'été 2003, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est un établissement public national chargé de contribuer au financement et au pilotage de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Au cours des plus de quinze années écoulées depuis sa création, la CNSA a connu un élargissement continu de ses missions. La création par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie d'une cinquième branche de sécurité sociale consacrée à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap a marqué une nouvelle étape et le passage à une autre échelle d'intervention pour la CNSA, devenue caisse nationale de sécurité sociale et gestionnaire de cette 5^{ème} branche au 1^{er} janvier 2021. La CNSA a ainsi vu son rôle et ses missions confortés par les dispositions de l'article 32 de la LFSS pour 2021 et celles de l'ordonnance du 1^{er} décembre 2021.

Sa nouvelle feuille de route 2022-2026 a été précisée par sa 1^{ère} convention d'objectifs et de gestion (COG) de branche approuvée à l'unanimité par son conseil le 14 mars et conclue le 8 avril 2022. Cette première COG fixe un cap ambitieux de 40 engagements pour consolider le service public de l'autonomie dans l'ensemble du territoire, dans la perspective du cap de 2030, où la part des plus de 60 ans deviendra plus importante que celle des moins de 20 ans. Elle est assortie d'une trajectoire financière inédite, permettant de consacrer plus de 2,7 milliards d'euros pour la qualité du service de l'autonomie et plus de 3,8 milliards pour l'appui à la transformation et la modernisation de l'offre et le soutien aux professionnels de l'autonomie. Pour atteindre ces objectifs, les équipes de la Caisse seront renforcées de 80 ETP par rapport à 2021. Au vu des moyens octroyés initialement dans la précédente COG, c'est une augmentation de 80% des effectifs.

L'action de la CNSA auprès des quelque 6,65 millions de personnes âgées de plus de 75 ans et 5,1 millions de personnes en situation de handicap s'appuiera sur 3 axes prioritaires :

- Garantir la qualité du service public de l'autonomie et l'équité territoriale pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leurs proches grâce à la simplification des démarches ;
- Garantir un accompagnement adapté aux besoins des publics qui aspirent à vivre chez eux, dans leur environnement de vie, en établissement et à domicile, en étant bien accompagnés ;
- Structurer et outiller la nouvelle branche Autonomie pour une plus grande efficacité des services et des moyens apportés au bénéfice des personnes.

La COG 2022-2026 s'inscrit par ailleurs dans un cadre budgétaire de la CNSA profondément rénové et simplifié avec une trajectoire financière pluriannuelle qui donne une pleine visibilité sur les financements mobilisés durant les 5 ans à venir. Elle fixe une responsabilité accrue pour la CNSA dont la mission première est désormais de « veiller à l'équilibre financier de la branche ».

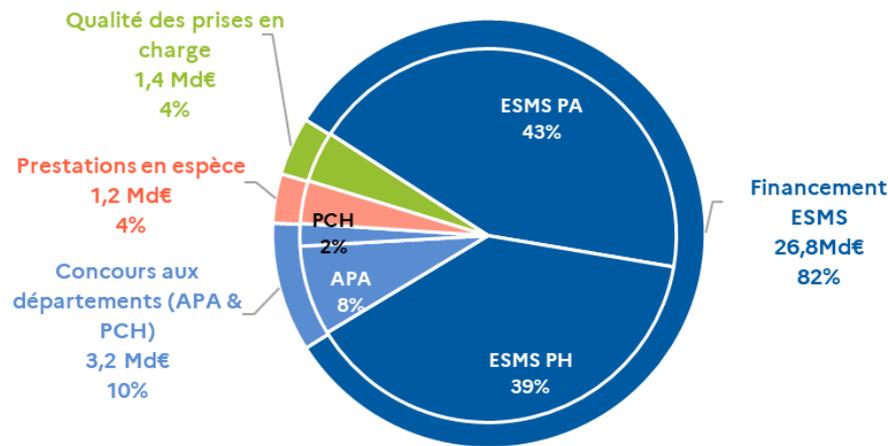
Parallèlement à la préparation de cette COG, la CNSA a initié un processus de transformation ambitieux pour lui permettre d'assumer les responsabilités nouvelles et promesses associées à cette transformation pour les personnes et les professionnels du secteur. Ce processus bénéficie d'un soutien de la DG Reform de la Commission européenne au moyen de l'instrument d'appui technique (IAT) pour 2021. Cette transformation implique la conduite de réflexions sur le fonctionnement interne et les impacts sur l'organisation existante. Des travaux sont menés pour accompagner ce changement, notamment sur des aspects fondamentaux tels que le pilotage financier, l'évaluation des besoins et le pilotage des politiques de l'autonomie. L'organisation interne de la CNSA a ainsi été rénovée et est entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2022.

Cette transformation implique également une refonte du rôle de la CNSA dans l'écosystème médico-social et de ses relations avec ses partenaires historiques dans les territoires que sont les agences régionales de santé, les départements, les MDPH ou MDA. De manière complémentaire aux travaux conduits avec l'ensemble de ces partenaires sur la base d'une consultation en ligne et l'animation d'ateliers permettant de construire de manière incrémentale les jalons d'un nouveau cadre de coopération, la CNSA a souhaité s'intéresser aux politiques de l'autonomie d'autres pays européens (Allemagne, Angleterre, Suède) afin d'isoler des pratiques inspirantes. Elles viennent conforter les axes de progrès pour la branche : la formalisation d'un cadre partagé, le pilotage par la donnée, en particulier de mesure d'impact et de mesure de la satisfaction des personnes concernées et de leurs proches.

Source : CNSA

Plus de 80 % des dépenses de la branche autonomie sont ainsi consacrées au financement des établissements et services médicosociaux (ESMS) accompagnant les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap (cf. graphique 3). Ce financement transite par l'objectif global de dépenses (OGD) en faveur des établissements médicosociaux, qui est une sous-composante de l'ONDAM. Le second poste de dépenses de la branche est constitué de sa participation au versement de prestations pour un total de 4,4 Md€ en 2021, soit 10 % des dépenses.

Graphique 3 • Répartition des dépenses de la branche autonomie en 2021 (% et Md€)



Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022

Note : ESMS : établissements et services médicosociaux (financement OGD) – PA : personnes âgées – PH : personnes en situation de handicap

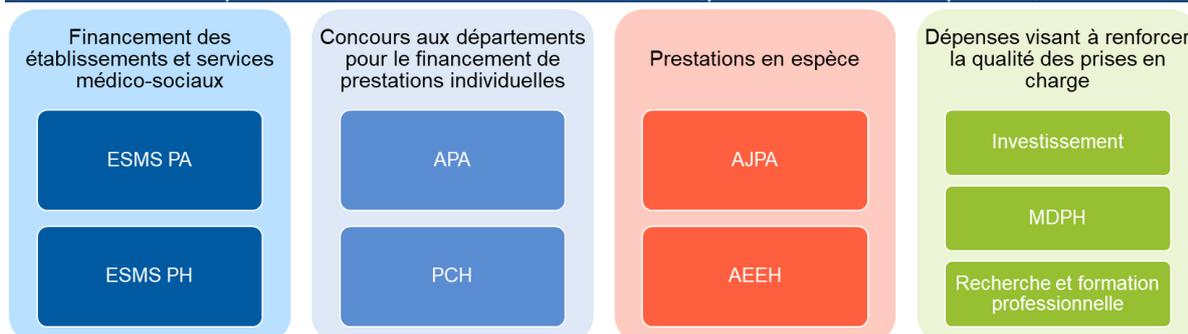
Parmi les autres charges de la CNSA figure également le financement intégral de deux prestations en espèce, pour un total de 1,2 Md€ en 2021 :

- l'allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), destinée à compenser les dépenses liées à la situation de handicap des enfants de moins de 20 ans. L'AEEH était auparavant financée par la branche famille de la sécurité sociale, les dépenses au titre de cette prestation ont été transférées à la branche autonomie lors de sa création en 2021 ;
- l'allocation journalière du proche aidant (AJPA), créée en 2020, qui assure un revenu complémentaire aux personnes qui recourent au congé de proche aidant et arrêtent de travailler ponctuellement ou réduisent leur activité pour s'occuper d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie liée à l'âge d'une particulière gravité.

En outre, la branche autonomie participe au financement de deux prestations en nature à travers des concours versés par la CNSA aux départements : l'allocation personnalisée pour l'autonomie (concours APA, 8 % des dépenses de la CNSA en 2021) et la prestation de compensation du handicap (concours PCH, 2 %, cf. graphique 3) ainsi que des actions de prévention. Elle couvre également les financements (concours et dotation) pour le fonctionnement des MDPH.

Enfin, la CNSA finance 1,4 Md€ de dépenses (soit 4 % de l'ensemble de ses charges) visant à renforcer la qualité des prises en charge des personnes en situation de perte d'autonomie (4 % des dépenses) : investissement dans les ESMS, formation des professionnels, modernisation de l'aide à domicile, recherche, etc.

Schéma 2 • Dépenses de la branche autonomie (présentation simplifiée)



1. Les dépenses de prestations sociales de la branche autonomie

La branche autonomie finance, depuis 2021, en intégralité, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et l'allocation journalière de proche aidant (AJPA), et cofinance avec les conseils départementaux la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

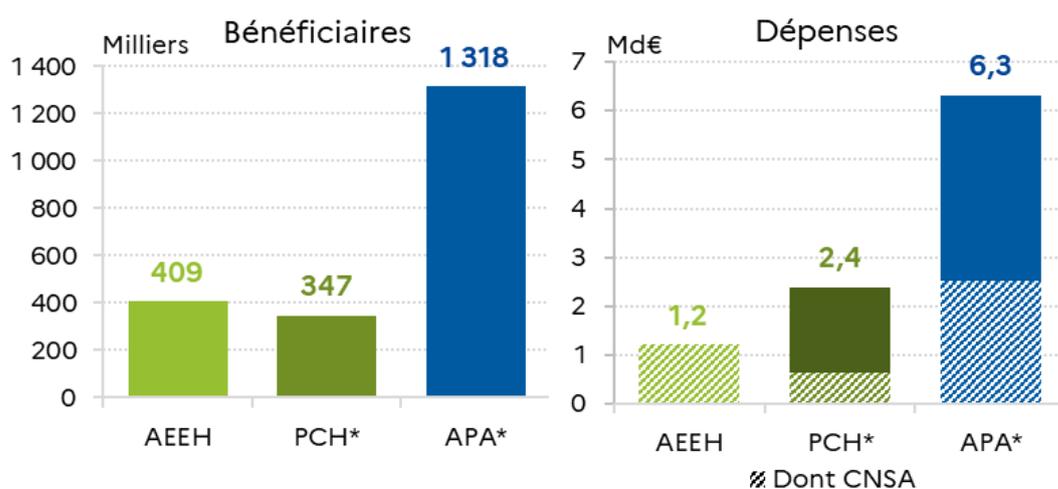
1.1. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé vise à compenser les frais d'éducation et de soins apportés aux enfants ou aux adolescents de moins de 20 ans présentant un taux d'incapacité d'au moins 80 % (cf. encadré 5). Lorsque le taux d'incapacité, sans atteindre 80 %, est au moins égal à 50 %, l'AEEH peut également être attribuée si l'enfant fréquente un établissement qui assure une éducation adaptée et un accompagnement social ou médicosocial aux jeunes handicapés.

En 2020, l'AEEH a été versée au titre de 409 100 enfants (cf. graphique 4). Ces effectifs de bénéficiaires ont plus que doublé en 10 ans. Cette progression dynamique traduit une meilleure détection et une reconnaissance élargie¹ du handicap². Le montant des dépenses d'AEEH enregistrées en 2021 s'est établi à 1,2 Md€.

La prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) sont deux prestations destinées à compenser des dépenses réelles entraînées par la perte d'autonomie, et sont considérées, à ce titre, comme des prestations en nature. Elles sont financées par la CNSA (cf. encadré 4) et les départements avec, pour l'APA, une part éventuellement laissée à la charge du bénéficiaire.

Graphique 4 • Bénéficiaires (en milliers) et financements (en milliards) des prestations sociales de la branche autonomie en 2020 (APA et PCH) et 2021 (AEEH)



Champ : Pour l'APA et la PCH, les données portant sur les bénéficiaires sont relatives à 2020, les dépenses sont celles de 2021

Source : DSS/SDEPF/6C, données issues du rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale annexé au PLFSS pour 2023

1.2. La prestation de compensation du handicap (PCH)

La **prestation de compensation du handicap** est une prestation individualisée visant à couvrir les surcoûts liés au handicap dans la vie quotidienne. Elle s'adresse aux personnes confrontées à une difficulté absolue ou deux difficultés graves en termes de mobilité, d'entretien personnel, de communication et de relations avec autrui.

Cette prestation bénéficie aux personnes qui remplissent les conditions d'attribution avant leur 60^{ème} anniversaire, mais peut continuer d'être perçue au-delà. La PCH est ouverte, depuis 2008, aux personnes de moins de 20 ans en articulation avec l'AEEH.

¹ Observatoire national de la petite enfance, édition 2020.

² Cf. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « Autonomie », (annexe 1 au PLFSS pour 2022), indicateur 1.5

Depuis le 1^{er} janvier 2021, les conditions d'accès à la PCH ont été assouplies et son bénéficiaire a été élargi aux besoins liés à l'exercice de la parentalité des personnes en situation de handicap (cf. encadré 3). En 2020, 347 100 personnes ont bénéficié de la PCH, soit une augmentation moyenne de 8 % par an depuis 10 ans. Depuis sa mise en place en 2006, les ouvertures de droit à la PCH connaissent en effet une évolution très dynamique.

La PCH est cofinancée par la CNSA et les départements (cf. encadré 4) pour un montant total de dépenses de 2,4 Md€ en 2021. La part de ces dépenses publiques à la charge de la CNSA s'est établie, cette même année, à 27 %, soit 0,6 Md€, tandis que les financements des départements se sont élevés à 1,8 Md€.

Encadré 3 • Les mesures récentes visant à améliorer la compensation du handicap

La prestation de compensation du handicap a connu plusieurs évolutions majeures en 2020 et 2021 destinées à la fois à simplifier l'accès à cette prestation et à mieux soutenir l'autonomie des personnes en situation de handicap.

En premier lieu, le décret du 31 décembre 2020 a supprimé la condition d'âge interdisant à une personne ayant droit à la PCH avant ses 60 ans, d'en solliciter le bénéfice après 75 ans. Depuis le 1^{er} janvier 2021, il est donc possible de demander la PCH au-delà de 75 ans. De plus, ce décret a élargi la liste des besoins couverts par la PCH à ceux liés à la préparation des repas et à la vaisselle. En intégrant les temps liés à ces activités dans l'aide à l'alimentation financée par la PCH, il a permis de simplifier les démarches aux personnes en leur évitant de solliciter pour l'avant et l'après repas une aide différente de celle pour s'alimenter.

Enfin, ce même décret a répondu à une demande très forte et ancienne des personnes en situation de handicap et de leurs représentants en permettant le financement par la PCH d'aides nécessaires à l'exercice de la parentalité. La PCH « parentalité » se compose ainsi de 2 aides forfaitaires : un forfait mensuel d'aide humaine qui permet au parent de rémunérer quelqu'un pour aider le parent en situation de handicap à s'occuper de son enfant en toute sécurité et un forfait d'aide technique qui permet au parent d'acheter du matériel adapté pour l'aider à s'occuper de son enfant. Le montant du forfait d'aide humaine est déterminé par l'âge du plus jeune enfant. Il est majoré de 50 % pour les familles monoparentales.

Le forfait aide technique est versé à la naissance de l'enfant (il s'établit alors à 1 400 €), puis au troisième et au sixième anniversaire (1 200 € puis 1 000 €).

La CNSA a accompagné la mise en place de ces nouvelles aides tout au long de l'année 2021 par des actions de communication, d'outillage des professionnels, d'animation du réseau et de suivi de la montée en charge. Le bilan remis au CNCPPH en janvier 2022 montre que les MDPH ont attribué en 2021 plus de 9 000 forfaits d'aide à la parentalité (4 947 forfaits « aide humaine » et 4 392 forfaits « aide technique »).

L'amélioration de l'accès à la PCH se poursuit en 2022 avec la mise en place de la PCH sans limitation de durée en application du décret du 27 octobre 2021. Elle se renforcera encore en 2023 avec la mise en place des forfaits surdi-cécité et l'extension de l'accès à la PCH, notamment aide humaine, pour les personnes présentant des altérations des fonctions intellectuelles, cognitives ou psychiques, introduits par le décret du 19 avril 2022.

Source : CNSA

1.3. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus. Elle est attribuée sous condition de perte d'autonomie³. Il s'agit d'une aide financière destinée à couvrir, en totalité ou en partie; les dépenses nécessaires au maintien à domicile (APA à domicile), ou à l'accueil en établissement en solvabilisant une partie du tarif dépendance (APA en établissement).

1,3 million de personnes ont bénéficié de l'APA en 2020, dont près de 60 % résident à domicile. La part des bénéficiaires de l'APA dans la population augmente logiquement avec l'âge : jusqu'à 79 ans, elle reste modérée (2 %), mais elle atteint près de 20 % pour la classe d'âge des 80-89 ans. À partir de 90 ans, plus de la moitié de la population en bénéficie.

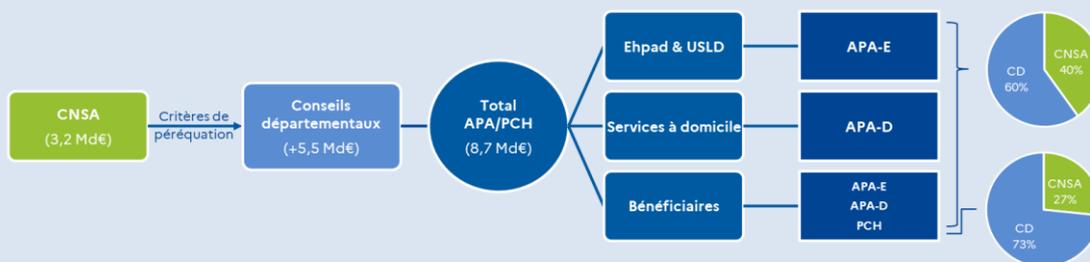
La dépense totale d'APA s'établit à 6,3 Md€ en 2021. La CNSA en finance 40 %, soit 2,5 Md€, et les conseils départementaux 3,8 Md€.

³ Le niveau de dépendance est évalué à partir de la grille AGGIR, qui permet de mesurer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'APA en le classant dans l'un des six groupe iso-ressources (GIR), sur une échelle allant de 1 jusqu'à 6, du plus au moins dépendant. Seules les personnes classées dans les GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA.

Encadré 4 • Modalités de financement de l'APA et de la PCH

La CNSA consacre une part fixe de ses recettes (CSA, CSG, CASA) au financement de l'APA et de la PCH (respectivement 7,7 % et 2,0 % en 2021)

La répartition des concours de la CNSA entre les départements se fait à partir de critères de péréquation (cf *tableau infra*) qui tiennent compte de la part des personnes éligibles à chacune de ces prestations au regard de la condition d'âge, du potentiel fiscal des résidents du département, du nombre de bénéficiaires de la PCH ou des dépenses d'APA et du potentiel fiscal des résidents du département.



Critères de répartition concours APA	Critères de répartition concours PCH
<ul style="list-style-type: none"> · Nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans (50 %) · Dépense d'APA (20 %) · Potentiel fiscal (25 %) · Nombre de bénéficiaires du RSA (5 %) 	<ul style="list-style-type: none"> · Nombre de personnes de 20 à 59 ans (60 %) · Nombres cumulés de personnes bénéficiaires de l'AAEH, de l'AAH et de personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité (30 %) · Potentiel fiscal (-20 %) · Nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation augmenté du nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (30 %)

Source : DSS/EPF/6C sur données CNSA & DGFIP – 2021

1.4. L'allocation journalière de proche aidant (AJPA)

L'allocation journalière de proche aidant (AJPA), créée par la LFSS pour 2020, est une aide versée aux personnes en congé de proche aidant. Elle vise à compenser une partie de la perte de salaire consécutive à la prise de ce congé, ce dernier n'étant pas rémunéré par l'employeur. Les dépenses d'AJPA à l'issue de sa montée en charge sont estimées à 0,1 Md€.

Encadré 5 • Barèmes des prestations de la branche autonomie

L'AAEH est versée sans conditions de ressources, elle s'élève à 140 € par mois depuis le 1^{er} juillet 2022 (montant de base). Elle peut éventuellement être augmentée d'un complément d'AAEH, dont le montant varie selon le niveau de handicap de l'enfant et ses conséquences financières (dépenses mensuelles liées au handicap, embauche d'un tiers, conséquences sur l'activité professionnelle des parents), ou par la PCH (*infra*) si les bénéficiaires sont exposés, du fait du handicap de leur enfant, à des charges relevant effectivement de cette prestation. Le complément AEEH et le 3^{ème} élément de la PCH peuvent également se cumuler (prise en charge des frais liés à l'aménagement du logement/véhicule, ou des surcoûts liés au transport).

	AAEH		Majoration parent isolé	
	en % de la BMAF ⁽¹⁾	Montant mensuel au 01/07/2022	en % de la BMAF ⁽¹⁾	Montant mensuel au 01/07/2022
Allocation de base	32%	140,53 €	-	-
Complément 1	24%	105,40 €	-	-
Complément 2	65%	285,46 €	13%	57,09 €
Complément 3	92%	404,04 €	18%	79,05 €
Complément 4	143%	626,12 €	57%	250,33 €
Complément 5	182%	800,21 €	73%	320,59 €
Complément 6	MTP ⁽²⁾	1 192,56 €	107%	469,91 €

Source : Réglementation (barème en vigueur depuis le 01/07/2022).

⁽¹⁾ La BMAF est la base mensuelle de calcul des allocations familiales qui sert à fixer le montant des prestations familiales, elle est fixée à 439,17 € depuis le 01/04/2021 ;

⁽²⁾ Majoration pour tierce personne.

Lors d'une demande **d'APA à domicile**, les équipes médicosociales départementales établissent un plan d'aide individualisé : elles fixent un nombre mensuel d'heures d'intervention humaine et prévoient des aides techniques et aménagements en fonction du degré de perte d'autonomie de la personne (sur la base de la grille Aggir) et de ses besoins. Une fois le plan défini, une participation financière peut ou non être laissée à la charge du bénéficiaire, en fonction de ses revenus (en 2022, de 0 % pour un revenu inférieur à 817 € par mois à 90 % pour des revenus supérieurs à 3 007 € par mois). En 2017, le montant moyen de l'APA à domicile était de 550 € par mois et 87 % du financement concernait de l'aide humaine. Cette allocation peut être versée soit aux services intervenant à domicile soit aux bénéficiaires. La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) en 2015 a réformé l'APA à domicile à compter du 1^{er} mars 2016, en revalorisant les plafonds nationaux des plans d'aide. Ainsi, le montant plafond du GIR 1 (personnes en perte d'autonomie la plus sévère) a augmenté de 31 % entre 2015 et 2016. Ceci a permis de nettement diminuer, de près de moitié, le nombre de plans saturés, de 22 % en 2011 à 12 % en 2017

Plafonds	2015 (avant réforme)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
GIR 1	1 312,67 €	1 714,79 €	1 719,93 €	1 737,14 €	1 742,34 €	1 747,58 €	1 749,31 €	1 807,89 €
GIR 2	1 125,14 €	1 376,91 €	1 381,04 €	1 394,86 €	1 399,03 €	1 403,24 €	1 404,63 €	1 462,08 €
GIR 3	843,86 €	994,87 €	997,85 €	1 007,83 €	1 010,85 €	1 013,89 €	1 014,90 €	1 056,57 €
GIR 4	562,57 €	663,61 €	665,60 €	672,26 €	674,27 €	676,30 €	676,97 €	705,13 €

Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « autonomie » (annexe 1 au PLFSS), indicateur 2.3

L'**APA en établissement** (APA-E) permet de couvrir une partie du « tarif dépendance » des établissements médicosociaux d'hébergement (Ehpad et USLD), qui est l'une des 3 composantes de leur tarification (les autres étant le soin et l'hébergement). Son montant dépend du degré d'autonomie, en différenciant deux niveaux : GIR 1-2 et GIR 3-4, et du « tarif dépendance » qui s'établit en moyenne à respectivement 20,8 € et 13,2 € par jour en 2020 (soit 631 et 400 €/mois). Comme à domicile, le bénéficiaire s'acquiesce d'une participation. Celle-ci est assise sur un montant forfaitaire, quels que soient le GIR et le niveau des ressources, et s'établit à 5,6 € par jour en 2020. Une participation supplémentaire pour les bénéficiaires dont les ressources sont supérieures à 2 489 € par mois peut s'y ajouter. Si 10% des bénéficiaires disposeraient d'un tel niveau de ressources, en pratique toutefois, cette majoration n'est généralement pas appliquée (*Drees 2015, Etudes & Résultats n° 909*). La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015 a créé une nouvelle participation de la CNSA, l'**APA 2** pour compenser les charges nouvelles des départements induites par la loi (revalorisation des plans d'aides, réforme du barème de participation des bénéficiaires, nouvelles mesures en faveur des aidants et revalorisations salariales dans le secteur de l'aide à domicile).

Lors d'une demande de **PCH**, un professionnel soignant au sein des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), fixe un taux d'incapacité. Un plan d'aide est ensuite établi par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) au sein des MDPH. Le montant du plan d'aide dépend du degré d'autonomie, de l'âge, des ressources et du lieu de résidence (domicile ou établissement). Le plan d'aide est constitué de cinq volets distincts (cf. tableau ci-dessous). 90 % des bénéficiaires reçoivent un financement pour de l'aide humaine. L'aide humaine n'est pas plafonnée lorsque le bénéficiaire recourt à un intervenant professionnel (dont les tarifs sont régulés). En revanche, un plafond s'applique pour les aidants familiaux (1 338 €/mois en 2022). Les autres volets du plan d'aide comportent des plafonds fixés au niveau national et actualisés chaque année.

Eléments de la PCH	Aide humaine	Aides techniques	Aménagement du logement, du véhicule et aux surcoûts de frais de transport			Charges spécifiques et exceptionnelles		Aides animales
			logement	véhicule	surcoûts de frais de transport	spécifiques	exceptionnelles	
Plafonds	/	3 960 €/an	10 000 €/an	5 000 €/an (ou 12 000 €/an*)		100 €/mois	1800 €/an	3 000 €/an

La **PCH parentalité** est une prestation complémentaire accessible aux bénéficiaires de la PCH qui ont au moins un enfant. Elle permet de couvrir les besoins d'aides humaines et matérielles nécessaires pour élever un enfant. Le montant du forfait s'élève à 900 € par mois lorsque l'enfant a moins de 3 ans et 450 € par mois lorsque l'enfant a entre 3 et 7 ans. Les familles monoparentales bénéficient d'une majoration : pour ces familles, le forfait atteint respectivement 1 350 € et 675 €.

PCH parentalité - montant du forfait aide humaine	Âge du plus jeune des enfants	
	De la naissance jusqu'aux 3 ans de l'enfant	Des 3 ans de l'enfant à la veille de ses 7 ans
Le parent vit en couple	900 € \ mois	450 € \ mois
Le parent vit seul (famille monoparentale)	1350 € \ mois	675 € \ mois

Le montant de l'**AJPA** est le même que celui de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), soit 29 € par demi-journée et 59 € par journée pleine. Le versement de l'allocation est limité à 66 jours sur la carrière du salarié, ce qui correspond à 3 mois d'indemnisation.

2. Le financement des établissements et services médicosociaux spécialisés dans l'accueil des personnes en perte d'autonomie

En 2021, les établissements et services médicosociaux offrent 1,4 million de places, dont 1,3 million font l'objet d'un financement partiel de la part de la branche autonomie (cf. schéma 3 et encadré 6).

Le financement de ces établissements ou services, dans le cadre de l'OGD, s'est établi à 26,8 Md€ en 2021, dont 14,2 Md€ pour des établissements ou services à destination des personnes âgées en perte d'autonomie et 12,6 Md€ pour ceux accueillant des personnes en situation de handicap. Ces montants intègrent les impacts de la crise sanitaire exceptionnelle de la COVID à hauteur de 0,7 Md€ versés en compensation des surcoûts et des pertes de recettes liées à la crise sanitaire, ainsi que le mouvement de revalorisations salariales engagées dans le cadre du Ségur de la santé (cf. encadré 13).

La diversité de ces ESMS permet de larges possibilités d'accompagnement selon les caractéristiques des personnes : enfants ou adultes, exerçant une activité professionnelle ou non, ayant besoin ou non d'une assistance pour certains actes essentiels de la vie courante⁴.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. Ils accompagnent notamment les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes en situation de handicap ainsi que les familles fragilisées. Ils ne sont pas directement financés par la CNSA, mais assurent la mise en œuvre de plans d'aide solvabilisés en grande partie par l'APA et la PCH (cf. *supra*). Ils peuvent bénéficier en outre de crédits de modernisation dans le cadre de conventions conclues entre la CNSA et les départements ou les fédérations nationale d'aide à domicile.

⁴ Une même personne peut bénéficier de plusieurs de ces ESMS. Par exemple, un adulte handicapé peut être accueilli à la fois dans un foyer d'hébergement et travailler dans un ESAT.

Schéma 3 • 1,4 million de places d'accueil des personnes en perte d'autonomie en 2021

Enfants (< 20 ans)	Adultes d'âge actif (20-60 ans)	Personnes âgées (> 60 ans)
<p>✓ IME - Instituts médico-éducatifs</p> <p>Etablissements pour enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle, ils proposent une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique équilibrée. - 73 000 places</p>	<p>✓ ESAT - établissements et services d'aide par le travail</p> <p>Etablissements offrant des activités productives et une prise en charge médico-sociale aux PSH dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide. - 119 000 places</p>	<p>✓ EHPAD - Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</p> <p>Lieux d'hébergement médicalisés et collectifs qui assurent la prise en charge globale de la personne âgée. - 600 000 places</p>
<p>✓ SESSAD - services d'éducation spéciale et de soins à domicile</p> <p>Services intervenant au sein des différents lieux de vie de l'enfant (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs). Ils apportent un soutien éducatif et thérapeutique individualisé. - 56 000 places</p>	<p>✓ MAS - maisons d'accueil spécialisées ✓ FAM - foyers d'accueil médicalisés</p> <p>Etablissements accueillant des personnes lourdement handicapées nécessitant une surveillance médicale et des soins constants. - 63 000 places</p>	<p>✓ Résidences autonomie</p> <p>Établissements proposant un accueil en logement regroupé aux personnes âgées, assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. - 119 000 places</p>
<p>✓ ITEP - Institut thérapeutique éducatif et pédagogique</p> <p>Etablissement pour enfants ou adolescents présentant des troubles du comportement importants, sans déficience intellectuelle. - 18 000 places</p>	<p>✓ SAVS - services d'accompagnement à la vie sociale ✓ SAMSAH - services d'accompagnement médico-social</p> <p>Services concourant au maintien à domicile des PSH et à la préservation de leur autonomie ainsi que de leurs activités sociales. - 56 000 places</p>	<p>× USLD – Unités de soins de longue durée</p> <p>Établissements rattachés à des hôpitaux qui assurent un hébergement de longue durée aux personnes âgées dont l'état de santé nécessite des soins médicaux lourds et une surveillance médicale constante. - 31 000 places</p>
<p>✓ IEM - Institut d'Éducation Motrice ou Etablissement pour déficients moteurs</p> <p>Etablissements pour enfants présentant une déficience motrice importante entraînant une restriction extrême de leur autonomie. Certains IEM sont spécialisés dans l'accueil des enfants polyhandicapés. - 8 000 places</p>	<p>× FH - Foyer d'hébergement</p> <p>Etablissement permettant d'héberger des travailleurs PSH en provenance d'ESAT, d'entreprises adaptées ou encore du milieu ordinaire. - 52 000 places</p>	<p>× EHPA - Établissements d'hébergement pour personnes âgées</p> <p>Établissements collectifs non médicalisés destinés à héberger des personnes âgées disposant encore d'une bonne autonomie physique. - 13 000 places</p>
<p>✓ Etablissements d'éducation spéciale pour déficients</p> <p>Instituts pour déficients visuels, les instituts pour déficients auditifs et les instituts d'éducation sensorielle pour sourds et aveugles. - 7 000 places</p>	<p>× FV - Foyers occupationnels ou foyers de vie</p> <p>Etablissement pour PSH ne pouvant pas travailler, mais qui ont une certaine autonomie physique ou intellectuelle. - 42 000 places</p>	<p>✓ Accueil de jour et hébergement temporaire</p> <p>Etablissements permettant un accueil temporaire (transversal : enfants, adultes, PA/PH) - 30 000 places</p>
<p>✓ EEAP - Etablissement pour enfant ou adolescent polyhandicapé</p> <p>Etablissements qui assurent une prise en charge éducative, pédagogique et thérapeutique adaptée à l'ensemble des besoins de chaque jeune lorsque l'intégration scolaire en milieu ordinaire n'est pas envisagée. - 5 000 places</p>	<p>✓ CRP - centre de rééducation professionnelle ✓ CPO - centre de pré-orientation</p> <p>Etablissement dispensant une formation qualifiante en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle (CRP) ou contribuant à l'orientation professionnelle des PSH qui rencontrent des difficultés d'insertion dans le milieu du travail (CPO). - 11 000 places</p>	
<p>✓ CMPP - centre médico-psycho-pédagogique</p> <p>Etablissements qui assurent un diagnostic et un traitement en cure ambulatoire des enfants et jeunes de 3 à 18 ans atteints de troubles neuropsychologiques ou de troubles du comportement.</p>		
<p>✓ CAMPS - centre d'accueil médico-social précoce</p> <p>Etablissements qui assurent le dépistage précoce et le traitement en cure ambulatoire des enfants de moins de 6 ans présentant un risque de handicap ou atteints d'un handicap sensoriel ou moteur en vue de prévenir ou réduire l'aggravation du handicap.</p>		
<p>✓ SSIAD - service de soins infirmiers à domicile ✓ SPASAD - services polyvalents d'aide et de soins à domicile</p> <p>Services concourant au maintien à domicile des personnes en prodiguant une offre de soins. - 134 000 places</p>		
<p>× Infirmiers libéraux et centre de soins infirmiers</p> <p>Personnes concourant au maintien à domicile des personnes en prodiguant une offre de soins.</p>		

✓ : Champ de la branche autonomie
× : Hors champ de la branche autonomie

Source : chiffres-clé CNSA 2022, d'après le fichier national des établissements sanitaires et sociaux à la fin 2021

Encadré 6 • Organisation des ESMS

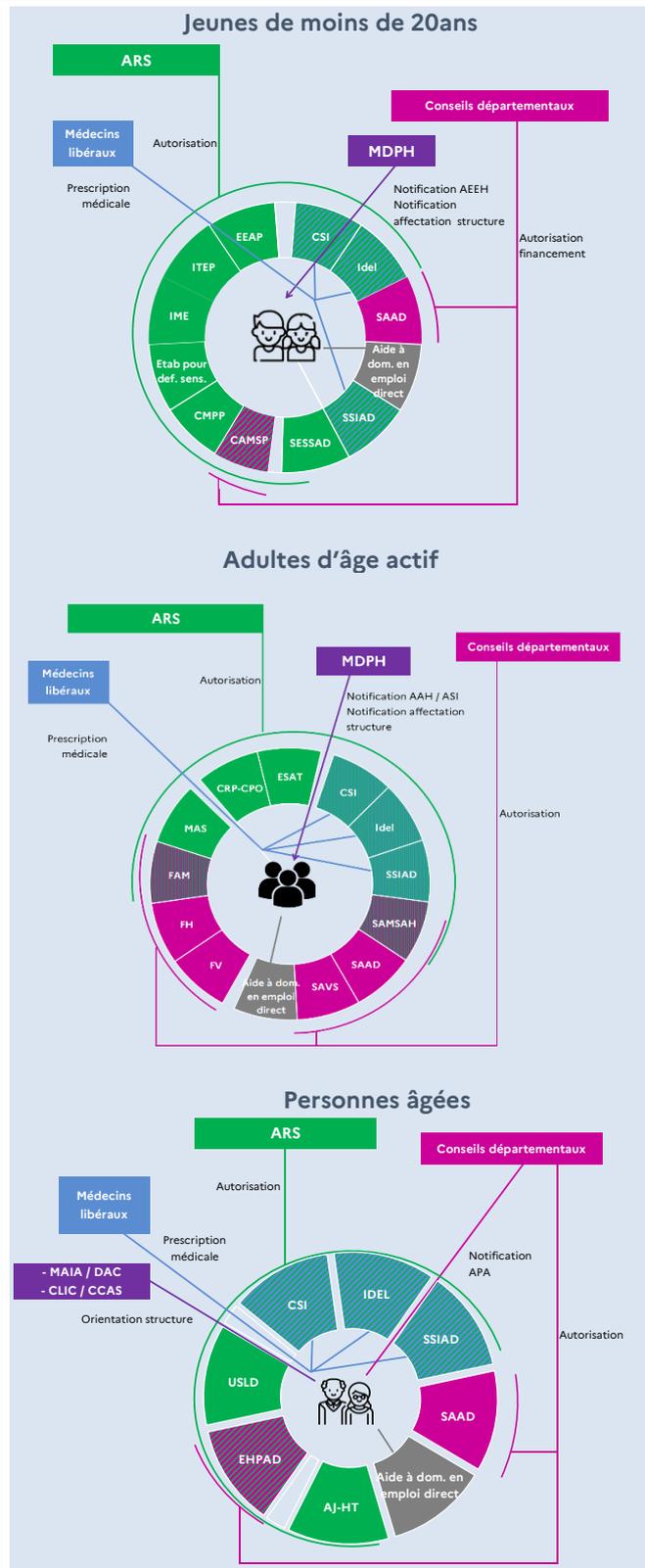
Une multitude d'acteurs contribue à l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Les agences régionales de santé (ARS) sont les relais locaux des branches maladie et autonomie de la sécurité sociale. Elles sont responsables du pilotage de l'offre sanitaire et médico-sociale ce qui se traduit, outre l'attribution des budgets de fonctionnement, par la régulation territoriale de l'offre. Ainsi, les places créées dans les établissements financés par branches autonomie (relevant de l'OGD) sont autorisés par les ARS, dans la limite chaque année des droits de tirage par région fixés par la CNSA (c'est-à-dire des crédits dédiés à l'ouverture des places).

Les conseils départementaux autorisent également les créations de places dans les établissements et services qu'ils financent, notamment les services d'aide à domicile. En cas de co-financement, l'établissement est autorisé par l'ARS et le conseil départemental.

Les personnes en situation de handicap sont orientées vers les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui ont une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil. Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne et une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne dans son champ de compétences. Sur le champ du grand âge, les centres locaux d'information et de coordination peuvent également orienter les assurés, qui ont par ailleurs la possibilité de faire parvenir directement leur demande d'APA au département, qui évalue les besoins de la personne et propose un plan d'aide personnalisé. Pour les parcours plus complexes, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) remplacent progressivement les MAIA et réseaux de santé.

Enfin, les centres communaux d'action sociale (CCAS) sont un guichet de proximité, permettant d'orienter vers les interlocuteurs adaptés. Concernant les soins de ville, les démarches administratives sont réduites, puisque les bénéficiaires ont besoin uniquement d'une prescription médicale.



3. Les autres dépenses de la branche autonomie

Outre le financement des établissements médicosociaux et le concours aux départements au titre de l'APA et de la PCH, la CNSA contribue au financement du fonctionnement des maisons départementales des personnes en situation de handicap (MDPH). Elle finance des expérimentations régionales et des initiatives locales visant à améliorer la qualité, la continuité et la complétude des services au public confronté à la perte d'autonomie (formation des professionnels, modernisation de l'aide à domicile - cf. encadré 7 - aide aux proches aidants, subventions aux associations, etc.). Enfin, la CNSA finance des investissements pour la création de places et la modernisation de l'offre de prise en charge, dans le domaine du numérique notamment. Au total, ces dépenses se sont élevées à 1,4 Md€ en 2021 (cf. graphique 5).

Encadré 7 • Le soutien à la préfiguration d'un nouveau modèle de financement des services d'aide à domicile

Afin de renforcer l'attractivité du secteur de l'aide à domicile, la branche autonomie apporte depuis le 1^{er} octobre 2021 son soutien financier à la revalorisation des salaires des professionnels du secteur. L'article 47 de la LFSS pour 2021 prévoit à ce titre une aide de 200 M€ par an, versée par la CNSA aux départements finançant un dispositif de revalorisation des salaires dans le secteur.

Sur le dernier trimestre 2021, la CNSA a attribué une aide de 80,6 M€ à 98 départements, représentant 70 % de leurs dépenses de soutien. Ce dispositif a permis de financer une revalorisation moyenne de 15 % des salaires bruts des salariés des services d'aide à domicile du secteur associatif. Plus de 1 400 services d'aide à domicile associatifs ont ainsi pu bénéficier de ce soutien.

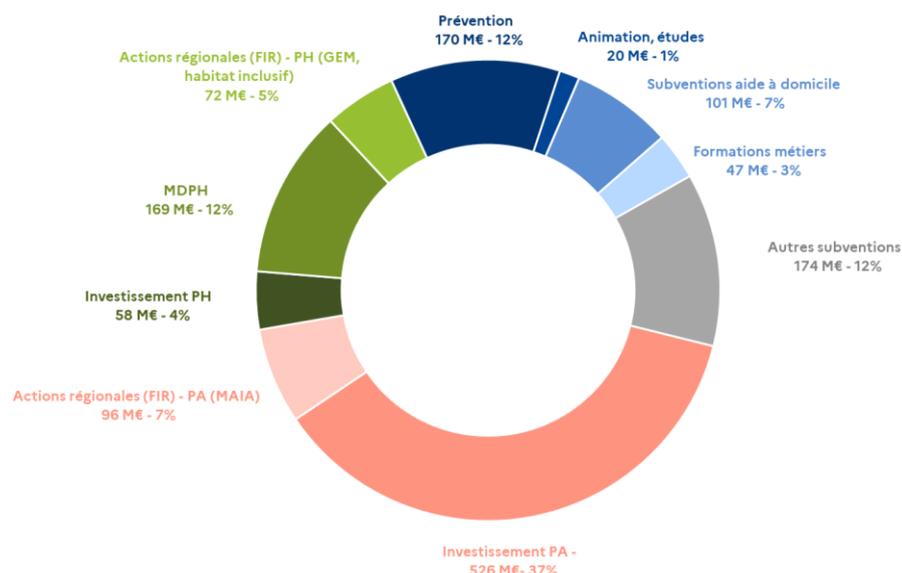
Parallèlement, la CNSA soutient les départements pour la mise en place du nouveau modèle de financement des SAAD institué par l'article 44 de la LFSS pour 2022. Ce nouveau modèle pérennise le dispositif de préfiguration, prévu par l'article 26 de la LFSS pour 2019, et reposant sur un tarif de référence minimal et la bonification d'actions de qualité.

Le tarif minimal national, fixé à 22 € par heure au 1^{er} janvier 2022, a permis de revaloriser près de la moitié des heures financées par les conseils départementaux. Le surcoût pour les départements, induit par la mise en place du tarif plancher est compensé à 100 % par la CNSA, pour un montant prévisionnel de 242 M€ en 2022.

A compter du 1^{er} septembre 2022, la bonification des actions de qualité reposera sur une « dotation complémentaire ». Celle-ci est attribuée par les départements aux SAAD, après sélection par appel à candidature et conclusion d'un CPOM. Elle doit permettre d'attribuer des bonifications aux services pour leurs interventions auprès de publics spécifiques, dans des zones difficiles d'accès et à des horaires atypiques. Elle doit également permettre de financer des actions de qualité de vie au travail, de lutte contre l'isolement des personnes accompagnées et de soutien à leurs aidants. 57 collectivités ont prévu de mettre en place la dotation complémentaire dès le 1^{er} septembre 2022, pour un montant prévisionnel de 47 M€ sur les 4 derniers mois de l'année, compensés intégralement par la CNSA.

Source : CNSA

Graphique 5 • Répartition des 1,4 Md€ de financements de la CNSA en 2021, en sus de l'OGD et des concours aux départements



Source : Données comptables sous-jacentes aux rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale

La CNSA participe pour près de 170 M€ au financement du réseau décentralisé des MDPH et à son animation.

La CNSA contribue aux actions visant à simplifier (en lien avec les services de l'État) les démarches pour les usagers et à améliorer la qualité de l'offre de service des MDPH, avec la mise en œuvre de la « réponse accompagnée pour tous ». Par la mise en œuvre d'un système d'information harmonisé des MDPH, l'animation du réseau et l'appui apporté aux professionnels, elle contribue à la convergence des pratiques et à l'équité de traitement (cf. encadré 8). Elle publie depuis octobre 2020 un baromètre trimestriel comportant des indicateurs portant notamment sur les délais de traitements et l'attribution de droits sans limitation de durée.

Encadré 8 • L'accompagnement des MDPH dans l'amélioration de la qualité de service aux usagers

Les MDPH constituent depuis leur création par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances le guichet unique destiné à simplifier l'accès aux droits des personnes en situation de handicap. Elles ont pour mission d'informer, d'accueillir, d'accompagner et de conseiller les personnes en situation de handicap et leur entourage et de sensibiliser le grand public. L'instruction des demandes des personnes en situation de handicap est centrale dans le fonctionnement des MDPH ; elles s'assurent de disposer d'un dossier complet permettant l'évaluation des besoins de compensation de la personne par une équipe pluridisciplinaire, et l'élaboration du plan personnalisé de compensation qui permet d'y répondre. L'attribution des prestations, les décisions d'orientation scolaire, médico-sociale ou professionnelle sont validées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), commission collégiale associant des représentants des personnes.

En 2021, 4,8 millions de décisions et d'avis ont été rendus par les MDPH. Au total, 1,7 million de personnes ont déposé au moins une demande (dont un cinquième a moins de 20 ans), ce qui représente 26 personnes pour 1 000 habitants. Les demandes liées à l'emploi et aux ressources (y compris l'allocation aux adultes handicapés – AAH) restent majoritaires ; elles représentent 39 % de l'ensemble des demandes. Les demandes de cartes de stationnement ou d'invalidité représentent 31 % des demandes déposées. Les demandes liées à la scolarisation représentent près de 8 % du total des demandes.

Les délais moyens de traitement s'établissent à 4 mois et 12 jours pour les prestations et les orientations pour adultes et de 4 mois et 3 jours pour les prestations ou les orientations destinées aux enfants. Ces délais de traitement moyens masquent de fortes disparités territoriales, et selon le type de prestations prioritairement sollicitées. Leur suivi est au cœur du baromètre des MDPH déployé depuis fin 2020, dont les résultats, publiés sur le site de la CNSA, sont actualisés trimestriellement dans le cadre de la feuille de route « MDPH 2022 ».

En effet, les progrès de la qualité de service des MDPH ont fait l'objet d'un accord de méthode conclu entre l'État et l'Assemblée des Départements de France (ADF) dans le cadre de la conférence nationale du handicap du 11 février 2020. Leur atteinte mobilise un ensemble cohérent d'actions décrites par cette feuille de route. La CNSA en pilote la déclinaison territoriale dans le cadre des conventions pluriannuelles avec les MDPH et les conseils départementaux. Les MDPH bénéficient dans ce cadre d'un renfort de leurs moyens (+15 M€ du concours servi par la CNSA dont les modalités de répartition ont été réformées pour mieux prendre en compte leur activité) ainsi que, pour celles en difficulté, de l'appui d'une mission dédiée, dotée de 6 ETP. Elle permet à la CNSA de renforcer son accompagnement auprès des MDPH dans un objectif d'équité tout en tenant compte de la situation de chaque territoire. 20 MDPH doivent bénéficier de cet accompagnement, notamment pour améliorer leurs délais de traitement. Le plan d'amélioration de la qualité contractualisé avec ces dernières vise simultanément la résorption des dossiers en attente et la construction d'un processus fluide permettant le maintien pérenne d'une qualité de service satisfaisante. L'identification de difficultés communes aux territoires accompagnés permet de concevoir des actions d'amélioration pour l'ensemble des MDPH. La formation, l'aide au pilotage de l'activité, la généralisation de processus fluides garants du droit des personnes, le développement de référentiels de qualité de service sont autant de leviers à investir pour progresser.

Ces actions complètent celles entreprises dans le cadre du programme SI MDPH pour harmoniser le traitement des demandes et renforcer l'équité entre les territoires. À la suite du déploiement dans la totalité des départements d'une 1^{ère} version du système d'information harmonisé des MDPH et de celui, dans 98 départements, du SI permettant le suivi des orientations qu'elles prononcent, le déploiement des autres projets du programme SI MDPH s'est poursuivi à un rythme satisfaisant. Au 1^{er} juin 2022, 93 MDPH sont ainsi en capacité de recourir au service de certification de l'identité des personnes SNGI améliorant la fiabilité de leurs process. 91 MDPH ont automatisé leurs échanges avec les CAF pour le renouvellement des droits à l'AAH. De manière complémentaire, 56 d'entre elles ont ouvert le téléservice « MDPH en ligne » permettant à leurs usagers de transmettre leur demande en ligne. Ce service est interconnecté avec leur SI dans 17 MDPH, permettant alors aux demandeurs de suivre leur demande en ligne, et évitant une nouvelle saisie des données aux agents chargés de l'instruction.

Source : CNSA

La CNSA contribue aussi à certaines actions du fonds d'intervention régional (FIR), qui finance des initiatives et des expérimentations des établissements et services validées par les agences régionales de santé (ARS) :

- Elle soutient notamment le développement de **MAIA** (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie) sur le territoire. Il s'agit d'une méthode de travail partagé² au service de la continuité des parcours des personnes ayant recours aux aides et/ou aux soins d'un territoire. Elle associe les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une organisation innovante : l'intégration des services d'aide et de soins. Plus précisément, le travail d'intégration est impulsé et porté au niveau local par un acteur identifié comme légitime pour mobiliser un partenariat. Près de 350 dispositifs MAIA sont financés par la CNSA, mais dans un cadre rénové puisqu'ils sont désormais entrés dans le processus de convergence des dispositifs d'appui à la coordination, conformément à l'article 23 de la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS).
- La CNSA appuie aussi le développement des groupes d'entraide mutuelle (**GEM**), organisés sous forme associative et constitués de personnes ayant des troubles de santé ou des situations de handicap similaires les mettant en situation de vulnérabilité et de fragilité ; les GEM offrent un espace pour se soutenir mutuellement dans les difficultés rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne. Les 605 GEM existants à fin 2020 permettent à leurs membres, à travers des activités partagées entre pairs, de sortir de l'isolement, de gagner en autonomie et d'améliorer leur insertion sociale, voire professionnelle.
- Enfin, la CNSA contribue, via une participation aux financements du FIR, au développement de **l'habitat inclusif**, qui se développe ces dernières années, comme alternative à l'hébergement permanent en institution, et à d'autres dispositifs et projets tels que le **financement des CREAI** ou encore le **déploiement du système d'information de suivi des orientations** dans le champ du handicap.

En 2021, le montant de la participation de la CNSA aux dépenses du FIR a atteint près de 170 M€.

L'aide à l'investissement pour la modernisation et la création de places dans les ESMS est une mission pérenne de la CNSA (cf. encadré 9). Elle couvre aujourd'hui près de 4 300 projets, répartis aux deux-tiers sur le champ des personnes âgées, le tiers restant concernant des places pour l'accueil et la prise en charge de personnes en situation de handicap. Les plans d'aide à l'investissement (PAI) sont définis sur plusieurs années, leur exécution effective étant conditionnée par le rythme de réalisation des travaux. Fin 2021, plus de 3 500 établissements avaient engagé des travaux. La CNSA est ainsi la première source d'aide publique et constitue un levier important d'aide à la transformation et au développement des établissements médicosociaux. 22,4 Md€ ont été engagés dans les PAI depuis 2006, la CNSA contribuant pour 3,2 Md€ soit 1/7^{ème} de ces investissements.

En 2021, les dépenses de la CNSA au titre de l'investissement se sont élevées à 584 M€, dont 20 M€ étant dédiée spécifiquement à la Corse et l'Outre-Mer, 90 % pour des ESMS prenant en charge des personnes âgées.

Le soutien à l'investissement est fortement intensifié en 2021 dans le cadre du plan de relance qui intègre un plan de soutien à l'investissement issu du Ségur de la santé qui dote la CNSA de 2,1 Md€ sur une durée de 5 ans pour le secteur médicosocial (dont 600 M€ sur le numérique), il permet de disposer de visibilité sur des montants de crédits 2 à 3 fois plus élevés que les enveloppes du PAI actuelles, grâce auxquels les établissements dédiés aux personnes âgées pourront se moderniser, se rénover et accueillir leurs résidents dans de meilleures conditions. Il doit permettre, par exemple, qu'un quart des places en EHPAD soient rendues plus confortables, plus accessibles et conformes à la réglementation énergétique, avec des conditions de travail améliorées pour les personnels. 285 M€ ont été mobilisés en 2021 par la CNSA, soit un soutien à la rénovation de 279 Ehpads (cf. encadré 9).

Encadré 9 • L'investissement pour la modernisation et l'adaptation de l'offre des ESMS

L'aide publique à l'investissement dans le secteur médicosocial revêt une importance particulière pour soutenir l'adaptation d'une offre d'accompagnement répondant à la diversité des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap. Elle permet ainsi d'accompagner les établissements et services médicosociaux dans leurs investissements.

Avec ses subventions du plan d'aide à l'investissement (PAI), la CNSA permet aux ESMS, par des aides en capital, de diminuer le recours à l'emprunt et de limiter l'impact des frais financiers et des charges d'amortissement qui peuvent ensuite se répercuter sur le montant des tarifs (qu'ils soient acquittés par l'assurance maladie dans le secteur du handicap ou par l'usager dans le secteur des personnes âgées).

La politique d'aide à l'investissement de la CNSA reprend quatre orientations :

- favoriser l'atteinte des objectifs à la fois quantitatifs et qualitatifs des plans nationaux qui visent au développement de l'offre d'établissements et de services à destination des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap ;
- accélérer la modernisation des structures les moins adaptées, en modérant son impact financier pour les usagers et l'assurance maladie ;
- soutenir la réalisation d'opérations de transformation de l'offre de manière globale (transformation de capacités médicosociales ou de capacités sanitaires en structures médicosociales) au service de la qualité des prises en charge, en sorte notamment de renforcer l'individualisation des accompagnements et la dimension de « chez-soi » de l'ensemble des structures de vie ;
- aider à la transition énergétique et au respect de l'environnement par l'amélioration des performances et capacités thermiques et climatiques.

En lien avec le Laboratoire des Solutions Demain regroupant divers acteurs du secteur des personnes âgées, le Ségur a été l'occasion pour les pouvoirs publics de préciser les enjeux auxquels l'aide à l'investissement devait répondre pour les EHPAD :

- garantir le sentiment d'être chez soi permettant une sociabilité choisie avec les autres résidents, des temps de vie et de partage avec les proches tout autant que l'intimité des résidents ;
- ouvrir les établissements sur l'extérieur en recherchant la constitution d'espaces partagés avec les acteurs pertinents du territoire (associations, commerces, services publics, tiers lieux,...) ;
- faciliter les soins en développant un haut niveau de prise en soin adapté tout en veillant à bien différencier et articuler espace de vie et espace de soins ;
- assurer la viabilité économique des projets en recherchant la viabilité économique notamment à travers la capacité à dégager un autofinancement nécessaire à l'entretien du bâti ;
- rechercher la qualité de la conception par des études préalables solides et des bonnes pratiques fondées sur les preuves, notamment la maîtrise d'usage en associant les résidents, le personnel et les proches à la conception des projets.

Les opérations d'investissement éligibles au PAI de la CNSA sont :

- les travaux réalisés sur les locaux existants, menés par restructuration ou par reconstruction de locaux neufs (pour les seules capacités autorisées et habilitées à l'aide sociale dans le secteur des personnes âgées) ;
- les opérations permettant la création de places nouvelles ou l'extension de capacités autorisées et habilitées à l'aide sociale pour le secteur des personnes âgées ;
- les prestations intellectuelles nécessaires à la conception des opérations d'investissement, notamment lors d'opérations complexes de restructuration s'inscrivant dans une démarche qualité ;
- les travaux de mise aux normes techniques, de sécurité et d'accessibilité ;
- les équipements nécessaires dans le cadre des opérations de constructions et de renforcement parasismiques sur les territoires d'outre-mer et les équipements liés au « confort d'été » ;
- les opérations de rénovation ou de construction immobilières durables et respectueuses de l'environnement ;
- les opérations d'investissement reposant sur une vente en l'état de futur achèvement ou en contrat de promotion immobilière.

Néanmoins, une instruction du 25 avril 2022 est venue préciser les exigences attendues d'un investissement en EHPAD financé par la CNSA afin de renforcer le pouvoir transformateur du PAI. Ces nouvelles mesures sont applicables dès 2022, incontournables pour 2023 :

- une ouverture sur l'extérieur, organisationnelle et/ou architecturale devra être prévue pour chaque projet dès 2023 ;
- une logique de facilitation des soins obligatoires en prévoyant dans les projets des locaux permettant l'ouverture d'un PASA dès la labellisation adéquate obtenue et en intégrant une UHR si un manque territorial est constaté par l'ARS ;
- une assistance à maîtrise d'usage (ou équivalent) obligatoire pour tous les projets ;
- la transformation en type J à l'issue des travaux des EHPAD actuellement en type U sauf si des contraintes architecturales l'empêchent (présence de fluides médicaux, mutualisation avec un hôpital,...) ;
- une logique transformatrice assumée en autorisant le financement des mises aux normes uniquement dans le cadre de projet de rénovation plus globale.

Le soutien à l'investissement est fortement intensifié en 2021 dans le cadre du plan de relance qui intègre un plan de soutien à l'investissement issu du Ségur de la santé qui dote la CNSA de 2,1 Md€ sur une durée de 5 ans pour le secteur médicosocial (dont 600 M€ sur le numérique, cf. encadré 10), il permet de disposer de visibilité sur des montants de crédits 2 à 3 fois plus élevés que les enveloppes du PAI actuelles, grâce auxquels les établissements dédiés aux personnes âgées pourront se moderniser, se rénover et accueillir leurs résidents dans les meilleures conditions. Il doit permettre, par exemple, qu'un quart des places en EHPAD soient rendues plus confortables, plus accessibles et conformes à la réglementation énergétique, avec des conditions de travail améliorées pour les personnels. 285 M€ ont été mobilisés en 2021 par la CNSA, soit un soutien à la rénovation de 279 EHPAD.

A cet effet, une instruction du 24 septembre 2021 a précisé l'instruction du Premier Ministre du 10 mars 2021 en demandant aux ARS d'établir des stratégies régionales d'investissement pour le 31 mars 2022. Cet exercice a permis d'identifier, en lien étroit avec les conseils départementaux et grâce à la visibilité donnée sur les crédits mis à disposition de chaque ARS jusqu'en 2024 (765 M€ au total), une liste de près de 800 EHPAD dont certains projets pourront être financés dès 2022, d'autres à approfondir pourront être accompagnés, notamment par le financement de prestations intellectuelles afin de permettre un soutien à l'investissement d'ici 2024. La Corse et l'outre-mer bénéficient également d'un plan d'aide à l'investissement dédié à hauteur de 75 M€ d'ici 2024, et ce au regard du rattrapage nécessaire dans ces régions sous-dotées mais également avec un besoin de diversification fort.

Un plan d'aide à l'investissement du quotidien a également été déployé par la CNSA avec l'appui opérationnel des ARS. Pour 2021, il s'est élevé à hauteur de 125 M€ et a été consommé à hauteur de 114 M€. C'est ainsi plus de 4 000 EHPAD qui ont bénéficié d'aides financières permettant d'y améliorer rapidement la qualité de vie des résidents ou la qualité de vie au travail. Ce plan est renouvelé avec le même montant en 2022 avec une instruction en date du 13 juillet 2022 venue préciser les conditions de gestion de ce plan d'aide exceptionnel.

Enfin, dans le cadre financier du Ségur, la CNSA a lancé en 2021 un appel à projets pour le développement de tiers-lieux dans les EHPAD, lieux co-construits et coanimés par les habitants des EHPAD, les voisins et les acteurs de la vie locale. Ce sont 3 M€ qui ont ainsi été notifiés pour 25 projets. Fort de ce succès, il a été décidé de mettre à la disposition des ARS dans le cadre du PAI une enveloppe globale de 7,5 M€ jusqu'en 2024 pour le financement de tiers lieux dans les EHPAD. De même, un appel à manifestation d'intérêt a été lancé en 2021 en lien avec la DGOS et l'ANAP pour financer le recrutement sur l'ensemble du territoire de conseillers et coordinateurs en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) pour accompagner les ESMS et les établissements de santé dans leurs travaux et/ou adaptation. Vingt-et-une structures ont ainsi été financées pour un montant de 2 M€ pour le recrutement de 27 conseillers et quatre coordinateurs couvrant près de 2 100 établissements.

A noter également que la CNSA a abondé à hauteur de 20 M€ le PAI de la CNAV dédié à la réhabilitation des résidences autonomie, qui s'est de ce fait élevé à 30 M€ en 2021. Ce sont 235 établissements qui ont pu ainsi être aidés, consommant ainsi la totalité de l'enveloppe confiée à l'assurance retraite.

Source : CNSA

Encadré 10 • L'investissement numérique dans le secteur médico-social

La feuille de route « Accélérer le virage numérique » annoncée par la Ministre chargée de la santé en avril 2019 prévoit un volet relatif aux établissements et services médicosociaux.

Près de 40 % des ESMS ne disposent pas de système d'information de production, alors même que l'organisation des parcours et la pluridisciplinarité des accompagnements rendent ces outils communicants de plus en plus nécessaires pour les professionnels. Le plan d'investissement numérique dans le médicosocial, d'abord soutenu par une enveloppe de crédits d'amorçage de 30 M€ votée en 2019 par la CNSA et massifiée dans le cadre du Ségur de la santé qui réserve 600 M€ au secteur médicosocial, vise à soutenir un changement d'échelle.

Les objectifs du plan d'investissement numérique dans le médicosocial sont centrés autour de cinq enjeux :

- Les équipements fondamentaux afin de déployer des accès professionnels à internet et des équipements pour les équipes de soins et d'accompagnement, notamment en mobilité. La mutualisation et la professionnalisation des achats permettra un meilleur équipement à moindre coût ;
- Les logiciels et services socles qui sont au cœur de la transformation des pratiques (au premier rang desquels le dossier de l'utilisateur informatisé, développement du référentiel de l'offre des services, déploiement des systèmes d'identification des professionnels et des personnes – INS –, etc.). Ce volet d'investissement financera l'équipement initial des établissements qui n'ont pas d'outil « de production » et les évolutions des autres en lien avec la transformation des pratiques ;
- Les services d'échanges et de communication sécurisés comme la messagerie sécurisée de santé (MSSanté), les services de télémedecine et de consultation de distance, les outils de coordination de parcours, les API d'échange avec les SI des MDPH et de suivi des orientations des personnes en situation de handicap, etc. Ces services sont indispensables à la qualité et à la coordination des parcours des personnes accompagnées ;
- L'accompagnement et la montée en compétence des acteurs : l'investissement dans ces outils et services numériques ne peut être utile et pérenne que s'il accompagne des changements de pratiques dans les organisations. Pour être effectivement adoptés, les outils numériques devront ainsi se mettre au service des équipes de professionnels et des échanges entre structures. Ces évolutions doivent être accompagnées par l'émergence et l'animation de communautés de pratiques au niveau local ;
- L'appropriation de ces outils par les personnes elles-mêmes, pour renforcer leur implication et leur capacité d'expression dans la définition et la mise en œuvre de leur projet personnalisé, en lien avec leur entourage.

En 2021, plus de 110 M€, dont 30 M€ issus des fonds propres de la CNSA, ont été mobilisés pour soutenir 235 projets dans toutes les régions couvrant 6 100 ESMS, dont 10 projets au niveau national. 12 M€ ont par ailleurs été dédiés au renforcement des ressources humaines en ARS, en groupements régionaux d'appui au développement de l'e-santé (GRADeS) et dans les collectifs SI qui se sont progressivement constitués dans les territoires, afin de piloter et d'accompagner la dynamique numérique dans les territoires.

Enfin, l'innovation pour assurer l'amélioration continue des organisations et des services : 0,8 M€ a été orienté vers le GIS Marsouin pour l'expérimentation de nouveaux usages au sein des équipes médicosociales. Ils permettront d'accompagner l'évolution des pratiques et l'organisation des accompagnements associés.

Depuis 2021, pour permettre un pilotage global par la Délégation ministérielle du numérique en santé, les crédits d'investissement du Ségur dédiés au numérique médicosocial sont suivis dans le Fonds pour la modernisation et l'innovation en santé (FMIS), créé par la LFSS pour 2021.

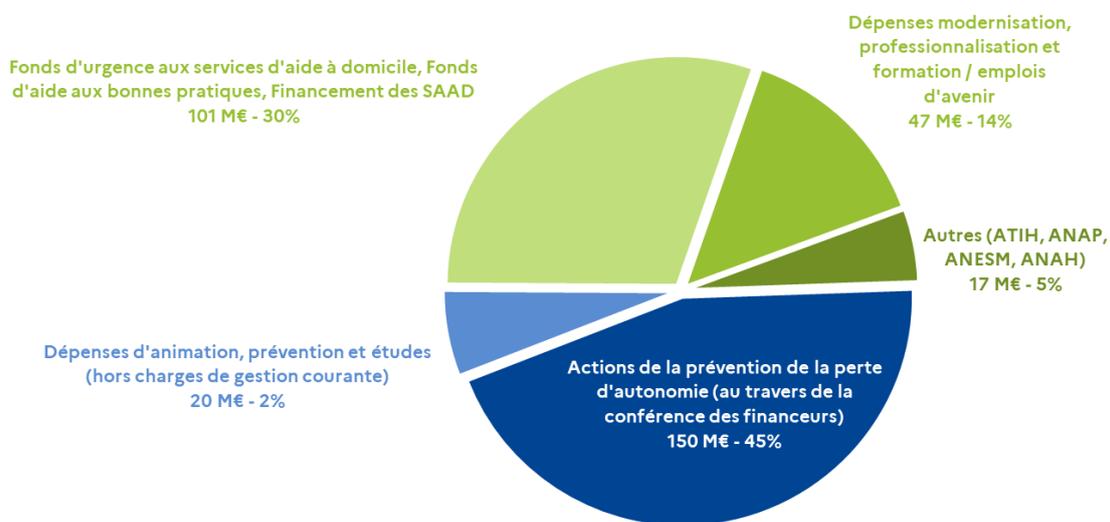
Source : CNSA

La modernisation et la professionnalisation de l'aide à domicile et des métiers du secteur médicosocial font partie des missions de la CNSA. Une politique de partenariat est développée avec les départements, les opérateurs de l'aide à domicile et les organismes paritaires agréés de compétence (OPCO).

Le soutien apporté par les proches aidants aux personnes en perte d'autonomie peut prendre différentes formes : aides dans les activités de la vie quotidienne (ménage, repas, toilette, aide aux transferts, locomotion, présence, etc.), aides financières, matérielles et soutien moral. La CNSA accompagne une pluralité d'actions destinées à l'accompagnement des proches aidants de personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

47 M€ ont été consacrés aux dépenses de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile et à l'aide aux aidants en 2021 (cf. encadré 12). Plus largement, les subventions versées par la CNSA pour l'amélioration de la qualité des prises en charge médicosociales se sont élevées à 336 M€ (cf. graphique 6).

Graphique 6 • Répartition des 335 M€ de subventions versées par la CNSA en 2021



Source : Données comptables sous-jacentes au rapport à la CCSS de septembre 2022

La CNSA ne participe pas directement à la gestion des prestations et des services médicosociaux sur le territoire. Il s'agit en effet d'une entité nationale légère pilotant plusieurs réseaux, qui travaille en lien étroit avec les territoires et les parties prenantes des politiques de l'autonomie (cf. encadré 11). Les effectifs de la CNSA sont donc réduits (131 agents) et **ses charges de personnel sont en conséquence contenues, de l'ordre de 12,5 M€ en 2021**. Ses autres charges de gestion courante sont essentiellement des dépenses informatiques, d'animation, de prévention et d'études.

Encadré 11 • Les conventions pluriannuelles entre la CNSA et les départements

Les politiques de l'autonomie relèvent de la responsabilité partagée de l'État, de la sécurité sociale et des conseils départementaux. Au niveau territorial, leur mise en œuvre mobilise les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux.

Le rôle de ces derniers a été conforté par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015. La loi prévoit la conclusion d'une convention pluriannuelle entre la CNSA et chaque département avec la fixation d'engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, portant en particulier sur des objectifs de qualité.

Le renouvellement de ces conventions pour la période 2021-2024 a été préparé en vue de renforcer le partenariat entre les conseils départementaux et la CNSA pour la bonne mise en œuvre des politiques de l'autonomie autour d'objectifs communs à l'ensemble des territoires et d'autres spécifiques à chacun. Le processus de renouvellement a été adapté au contexte de la crise sanitaire COVID-19 et scindé en deux temps :

- une convention-socle a été conclue à la fin de 2020, pour décliner les conclusions de l'accord de méthode, conclu entre l'État et l'Assemblée des Départements de France (ADF) dans le cadre de la 5ème conférence nationale du handicap (CNH) du 11 février 2020, relatif au pilotage des MDPH, et pour convenir de la poursuite des négociations en 2021 ;
- une feuille de route stratégique et opérationnelle territorialisée négociée en 2021, pour préciser les ambitions de chaque département relatives à l'ensemble des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et le soutien de la CNSA à ces actions ; elle s'organise autour de quatre thématiques structurantes :
 - o améliorer la qualité de l'accueil des personnes âgées et en situation de handicap dans les MDPH/MDA, garantissant notamment leur participation ;
 - o accompagner le parcours de la personne, notamment dans les situations complexes, et adapter l'offre à ces besoins ;
 - o prévenir la perte d'autonomie, renforcer le soutien aux proches aidants et faciliter l'accès aux aides techniques ;
 - o renforcer le pilotage et harmoniser les systèmes d'information.

Source : CNSA

Encadré 12 • Les plateformes des métiers de l'autonomie

À la suite de la proposition du rapport de Myriam El Khomri sur l'attractivité des métiers du grand âge de créer des plateformes départementales des métiers, la CNSA a lancé en lien avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) un appel à projets en janvier 2021 pour expérimenter cette forme de mobilisation partenariale locale. Après la réception de 60 candidatures, 20 projets ont été retenus en octobre 2021. La CNSA consacre un budget de 13 M€ à leur soutien sur une durée de 3 ans.

Les plateformes des métiers permettent de coordonner et d'intégrer une palette de services portés par des acteurs complémentaires dans le champ de l'emploi et des politiques d'autonomie en direction des demandeurs d'emploi, des salariés des établissements et services médico-sociaux et des employeurs à l'échelle départementale. Elles assurent 3 missions socles :

- valoriser et sensibiliser aux métiers du secteur, par exemple grâce au développement et à l'animation d'un réseau des ambassadeurs des métiers de l'autonomie, des campagnes de communication locales, des bus itinérants, la participation à des forums de l'emploi, des escape game, etc. ;
- proposer des parcours d'orientation, de formation pour permettre l'accès à l'emploi : parcours immersifs chez des structures partenaires, formation de conseillers d'orientation, développement de portails numériques, etc. ;
- mettre en place des actions favorisant le recrutement : bourse d'emplois, cvthèque partagée, appui au recrutement, etc.

Toutes les plateformes proposent également des missions complémentaires. Cela peut être l'accompagnement à la prise de poste des nouveaux salariés, des actions de fidélisation ou de mobilité, des actions d'appui à la qualité de vie, etc.

Parmi les 20 projets retenus, 8 sont portés par des conseils départementaux (y compris, le cas échéant, en binôme), 4 par des maisons de l'emploi, 8 par d'autres structures (associations, groupements d'intérêt public, etc.). Cette diversité des types de porteurs et des projets devrait donner une vision large des conditions de réussite et des modalités possibles du déploiement à l'issue de l'expérimentation de 3 ans.

Source : CNSA

3 - Les dépenses incluses dans le périmètre de la branche autonomie s'élèveraient à 35 Md€ en 2022 et 37 Md€ en 2023

Les dépenses incluses dans le périmètre de la branche autonomie s'établiraient à 35,4 Md€ en 2022 et 37,3 Md€ en 2023, soit des hausses respectives de 8,7 % et 5,3 % (cf. tableau 2).

Tableau 2 • Dépenses de la branche autonomie en 2022 et 2023 (en Md€)

	2022 (p)		2023 (p)	
	en M€	Evol (%)	en M€	Evol (%)
DEPENSES PREVISIONNELLES SUR LE PERIMETRE DE LA BRANCHE AUTONOMIE	35,4	8,7%	37,3	5,3%
FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICOSOCIAUX (OGD)	28,4	6%	30,0	6%
Personnes âgées	14,6	3%	15,3	5%
Personnes handicapées	13,8	10%	14,6	6%
PRESTATIONS SOCIALES	4,7	8%	5,1	7%
APA	2,6	1%	2,7	5%
PCH	0,8	18%	0,8	9%
AAEH	1,3	11%	1,5	9%
Congé proche aidant	0,1	++	0,1	0%
AUTRES	2,2	56%	2,2	-2%
Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH)	0,2	2%	0,2	1%
Subventions d'investissement	0,4	-8%	0,3	-28%
Subventions fonctionnement / Dépenses d'animation, prévention et études	0,0	++	0,1	++
Subventions aux fonds et organismes (dont FIR)	1,4	++	1,5	4%
Charges de gestion courante et autres charges	0,2	12%	0,2	-3%

Sources : DSS/SDEPF/6C, Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022 pour l'année 2022, Annexe B du PLFSS pour l'année 2023

NB : les taux d'évolution affichés dans le tableau ci-dessus sont calculés à champ courant, et ne se comparent pas aux taux d'évolution de l'OGD en construction qui s'établissent respectivement à +5,1 % pour l'OGD PA et +5,2 % pour l'OGD PH en 2023, (cf. annexe 5 au présent PLFSS). Le taux d'évolution de +6,0 % pour l'OGD PH s'explique par une mesure de périmètre au titre des ESMS PH belges

Les **dépenses prévisionnelles au titre du financement des établissements ou services sociaux ou médicosociaux** (ESMS) atteindraient 28,4 Md€ en 2022, en progression de 6 % par rapport à 2021 et 30 Md€ en 2023, en hausse de 6 % par rapport à 2022 (cf. partie I.4 consacrée à l'objectif global de dépenses).

Ces hausses résultent principalement des revalorisations salariales mises en œuvre dans le cadre du Ségur de la santé et de son extension à d'autres personnels non médicaux des établissements et services sociaux et médicosociaux (accords « Laforcade », avenant 43 de la branche de l'aide à domicile, conférence des métiers de février 2022, cf. encadré 13).

Outre les revalorisations salariales, le PLFSS pour 2023 prévoit, dans le champ des personnes âgées, plusieurs mesures pour renforcer les moyens mis à la disposition des EHPAD et améliorer la prise en charge des personnes, pour un coût total de près de 200 M€ (actualisation des « coupes PATHOS », augmentation du taux d'encadrement en EHPAD, déploiement de centres de ressources territoriaux). Plusieurs mesures sont également prévues afin de développer et transformer l'offre à domicile pour un coût de près de 125 M€ (créations de places de SSIAD, financement de la réforme tarifaire des SSIAD).

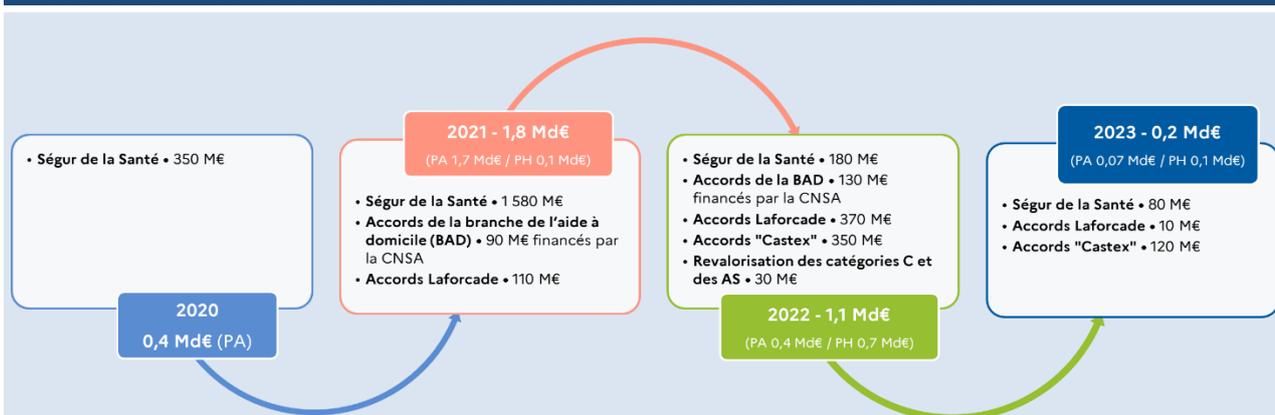
Dans le champ des personnes en situation de handicap, le PLFSS pour 2023 prévoit 110 M€ de crédits pour créer de nouvelles places. Plusieurs autres mesures sont prévues pour développer diverses solutions, dont près de 70 M€ destinés à développer l'offre pour le public atteint de troubles du spectre de l'autisme.

Les concours de la CNSA au titre de l'APA et de la PCH, augmenteraient en 2022 et 2023 sous l'effet de la compensation aux départements des dépenses au titre de la PCH parentalité mise en place en 2021 (+0,1 Md€ en 2022) et de l'**instauration par la LFSS 2022 d'un tarif national minimal de référence de 22 €** pour l'ensemble des services à domicile. Son coût, évalué à 0,2 Md€, est compensé aux départements par la branche autonomie. Les dépenses d'APA et de PCH, qui évoluent, hors mesures nouvelles, comme les recettes de la CNSA, atteindraient en conséquence 3,5 Md€ en 2023, contre 3,3 Md€ l'année précédente. Les dépenses d'AAEH, dont la hausse sur la période est portée par l'augmentation du nombre de bénéficiaires, s'établiraient à 1,5 Md€ en 2023. Au total, **les dépenses de prestations de la branche autonomie** (APA, PCH, AJPA et AEEH) augmenteraient de 7 % en 2023 pour s'établir à 5,1 Md€.

En 2023, le déploiement d'un grand plan de relance de l'investissement se poursuit dans les établissements sanitaires et médicosociaux à la suite des conclusions du Ségur de la santé, intégré au plan France Relance pour 1,5 Md€ qui se décomposent en 1,25 M€ consacrés au financement de la construction ou rénovation de places d'hébergement pour personnes âgées et 0,25 Md€ consacrés au financement de l'aide à l'équipement en vue d'améliorer les conditions d'accueil des personnes âgées. Ces montants font l'objet d'un remboursement par la Facilité pour la reprise et la résilience (FRR) de l'Union européenne. Le pilotage opérationnel du dispositif sera assuré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) via le plan annuel d'investissements (PAI) intégré depuis 2022 au 5^{ème} sous-objectif de l'ONDAM. A ce titre, 0,4 Md€ ont ainsi été délégués en 2022 et 0,3 Md€ le seront en 2023.

Par ailleurs un volet numérique médico-social est également intégré au Ségur de la santé pour un montant total de 0,6 Md€. Son pilotage opérationnel est assuré par le Fond pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS). Il fait également l'objet d'un remboursement par la FRR de l'Union européenne. A ce titre, 0,1 Md€ ont ainsi été délégués en 2022 et 0,15 Md€ le seront en 2023.

Encadré 13 • Les revalorisations salariales dans le secteur médicosocial



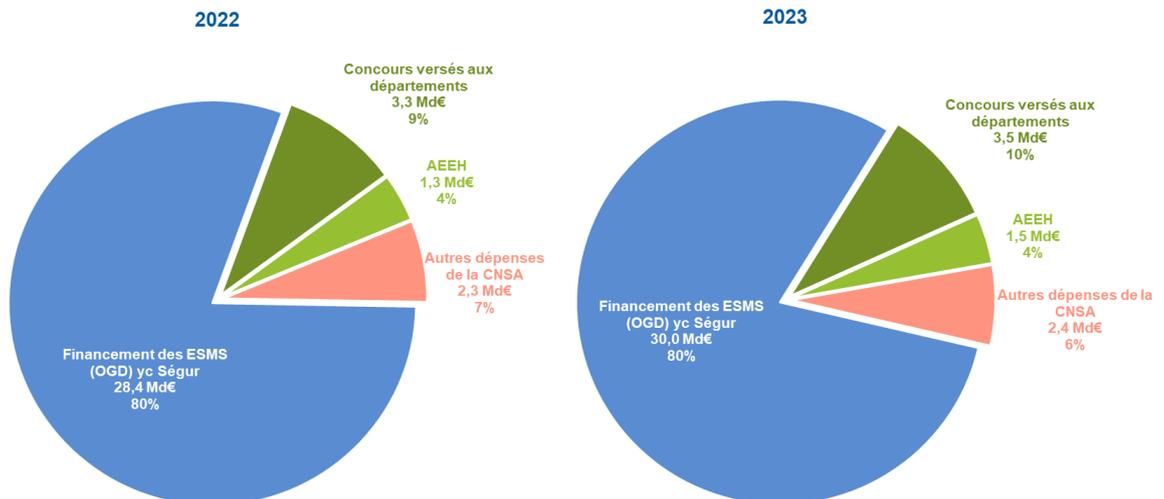
Afin de mieux rémunérer et de renforcer l'attractivité des métiers, les années 2020 à 2022 sont marquées par des revalorisations historiques des rémunérations des métiers du sanitaire et du médicosocial.

- La mesure dite « socle du Ségur » prévoyait la revalorisation des rémunérations des professionnels non médicaux des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics et privés, pour 0,4 Md€ en 2020, 1,6 M€ en 2021, 0,2 Md€ en 2022 et 0,08 Md€ supplémentaires en 2023.
- Les revalorisations résultant des protocoles d'accord dits « Laforcade » ont étendu la mesure à d'autres personnels non médicaux des établissements et services sociaux et médicosociaux (ESMS) qui n'en avaient pas bénéficié jusqu'alors, pour 0,1 Md€ en 2021, 0,4 Md€ supplémentaires en 2022, et 0,01 Md€ en 2023.
- L'agrément de l'avenant 43 à la convention collective de la branche de l'aide à domicile (BAD) prévoit des revalorisations des professionnels intervenant à domicile. La branche autonomie y contribue, pour un montant de 0,09 Md€ en 2021 et 0,2 Md€ supplémentaires en 2022.
- De nouvelles revalorisations des catégories C et des aides-soignants sont financées par la CNSA, pour 30 M€ en 2022.
- Enfin, par l'annonce du Premier ministre Jean Castex le 18 février 2022, conjointe avec l'Assemblée des départements de France, les revalorisations ont été étendues aux travailleurs de la filière socioéducative, notamment des ESMS PH et aux services d'aide à domicile publics pour 0,4 Md€ en 2022 et 0,1 Md€ supplémentaires en 2023.

Ainsi, en 2023, le montant alloué aux revalorisations salariales des personnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux intervenues depuis 2020 représente plus de 3,4 Md€.

	2020			Supplément 2021 par rapport à 2020			Supplément 2022 par rapport à 2021			Supplément 2023 par rapport à 2022			Total 2023		
	Total	PA	PH	Total	PA	PH	Total	PA	PH	Total	PA	PH	Total	PA	PH
Ensemble des revalorisations	350	350		1 780	1 670	100	1 110	410	700	210	70	130	3 450	2 510	930
Sécur de la santé	350	350		1 580	1 570	10	180	150	30	80	70	10	2 190	2 140	50
Revalorisations salariales	350	350		1 520	1 520					10	10		1 880	1 880	
Attractivité - revalorisation des grilles				10	10	0	120	100	20	10	10		140	120	20
Intéressement collectif				50	40	10	50	40	10	60	50	10	170	130	30
PM				10	10	0							10	10	
Extension du Sécur de la santé				200	100	100	900	240	660	130	10	120	1 230	350	870
Branche de l'aide à domicile - avenant 43 (impact OGD - SSIAD)				20	20		50	50					70	70	
Branche de l'aide à domicile - avenant 43 (impact hors OGD - APA, PCH, AEEH)				70	60	10	130	110	20				200	170	30
Accords Laforcade				110	20	80	370	60	310	10		10	500	80	410
Conférence des métiers dit "Castex"							350	20	320	120	10	110	470	30	430
Prolongation du Sécur							30	20	10	0	0	0	30	20	10

Graphique 7 • Répartition des dépenses de la branche autonomie en 2022 et 2023



Sources : DSS/SDEPF/GC, Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022 pour l'année 2022, Annexe B du PLFSS pour l'année 2023

4 - L'objectif global de dépenses d'autonomie à destination des établissements et services médicosociaux

1. Un objectif global pour les dépenses de la branche allouées aux établissements et services médicosociaux

Le financement des prestations des établissements et services médicosociaux pour personnes âgées en perte d'autonomie et pour les personnes en situation de handicap à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un « objectif global de dépenses » (OGD), qui constitue une sous-partie de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté en LFSS.

Cet objectif global, fixé chaque année par arrêté ministériel, était défini jusqu'en 2020, avant la création de la branche autonomie de la sécurité sociale, à partir d'une contribution de l'assurance maladie, d'une fraction des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), de la contribution additionnelle solidarité pour l'autonomie (CASA), de la CSG et le cas échéant, d'une part des réserves de la CNSA.

La création de la branche autonomie a conduit à remplacer, à partir de 2021, la contribution de l'assurance maladie par l'affectation de recettes propres à la CNSA (cf. encadré 1 de la partie I.1). Par ailleurs, l'adaptation de la gouvernance de la CNSA a eu pour effet de ne plus flécher de manière aussi directe une partie de recettes propres de la CNSA vers le financement de certaines dépenses, en particulier celles relevant de l'OGD.

2. L'OGD devrait atteindre 28,4 Md€ en 2022, après s'être élevé à 26,8 Md€ en 2021

En 2021, le taux de reconduction de l'objectif global de dépenses (OGD), c'est-à-dire l'augmentation tendancielle attendue des dépenses appliquée à la base de référence et hors mesures nouvelles, s'élevait à +0,8 %, soit un niveau de dépenses supplémentaires de 0,2 Md€, dont 0,1 Md€ pour le volet personnes âgées en perte d'autonomie et 0,1 Md€ pour le volet personnes en situation de handicap.

A cela s'ajoutent près de 2,9 Md€ de mesures nouvelles. En effet, en 2021, des financements ont été alloués pour favoriser la mise en œuvre des politiques publiques prioritaires comme la poursuite de la revalorisation salariale des personnels des EHPAD, issues des accords de Ségur de juillet 2020, la compensation des surcoûts liés au Covid en EHPAD et les mesures annoncées le 14 février 2020 par le Président de la République dans le cadre de la Conférence nationale du handicap (CNH).

Parmi les 2,9 Md€ de mesures nouvelles, 57 % résultent ainsi de la hausse des rémunérations dans les établissements et services médico-sociaux, conséquence du Ségur de la Santé et de ses extensions. Le second poste, qui représente 23 % des mesures nouvelles, est la compensation des surcoûts et pertes de recettes liés à la crise sanitaire Covid. Enfin, la dernière étape de la convergence tarifaire dans les EHPAD (cf. encadré 14) représente 7,5 % de l'ensemble des mesures nouvelles.

Dans le champ du handicap, l'année 2021 est marquée par la mise en œuvre des engagements de la Conférence nationale du handicap (CNH) de février 2020, traduisant les promesses d'équité et d'universalité de la nouvelle branche. Plus de 0,1 Md€ ont ainsi été consacrés à l'accélération du déploiement de solutions d'accueil et d'accompagnement adaptées, proposées par des équipes de proximité chargées de la mobilisation des acteurs de territoires. La stratégie nationale autisme et le plan de prévention des départs en Belgique (cf. encadré 15) ont également bénéficié d'un nouvel effort financier.

Encadré 14 • La convergence tarifaire

Les équations tarifaires mises en place dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, visent à objectiver les financements versés aux EHPAD au titre des sections soins et dépendance en les ajustant aux besoins recensés.

Pour cela, deux indicateurs se révèlent centraux :

- le GIR moyen pondéré (GMP). Il correspond au niveau moyen de dépendance des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées, il est calculé à partir de la grille AGGIR (cf. encadré 5).
- le Pathos moyen pondéré (PMP). Il correspond au besoin moyen en soins des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

De plus, la loi prévoit une valeur de point-GIR nationale pour le financement de la section soin. Pour le financement de la section dépendance, la valeur du point-GIR est définie au niveau départemental. En comparaison, avant la réforme, le financement était assuré par une dotation forfaitaire annuelle dont le montant dépendait essentiellement de la dotation de l'année précédente.

Cette réforme a pour objectif l'homogénéisation des dotations sur le territoire et une meilleure prise compte des besoins de prise en charge des résidents. Compte tenu de l'impact sur les recettes des EHPAD (avec une minorité d'établissements qui voient leurs dotations diminuer), cette nouvelle tarification est mise en place progressivement : c'est la convergence tarifaire.

En 2016, lors de la phase préparatoire de la mise en œuvre concrète de la réforme, 7 ans étaient prévus. La LFSS 2019 a cependant réduit la durée de la convergence des forfaits soins (achèvement en 2021 au lieu de 2023). De plus, l'état de santé moyen en EHPAD pris en compte dans l'équation soins s'est avéré plus dégradé qu'anticipé, ce qui a chaque année conduit à réévaluer à la hausse le forfait global de soins.

Ainsi à fin 2022, il apparaît que la très grande majorité des places d'EHPAD sont financées sur la base de la dotation cible fixée par l'équation ou à un niveau de financement très proche de celle-ci, comme le montre le tableau ci-dessous, issu des données de tarification pour 2022 (source : SIDOBA, CNSA).

Situation des EHPAD	En nombre de places	Ecart par rapport à la dotation cible
Convergence positive	63,0%	-3,0%
Convergence neutre	23,0%	0,0%
Convergence négative	14,0%	2,7%

En 2022, près d'un quart des places en EHPAD sont déjà financées sur la base d'une dotation soins égale à la dotation plafond N+1 dont les établissements doivent bénéficier.

Par ailleurs, si 63 % des places d'EHPAD sont financées sur la base d'une dotation soins inférieure à la dotation plafond 2023, il s'avère, qu'en moyenne, cette dotation avoisine 97 % de la dotation cible. En parallèle, 14 % des places d'EHPAD sont en convergence négative, c'est-à-dire financées sur la base d'une dotation supérieure à la dotation cible N+1. Comme pour les établissements en convergence positive, on constate que cet écart est relativement faible (2,7 % en moyenne). Ces deux situations s'expliquent globalement par le fait qu'une ou plusieurs des composantes de l'équation tarifaire des établissements concernés a évolué à la hausse ou à la baisse (capacité d'accueil, actualisation du GMP et / ou du PMP).

La réforme a donc bien permis d'atteindre une équité de financement entre les EHPAD sur le volet soins, basée sur une mesure de l'activité et de la charge en soins associée aux résidents.

Encadré 15 • Le conventionnement des établissements médicosociaux belges accueillant des adultes français en situation de handicap

Plus de 8 500 personnes en situation de handicap, adultes et enfants, sont aujourd'hui accompagnées en établissement médicosocial belge. Près de 7 000 adultes sont concernés, chiffre en progression constante, avec en moyenne 500 départs d'adultes par an depuis 2015.

La coopération pour l'accueil des français en situation de handicap en Wallonie est régie par l'accord cadre franco-wallon du 21 décembre 2011 autour de la préoccupation commune d'assurer un meilleur accompagnement et une prise en charge de qualité. A cet effet, l'accord prévoit la possibilité pour les autorités françaises compétentes de conventionner avec chacun des établissements wallons. Une telle démarche a été mise en œuvre en 2015 pour les enfants, fixant les exigences de qualité d'accompagnement et arrêtant à environ 1 500 le nombre de places, financées à compter de cette date sur l'OGD géré par la CNSA.

Pour les adultes, la LFSS pour 2020 a prévu la mise en place d'un conventionnement et élargi le périmètre de l'OGD aux établissements wallons conventionnés.

Le 21 janvier 2021, lors de la réunion de la commission mixte paritaire prévue par l'accord cadre franco-wallon de 2011, un moratoire sur la capacité d'accueil des adultes handicapés français au 28 février 2021 a été annoncé par la Secrétaire d'État en charge des personnes handicapées, en concertation avec son homologue wallon. La démarche de conventionnement menée par la cellule des affaires internationales de l'ARS Hauts-de-France comporte deux phases : la signature d'une convention transfrontalière d'objectif pour arrêter la capacité maximale désormais financée par l'assurance maladie au nombre de places occupées au 28 février 2021 dans chaque établissement et le déploiement du conventionnement sur le plan qualitatif et budgétaire. A l'issue de la première phase, la capacité conventionnée a été arrêtée à près de 4 300 places, dont environ 2 600 places relevant d'une orientation en maison d'accueil spécialisée (MAS) et 1 700 places avec une orientation en foyer d'accueil médicalisé (FAM).

La seconde phase qualitative et budgétaire, qui s'appuie sur des visites sur site par les services de l'ARS se déroulera jusqu'en 2022. Parmi les 171 établissements wallons concernés, plus de 100 établissements auront fait l'objet d'une visite en 2021 pour une entrée en vigueur de la convention qualitative et budgétaire au 1^{er} janvier 2022 (couvrant 96 % des personnes orientées en MAS et 61 % des places avec une orientation FAM). Cette première étape se traduira par un transfert de 0,1 Md€ des dépenses prises en charge par le Centre national des soins à l'étranger (6^{ième} sous-objectif de l'ONDAM) vers l'OGD.

Parallèlement, 0,1 Md€ de crédits ont été délégués aux trois ARS des régions les plus concernées par les départs d'adultes en Wallonie (Ile-de-France, Grand-Est et Hauts-de-France) et ont d'ores et déjà donné lieu à l'installation ou à la programmation de 1700 solutions alternatives et innovantes pour prévenir les départs non souhaités en Belgique.

Source : SGMCAS et ARS Hauts de France

Plus particulièrement concernant les revalorisations salariales, des crédits supplémentaires ont été alloués en 2021 à hauteur de 1,7 Md€ pour financer de nouvelles revalorisations telles que :

- la mesure socle du Ségur de la santé, la mesure d'intéressement collectif dans les secteurs personnes âgées (PA) et personnes en situation de handicap (PSH), la mesure attractivité sur le champ PA, et la mesure de revalorisation concernant le personnel médical des EHPAD public pour un montant de 1,6 Md€ ;
- les mesures d'extension du complément de traitement indiciaire (CTI), à la suite des négociations menées par la mission Laforcade, par les protocoles d'accords du 11 février 2021 et 28 mai 2021, pour un montant total de 44 M€ :
 - Aux personnels non médicaux des établissements et services sociaux et médicosociaux (ESSMS) rattachés à un établissement public de santé (EPS) ou à un EHPAD relevant de la fonction publique hospitalière (FPH) ;
 - Aux personnels relevant de la FPH exerçant au sein des groupements de coopération sociale et médicosociale (GCSMS) publics comprenant au moins un EHPAD ;
 - A tous les personnels exerçant dans un établissement médicosocial public non rattaché à un EHPAD de la FPH ou un EPS.
- L'application des accords Laforcade aux ESMS du secteur privé pour un montant total de 64 M€ ;
- Les mesures de revalorisation issues de l'arrêté du 28 juillet 2021 portant extension d'avenants à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) pour un montant de 16 M€.

En 2022, le taux de reconduction de l'OGD s'élève à +0,47 %, pour les volets personnes âgées et personnes en situation de handicap, compte tenu des diverses mesures de revalorisations salariales financées en mesures nouvelles.

A cela s'ajoutent près de 1,8 Md€ de mesures nouvelles, dont 0,7 Md€ dans le champ PA et 1,1 Md€ dans le champ PSH. 73 % de ce montant correspond à la poursuite des revalorisations salariales dans le cadre du Ségur de la santé et de ses extensions, ainsi qu'au financement de nouvelles mesures salariales, soit environ 1,0 Md€ de dépenses supplémentaires inscrites dans l'OGD pour les secteurs PA et PSH à ce titre (auxquelles s'ajoutent 0,3 Md€ de dépenses pour le coût à mi-année de la revalorisation du point d'indice).

Ainsi, en plus de la poursuite du financement des mesures Laforcade (0,4 Md€ au total sur les champs PA et PSH), ont été financées des mesures telles que l'intéressement collectif financé à hauteur de 53 M€ (dont 41 M€ sur le champ PA et 12 M€ sur le champ PSH), la mesure pour l'attractivité des métiers concernant le secteur des personnes âgées finançant la revalorisation des carrières en ESMS publics et ESMS privés (0,1 M€) et la revalorisation des catégories C et des aides-soignants (30 M€ au total sur PA et PSH).

Des financements ont également été prévus au titre des revalorisations du personnel exerçant en SSIAD relevant de la BAD à hauteur de 49 M€.

Conformément aux annonces du Premier ministre lors de la Conférence des métiers 2022, le complément de traitement indiciaire a été étendu aux professionnels de la filière socio-éducative et à l'ensemble du personnel médical des ESMS PA et PSH. Pour 2022, ces revalorisations sont financées à hauteur de 0,3 Md€.

En sus des revalorisations salariales, 0,3 Md€ ont été prévus pour financer la hausse exceptionnelle de la valeur du point d'indice dans les établissements et services relevant de la fonction publique, ainsi que la transposition de cette revalorisation au secteur privé dans le cadre d'accords de branche ou d'entreprise.

Outre le financement de ces diverses revalorisations, dans le champ des personnes âgées, l'augmentation des dotations soins, résultant de l'actualisation des « coupes PATHOS », représente 0,1 Md€, qui permettent de prendre en compte l'augmentation du besoin en soin des résidents d'EHPAD. De plus, 67 M€ sont dédiés au financement de l'augmentation du taux d'encadrement en EHPAD et du déploiement des EHPAD centres territoriaux de ressources. S'agissant du domicile, il a notamment été financée à hauteur de 5 M€ l'intervention de psychologues en SSIAD, mesure issue des Assises de la santé mentale.

Dans le champ du handicap, 67 M€ de crédits sont prévus pour financer la création de places au titre de différents plans déjà notifiés aux agences régionales de santé. Les autres mesures nouvelles concernant le champ PSH correspondent notamment aux engagements pris lors du Comité interministériel du handicap (CIH) de juillet 2021. Ainsi, 86 M€ sont dédiés au financement de solutions d'accueil et d'accompagnement.

3. Un objectif global fixé à près de 30 Md€ en 2023

Le total des financements supplémentaires financés dans le cadre de la construction OGD 2023 s'élève à près de 1,5 Md€.

Une partie est portée par le taux de reconduction, tenant compte de l'évolution spontanée des charges, appliqué à la base de référence 2022. Il est fixé, pour 2023, à +1,09 % pour l'ensemble des volets PA et PSH, avant prise en compte de l'effet année pleine de la revalorisation du point d'indice. En prenant compte l'effet année pleine de la revalorisation du point d'indice (0,3 Md€), les taux de reconduction s'élèvent à +2,28 % sur l'ensemble des volets PA et PSH.

Hors taux de reconduction, les mesures nouvelles financées en 2023 s'élèvent à 0,8 Md€ au total sur les champs PA et PSH, dont 0,2 Md€ sont destinées à financer la poursuite des revalorisations salariales engagées telles que :

- les mesures issues du Ségur de la santé financées à 90 M€, dont le financement du CTI pour les extensions et les ouvertures (18 M€), la mesure d'intéressement collectif (63 M€), et la mesure attractivité (9 M€) ;
- les mesures issues de la conférence des métiers 2022, à savoir la revalorisation des personnels socio-éducatifs sur le champ PH (0,1 Md€) et la revalorisation du personnel médical dans les ESMS PA et PH (12 M€) ;

Outre ces mesures de revalorisations salariales, 130 M€ ont été prévus (15 M€ sur PA et 115 M€ sur PH) afin de financer de nouvelles installations de places, dont 15 M€ (10 M€ sur PA et 5 M€ sur PH) sont également prévus au titre des plans de rattrapage Corse – Outre-mer.

Dans le champ des personnes âgées, environ 10 % des moyens supplémentaires sont alloués à l'amélioration de la prise en charge en EHPAD avec 0,1 Md€ dédiés à l'augmentation des dotations soins résultant de l'actualisation des « coupes PATHOS » et 52 M€ dédiés au renforcement du taux d'encadrement. De plus, 20 M€ sont prévus pour financer des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA). Dans le cadre du virage domiciliaire, le déploiement des centres de ressources territoriaux se poursuit et est financé à hauteur de 40 M€. De plus, sur le domicile, 0,1 Md€ sont prévus en grande partie pour financer la création de places de SSIAD, ainsi que la réforme tarifaire des SSIAD.

Dans le champ des personnes en situation de handicap, environ 0,1 Md€ de crédits sont prévus pour financer diverses solutions d'accueil et d'accompagnement. Sur ce quantum de mesures, 52 % sont des mesures autisme avec notamment le financement de plateformes de coordination et d'orientation (PCO) 0 – 6 ans et 7 - 12 ans (35 M€), d'unités d'enseignement maternelle et élémentaire autisme (15 M€) et d'unités résidentielles pour adultes autistes (15 M€). A cela s'ajoutent 30 M€ au titre de la coopération école/ESMS et de la scolarisation des élèves en situation de polyhandicap.

En prenant en compte l'effet année pleine de la revalorisation du point d'indice (0,3 Md€), le total des mesures nouvelles financées en 2023 dans l'OGD s'élève à 1,2 Md€.

Tableau 3 • Mesures nouvelles 2023 (en M€)

	Personnes âgées	Personnes en situation de handicap	Ensemble des mesures nouvelles de l'OGD 2023
Revalorisations salariales (hors revalorisation du point d'indice)	75	131	206
Domicile	124	-	124
Créations de places	5	110	115
Actualisation des coupes Pathos	106	-	106
Renforcement des ressources humaines en EHPAD	52	-	52
Centres de ressources territoriaux	40	-	40
Mesures autisme	-	67	67
Autres mesures	40	67	107
Total	442	375	817
Total MN + Revalorisation du point d'indice	623	533	1 156

Source : DSS/SD1/1A

PARTIE 2 :
L'EFFORT NATIONAL EN
FAVEUR DU SOUTIEN A
L'AUTONOMIE

1 - Un effort national destiné à estimer l'ensemble des dépenses publiques en faveur du soutien à l'autonomie

L'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale prévoit que la présente annexe décrit « l'évolution de la dépense nationale contre la perte l'autonomie ».

En effet, la branche autonomie ne couvre pas l'ensemble des dépenses en faveur du soutien à l'autonomie, en raison de la particularité de ce domaine d'action, qui tient à la multiplicité des aides apportées et des professions mobilisées, impliquant des acteurs issus des secteurs public, associatif, et privé lucratif, au niveau local et national, ou encore de la société civile (cf. encadré 16). Le financement des actions en faveur du soutien à l'autonomie est en conséquence segmenté : plusieurs prestations de protection sociale ainsi que des avantages sociaux et fiscaux y concourent, induisant l'intervention de divers acteurs – État, collectivités territoriales et sécurité sociale.

L'effort national en faveur du soutien à l'autonomie (ENSA) vise à estimer le niveau des dépenses publiques à destination des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, sur le périmètre des dispositifs spécifiquement destinés à ces populations. La méthodologie retenue, nécessairement en partie conventionnelle, s'appuie sur celle élaborée dans le cadre du rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) « autonomie », annexé au PLFSS.

L'effort national ne retrace que les dépenses publiques en faveur de l'autonomie, et n'inclut donc pas les dépenses supportées par les personnes concernées par la perte d'autonomie ou par leur entourage, qui s'élèvent à 7,5 Md€ en 2020 (cf. partie II.2, encadré 17). Sur le champ des personnes en situation de handicap, la plupart des prestations n'induisent pas de reste-à-charge des personnes accompagnées, mais aucune estimation récente n'est disponible.

Encadré 16 • La perte d'autonomie : des définitions multiples

Selon la définition de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap de 2005, constitue un handicap « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Pour mieux cerner la population ciblée par cette définition, le service statistique du ministère des Solidarités et de la Santé (Drees) mobilise trois définitions complémentaires du handicap :

- avoir au moins une limitation fonctionnelle ;
- disposer d'une reconnaissance administrative du handicap ;
- ressentir un handicap.

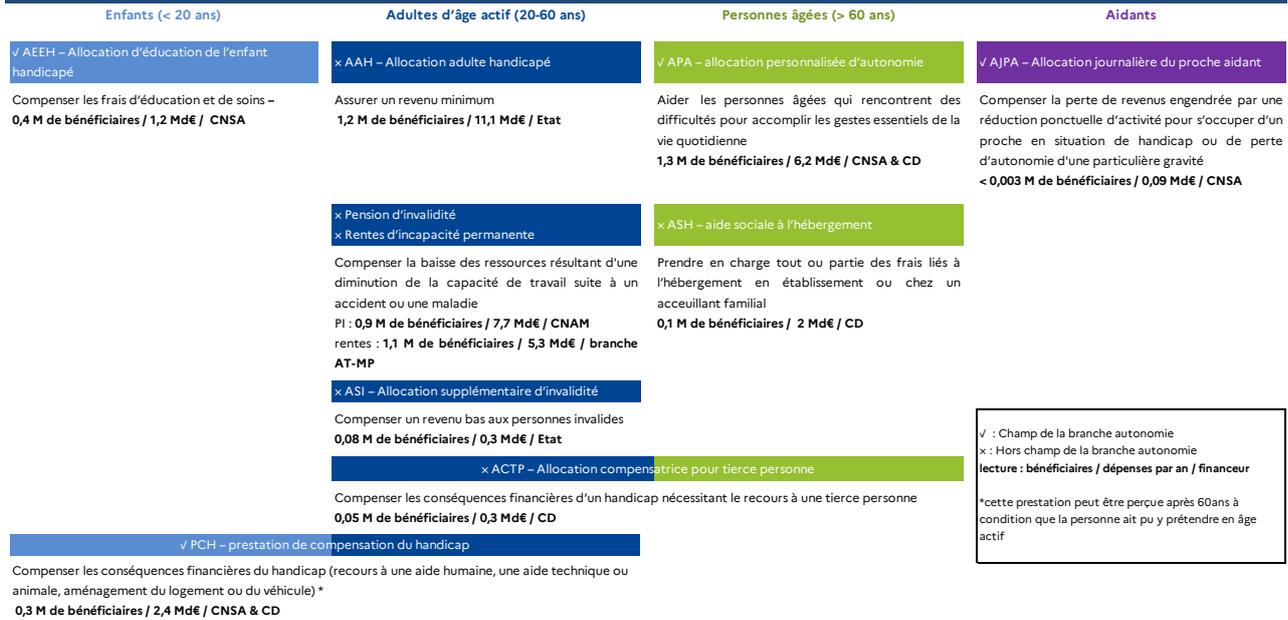
En 2008 (dernière donnée disponible permettant de comparer les trois définitions), un adulte de 20 à 60 ans sur sept était inclus dans au moins l'une de ces définitions, soit 4,3 millions de personnes. La moitié d'entre eux bénéficiait d'une reconnaissance administrative du handicap, et pouvait à ce titre et sous certaines conditions bénéficier de prestations sociales spécifiques.

La perte d'autonomie des personnes âgées est principalement associée aux pertes de capacités liées à l'avancée en âge, qui peuvent être de niveau de sévérité variable et de natures différentes, cognitive ou physique. Pour mesurer la perte d'autonomie, la Drees s'appuie principalement sur le « groupe iso-ressources » (GIR), une mesure administrative de la dépendance calculée grâce à la grille Autonomie gérontologique groupe iso-ressources (AGGIR). Il permet une évaluation de la perte d'autonomie de la personne en repérant ce qu'elle fait ou ne fait pas seule, en excluant ce que font les aidants et les soignants. À chaque GIR correspond un niveau de besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Les personnes ayant une estimation du GIR comprise entre 1 et 4 sont considérées comme en situation de perte d'autonomie.

Selon les évaluations de la Drees, la population des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie (bénéficiaires de l'APA) est estimée à 1,3 millions en 2021 (soit 7,1 % des 18,4 millions de personnes âgées de 60 ans et plus).

Les prestations sociales individuelles incluses dans le périmètre de l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie sont l'AAEH, l'AAH, la PCH et l'ACTP, les pensions d'invalidité, l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), les rentes d'incapacité permanente et l'APA (cf. partie I.1.2 et encadré 17 ci-dessous). Le montant et la nature de ces dernières dépendent de l'âge, du statut socioprofessionnel de la personne et de l'origine du handicap (cf. schéma 4 et tableau 4). Elles sont financées par la sécurité sociale (intégralement : AEEH, rentes d'incapacité permanente, en très grande majorité : prestations d'invalidité, ou partiellement : PCH et APA), par l'État (AAH) ou par les départements (partiellement, dans le cas de la PCH et de l'APA, cf. partie I). Par ailleurs, le périmètre inclut l'aide sociale à l'hébergement, versée par les Conseils départementaux pour prendre en charge tout ou partie des frais liés à l'hébergement d'une personne en établissement médicosocial.

Schéma 4 • Les prestations sociales incluses dans le périmètre de l'effort national pour l'autonomie



Note : Bénéficiaires et montants de 2021 sauf pour l'APA, la PCH et l'ACTP bénéficiaires de 2020

Source : DSS / SDEPF / 6C

Tableau 4 • Conditions d'accès aux principales prestations handicap, invalidité et perte d'autonomie

	Conditions d'accès			Type d'aide	Montant variable	
	Age	Niveau d'incapacité	Conditions de ressources		selon les ressources	selon l'incapacité
ACTP	A partir de 20 ans	Taux d'incapacité ≥ 50%	Oui	L'ACTP a été remplacée en 2006 par la PCH mais les personnes qui la percevaient avant peuvent continuer d'en bénéficier.		
AAEH	< 20 ans	Taux d'incapacité ≥ 50%	Non	Allocation mensuelle forfaitaire	Oui	Non
AAH	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Taux d'incapacité ≥ 50%	Oui	Allocation mensuelle différentielle	Oui	Non
PCH	remplir les conditions d'attribution avant 60 ans	Difficulté absolue pour réaliser 1 activité de la vie courante	Non	Prise en charge de certaines dépenses liées au handicap	Oui	Oui (modulée selon les besoins)
Rente d'incapacité permanente	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Incapacité partielle permanente (IPP) ≥ 25% (incapacité d'origine professionnelle)	Non mais doit être liée à un accident du travail ou une maladie professionnelle	Taux IPP <10% : Indemnité forfaitaire en capital Taux IPP ≥ 10% : rente viagère	Non	Oui
Pension d'invalidité	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Réduction d'au moins 2/3 la capacité de travail ou de gain. (incapacité d'origine non professionnelle)	Non mais condition de durée minimale cotisée	% du salaire annuel moyen (/10 meilleures années)	Non	Oui
APA	A partir de 60 ans	Classement en GIR 1-4	Non	Prise en charge de certaines dépenses liées à la perte d'autonomie	Oui	Oui (modulée selon les besoins)

Source : DSS / SDEPF / 6C

Encadré 17 • Les prestations et dépenses prises en compte dans l'ENSA non incluses dans le périmètre de la branche autonomie

L'**allocation aux adultes handicapés (AAH)** est une aide financière, accordée sous conditions de ressources, qui permet d'assurer un revenu minimum aux adultes de 20 ans et plus présentant un taux d'incapacité d'au moins 80 %. L'AAH peut être versée à des adultes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 80 % si son handicap induit une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. En 2021, 1,24 million de personnes ont bénéficié de cette allocation. Les bénéficiaires de l'AAH qui ne disposent pas d'autre revenu, dont le taux d'incapacité est d'au moins 80 % et occupant un logement autonome peuvent bénéficier en complément de leur aide au logement d'une majoration pour la vie autonome (MVA), permettant de financer d'éventuels surcoûts du logement liés au handicap.

Lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle, la capacité de travail est réduite d'au moins deux tiers, les adultes de 20 ans et plus qui ont déjà cotisé à la sécurité sociale, peuvent bénéficier d'une **pension d'invalidité** dont le montant dépend du salaire antérieur et du degré d'incapacité. Si l'invalidité est d'origine professionnelle, les individus peuvent se voir octroyer une **rente d'indemnisation en cas d'incapacité permanente (IP)**. En 2021, 0,9 million de personnes ont reçu une pension d'invalidité et 1,1 million une rente au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP).

Pour les personnes dont la pension d'invalidité ne serait pas suffisante pour leur garantir un minimum de ressources, un filet de protection est assuré à travers le financement de l'**allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)**. Son financement a été transféré en 2020 de l'État à l'assurance maladie. Cette prestation non contributive, qui complète la pension d'invalidité, est attribuée sous condition d'invalidité, de résidence et de ressources. En 2021, 9,1 % des titulaires d'une pension d'invalidité ont bénéficié de l'ASI.

L'**allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)**, créée par la loi du 30 juin 1975 et destinée à compenser financièrement les conséquences du handicap est, depuis 2006, progressivement remplacée par la prestation de compensation du handicap (PCH). Financée par les départements, elle est encore perçue par près de 52 000 personnes fin 2020.

L'**aide sociale à l'hébergement (ASH)** est également exclue du périmètre de la branche autonomie. Elle permet de prendre en charge tout ou partie des frais liés à l'hébergement d'une personne âgée en établissement ou chez un accueillant familial. L'ASH est une prestation récupérable, c'est-à-dire qu'elle peut être récupérée sur la succession du bénéficiaire sous certaines conditions 0,1 million de personnes âgées bénéficient de l'ASH en 2020 (la DREES estime à 27 % le taux de recours à l'ASH en 2018).

L'ENSA couvre aussi des dépenses supplémentaires en dehors des prestations et des dépenses des ESMS, financées par l'OGD. L'État contribue principalement à travers le **programme 157 « Handicap et dépendance »**, comportant des mesures qui ont l'objectif de permettre aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées en perte d'autonomie de participer pleinement à la société et de pouvoir choisir librement leur mode de vie, consistant notamment à leur faciliter l'accès aux espaces de vie de droit commun, avec l'appui d'un accompagnement gradué et adapté à leurs besoins. Il comporte, en sus des dépenses d'AAH, des dépenses pour financer les ESAT ou encore les emplois accompagnés.

Les dépenses de sécurité sociale allouées au fonctionnement des établissements et services médicosociaux (ESMS, cf. partie I.1.3) et à la couverture des dépenses de soins de santé des personnes concernées par la perte d'autonomie sont également incluses. Certaines dépenses de soins de ville s'adressant quasi-exclusivement à des personnes en perte d'autonomie sont ainsi comptabilisées dans l'ENSA : il s'agit d'actes infirmiers de soins (AIS) qui comprennent l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. La rééducation (physique ou du langage), qui est une composante importante de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, est de ce fait aussi incluse, de même que les actes de kinésithérapie et d'orthophonie. L'accompagnement psychiatrique est une autre composante importante de l'accompagnement. Le financement de l'hébergement et de la prise en charge en unité de soins de longue durée (USLD) par l'assurance maladie est également compté.

Les exonérations de prélèvements sociaux pour l'emploi d'aïdants à domicile auprès d'un particulier fragile (cf. dispositifs présentés dans les fiches 31 et 32 de l'annexe 5 au PLFSS pour 2022), compensés à la sécurité sociale par des dotations de l'État, sont prises en compte dans l'ENSA.

Les avantages fiscaux concernant spécifiquement des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes en situation de handicap, inscrits au budget de l'État sont également comptabilisés : demi-part supplémentaire pour les personnes invalides, réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement en EHPAD, exonérations de cotisations sociales dont bénéficient les allocataires dans le cadre de l'aide humaine pour l'APA et la PCH ainsi que la fraction du crédit d'impôt au titre des services à la personne, qui permet de réduire de 50 % le reste à charge des bénéficiaires de l'APA à domicile au titre de l'aide humaine. Ce crédit d'impôt remplace, depuis 2018, la réduction d'impôt qui s'appliquait auparavant.

Enfin, les programmes et actions pour l'inclusion scolaire et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, financés par l'État ou par des structures spécifiques telles que l'AGEFIPH et la FIPHFP, sont intégrés dans le périmètre de l'ENSA.

Selon la définition retenue ici, l'effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie s'élève à 80 Md€ en 2021, dont 27 Md€ sont consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie et 53 Md€ aux personnes en situation de handicap ou d'invalidité.

Le périmètre retenu pour l'ENSA des personnes en situation de handicap n'est pas directement comparable à celui retenu pour l'ENSA des personnes âgées, notamment car certaines aides financières versées aux personnes en situation de handicap (minima sociaux, pensions d'invalidité) sont prises en compte, alors que le bénéfice des pensions de retraite et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ne sont pas intégrés pour les personnes âgées car considérées comme relevant du risque vieillesse. De plus, l'ENSA des personnes en situation de handicap intègre des aides à l'emploi et la scolarité qui n'ont pas de pendant côté perte d'autonomie.

Les dépenses de prévention de la fragilité des personnes âgées ne sont pas incluses dans le périmètre de l'ENSA (cf. encadré 18).

Encadré 18 • Les dépenses publiques de prévention de la fragilité des personnes âgées

Les **dépenses de prévention de la fragilité des personnes âgées** ne sont pas incluses dans le périmètre de l'ENSA. Les financements publics qui y sont consacrés peuvent être évalués, selon la DSS, à 1,6 Md€ en 2021. Ces dépenses sont assumées aux neuf dixièmes par la sécurité sociale. La branche autonomie (CNSA) assure près de la moitié de cette dépense, principalement par le financement des EHPAD ou SSIAD accueillant des résidents classés en GIR 5 et 6 (36 %), le versement du forfait autonomie en résidence autonomie et le financement d'actions de prévention *via* la Conférence des financeurs. Enfin, les caisses de retraite mettent en œuvre une politique d'action sociale visant à prévenir la perte d'autonomie (39 %, cf. encadré 19). Le périmètre retenu ci-après n'inclut pas l'action sociale extralégale des collectivités territoriales, majoritairement mise en œuvre par les communes et complexe à chiffrer.

Dépenses en faveur de la prévention de la fragilité des personnes âgées	Montants 2021 (millions €)	Part, en %
Sécurité sociale	1 360	87%
Branche autonomie - CNSA	750	48%
<i>Actions de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (conférence des financeurs pour l'essentiel)</i>	190	12%
<i>ONDAM médicosocial - personnes âgées, GIR 5-6</i>	560	36%
Branche maladie - assurance maladie	4	0%
<i>Unités de soins de longue durée (USLD)</i>	4	0%
Assurance retraite	610	39%
<i>Action sociale</i>	610	39%
Départements	200	13%
<i>Frais de séjour en établissement pour personnes âgées (hors APA, dont aide sociale à l'hébergement)</i>	200	13%
Total Personnes âgées	1 560	100%

Les actions de prévention de la CNSA

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) a pour mission de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires, notamment en ce qui concerne l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

La CNSA verse aux départements deux concours spécifiques aux actions de prévention de la perte d'autonomie : le « forfait autonomie », finançant les actions réalisées par les résidences autonomie, et le concours « autres actions de prévention », qui peut notamment être mobilisé pour le financement d'actions visant l'information, la formation et le soutien des proches aidants.

Encadré 19 • L'action sociale des caisses de retraite

Les caisses de retraite financent une action sociale destinée à prévenir la perte d'autonomie des retraités, en les accompagnant dans les différentes étapes de l'avancée en âge et en luttant contre leur isolement. À la différence des prestations légales obligatoires, ces interventions et prestations financées sur leur budget d'action sociale présentent un caractère facultatif.

L'action sociale de la Cnav : l'offre de l'Assurance retraite propose une réponse globale à la perte d'autonomie :

- la prévention relative aux comportements et aux modes de vie (alimentation, sommeil, mobilité et prévention des chutes, aide à la vie quotidienne...);
- la lutte contre l'isolement, la solitude et la précarité ;
- la prévention, en lien avec l'environnement de la personne et, notamment, le logement.

Cette politique d'action sociale est construite en partenariat avec d'autres acteurs de la protection sociale (principaux régimes de retraite et complémentaires), avec les départements et les agences régionales de santé, mais aussi avec Santé Publique France et des relais locaux (associations, centres sociaux, etc.). Elle vise à :

Identifier les situations de fragilité, grâce notamment à l'observatoire des fragilités qui permet via le croisement de données de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse, d'orienter les publics concernés vers des dispositifs adaptés ;

Conduire des actions de prévention, individuelles ou collectives, au plus près des territoires. Une offre d'actions collectives de prévention sur des thématiques comme la nutrition, la mémoire ou l'activité physique est déployée sur tout le territoire et consultable sur le portail www.pourbienvieillir.fr. Elle permet de dispenser des informations et conseils pour bien vivre sa retraite. En complément, la Cnav et son réseau déploient une offre d'accompagnement des retraités GIR 5 et 6 qui se compose d'aides financières et humaines visant à favoriser le maintien à domicile.

Accompagner l'adaptation des logements pour aider les retraités à vivre chez eux le plus longtemps possible. Ces aides peuvent être complétées, notamment par les dispositifs proposés par l'Agence nationale de l'habitat (Anah). La Cnav octroie également des prêts à taux zéro et des subventions pour des projets de construction ou de rénovation de résidences autonomie et EHPA. Elle gère par ailleurs un plan d'aide à l'investissement pour les résidences autonomie, par délégation de la CNSA.

L'action sociale de la MSA : La MSA déploie une politique d'action sociale à destination des retraités ressortissants du régime agricole. Dans ce cadre, elle finance :

- Des prestations individuelles extra-légales permettant à des personnes âgées de bénéficier d'aides à domicile (portage de repas ou services de téléassistance) ;
- Des adaptations du logement, en lien le cas échéant avec des ergothérapeutes,
- Des actions collectives de prévention, dans le cadre de l'inter-régime.

La MSA porte plusieurs projets novateurs dans le cadre de sa politique d'action sociale. A titre d'exemple, la MSA a développé des services « Bulle d'air » qui permettent d'offrir des solutions de répit à domicile aux proches aidants, sur le modèle du « baluchonnage » expérimenté au Québec. De même, la création des maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie (MARPA) vise à proposer une solution d'hébergement non médicalisée adaptée aux besoins des personnes âgées fragilisées en milieu rural. Des maisons d'accueil rural pour personnes adultes handicapées vieillissantes (MARPAHVIE) ont également été ouvertes afin de mieux accompagner les personnes en situation de handicap.

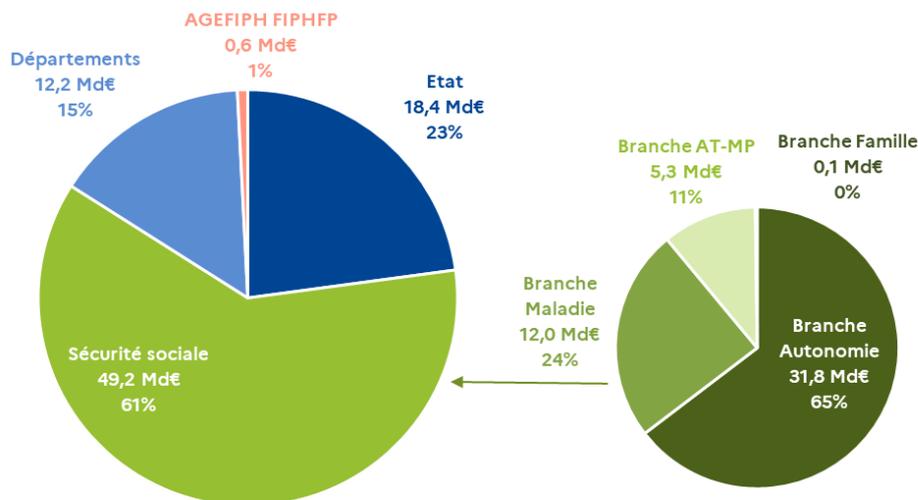
2 - L'effort national en faveur du soutien à l'autonomie (ENSA) atteint 80 Md€ en 2021

1. En 2021, la sécurité sociale couvre 60% de l'ENSA, dont 40 % pour la seule la branche autonomie

La **sécurité sociale** finance 49 Md€ de dépenses en faveur du soutien à l'autonomie, soit 61 % des dépenses publiques consolidées dans l'ENSA (cf. tableau 5).

- La **branche autonomie** concentre les deux tiers des dépenses de sécurité sociale dans le champ de l'autonomie. La couverture des dépenses des établissements et services médico-sociaux (ESMS) à la charge de la CNSA représente environ un tiers des financements publics en faveur du soutien à l'autonomie. Les concours aux départements pour le co-financement de l'APA, de la PCH ou encore des MDPH constituent le second poste de dépense de la branche autonomie, avant l'AAEH, désormais financée par la branche autonomie.
- **L'assurance maladie**, seconde contributrice, couvre 24 % des dépenses de la sécurité sociale en faveur de l'autonomie, principalement au titre des pensions d'invalidité, des soins de ville et des unités de soins de longue durée (USLD).
- La **branche AT-MP** contribue à l'ENSA à hauteur de 5 Md€, soit 11 % des dépenses de sécurité sociale en faveur de l'autonomie. Sa contribution est intégralement constituée de dépenses de prestations sociales au titre des rentes d'incapacité permanente.
- Avec le transfert du financement de l'AAEH à la CNSA, la participation de la **branche famille** se réduit en 2021 et ne couvre plus que l'allocation de présence parentale (100 M€). L'allocation adulte handicapé (AAH), si elle est versée par la CNAF et la MSA, est intégralement financée par l'État.

Graphique 8 • Répartition de l'ENSA par financeurs en 2021



Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPSS « autonomie » annexé au PLFSS pour 2023

Tableau 5 • Répartition de l'ENSA en 2021, par financeurs et principaux postes de dépenses

	Montants 2021 (en Md€)	Répartition
Sécurité sociale	49,2	61%
Branche autonomie	31,8	40%
ONDAM médicosocial	26,2	33%
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	1,2	2%
Transferts aux départements (APA, PCH et MDPH)	3,3	4%
Autres dépenses	1,0	1%
Branche maladie	12,0	15%
USLD	1,2	1%
Dépenses de soins et de prévention hors Ondam	2,8	4%
Pensions d'invalidité et allocation supplémentaire d'invalidité	8,0	10%
Branche Famille	0,1	0%
Allocation de présence parentale (AJPP)	0,1	0%
Branche AT-MP	5,3	7%
Rentes d'incapacité permanente	5,3	7%
Etat	18,4	23%
AAH	10,6	13%
Dépenses du programme "Handicap et Dépendance" hors AAH	3,0	4%
Compensation d'exonérations de cotisations*	1,7	2%
Autres	3,1	4%
Départements	12,2	15%
Prestations (PCH + APA) nettes des concours de la CNSA	5,9	7%
Frais de séjour en ESMS (dont ASH)	6,3	8%
AGEFIPH	0,5	1%
FIPHFP	0,1	0%
Total ENSA	80,4	100%

L'AGEFIPH est l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées ; le FIPHFP est le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

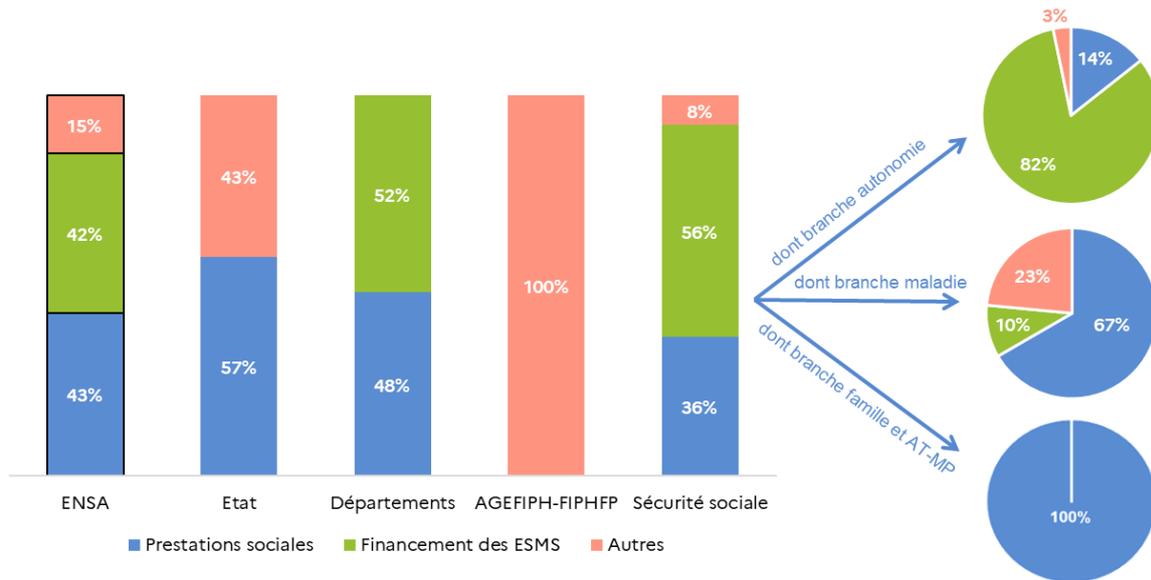
* aide à domicile employée par un particulier fragile, par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile.

Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPSS annexé au PLFSS pour 2023

L'État est le deuxième contributeur, et finance près du quart des dépenses de l'ENSA, soit 18 Md€. La majorité de ces financements sont des dépenses de prestations sociales (57 %), correspondant à l'allocation pour les adultes en situation de handicap (AAH), servie par les caisses d'allocations familiales (CAF) mais comptabilisée dans le budget de l'État au titre du programme 157 « Handicap et dépendance ». Ses autres contributions à l'ENSA sont les avantages fiscaux qui bénéficient aux personnes en situation de handicap ou confrontées à la perte d'autonomie, et des subventions de fonctionnement de structures contribuant à la prise en charge de ce public, notamment pour l'inclusion scolaire et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap.

Les **départements**, chefs de file de l'action sociale, sont chargés de la définition et de la mise en œuvre des politiques d'action sociale sur leur territoire mais également de la coordination avec l'ensemble des acteurs amenés à intervenir en la matière, en particulier dans le champ de l'accompagnement à l'autonomie. Leurs dépenses s'élèvent à 12 Md€, et couvrent ainsi 15 % du financement. La moitié des dépenses des conseils départementaux est constituée de l'allocation des prestations individuelles de compensation sur leur territoire (allocation personnalisée d'autonomie – APA – et prestation de compensation du handicap – PCH). Leurs autres dépenses sont orientées vers le fonctionnement des ESMS, notamment sur le volet hébergement.

Graphique 9 • Répartition de l'ENSA 2021, par financeurs et nature de la dépense

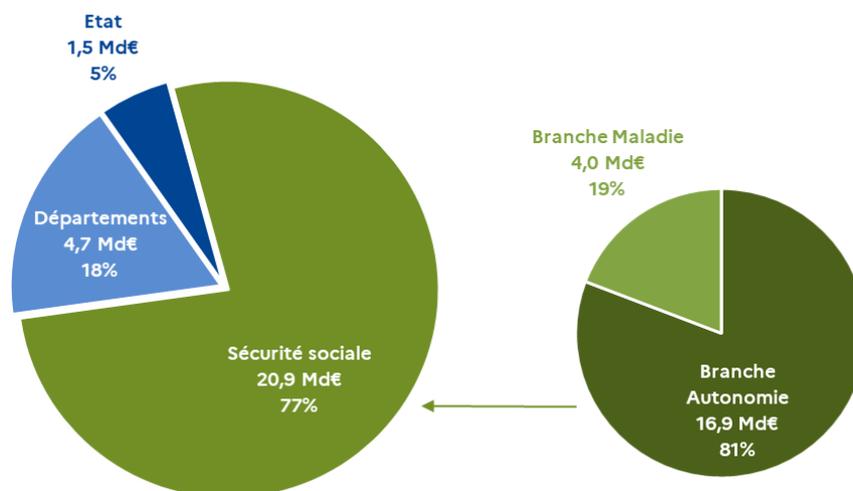


Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPSS « autonomie » annexé au PLFSS pour 2022

2. En 2021, l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie des personnes âgées atteint 27 Md€

Sur le volet de l'ENSA consacré au soutien à l'autonomie des personnes âgées, les dépenses, tous financeurs confondus, s'établissent à 27 Md€ (cf. tableau 6).

Graphique 10 • Répartition du volet « Personnes âgées en perte d'autonomie » de l'ENSA par financeurs, en 2021



Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPSS « autonomie » annexé au PLFSS pour 2023

La sécurité sociale concentre 77 % de ces dépenses publiques, avec 21 Md€ en 2021, assumées par les branches autonomie et maladie (cf. graphique 10 et tableau 6).

La CNSA participe à la hauteur de 17 Md€, soit 81 % des dépenses de sécurité sociale à travers :

- L'ONDAM médicosocial pour personnes âgées s'établit à 13,6 Md€ en 2021, principalement mobilisés au titre des dépenses de « soins » des Ehpad et secondairement pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale. La branche autonomie finance aussi les MAIA à la hauteur de 0,1 M€.
- Les concours financiers aux départements au titre de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) représentent 12 % des dépenses de Sécurité sociales et se sont élevées à 2,5 Md€ en 2021.
- Les autres dépenses (investissement, plans d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement pour l'essentiel) se sont élevées à 0,6 Md€.

L'assurance maladie concentre les 20 % de dépenses de sécurité sociale restantes pour un total de 4 Md€ :

- Les prises en charge en unités de soins de longue durée (USLD) représentent 1,2 Md€. Ces unités, adossées à un établissement hospitalier, disposent de moyens médicaux plus importants que les EHPAD, car les résidents y sont en moyenne davantage dépendants : selon la Drees, en 2019, 34 % des 30 000 personnes accueillies en USLD étaient en GIR 1. Le nombre moyen d'équivalent temps-plein (ETP) en USLD est équivalent au nombre de places installées alors que le taux d'encadrement moyen en EHPAD est de 66 ETP pour 100 places en 2019 (cf. DREES – EHPA 2019).
- En outre, les dépenses des soins de ville s'adressant quasi-exclusivement à des personnes en perte d'autonomie s'établissent à 2,6 Md€. Il s'agit d'actes infirmiers de soins (AIS) qui comprennent l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. Les soins de ville comprennent aussi les actes de kinésithérapie et d'orthophonie, la rééducation (physique ou du langage) étant une composante importante de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Les dépenses au titre de l'accompagnement psychiatrique sont également prises en compte.

Certaines dépenses du Fonds d'intervention régional (FIR, 0,2 Md€) sont également destinées spécifiquement aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Les départements contribuent à hauteur de 17 % à l'ENSA à destination des personnes âgées. Les dépenses sont constituées à 80 %, du versement de l'APA à domicile et en établissement (net de la participation de la CNSA), et du versement de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), qui a bénéficié à 0,1 million de résidents en établissements en 2021.

L'État concentre 5 % des dépenses, essentiellement au travers de mesures fiscales : exonérations de TVA et crédits ou réductions d'impôt sur le revenu.

Tableau 6 • Dépenses de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Dépenses en faveur des personnes âgées confrontées à la perte d'autonomie	Montants 2021 (Md €)	Part, en %
Sécurité sociale	20,9	77%
Branche autonomie - CNSA	16,9	62%
ONDAM médicosocial - personnes âgées	13,6	50%
Transferts aux départements (APA)	2,5	9%
MAIA	0,1	0%
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement	0,5	2%
Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation	0,1	0%
Dépenses d'animation, prévention et études et autres actions	0,0	0%
Branche maladie - CNAM	4,0	15%
Unités de soins de longue durée (USLD)	1,2	4%
Dépenses de soins de ville en direction de personnes âgées dépendantes à domicile	2,6	10%
Fonds d'intervention régional (PAERPA, consultations mémoire, équipes mobiles gériatrie)	0,2	1%
Départements	4,7	17%
Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA, à domicile et en établissements) nette des transferts de la CNSA	3,8	14%
Frais de séjour en établissement pour personnes âgées (hors APA, dont aide sociale à l'hébergement)	1,0	4%
Etat	1,5	5%
Crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile dans le cadre de l'APA	0,5	2%
Programme "Handicap et Dépendance"	0,4	1%
Programme "Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi"	0,0	0%
Compensation d'exonérations de cotisations*	0,6	2%
Total Personnes âgées	27,1	100%

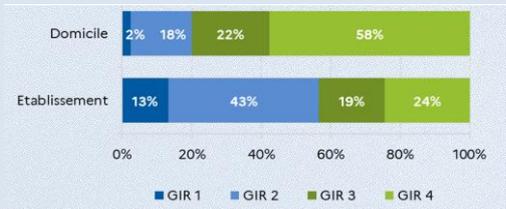
* aide à domicile employée par un particulier fragile, par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile.

Source : DSS/SDEPF/GC sur données du REPS « autonomie » annexé au PLFSS pour 2023

Encadré 20 • Coût et reste à charge selon le GIR et le lieu de résidence

Les personnes âgées en perte d'autonomie vivent majoritairement à domicile. 58 % des bénéficiaires de l'APA, soit, en 2020, 780 000 personnes bénéficient ainsi d'une prise en charge à domicile, les 42 % restants étant accueillis en EHPAD/USLD.

Les personnes classées en GIR 1 et 2 représentent 57 % des personnes accueillies en établissement et 20 % des personnes prises en charge à domicile, elles sont donc 1,8 fois plus nombreuses en établissement (286 000 contre 157 000). Les bénéficiaires de l'APA dont la perte d'autonomie est la moins sévère sont plus souvent pris en charge à domicile. Près de 6 résidents sur 10 à domicile sont ainsi classés en GIR 4 tandis qu'ils ne constituent que le quart des personnes accueillies en EHPAD.



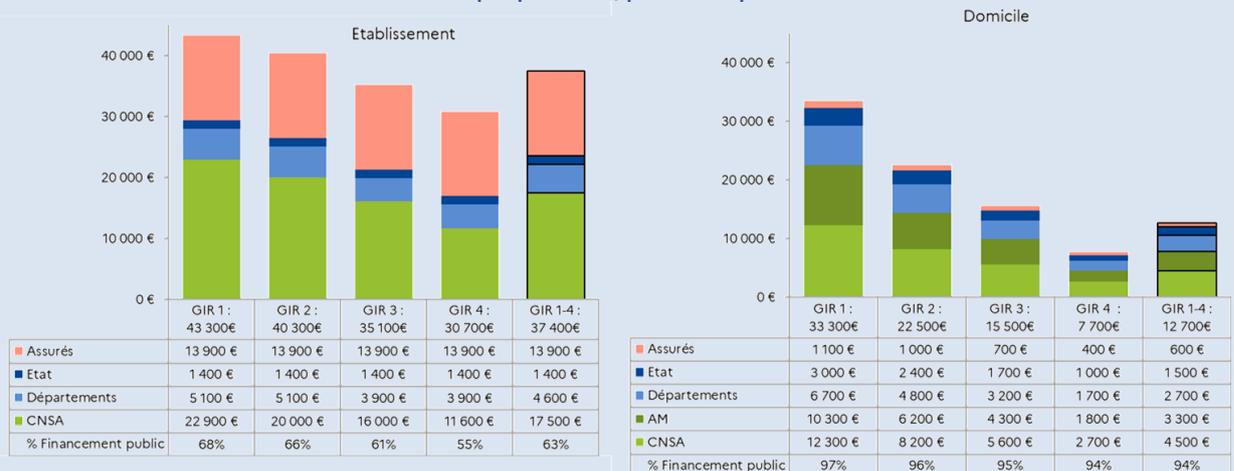
Les dépenses moyennes publiques et privées pour une personne âgée en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) sont évaluées à 21 900 € par an en 2020, tous niveaux de dépendance confondus. Le coût moyen des prises en charge est trois fois plus important en établissement qu'à domicile, il est estimé à 37 400 € et 12 700 € respectivement.

Les dépenses de la sécurité sociale sont deux fois plus importantes en établissement (17 500 € contre 7 800 €). C'est également le cas pour les dépenses des départements, qui s'établissent en moyenne, pour l'ensemble des GIR à 4 600 € en établissement et 2 700 € à domicile. Les dépenses de l'État sont relativement proches en établissement et à domicile (respectivement 1 400 € et 1 500 € par an).

Une part importante de l'écart entre le coût total moyen des prises en charge des personnes âgées en établissement et à domicile reste ainsi à la charge des assurés, qui supportent une dépense annuelle moyenne de 13 900 € en établissement, contre 600 € à domicile (*infra*). Les financeurs publics couvrent ainsi 63 % des dépenses en établissement et 95 % des dépenses à domicile.

Ces écarts de coûts sur l'ensemble des GIR s'expliquent en partie par la part plus élevée, parmi les résidents en EHPAD, de personnes les plus dépendantes, dont la prise en charge est la plus coûteuse. Une part importante des écarts est liée aux dépenses d'hébergement en EHPAD (*infra*).

Coût annuel par personne, par GIR et par financeur



La part prise en charge par les finances publiques augmente avec la perte d'autonomie à domicile et en établissement. Pour le niveau de perte d'autonomie le plus sévère, la dépense prise en charge par les finances publiques est plus importante à domicile, respectivement 32 300 € contre 29 400 €.

Dans une optique de comparaison établissement/domicile, les dépenses de « gîte et de couvert » de la section hébergement (nourriture, frais de logement et d'assurance) ont été retranchées de la facture des EHPAD, dans la mesure où elles seraient également à la charge des bénéficiaires s'ils résidaient à leur domicile. Ces dépenses sont conventionnellement estimées à 90 % du minimum vieillesse (soit 813 € par mois en 2020). Cela conduit à une réduction de près de la moitié des dépenses d'hébergement restant à la charge des assurés qui atteignent *in fine* 5,7 Md€ selon cette convention. Ainsi, en établissement, le reste à charge laissé aux résidents représente alors plus d'un tiers des coûts totaux et atteint 7 Md€, soit en moyenne 13 900 € par an et par personne. Cela correspond essentiellement aux dépenses d'hébergement (82 %) et au reste à charge légal au titre de l'APA (18 % soit 1,2 Md€). Les montants sont forfaitaires et ne varient pas selon les GIR.

A domicile, la participation du bénéficiaire est comprise dans le plan d'aide APA, elle varie en fonction du GIR de 1 100 € en GIR 1 contre 400 € en GIR 4. Elle est évaluée à 0,5 Md€ en 2020 ce qui porte à 7,5 Md€ la participation totale des assurés, domicile et établissement confondus.

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2021 – Données 2020

Encadré 21 • Les nouvelles mesures décidées entre 2020 et 2022 et leur impact sur le coût de l'accompagnement en établissement et à domicile des personnes âgées

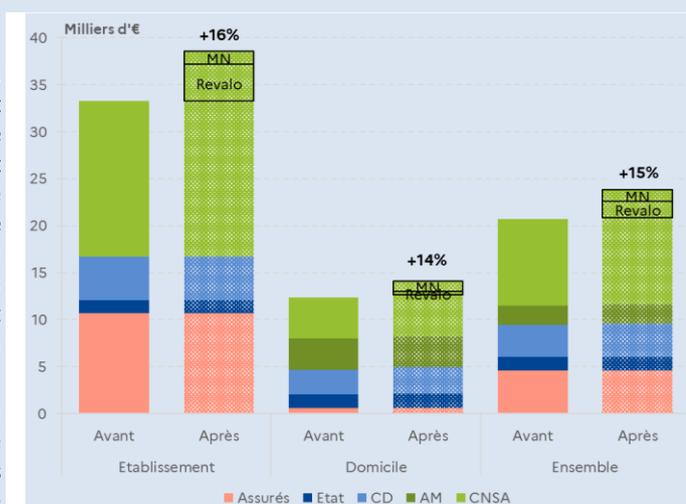
Les mesures nouvelles dans le champ de l'autonomie décidées entre 2020 et 2022 (LFSS 2020 – LFSS 2022) représentent un coût supplémentaire total de 4,1 Md€ en 2022 (7,2 Md€ en 2030). Afin de limiter les effets des mesures sur les restes-à-charge des bénéficiaires et sur les autres financeurs, en particulier les collectivités territoriales, ces dépenses sont à 90 % portées par la branche autonomie. En 2022, ces coûts supplémentaires sont liés d'abord aux revalorisations salariales, qui représentent 90 % des dépenses (cf. encadré 13), contre 10% pour les autres mesures nouvelles. En effet, ces dernières portant des réformes plus structurelles du champ de l'autonomie, leur entrée en vigueur est plus progressive que les revalorisations. Ainsi, la part de ces mesures dans les coûts supplémentaires atteint 40 % en 2030. Près de 80 % de ces nouvelles dépenses sont en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les mesures nouvelles permettent de répondre à plusieurs problématiques :

- **L'amélioration de l'attractivité des métiers** avec le « Ségur de la santé » et ses extensions revalorisent les rémunérations des professionnels de l'autonomie ;
- **Consolider l'offre des établissements et services** par la création de places en Ehpad, l'instauration d'un tarif plancher pour les service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) afin de valoriser les métiers, de sécuriser la viabilité économique des services et de réduire les disparités territoriale, une refonte de la tarification des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), à horizon 2025 le rapprochement de l'ensemble des SSIAD avec un SAAD ;
- **Renforcer la qualité des accompagnement à travers** une hausse du taux d'encadrement en EHPAD, le financement d'une astreinte infirmière de nuit par EHPAD, à domicile est prévu la mise en place d'une dotation complémentaire de 3 € par heure pour les SAAD prestataires dispensant des prestations d'aide et d'accompagnement dans le cadre de plans d'aide APA et PCH dans certaines conditions (interventions de nuit, dans des zones isolées, etc.), et la création d'un système d'information unique pour la gestion de l'APA à domicile ;
- **Faire de l'EHPAD une ressource pour le territoire** et l'accompagnement à domicile, l'Ehpad pourra devenir un lieu d'accueil des professionnels ou des personnes âgées du territoire, et mettre à disposition ses ressources matérielles et les compétences de son personnel et intervenir en appui des services autonomie à domicile ;
- **Soutenir les aidants grâce à la revalorisation de** l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) et de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) au niveau du SMIC et l'élargissement du champ du bénéfice de l'AJPA.

Les mesures adoptées entre 2020 et 2022 augmenteraient le coût de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie de 15 % à terme. Cette évaluation est conventionnelle : il s'agit, pour une année de référence (2019 afin de retenir une année antérieure à la crise sanitaire), de comparer la situation hors mesure à une situation fictive dans laquelle toutes les mesures précédemment présentées seraient pleinement montées en charge.

La progression serait légèrement supérieure en établissement à celle observée à domicile (+16 %/+14 %). Elle serait toutefois nettement plus importante en montant, compte tenu de coûts de prise en charge structurellement plus importants en établissement.



Portées par le « Ségur et ses extensions », les revalorisations salariales représenteraient 60 % en moyenne du coût additionnel lié aux mesures nouvelles, tous lieux d'habitation confondus. Elles représentent 74 % des dépenses supplémentaires en établissement. Les 26 % restants en établissement sont liés essentiellement au renforcement des ressources humaines. A domicile, les revalorisations salariales représentent un tiers de l'ensemble des mesures nouvelles. Les mesures nouvelles adoptées entre 2020 et 2022 sont prises en charge à 98 % par les finances publiques. La part du financement public dans la prise en charge en établissement augmenterait ainsi de 4 points pour atteindre 72 %. A domicile, elle augmente de +1 point pour atteindre 96 %.

Le coût supplémentaire des mesures nouvelles est porté par la CNSA à 95 % (100 % en établissement et 84 % à domicile). Les conseils départementaux (CD), et dans une moindre mesure les assurés et l'Etat (via les dispositifs de compensation du reste à charge) portent les 5 % restants. La contribution des départements est principalement liée aux accords de revalorisation de la branche de l'aide à domicile (BAD).

La part des branches autonomie et maladie de la sécurité sociale dans les dépenses publiques de soutien à l'autonomie s'est accrue sous l'effet des mesures passant de 73 % à 78 % en établissement et de 65 % à 68 % à domicile.

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, juillet 2022

3. En 2021, l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap atteint 53 Md€

Tous financeurs publics confondus, les dépenses au titre de la prise en charge du handicap et de l'invalidité prises en compte dans l'ENSA s'élèvent à 53 Md€ en 2021 (cf. tableau 7).

La **sécurité sociale** est le principal financeur du volet de l'ENSA pour le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap ou d'invalidité, elle **concentre 53 % des financements** orientés vers ces populations, soit 28 Md€ (cf. graphique 11).

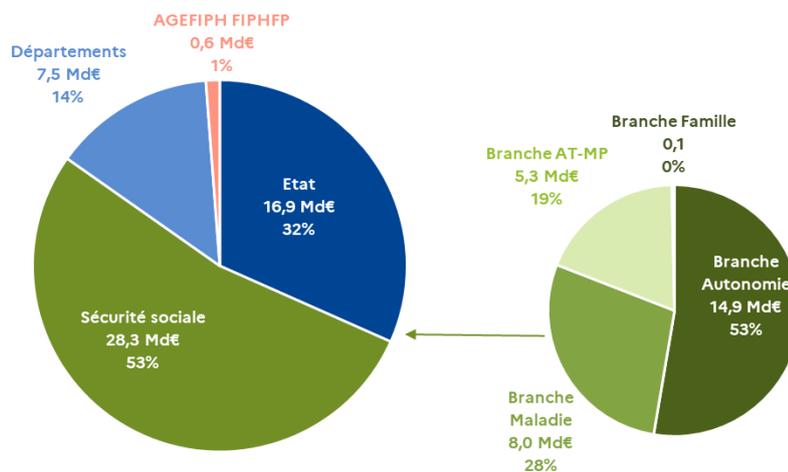
- La **branche autonomie** couvre plus de la moitié des financements en provenance de la sécurité sociale, avec une dépense totale de 14,9 Md€. Ces dépenses sont pour l'essentiel orientées vers l'ONDAM médicosocial qui finance les ESMS (12,6 Md€) et le financement de prestations (AEEH pour 1,2 Md€ et PCH pour 0,6 Md€).
- La **branche maladie** contribue par le versement des pensions d'invalidité (8,0 Md€), soit 28 % des dépenses de la sécurité sociale en faveur des personnes en situation de handicap.
- La **branche accident du travail et maladies professionnelles** (AT-MP), via le versement des rentes d'incapacité permanente, contribue à hauteur de 19 % des dépenses de sécurité sociale.
- Les prestations à la charge de la **branche famille** (AJPP) représentent 0,4 % des dépenses de sécurité sociale depuis le transfert du financement de l'AEEH à la CNSA.

L'**État**, qui contribue à hauteur d'un tiers (soit 16,9 Md€ en 2021) de l'ENSA en faveur des personnes en situation de handicap ou d'invalidité, finance principalement des ressources d'existence (AAH pour 11,1 Md€), des compléments de ressources (l'aide au poste au titre de la garantie de rémunération des travailleurs handicapés pour 1,4 Md€) et l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap (2,0 Md€) : 450 000 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en France à la rentrée 2020, pour plus de 85 % d'entre eux en milieu ordinaire. Enfin, l'État prend en charge des exonérations de cotisations pour 1,1 Md€.

Les **départements** couvrent 14 % des dépenses (7,5 Md€), dont la majorité en frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés via l'aide sociale à l'hébergement (ASH, 5,4 Md€ en 2021). Les départements financent aussi des prestations pour un total de 2,1 Md€ en 2021, ils couvrent entièrement l'ACTP et co-financent la PCH.

Enfin, l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) interviennent pour promouvoir l'insertion professionnelle des personnes handicapées à hauteur de 0,6 Md€, soit 1 % de l'ENSA à destination des personnes en situation de handicap ou d'invalidité.

Graphique 11 • Répartition du volet « Personnes en situation de handicap ou d'invalidité » de l'ENSA par financeurs, en 2021



Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPSS « autonomie » annexé au PLFSS pour 2023

Tableau 7 • Dépenses de soutien à l'autonomie des personnes handicapées, en 2021

Dépenses en faveur des personnes en situation de handicap	Montants 2021 (Md €)	Part, en %
Sécurité sociale	28,3	53%
Branche autonomie - CNSA	14,9	28%
ONDAM médicosocial - personnes en situation de handicap	12,6	24%
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	1,2	2%
Transferts aux départements (PCH et MDPH)	0,8	2%
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement (charges nettes)	0,1	0%
Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation	0,1	0%
Dépenses d'animation, prévention et études et autres actions	0,2	0%
Branche maladie - CNAM	8,0	15%
Pension d'invalidité et allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	8,0	15%
Action sociale du FNASS	0,0	0%
Branche ATMP	5,3	10%
Rentes d'incapacité permanente	5,3	10%
Branche famille	0,1	0,2%
Allocation de présence parentale	0,1	0%
Etat	16,9	32%
Programme "Handicap et dépendance"	13,2	25%
dont ressources d'existence (allocation adulte handicapé : AAH)	11,1	21%
dont incitation à l'activité professionnelle (garantie de ressources des travailleurs handicapés)	1,4	3%
Compensation des conséquences du handicap (dont instituts nationaux, fonds de compensation aux MDPH, FIAH...)	0,0	0%
dont exonérations et réductions d'impôts	0,7	1%
Autres programmes	2,6	5%
dont inclusion scolaire des élèves en situation de handicap du programme "Vie de l'élève"	2,0	4%
dont mesures en faveur de l'emploi des personnes handicapées du programme "Accès et retour à l'emploi"	0,4	1%
dont allocations temporaires d'invalidité	0,1	0%
Compensation d'exonérations de cotisations*	1,1	2%
Départements	7,5	14%
Frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés	5,4	10%
Prestations ACTP et PCH	2,1	4%
AGEFIPH	0,5	1%
FIPHFP	0,1	0%
Total Personnes en situation de handicap	53,3	100%

Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPSS « autonomie » annexé au PLFSS pour 2023

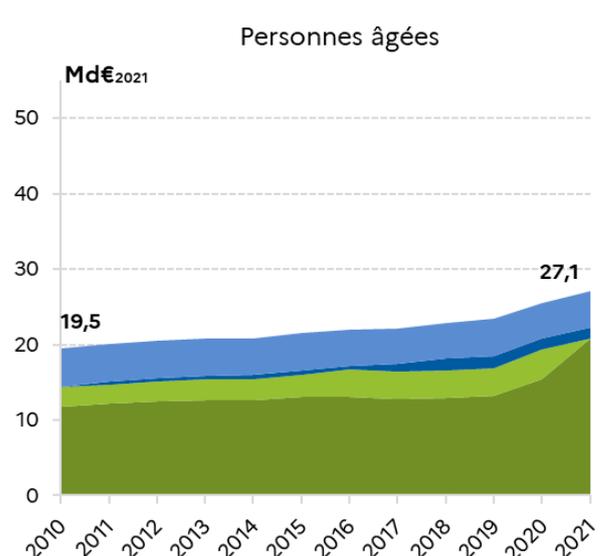
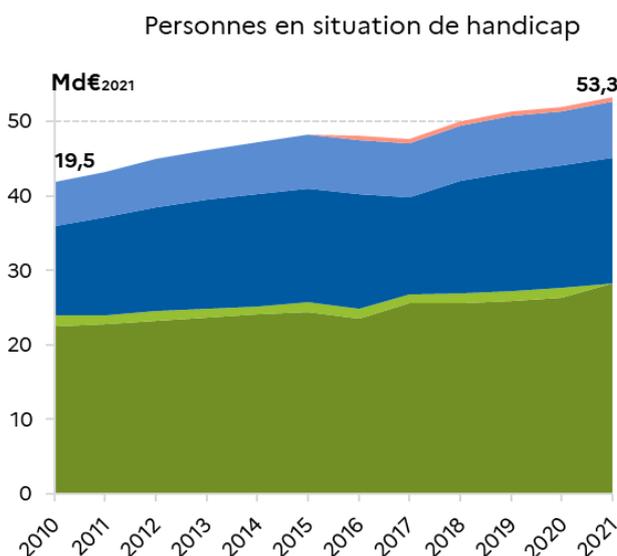
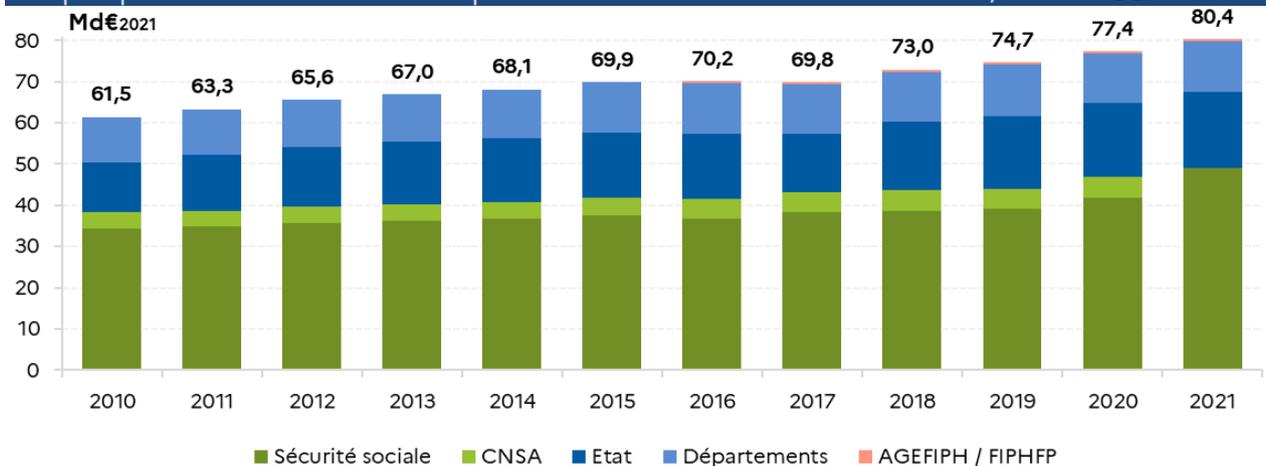
4. Les dépenses publiques couvertes par l'ENSA ont augmenté de 2,5 % par an depuis 2010

Les dépenses incluses dans le champ de l'ENSA ont augmenté de 18,9 Md€₂₀₂₁ entre 2010 et 2021, passant de 61,5 Md€₂₀₂₁ à 80,4 Md€₂₀₂₁, soit une hausse de 31 % en euros constants 2021 (cf. graphique 12).

La sécurité sociale (y compris branche autonomie⁵), dont les dépenses ont augmenté de 28 % sur la période, soit une croissance annuelle moyenne de 2,3 %, a le plus contribué à la hausse de l'ENSA, avec un accroissement des financements à sa charge de 10,9 Md€₂₀₂₁ soit plus de la moitié des financements supplémentaires. L'augmentation des dépenses de sécurité sociale explique ainsi la moitié de la progression de l'ENSA (18 points sur les 31 % de hausse de l'ENSA). Cette hausse a en majeure partie été orientée vers le financement des EHPAD.

L'État est le second acteur ayant le plus contribué à la hausse de l'ENSA, après la sécurité sociale. Ses dépenses ont augmenté de 52 % sur la période (+ 3,9 % par an en moyenne), passant de 12,1 Md€ à 18,4 Md€₂₀₂₁, et expliquant 10 points de la hausse globale de 32 % de l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie sur la dernière décennie (cf. tableau 8).

Graphique 12 • Évolution des dépenses de l'ENSA entre 2010 et 2021, en Md€₂₀₂₁



Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPSS « autonomie » annexé au PLFSS pour 2023

⁵ A des fins de comparaison, les dépenses couvertes par la Cnsa antérieurement à la création de la branche en 2021 sont incluses dans l'agrégat sécurité sociale sur toute la période.

Tableau 8 • Évolution des dépenses de l'ENSA entre 2010 et 2021, en Md€ constants 2021

	2010	2021	Ecart en Md€	Répartition des financements supplémentaires	Evolution en %	Evolution annuelle moyenne en %	Contribution à la croissance
Sécurité sociale	38,3	49,2	10,9	58%	28%	2,3%	18 pts
Etat	12,1	18,4	6,3	33%	52%	3,9%	10 pts
Départements	11,1	12,2	1,1	6%	10%	0,9%	2 pts
AGEFIPH / FIPHFP	0,0	0,6	0,6	3%	++	++	1 pts
Ensemble	61,5	80,4	18,9	100%	31%	2,5%	31 pts

Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPSS « autonomie » annexé au PLFSS pour 2022

L'augmentation des financements de l'État relève principalement du volet « personnes en situation de handicap et d'invalidité » de l'ENSA. En effet, les prestations sociales financées par l'État, en particulier l'AAH qui enregistre une augmentation importante en conséquence de la croissance soutenue des effectifs de bénéficiaires et d'une progression dynamique du montant des prestations (liée à des revalorisations nettement supérieures l'inflation).

De plus, les financements consacrés à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap sont orientés à la hausse sur la période, ils ont été multiplié par 7 depuis 2010 pour atteindre 2,0 Md€ en 2021. Ils sont particulièrement dynamiques depuis 2017, et ont été multiplié par 2,5 en quatre ans, malgré un ralentissement depuis 2020 (+46 % en 2018, +32 % en 2019 et +14 % en 2020 et en 2021).

L'État compense à la sécurité sociale la perte de recettes liée aux exonérations de cotisations pour les employeurs de salariés à domicile auprès d'une personne fragile depuis 2017, transférant ainsi une partie des dépenses de l'ENSA de la sécurité sociale vers l'État. De plus, depuis 2018, un crédit d'impôt permet de réduire de 50 % le reste à charge des bénéficiaires de l'APA à domicile au titre de l'aide humaine (auparavant, les bénéficiaires de l'APA à domicile pouvaient bénéficier d'une réduction d'impôt).

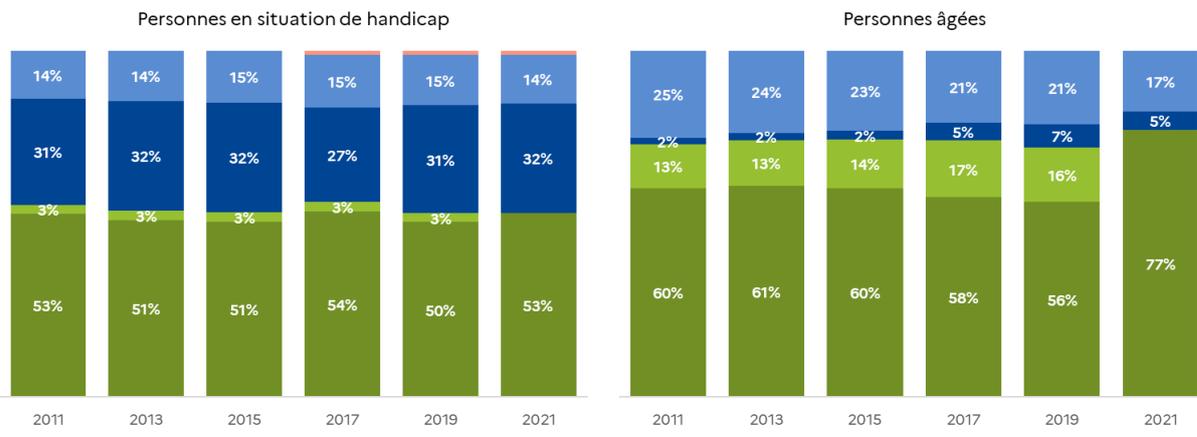
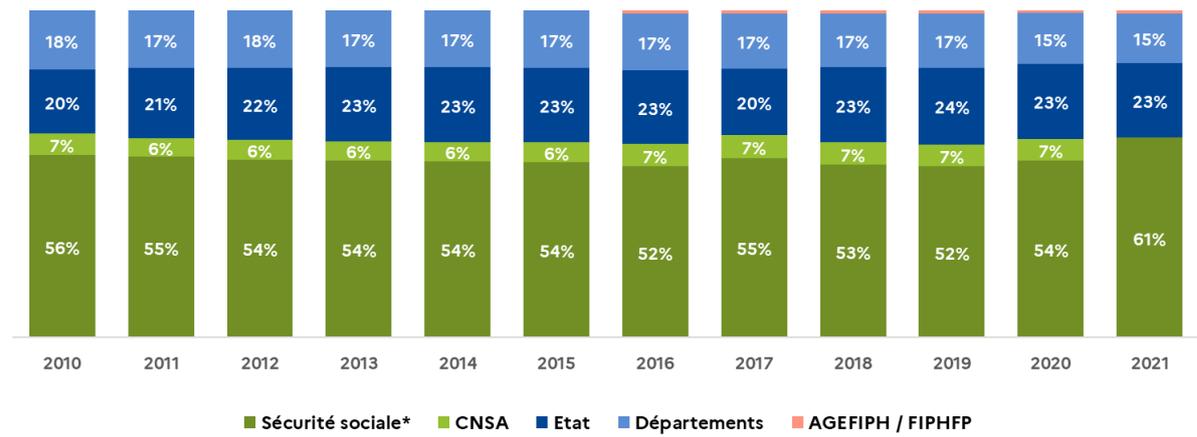
Les financements en provenance des départements ont augmenté de 10 % entre 2010 et 2021 (+1 Md€₂₀₂₁), contribuant pour 2 points à la hausse globale de l'ENSA sur la période. Cette progression s'explique essentiellement par l'augmentation des financements dédiés aux personnes en situation de handicap (+25 % soit 1,5 Md€₂₀₂₁), du fait du dynamisme de la PCH. Les financements dédiés aux personnes âgées en perte d'autonomie ont à l'inverse légèrement diminué, du fait d'une participation de la CNSA en hausse, notamment depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 (ASV).

En conséquence, **la part de la dépense publique prise en charge par chaque financeur a légèrement évolué entre 2010 et 2021** (cf. graphique 13) : la part des départements s'est réduite, passant de 18 % à 15 % de l'ensemble des dépenses, tandis que celles de l'État a augmenté de 3 points, pour atteindre 23 % en 2021. La part de la CNSA et de la sécurité sociale est restée stable sur la dernière décennie (autour de 62 %).

Les contributions de l'AGEFIPH et de la FIPHFP sont restées stables sur la période, aux alentours de 0,6 Md€ chaque année. Le montant 2010 s'était, à titre exceptionnel, établi à un niveau plus élevé en raison de l'apport ponctuel de ressources supplémentaires dans le cadre d'un plan de soutien en réponse aux conséquences de la crise économique de 2008.

2021 marque la seconde étape de l'augmentation significative sur les financements dédiés à l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées en conséquences des mesures exceptionnelles mises en place dans le contexte de crise sanitaire +9 % entre 2019 et 2020 et +6 % entre 2020 et 2021 (soit +16 % en 2 ans). Les dépenses publiques liées au handicap progressent dans une moindre mesure : +4 % entre 2019 et 2021.

Graphique 13 • Évolution 2010-2021 de la répartition par financeur de l'ENSA



Source : DSS/SDEPF/6C sur données du REPSS « autonomie » annexé au PLFSS pour 2023



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*