GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

2023

Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale • PLACSS

Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale

ANNEXE 1 Autonomie

evaluation.securite-sociale.fr

RAPPORT D'EVALUATION DES POLITIQUES DE SECURITE SOCIALE

AUTONOMIE

Edition 2024

L'article L0111-4 du code de la sécurité sociale modifié par LOI organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale prévoit que *« sont jointes au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale des annexes : « 1° Présentant les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale relatifs à chaque branche de la sécurité sociale. Ces rapports rappellent les objectifs assignés dans chacun des domaines couverts, résument les principaux résultats obtenus et précisent les actions mises en œuvre afin d'atteindre ces objectifs. Ils s'appuient sur un diagnostic de situation fondé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, sur des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, sur une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et sur l'exposé des résultats atteints lors des trois dernières années. « S'agissant de la branche vieillesse, cette annexe analyse l'évolution de la soutenabilité financière de l'ensemble des régimes de retraite de base et complémentaires légalement obligatoires, en précisant les hypothèses de prévision et les déterminants de l'évolution à long terme des dépenses, des recettes et du solde de ces régimes; »*

Les six rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS), sont ainsi destinés à mesurer la performance des politiques de sécurité sociale et leur impact sur les conditions de vie des Français. Ils se composent de trois parties:
- une synthèse qui rappelle les objectifs assignés aux politiques de sécurité sociale dans chacun des domaines couverts, résume les principaux résultats obtenus, et précise les actions mises en œuvre par le Gouvernement et les acteurs du système de sécurité sociale afin de poursuivre ou d'infléchir ces résultats ;
- des indicateurs de cadrage permettant d'appréhender l'évolution des politiques structurantes de chaque domaine, au regard du contexte économique, sanitaire, social et financier ;
- des indicateurs objectifs/résultats qui détaillent les évolutions observées au regard de chacun des objectifs.

Le présent rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, consacré au soutien à l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap, est élaboré par la Direction de la sécurité sociale, en collaboration avec l'ensemble des institutions et régimes partenaires qui produisent les données statistiques et financières (CNAM, CNAV, CNSA, DREES).

SOMMAIRE

SYNTHESE 7

Chiffres Clés 15

1. Données de cadrage 17

Dépenses en faveur du soutien à l'autonomie et population couverte 18

1.1. Populations en situation de handicap ou de perte d'autonomie 18

1.2. Dépenses publiques liées au handicap et à la perte d'autonomie 21

1.3. Financement des dépenses d'APA et de PCH 26

Prestations en faveur du soutien à l'autonomie 29

1.4. Prestation de compensation du handicap (PCH) et allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) 29

1.5. Allocation personnalisée d'autonomie (APA) 34

1.6. Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) 38

1.7. Allocation aux adultes handicapés (AAH) 41

1.8. Pensions d'invalidité 44

1.9. Dispositifs à destination des proches aidants 47

Etablissements et services pour des personnes en perte d'autonomie 50

1.10. Equipements et services accompagnant les enfants et adultes handicapés 50

1.11. Equipements et services accompagnant les personnes âgées de plus de 75 ans 53

1.12. Dispositifs d'hébergement temporaire et d'accueil de jour 57

2. Objectifs / Résultats 59

Objectif n°1 : Assurer un niveau de vie adapté aux personnes en perte d'autonomie 61

2.1. Assurer un niveau de vie adapté aux personnes en situation de handicap 61

2.1.1. Limiter le taux de pauvreté des personnes en situation de handicap 61
2.1.2. Contribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) au pouvoir d'achat de ses bénéficiaires 64

2.2. Assurer aux bénéficiaires de pensions d'invalidité des ressources suffisantes 65

2.3. Assurer un niveau de vie adapté aux personnes agées en perte d'autonomie 68

2.3.1. Diminuer la part des dépenses restant à la charge des personnes dont la perte d'autonomie est la plus sévère 68
2.3.2. Garantir un reste à charge plus bas aux personnes dont les ressources sont les plus faibles 72

Objectif n°2 : Répondre au besoin d'autonomie des personnes 74

2.4. Favoriser l'accès en milieu ordinaire 74

2.4.1. Favoriser la scolarisation des enfants en situation de handicap 74
2.4.2. Permettre aux personnes en situation de handicap d'être en emploi 76

2.5. Permettre aux personnes en perte d'autonomie de vivre plus souvent à domicile 78

2.5.1. Favoriser le maintien à domicile des bénéficiaires de l'APA 78
2.5.2. Développer des services pour personnes handicapées, enfants et adultes, dans les structures médico-sociales 80
2.5.3. Etendre la part des services pour personnes âgées de plus de 75 ans dans les structures médico-sociales 83

2.6. Adapter les logements pour permettre le maintien à domicile 84

Objectif n°3 : Garantir une offre adaptée sur tout le territoire 86

2.7. Simplifier l'accès aux droits pour les personnes en situation de handicap 86

2.8. Réduire les disparités territoriales de prise en charge des enfants en situation de handicap 88

2.9. Réduire les disparités territoriales de prise en charge des adultes en situation de handicap.....90

2.10. Réduire les disparités territoriales de prise en charge de la perte d'autonomie chez les personnes âgées 92

2.11. Suivi des évaluations des établissements médico-sociaux 94

2.12. Garantir l'équilibre financier de la branche Autonomie 96

Liste des sigles utilisés 99

Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale

SYNTHESE

Autonomie

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

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

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

1/ assurer un niveau de vie adapté aux personnes en perte d'autonomie ;

2/ répondre au besoin d'autonomie des personnes ;

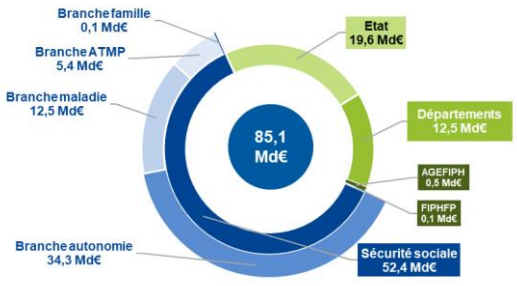
3/ garantir une offre adaptée sur tout le territoire ;

4/ garantir la pérennité financière des actions portées sur le champ de l'autonomie.

37,6 milliards d'euros de dépenses de la branche autonomie en 2023

En 2022, l'effort national de soutien à l'autonomie des personnes âgées (ENSA[1]) et des personnes handicapées s'élève à 85,1 milliards d'euros, dont un tiers en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et deux tiers à destination des personnes en situation de handicap. À ce montant s'ajoute 1,5 Md€ au titre de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (*indicateur n°1-2*).

Graphique 1 ● **Effort national en faveur de l'autonomie en 2022**

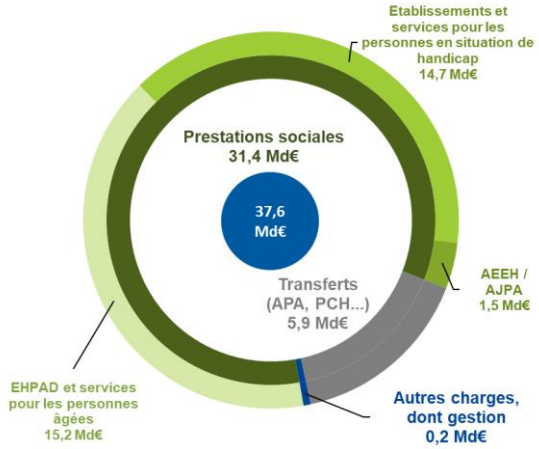


Champ : Financements dédiés à l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, hors la prévention à destination des personnes âgées en perte d'autonomie
Source : *indicateur 1-2*, repris de l'annexe 7 au PLFSS 2024

L'effort national de soutien à l'autonomie se compose de d'un volet de soutien aux personnes âgées dépendantes qui s'élève à 28 Md€ en 2022 et d'un volet de soutien de l'autonomie des personnes en situation de handicap (enfants et adultes) qui atteint 57 Md€ cette même année.

Au total, en 2023, les dépenses de la seule branche autonomie se sont élevées à 37,6 Md€ (*graphique 2*). Ces dépenses couvrent la participation au financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des services pour personnes âgées (15,2 Md€) et le financement des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap, enfants et adultes (14,7 Md€). Des transferts sont assurés vers d'autres organismes, principalement sous la forme de concours financiers aux départements, qui assurent notamment le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). La nouvelle branche autonomie finance, depuis début 2021, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), précédemment à la charge de la branche famille.

Graphique 2 ● **Dépenses de la branche autonomie pour 2023**



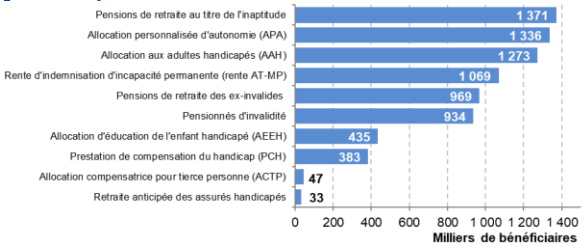
Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2024.

La population des personnes en perte d'autonomie est très hétérogène (*indicateur n°1-1, graphique 3*). Les dispositifs publics d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie des personnes âgées ciblent en priorité les situations les plus sévères. Ainsi, les dépenses publiques sont trois fois plus importantes pour les personnes âgées pour lesquelles la perte d'autonomie est la plus sévère (GIR 1) comparativement aux personnes dont la perte d'autonomie est modérée (GIR 4)[2] (*indicateur n°1-2*).

[1] Se référer à l'annexe 7 du PLFSS 2024.

[2] Voir l'encadré 18 relatif au coût et reste à charge selon le GIR et le lieu de résidence de l'annexe 7 du PLFSS 2024.

Graphique 3 ● **Bénéficiaires des aides et dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, en 2022**



Source : *indicateur n°1-1*

Des réformes structurantes de la branche autonomie de la sécurité sociale

D'après les projections de la Drees (modèle Livia), le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), devrait passer de 1,4 à 1,6 million entre 2021 et 2030, soit une hausse de 213 000 personnes (+15 %).

La loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie comprend différentes mesures pour prévenir la perte d'autonomie, lutter contre l'isolement des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, ainsi que pour faciliter les interventions des aides à domicile. Une conférence nationale de l'autonomie est prévue par cette même loi, à minima tous les trois ans, ainsi que la création d'un service public départemental de l'autonomie (SPDA).

L'enjeu de l'accompagnement des situations de perte d'autonomie – et du financement de la politique de soutien à l'autonomie est donc majeur afin de répondre à la hausse des besoins. La création de la branche en 2020, outre sa portée symbolique, vise à apporter des réponses à la hauteur de l'enjeu démographique avec une hausse de ses ressources par l'affectation de 0,15 point de CSG supplémentaires à partir de 2024.

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

Depuis, plusieurs réformes (« Ségur de la santé », extensions du « Ségur » et mesures de revalorisation dans la fonction publique) ont permis une augmentation des rémunérations des professionnels accompagnant les personnes âgées ou en situation de handicap, pour un coût total cumulé pour la branche autonomie de 4,8 Md€.

Dans le contexte de la crise sanitaire, le **Ségur de la santé** a d'abord porté une hausse des rémunérations des personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics et privés. Plus précisément, les professionnels non médicaux des établissements de santé et des EHPAD publics et privés non lucratifs ont bénéficié d'une **revalorisation de 183 € nets par mois**[1], à laquelle s'ajoute une hausse de 35 € par mois en moyenne pour les personnels au contact des patients (aides-soignants, infirmiers, personnels des filières rééducation et médicotechnique). Cette revalorisation « Ségur » socle est financée à hauteur de 2,2 Md€ en 2024 par la branche autonomie.

En 2021, la revalorisation socle du Ségur a été étendue, dans le cadre de l'accord de méthode de la mission confiée à Michel Laforcade, aux professionnels de SSIAD ne relevant pas de la branche de l'aide à domicile, aux ESSMS publics financés par l'assurance maladie et aux soignants du secteur privé non lucratif, pour un coût de 0,6 Md€ pour la branche autonomie en 2024. Ces revalorisations ont été étendues également aux professionnels de la filière socio-éducative à partir d'avril 2022 à la suite de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social, avec un financement en 2024 à hauteur de 0,5 Md€ de la branche autonomie.

En outre, pour les services relevant de la branche de l'aide à domicile (BAD), un avenant à la convention collective – avenant 43 – a refondu les grilles de rémunération. Il offre de nouvelles perspectives d'évolutions professionnelles aux salariés de cette branche et permet une augmentation des salaires à hauteur moyenne de 13 % à 15 %, pour les 209 000 personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), applicable dès le 1er octobre 2021. La branche autonomie a contribué à hauteur de 70 % du coût engendré par cette hausse en 2021, puis 50 % à partir de 2022 après montée en charge, pour un montant de 0,3 Md€ en 2024.

Ces revalorisations se sont poursuivies par les mesures de revalorisation transversales dans la fonction publique. La revalorisation du point d'indice de 3,5 % au 1er juillet 2022 puis de 1,5 % en juillet 2023, ainsi que l'attribution de 5 points d'indice supplémentaires à tous les agents à partir de janvier 2024. Ces mesures visant à augmenter le pouvoir d'achat des agents de la fonction publique ont été accompagnées de mesures ciblées vers les bas salaires, notamment le versement d'une prime de pouvoir d'achat jusqu'à 800 € et l'attribution de points supplémentaires à hauteur de 9 points. L'ensemble de ces mesures de revalorisation de la fonction publique sont financées à hauteur de 1,2 Md€ par la branche.

Au-delà de l'attractivité des métiers de l'autonomie, les réformes ont visé à améliorer l'offre des services à domicile à travers la mise en place d'un tarif plancher national pour l'ensemble des SAAD prestataires. Ce **tarif plancher** était fixé à 22 euros en 2022, réévalué à 23 euros en 2023, puis à 23,5 euros en 2024. Il sera indexé sur l'inflation à partir de 2025.

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

Par ailleurs, une fusion des sections soins et dépendance dans les EHPAD est proposée dans la LFSS 2024 à titre expérimental à partir de 2025 dans les départements volontaires. Cette fusion permettra de simplifier et d'améliorer le financement des EHPAD ainsi que de diminuer les inégalités territoriales à travers un nouveau

[1] Cette revalorisation est intervenue en deux temps : 90 € applicable au 1er septembre 2020 et versée à titre rétroactif sur la paie de janvier 2021, puis 93 € au 1er mars 2021. La revalorisation a atteint 160 € dans le secteur privé lucratif

modèle, consistant en l'unification du financement des sections soins et dépendance par la branche autonomie.

Enfin, la LFSS 2023 a prévu le cofinancement avec les départements, à compter de 2024, d'**heures consacrées au lien social** au profit des personnes âgées en perte d'autonomie, à hauteur de 315 M€ à horizon 2027.

Concomitamment à ces réformes qui permettront de renforcer les moyens des établissements et des services, les LFSS 2022 et 2023 ont prévu de créer de nouvelles solutions pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. La création de centres de ressources territoriaux (CRT) visant à offrir un accompagnement renforcé à domicile ainsi que de nouvelles places en SSIAD (environ 25 000 places pour un coût de 280 M€ à horizon 2027) qui aura pour double objectif de répondre aux évolutions démographiques et de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans de bonnes conditions à leur domicile. Il est également prévu, entre 2024 et 2030, la création de 9 000 places supplémentaires en EHPAD (pour un coût d'environ 200 M€ en 2027).

Sur le volet du handicap, la branche autonomie contribuera à l'application et au financement des décisions prises à l'occasion de la conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023. Ces décisions s'inscrivent toutefois dans un spectre plus large que la seule branche autonomie, du repérage précoce ou l'école pour tous, au développement et à la transformation de l'offre dans une dynamique de parcours, en passant par l'accès à l'emploi, l'accessibilité ou encore le reste à charge sur les fauteuils roulants.

Depuis le 1er janvier 2024, le dispositif MaPrimeAdapt' remplace trois anciennes aides co-existantes liées à l'adaptation du logement (*Habiter facile*, aides de la Cnav pour l'adaptation du logement des personnes âgées, et crédit d'impôt autonomie). Il simplifie ainsi les démarches d'adaptation d'un logement suite à une perte d'autonomie et permet sous conditions d'attribution aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie de continuer à vivre chez elles. Peuvent bénéficier de cette aide : les personnes âgées de plus de 70 ans, les personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie précoce ainsi que les personnes en situation de handicap sans condition d'âge. Ceci s'inscrit dans le virage domiciliaire qui permettra de répondre aux besoins croissants et aux attentes de 80 % des Français qui souhaiteraient vieillir chez eux malgré une perte d'autonomie. L'ambition est d'adapter 680 000 logements sur les dix prochaines années, dont 250 000 sur le quinquennat

Ces mesures récentes font suite à **d'importantes réformes des politiques de soutien à l'autonomie depuis le début des années 2000,** orientées vers l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap et de leurs aidants, et à plusieurs plans nationaux.

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

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

Le taux de pauvreté des adultes de moins de 60 ans en situation de handicap (25,5 %) est plus élevé que le taux de l'ensemble de la population (14,6 %), malgré la redistribution socio-fiscale qui permet de le réduire de moitié (*indicateur n°2-1-1, en 2019, dernière année disponible*). La revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) contribue ainsi au soutien aux revenus des personnes handicapées : le montant de l'AAH a progressé de 23 % en euros constants depuis 2010, contre +11 % pour le minimum social de droit commun, le RSA (*indicateur n°2-1-2*). Depuis janvier 2022, l'abattement de 20 % appliqué sur les revenus du conjoint, concubin ou partenaire pacsé des bénéficiaires de l'AAH est remplacé par un abattement forfaitaire fixé à 5 000 €. A compter d'octobre 2023, les ressources du conjoint ne sont plus prises en compte pour le calcul de la prestation.

En parallèle, l'État finance l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) aux personnes dont la pension d'invalidité ne serait pas suffisante pour leur garantir un minimum de ressources. Cette prestation non contributive, qui complète la pension d'invalidité, est attribuée sous condition d'invalidité, de résidence et de ressources. En 2023, 8,9 % des titulaires d'une pension d'invalidité ont bénéficié de l'ASI (*indicateur n°2-2*).

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, la problématique du niveau de vie relève davantage du système de retraite. Le REPSS retraites comporte notamment des indicateurs sur le niveau des pensions ou du minimum vieillesse. A cet égard, il est à noter le relèvement du seuil de récupération sur succession de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) dans le cadre de la loi n° 2023-270 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 (LFRSS 2023). Pour autant, la réduction du reste à charge des personnes âgées en perte d'autonomie reste un objectif, en EHPAD et à domicile dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). En moyenne, le reste-à-charge serait en effet de 600 € par an à domicile et de 2 000 € par mois en EHPAD (pour une très large part sur la section hébergement qui regroupe des dépenses d'alimentation, de loyer ou encore d'éléctricité en plus des dépenses d'entretien de l'autonomie, cf. *indicateur n°2-3-2*).

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

Au-delà de la prise en charge des besoins médico-sociaux, la compensation du handicap repose, depuis la loi sur le handicap de 2005, sur la prise en compte du projet de vie global des personnes notamment en lien avec la scolarisation ou l'emploi. Assurer un soutien à l'autonomie aux millions de personnes qui en ont besoin est un enjeu de société essentiel. Les réponses apportées s'appuient sur un ensemble de prestations et de services qui promeuvent l'autonomisation de la personne dans le respect de sa dignité et de sa citoyenneté.

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

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

En dépit d'évolutions positives, depuis la loi de 1987 imposant aux entreprises une obligation d'emploi de travailleurs handicapés, les personnes handicapées continuent de rencontrer de fortes difficultés d'accès et de maintien dans l'emploi. En effet, elles se caractérisent par un taux d'emploi et un niveau de qualification plus faibles que la population générale et un taux de chômage plus élevé. Sur un champ restreint, 19 % des allocataires de l'AAH ont un emploi en 2022, dont plus de la moitié en milieu ordinaire (*indicateur n°1-7*).

En 2023, sur le territoire national, la branche autonomie concourt au financement de plus de 214 000 places d'établissements et services pour les enfants et adultes handicapés dans les établissements et services d'aides par le travail (ESAT). Ces structures bénéficient d'un financement partiel ou total de la branche autonomie (*indicateur n°1-10*). Le nombre de solutions disponibles pour les personnes en situation de handicap, qui bénéficient d'un financement partagé entre la CNSA et les départements, progresse.

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

Malgré les améliorations sur la période récente (passé de 17,3 % en 2015 à 12,0 % en 2022), le taux de chômage des personnes en situation de handicap reste plus élevé que celui de la population globale. Par ailleurs, la part des travailleurs en situation de handicap dans l'effectif salarié total reste inférieure à l'objectif de 6 % bien qu'elle ait progressée de 3,0 à 3,5 % entre 2011 et 2018 (*indicateur n°2-4-2*). Selon la DARES, les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de leur handicap représentent 4,0 % des personnes en emploi en 2022. Un référent handicap est désormais obligatoire pour les entreprises de plus de 250 personnes et dans chaque centre de formation d'apprentis (CFA). L'emploi accompagné est mobilisé et développé pour sécuriser l'emploi des travailleurs en situation de handicap recrutés et une aide à l'embauche spécifique a été déployée dans le cadre du Plan de relance.

La loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites du 20 janvier 2014 avait facilité l'accès à la retraite anticipée pour les personnes handicapées et renforcé les mécanismes de solidarité déjà à l'œuvre au sein du système de retraites en faveur des aidants familiaux (majoration de durée d'assurance, assurance vieillesse des parents au foyer). Dernièrement, la LFRSS 2023 a de nouveau renforcé la retraite anticipée des travailleurs handicapés en assouplissant les conditions d'éligibilité. Cette mesure coûtera 30 M€ par an à partir de 2024 pour les régimes de base de la branche vieillesse.

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

A la rentrée 2021, les élèves en situation de handicap sont trois fois plus nombreux qu'en 2004 à être scolarisés dans un établissement ordinaire (409 000 élèves) accompagnés par près de 120 000 accompagnants d'élèves en situation d'handicap (AESH). La part d'élèves en situation de handicap accompagnés par un dispositif ULIS varie en fonction du niveau et des filières d'enseignement : ils sont 31 % en école élémentaire, 34 % en collège (hors SEGPA), 29 % en lycée professionnel, et 2 % en lycée général et technologique.

A la rentrée 2022, 513 000 enfant et adolescents en situation d'handicap sont scolarisés, dont 436 000 en milieu ordinaire, et 77 000 en établissements spécialisés (*indicateur n°2-4-1*).

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

L'offre d'accueil des personnes en situation de handicap a fortement progressé sous l'effet de programmes pluriannuels de création de places en établissements et services (programme 2008-2012, Plan Belgique et Stratégie Autisme 2018-2022). En 2023, on compte 6,1 places pour adultes en situation de handicap pour 1 000 adultes et 10,3 places accueillant les enfants en situation de handicap pour 1 000 enfants (*indicateur n°1-10*).

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

La part des services au sein des structures médico-sociales en faveur des personnes en situation de handicap a connu une forte progression depuis 2006. Les services représentent, en moyenne en 2023, 30 % de l'offre pour les enfants et 21 % pour les adultes (*indicateur n°2-5-2*). L'enjeu de leur développement est décliné dans les projets régionaux de santé des agences régionales de santé, ainsi que dans les CPOM conclus avec les établissements gestionnaires.

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

Les enfants en situation de handicap bénéficient de l'AEEH, assortie ou non d'un complément en fonction des charges supportées par leur famille. En 2022, 435 000 enfants bénéficient de l'AEEH. Ce nombre a plus que doublé en 10 ans, soit une augmentation de 7 % en moyenne annuelle (*indicateur n°1-6*). Depuis le 1er avril 2008, les familles peuvent, tout en conservant l'avantage de l'AEEH de base, exercer un droit d'option entre un complément de l'AEEH et la PCH, afin de bénéficier du dispositif le plus favorable à l'enfant.

La PCH est une aide personnalisée en fonction des besoins de chaque bénéficiaire et comporte cinq volets (aides humaines, aides techniques, aménagements du logement et du véhicule et surcoûts de transport, charges spécifiques, aides animalières). Plus de dix ans après la création de la PCH, le nombre total de demandes déposées auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) continue de connaître une évolution dynamique. En 2022, 382 000 personnes en bénéficient, soit une augmentation de 4,2 % par rapport à 2021 (*indicateur n°1-3*). A partir de 2024, le reste à charge en lien avec la PCH sera réduit et les frais liés à l'emploi direct d'une aide à domicile seront mieux remboursés.

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

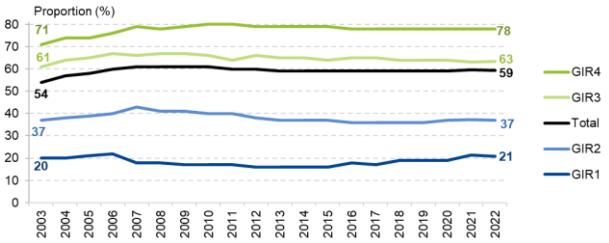
Un accompagnement progressif des personnes âgées dans la perte d'autonomie

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

Pour les personnes âgées, les politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie à domicile se sont développées. Cependant, la proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile a augmenté de 6 points entre 2003 et 2006 passant de 54 % à 60 %, mais s'est stabilisée depuis autour de 60 %. Le relèvement des plafonds de l'APA pour tous les niveaux de GIR (de 100 € pour le GIR 4 à 400 € pour le GIR 1) en 2016 a permis de renforcer l'accompagnement des personnes dont la perte d'autonomie est la plus sévère (*indicateur n°2-5-1*).

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

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



Note de lecture : Entre 2003 et 2022, parmi les bénéficiaires de l'APA classés en GIR 4, la proportion qui bénéficie de l'APA à domicile est passée de 71 % à 78 %.
Source : Drees.

À cet égard, afin de favoriser le maintien à domicile, les plafonds nationaux des plans d'aide ont été augmentés et la solvabilisation des services à domicile a été récemment accrue, grâce à l'instauration en 2022 d'un tarif plancher national et d'une dotation complémentaire rémunérant des actions en faveur de la qualité de service. L'accessibilité financière de l'aide avait par ailleurs été renforcée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 (dite « loi ASV »), permettant de diminuer la participation financière de ceux dont les plans d'aide sont importants. Les restes à charge des personnes en perte d'autonomie dont les revenus sont les plus faibles ont été réduits, notamment à travers des conditions de ressources pour bénéficier de certaines prestations, et à travers des barèmes d'aides progressifs et des crédits d'impôts (*indicateur n°2-3-1*).

L'offre d'accompagnement des personnes âgées hors domicile se développe également. Le volet médical des EHPAD se renforce, avec notamment la hausse du taux d'encadrement des résidents, à travers le recrutement de 50 000 professionnels soignants à horizon 2030. Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ont également vocation à couvrir l'intégralité des EHPAD pour mieux accompagner les personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

L'offre d'accompagnement connaît aussi de nouveaux développements hors EHPAD, l'habitat intermédiaire est un choix d'accueil qui continue à se développer. Des dispositions de soutien aux résidences autonomie ont été adoptées : l'enveloppe investissement du Ségur de la santé a permis de soutenir un plan d'aide à l'investissement (PAI) en résidences autonomie à hauteur de 32,5 M€ en 2022, et la loi 2022-217 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration (dite « loi 3DS ») a facilité ces investissements au travers de la dispense d'appel à projets préalable à leur autorisation jusqu'à fin 2025. De plus, la généralisation de l'aide pour la vie partagée (AVP) au profit du forfait habitat inclusif (FHI) d'ici 2025 permettra de développer davantage l'offre d'habitat dit « inclusif », grâce à cette simplification de procédures. La CNSA prend en charge la moitié des dépenses AVP qui continuent à monter en charge. Le montant prévisionnel du financement CNSA de l'AVP est de 67 M€ pour 2024. Cette dernière mesure concerne également les personnes en situation de handicap.

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

Soutenir les proches aidants

La stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022, était la première politique publique nationale interministérielle à destination des proches aidants. Parmi ses priorités, elle vise à rompre l'isolement des proches aidants, à leur ouvrir de nouveaux droits sociaux, à leur permettre de mieux concilier vie personnelle et professionnelle, et notamment à accroître l'offre de solutions de répit. Dans ce cadre, la LFSS 2020 a prévu la possibilité d'indemnisation du congé proche aidant (CPA) par la création d'une allocation journalière du proche aidant (AJPA), qui compense une partie de la perte de salaire de l'aidant qui réduit ou interrompt son activité professionnelle pour s'occuper d'un proche bénéficiaire de l'APA ou de la PCH, et ce jusqu'à 3 mois. La LFSS 2022 a d'ailleurs assoupli les conditions d'éligibilité à l'AJPA en supprimant celle de « *particulière gravité* » de la perte d'autonomie. D'ici le 1er janvier 2025 devrait aussi entrer en vigueur le caractère renouvelable du CPA et de l'AJPA, si le rôle d'aidant est renouvelé auprès de plusieurs proches.

La nouvelle stratégie de mobilisation et de soutien des aidants (2023-2027) réitère et prolonge ces ambitions. Elle prévoit le déploiement de 6 000 solutions nouvelles de répit sur cette période. Celles-ci pourraient prendre la forme de places supplémentaires en accueil de jour ou d'accueil temporaire pour les personnes âgées comme pour les personnes handicapées.

Déjà en 2016, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) avait contribué à apporter un soutien

aux proches aidants de personnes âgées bénéficiaires de l'APA, par l'instauration d'un « module répit », et par la mise en place d'un relais en cas d'hospitalisation de l'aidant.

De plus, l'ouverture de la validation des acquis de l'expérience (VAE) aux proches aidants a été instituée par la loi portant mesure d'urgences relatives au fonctionnement du marché du travail en vue du plein emploi promulguée le 21 décembre 2022.

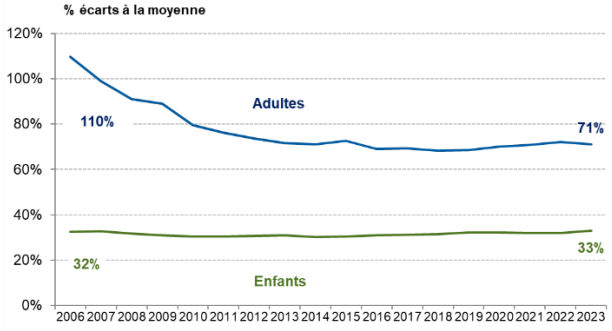
Enfin, au titre de la LFRSS 2023, une assurance vieillesse des aidants (AVA) est créée, qui leur permettra une validation de trimestres plus élargie pour les proches aidants qui ont dû réduire ou interrompre leur activité professionnelle. La couverture s'étendra également aux proches aidants ne résidant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

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

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

Le graphique 5 montre que des disparités territoriales subsistent, malgré un certain rattrapage de l'offre d'accueil dans les territoires les moins bien dotés (*indicateur n°2-8 et n°2-9*). Ces disparités demeurent plus élevées pour les adultes que pour les enfants en situation de handicap, bien qu'elles tendent à diminuer avec un rééquilibrage par des créations de places en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisés (FAM), ainsi qu'avec le développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Graphique 5 ● **Écarts départementaux de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés**

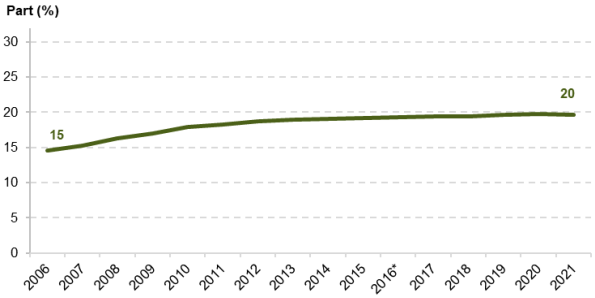


Champ : hors ESAT.
Note de lecture : En 2006, l'écart-type entre les taux d'équipement des structures pour adultes handicapés dans différents départements représentaient 110% de la moyenne du taux d'équipement en France.
Note : L'écart entre régions est mesuré par des coefficients de variation. Plus l'écart type relatif est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution de l'écart type signifie donc une réduction des écarts territoriaux.
Source : Finess, Insee, traitements CNSA.

L'offre de places en établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées en perte d'autonomie apparaît répartie de façon plus homogène sur le territoire que celle destinée aux personnes handicapées. En 2021, on dénombre 910 240 places dans les structures de service ou d'hébergement pour personnes âgées de plus de 75 ans.[1] Environ 87 % des places appartiennent à des structures médicalisées et bénéficient à ce titre d'un financement de l'assurance maladie *(indicateur n°1-11*). Les disparités qui subsistent se concentrent toujours sur l'offre en institution (qui représente 80 % de l'offre médico-sociale pour personnes âgées), tandis que la progression du nombre de places en services de soins réduit les écarts territoriaux. Cependant, les taux d'équipement apparaissent les plus faibles là où les densités d'infirmiers sont les plus fortes ce qui est susceptible de compenser en partie les déséquilibres observés. Enfin, pour faciliter l'accès aux structures et simplifier les démarches administratives des usagers, le dossier unique d'admission en EHPAD prend désormais en compte les volets permanent et temporaire de l'accueil.

Hors SAAD, la part des dispositifs qui favorisent le maintien à domicile des personnes âgées – services de soins infirmiers à domicile, accueil de jour et hébergement temporaire – dans l'ensemble des structures médico-sociales accueillant des personnes âgées s'établit en 2020 à 20 %, en hausse de 5 points depuis 2006 (*indicateur n°2-5-3*).

Graphique 6 ● **Moyenne nationale de la part des services et formules intermédiaires dans les structures médico-sociales pour personnes âgées**



Source : Finess, traitements Cnsa.
Champ : Etablissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, financés totalement ou partiellement via l'OGD (hors SAAD).

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

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

L'affaire « Orpea » a mis en lumière les problématiques liées à la maltraitance, mais elle a montré aussi la nécessité de compléter les leviers à la disposition des pouvoirs publics afin de mieux contrôler les EHPAD sur le plan comptable et financier, et de prévenir à l'avenir les

[1] Etablissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, financés totalement ou partiellement via l'OGD (hors SAAD)., cf. Précisions méthodologiques de l'indicateur 1-11

dérives et abus susceptibles de survenir au niveau des groupes gestionnaires d'EHPAD. Dans cette perspective, un vaste plan de contrôle des 7 500 EHPAD de France a été lancé, accompagné d'un renforcement pérenne et significatif des moyens humains des agences régionales de santé dédiés aux contrôles pour garantir la sécurité des résidents et la qualité de leur accompagnement.

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

La CNSA existe depuis 2004 mais demeurait à la périphérie de la sécurité sociale, rattachée à la loi de financement, non comme régime ou branche, mais en tant qu'organisme concourant au financement d'une partie des dépenses du champ de l'ONDAM. La LFSS 2021 a consacré la création de la cinquième branche.

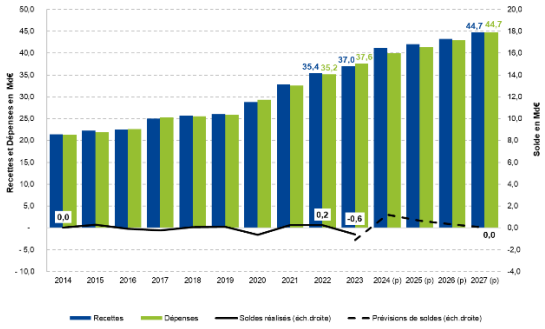
En 2023, le solde de la branche autonomie a affiché un déficit de -0,6 Md€ (après un excédent de 0,2 Md€ en 2022).

Les dépenses de la branche autonomie ont progressé de 6,9 % en 2023, reflétant le dynamisme des dépenses d'OGD (+1,4 Md€), et plus particulièrement, l'effet année pleine de la hausse du point d'indice de juillet 2022 et des annonces salariales de juin 2023, dites « revalorisations Guérini ». La croissance des dépenses de l'AEEH (+8,9 %) participe également à la hausse des dépenses de la branche en 2023.

Dans le même temps, les recettes ont progressé de 4,5 %, soit moins rapidement que les dépenses, et de façon moins dynamique qu'en 2022 (+7,9 %), en lien avec le ralentissement de la croissance de la masse salariale du secteur privé (+5,7 % en 2023 après +8,7 % en 2022). D'autre part, la CNSA a bénéficié de 0,32 point de taxe sur les salaires supplémentaire en compensation de l'extension de la prise en charge de l'AVPF à d'autres publics.

Les recettes ont été complétées par une fraction supplémentaire (0,15 point) de CSG depuis 2024, en provenance de la CADES, afin de donner à la branche les moyens de faire face aux évolutions à venir (loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie). Ainsi, la branche autonomie renouerait avec une balance excédentaire en 2024, cet excédent devrait se réduire sur les années suivantes jusqu'à atteindre l'équilibre en 2027 selon les projections récentes de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

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



Source : CCSS mai 2024 pour comptes clos et LFSS 2024 pour les prévisions

Conclusion

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

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

Les efforts engagés pour **améliorer et transformer l'offre d'accueil en établissement pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap** (accroissement du nombre de places, intensification de l'accompagnement en lien avec la hausse des besoins et ouverture sur l'extérieur) doivent se poursuivre, notamment dans les EHPAD, la crise sanitaire ayant à nouveau mis en lumière des marges de progrès pour l'accompagnement des résidents.

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

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

REPSS

Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale

CHIFFRES CLES AUTONOMIE

85,1 Md€ — d'effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie en 2022
(+37 % en € constants depuis 2010)
Fiche 1.2

27,7 Md€ — de dépenses publiques pour les personnes âgées en perte d'autonomie en 2022
(+36 % en € constants depuis 2010)
Fiche 1.2

57,4 Md€ — de dépenses publiques pour les personnes en situation de handicap en 2022
(+37 % en € constants depuis 2010)
Fiche 1.2

383 000 — bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2022
(155 000 en 2010)
Fiche 1.4

1,3 million — bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2022
(1,2 million en 2010)
Fiche 1.5

59 % — des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile en 2022
(61 % en 2010)
Fiche 1.5

28 % en 2017 — des plans d'aide APA à domicile en GIR 1 sont au plafond
(7% en GIR 4)
Fiche 2.3

0,6 Md€ — de déficit de la branche autonomie en 2023
Fiche 2.12

En 2021, les établissements ou services médico-sociaux comptent :

10,7 — places pour 100 enfants en situation de handicap
(9,1 places en 2010)
Fiche 2.8

6,2 — places pour 100 adultes en situation de handicap
(6,1 places en 2017)
Fiche 2.9

11,1 — places pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus
(12,7 places en 2010)
Fiche 2.10

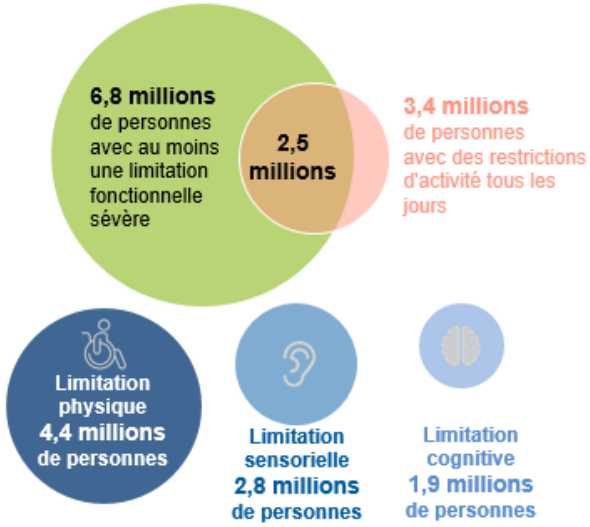
1. DONNEES DE CADRAGE

1.1. Populations en situation de handicap ou de perte d'autonomie

1 personne sur sept en situation de handicap en 2021

En 2021, selon l'enquête « Vie quotidienne et santé » de la Drees, 7,6 millions de personnes de 15 ans ou plus vivant en ménages « ordinaires » ont une limitation sévère ou une restriction dans les activités quotidiennes en France, soit 14 % de la population. Parmi elles, 4,5 millions ont plus de 60 ans, soit 25 % de cette tranche d'âge. Parmi les personnes déclarant au moins une limitation, la plus répandue est la limitation physique (65 %), puis sensorielle (41 %) puis cognitive (29 %), 20 % ont deux limitations, 6% trois. En sus, 140 000 adultes en situation de handicap vivent en établissement spécialisé.

Schéma 1 • **Limitations d'activité en France en 2021**



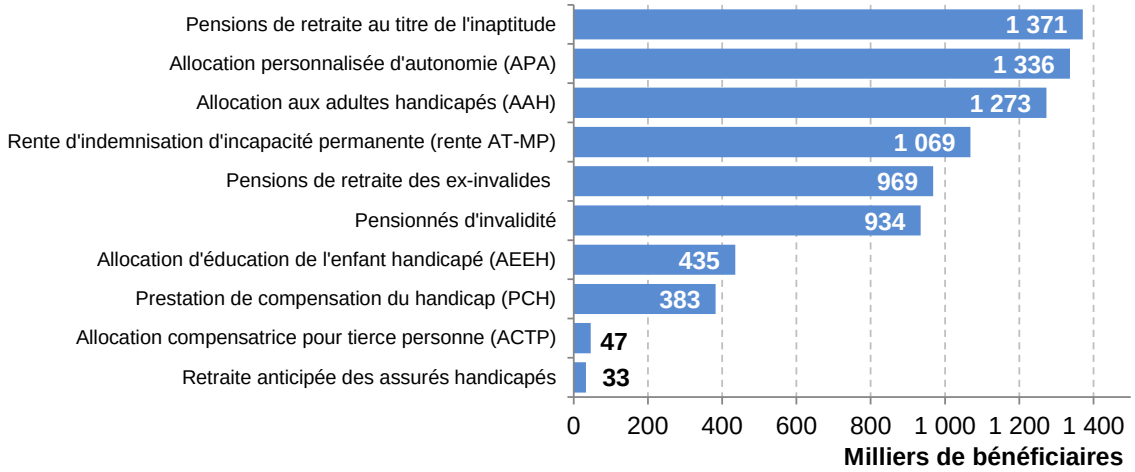
Sources : DREES – enquête Vie quotidienne et santé 2021

Différents types d'aides pour différents profils de personnes en perte d'autonomie

Les prestations destinées aux personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie se distinguent à la fois par l'objectif qu'elles visent à remplir, par la manière dont elles sont servies et par la population qu'elles ciblent.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) vise à compenser les frais d'éducation et de soins apportés aux enfants ou aux adolescents présentant un taux d'incapacité d'au moins 80 %. Lorsque le taux d'incapacité, sans atteindre 80 %, est au moins égal à 50 %, l'AEEH peut être attribuée si l'enfant fréquente un établissement qui assure, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux jeunes en situation de handicap, ou dans le cas où l'état de l'enfant exige le recours à un dispositif adapté ou d'accompagnement ou à des soins dans le cadre des mesures préconisées par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). En 2022, l'AEEH a été versée pour 0,4 million de jeunes de moins de 20 ans en situation de handicap (tous régimes, *cf. graphique 1* et *Indicateur n°1-6*). Cette allocation peut éventuellement être complétée par d'autres prestations. Les bénéficiaires peuvent ainsi opter pour un **complément d'AEEH**, 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 pour la **prestation de compensation du handicap** si les bénéficiaires sont exposés, du fait du handicap de leur enfant, à des charges relevant effectivement de la prestation de compensation du handicap (*cf. infra*). Il est également possible de cumuler le complément AEEH avec le 3ème élément de la PCH (prise en charge des frais liés à l'aménagement du logement/véhicule, ou des surcoûts liés au transport).

Graphique 1 • **Bénéficiaires des aides et dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, en 2022**



Sources : Cnaf et MSA pour l'AAH et l'AEEH ; Cnam pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité permanente; Cnav et autres régimes de retraites pour les pensions des ex-invalides, les pensions d'inaptitude et la retraite anticipée ; Drees pour l'ACTP, la PCH et l'APA (données France entière hors Mayotte); estimation à partir des données Drees pour les pensions d'invalidité. Ces effectifs ne peuvent pas être additionnés, une même personne pouvant bénéficier de plusieurs aides ou dispositifs.

L**'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)** ou la majoration pour tierce personne (adossée aux pensions d'invalidité) viennent en complément de ces prestations en cas de besoin de l'aide d'une tierce personne. Moins de 50 000 personnes ont perçu l'ACTP en 2022. Depuis 2006 et la création de la PCH, l'ACTP n'enregistre plus de nouveau bénéficiaire ; les effectifs concernés ont donc baissé de 40 % depuis 2010.

La **prestation de compensation du handicap (PCH)** vise comme l'ACTP ou l'AEEH à compenser les conséquences d'un handicap, *via* un financement partiel du recours aux aides humaines, techniques, animalières ou liées à l'aménagement du logement et du véhicule. A la fin 2022, 0,4 million de personnes ont un droit ouvert à cette prestation. La PCH est encore dans sa phase de montée en charge, au sens où le rythme de croissance du nombre de ses bénéficiaires est supérieur à celui de la population dans son ensemble ; depuis 2010, son nombre de bénéficiaires a augmenté en moyenne de 8 % par an (*cf. Indicateur 1-4)*.

Lorsque, suite à un accident ou 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 2022, 0,9 million de personnes ont reçu une pension d'invalidité et 1,1 million une rente au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

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 % ; le demandeur doit, pour cela, être âgé de moins de 60 ans. De plus, la CDAPH doit lui avoir reconnu, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. En 2022, 1,3 million de personnes ont bénéficié de cette allocation (cf. Indicateur n°1-7).

Le dispositif de retraite au titre de l'inaptitude au travail ou de l'invalidité permettait, jusqu'en 2023, à certains assurés de bénéficier du taux plein pour la retraite dès l'âge légal. La loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, qui allonge de 62 à 64 ans l'âge légal de départ à la retraite, crée un nouvel âge de départ à la retraite dérogatoire pour au titre de l'inaptitude ou de l'ex-invalidité, leur permettant de conserver une ouverture des droits à 62 ans.

Ainsi, au moment du passage à la retraite, les assurés invalides voient leur allocation convertie **en pension d'inaptitude au titre de l'ex-invalidité**.

Cela concerne également les personnes reconnues inaptes au travail, c'est-à-dire qui ne sont pas en mesure de poursuivre l'exercice de leur emploi sans nuire gravement à leur santé. Les bénéficiaires de l'AAH, notamment, se voient attribuer automatiquement le taux plein au titre de l'inaptitude. Ces populations représentent respectivement 1,0 et 1,4 million de bénéficiaires (tous régimes) en 2022. En outre, 33 000 personnes ont bénéficié du **dispositif dérogatoire de retraite anticipée pour les personnes handicapées** (**RATH**).

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans dont le niveau de perte d'autonomie se situe entre 1 et 4 sur une échelle allant jusqu'à 6, du plus au moins dépendant. Plus de 1,3 million de bénéficiaires de l'APA ont été dénombrés fin 2022 (*cf. Indicateur n°1-5).*

Tableau 1 ● **Règles d'attribution des différentes aides**

	Conditions d'accès			Type d'aide	Montant variable selon les ressources	Montant variable selon l'incapacité	Prestations complémentaires	Financeur
	Age	Niveau de handicap/taux d'incapacité	Conditions de ressources					
AEEH	< 20 ans	Taux d'incapacité ≥ 50%	Non	Allocation mensuelle forfaitaire	Oui	Non	Complément d'AEEH ou PCH	Sécurité sociale
ACTP	>= 20 ans	Taux d'incapacité ≥ 80%	Oui	*L'ACTP a été remplacée en 2006 par la PCH mais les personnes qui la percevaient avant peuvent continuer d'en bénéficier.*				Département
PCH	<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)	AEEH ou AAH	Département/ CNSA
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.	Non mais condition de durée minimale cotisée	% du salaire annuel moyen (/10 meilleures années) dans la limite de 1,5 PASS	Non	Oui	Majoration pour tierce personne / Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	Sécurité sociale
Indemnisation en cas d'IP	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Incapacité partielle permanente (IPP) ≥ 25%	Non mais l'incapacité doit être liée à une maladie professionnelle	Taux IPP <10% : Indemnité forfaitaire en capital Taux IPP ≥ 10% : rente viagère	Non	Oui	Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP)/ majoration pour tierce personne (MTP)	Sécurité sociale
AAH	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Taux d'incapacité ≥ 50%	Oui	Allocation mensuelle différencielle	Oui	Non	Complément de ressources / majoration pour la vie autonome	Etat
Pension d'inaptitude	≥ 62ans	Personnes inaptes au travail (bénéficiaires d'une rente AT-MP ou d'une pension d'invalidité ou allocataires de l'AAH)		Dispositif dérogatoire permettant de partir en retraite au taux plein dès 62ans.				Sécurité sociale
RATH	Entre 55 ans et l'âge légal de départ en retraite	Incapacité permanente ≥ 50%	Non mais condition de durée minimale cotisée à la sécurité sociale	Dispositif dérogatoire permettant de partir en retraite au taux plein quelle que soit la durée d'assurance				Sécurité sociale
APA	> 60 ans	Rattachement à l'un des groupes 1 à 4 de la grille AGGIR	Non	Pas de limite de durée.	Oui	Oui	Cumul possible avec d'autres revenus	Département/ CNSA

Source : DSS

● Précisions méthodologiques

Sources des données :
La description des aides présentées dans cet indicateur et détaillées dans le tableau ci-dessus correspond au cas général et ne couvre pas l'ensemble des conditions d'accès aux prestations.
Les données relatives à l'ACTP, la PCH et l'APA sont issues des résultats de l'enquête Aide sociale de la Drees auprès des conseils départementaux. Les effectifs de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP correspondent aux personnes ayant des droits ouverts au titre de la PCH et de l'ACTP et diffèrent du nombre de personnes qui bénéficient effectivement de cette *prestation (cf. précisions méthodologiques de l'indicateur 1-4*).
À l'inverse, pour l'APA, l'effectif correspond aux personnes qui ont perçu de l'APA au mois de décembre.
Les données relatives aux bénéficiaires de l'AAH et de l'AEEH tous régimes ont été fournies par la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et la Mutualité sociale agricole (MSA). Pour l'AEEH, le nombre de bénéficiaires figurant dans le graphique correspond au nombre d'enfants percevant l'allocation.

Pour les effectifs de pensionnés d'invalidité, l'indicateur comptabilise hors régime général les bénéficiaires de droits propres de moins de 60 ans affichés dans les comptes des différents régimes. Les données ne comprennent ni les bénéficiaires retraités ni les bénéficiaires de pension de conjoints survivants (*cf. Indicateur n°1-8*). Ces données sont issues de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2023 hormis pour celles du régime général, qui sont directement fournies par la Cnam. Les données du régime général, qui couvrent les anciens salariés du privé et anciens indépendants, s'appuient sur les séries statistiques labellisées de la Cnav.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.2. Dépenses publiques liées au handicap et à la perte d'autonomie

Les dépenses de protection sociale à destination de la compensation de la perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap s'élèvent à 85,1 Md€ en 2022, en augmentation de 5,6 % par rapport à 2021. Sur ce montant, 27,7 Md€ sont consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie et 57,4 Md€ aux personnes en situation de handicap ou d'invalidité (*cf. tableaux 1 et 2*).

Les périmètres couverts par les dépenses relatives à la perte d'autonomie conséquente de l'âge ou du handicap ne sont pas directement comparables. Certaines aides financières versées aux personnes en situation de handicap, comme les minima sociaux ou les pensions d'invalidité, sont intégrées aux dépenses d'accompagnement du handicap. Leur pendant sur le champ du grand âge relève de la branche retraite qui verse les pensions et le minimum vieillesse. Par ailleurs, les comptes du handicap intègrent des aides à l'emploi et à la scolarité qui n'ont pas d'équivalent pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le périmètre retenu dans cet indicateur est celui des dépenses de dispositifs spécifiquement destinés au soutien à l'autonomie. Il inclut donc des dépenses de santé prises en charge en dehors du secteur médico-social (unités de soins de longue durée – USLD – et une partie des dépenses de soins de ville, *cf. Précisions méthodologiques*) mais exclut les surcoûts pour les établissements hospitaliers. Par ailleurs, les dépenses retant à la charge des ménages ne sont pas considérés ici (*cf. indicateurs 2-3-1 et 2-3-2*).

Enfin, les montants dédiés à la prise en charge des personnes de plus de 60 ans bénéficiant de prestations au titre de leur handicap sont inclus dans les financements dédiés à la prise en charge du handicap et non à celui de la perte d'autonomie liée à l'âge.

En 2022, plus de 60 % des financements publics liés au handicap et à la perte d'autonomie sont pris en charge par la Sécurité sociale

La **Sécurité sociale** assume 62 % des dépenses publiques dédiées aux personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou à une situation de handicap (*cf. graphique 1*).

Sur le champ de l'âge, cette part s'élève à 77 %. Il s'agit majoritairement de financements de la CNSA, qui concentre 81 % des dépenses de Sécurité sociale. La création de la branche Autonomie s'est en effet traduite par le transfert à la CNSA par la branche maladie de la couverture des dépenses des établissements et services médico-sociaux (ESMS), qui représente 64 % des financement de la Sécurité sociale. Les concours de la CNSA au titre de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) constituent la plus importante de ses autres dépenses. L'assurance maladie couvre 12 % des dépenses de Sécurité sociale pour les personnes âgées, principalement au titre de soins de ville et des USLD.

Sur le champ du handicap, la CNSA couvre la moitié des dépenses (55 %), constituées, en sus du financement des ESMS, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) auparavant gérée par la branche famille. Si la CNSA assure le financement de cette prestation, celle-ci est toujours versée par la CNAF et la MSA.

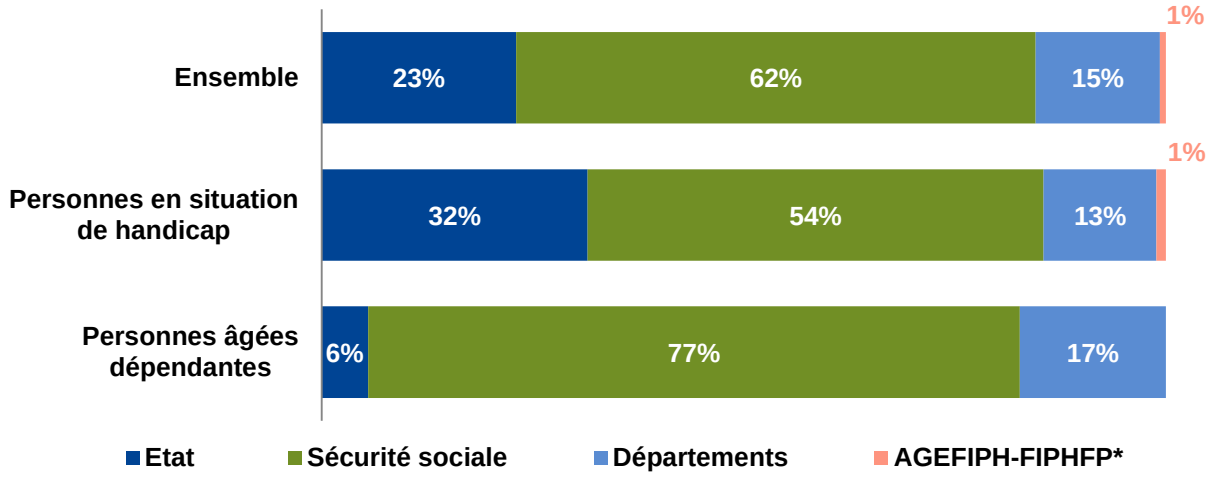
Avec le transfert du financement de l'AEEH à la CNSA, la participation de la branche famille ne couvre plus que l'allocation de présence parentale (150 M€). L'allocation adulte handicapé (AAH), si elle est versée par la CNAF et la MSA, est intégralement financée par l'État (*cf. Indicateur 1.7*). La branche maladie, par le versement pensions d'invalidité et l'allocation supplémentaire d'invalidité depuis 2021, concentre 27 % des dépenses de sécurité sociale. La branche ATMP prend en charge les rentes d'incapacité permanente, qui représentent 18 % des dépenses de Sécurité sociale.

L'État couvre près du quart des dépenses publiques de soutien à l'autonomie, soit respectivement 6 % et 32 % des financements dédiés aux personnes en perte d'autonomie âgées ou en situation de handicap. Ceux-ci correspondent majoritairement aux crédits inscrits au programme « Handicap et dépendance » (74 % des dépenses totales de l'État sur ce champ). La participation de l'État comprend en outre le coût des pensions militaires d'invalidité (équivalentes sur ce champ aux pensions d'invalidité versées par l'assurance maladie), ainsi que des crédits relatifs à l'accompagnement scolaire des enfants handicapés et aux actions spécifiques des programmes « Vie scolaire » et « Accès et retour à l'emploi ». Les dépenses fiscales associées à ces autres programmes se sont élevées à 2,8 Md€ en 2022. Les exonérations de cotisations, qui bénéficient aux personnes en perte d'autonomie qui emploient des personnes à domicile, sont depuis 2017 compensées par l'État. Elles se sont établies à 1,9 Md€ en 2022. 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, pour un montant estimé à 0,5 Md€ en 2022. Avant cette date, les bénéficiaires de l'APA à domicile pouvaient bénéficier d'une réduction d'impôt, dont le coût pour l'Etat était estimé à 0,3 Md€ en 2017.

Les dépenses des **départements** représentent 15 % du financement (17 % sur le champ des personnes âgées et 13 % pour les personnes en situation de handicap). Cette part significative dans le financement s'explique par les lois de décentralisation du début des années 1980, qui ont accru les compétences des départements en matière d'aide sociale. Ce rôle a été conforté par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, qui identifie le département comme chef de file de l'action sociale et médico-sociale. Ainsi, les Conseils départementaux ont géré l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) dès leur création. Les dépenses d'APA et de PCH à la charge des départments sont présentées nettes des concours de la CNSA. En outre, les départements financent, pour les personnes âgées résidant en établissement, l'aide sociale à l'hébergement – présentée dans cette fiche nette de la récupération auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires, de leurs héritiers et sur succession. Pour les personnes en situation de handicap, les départements prennent en charge, sous conditions de ressources, les frais de séjour en établissements ou services (ceux-ci ne sont pas récupérables sur succession ou sur obligés alimentaires).

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 1 % des dépenses en faveur de cette population.

Graphique 1 ● **Répartition des dépenses de protection sociale liées à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou à une situation de handicap et en 2022**



Sources: CNSA, DGCS, DGFiP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP ; calculs DSS (*cf. précisions méthodologiques*). Hors dépenses de prévention de la fragilité des personnes âgées.

Tableau 1 ● **Financements dédiés à la prise en charge des personnes en situation de handicap**

Dépenses en faveur des personnes en situation de handicap	Montants 2022 (M €)	Part, en %
Sécurité sociale	**30 970**	**54%**
Branche autonomie - CNSA	**16 960**	**30%**
ONDAM médicosocial - personnes en situation de handicap	*13 950*	*24%*
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	*1 360*	*2%*
Transferts aux départements (PCH et MDPH)	*1 180*	*2%*
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement (charges nettes)	*30*	*0,1%*
Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation	*250*	*0,4%*
Dépenses d'animation, prévention et études et autres actions	*190*	*0,3%*
Branche maladie - assurance maladie	**8 440**	**15%**
Pension d'invalidité	*8 430*	*15%*
Action sociale du FNASS	*10*	*0,0%*
Branche ATMP	**5 420**	**9%**
Rentes d'incapacité permanente	*5 420*	*9%*
Branche famille	**150**	**0%**
Allocation de présence parentale	150	*0%*
Etat	**18 080**	**32%**
Programme "Handicap et dépendance"	**14 080**	**25%**
Ressources d'existence (AAH, FSI)	*11 920*	*21%*
Incitation à l'activité professionnelle (garantie de ressources des travailleurs handicapés)	*1 440*	*3%*
Compensation des conséquences du handicap (dont instituts nationaux, fonds de compensation aux MDPH, FIAH…)	*20*	*0%*
Exonérations fiscales	*700*	*1%*
Autres programmes	**2 730**	**5%**
Inclusion scolaire des élèves en situation de handicap du programme "Vie de l'élève"	*2 220*	*4%*
Mesures en faveur de l'emploi des personnes handicapées du programme "Accès et retour à l'emploi"	370	*1%*
Allocations temporaires d'invalidité du programme "Pensions civiles et militaires de retraite et allocations" temporaires d'invalidité"	*140*	*0%*
Compensation d'exonérations de cotisations*	**1 270**	**2%**
Départements	**7 710**	**13%**
Frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés	*5 580*	10%
Prestations ACTP et PCH	*2 140*	4%
AGEFIPH	**530**	**1%**
FIPHFP	**90**	**0%**
Total Personnes en situation de handicap	**57 380**	**100%**

*aide à domicile employée par un particulier fragile, par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile.
Sources: CNSA, DGCS, DGFiP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP ; calculs DSS (*cf. précisions méthodologiques*).

Tableau 2 ● **Financements dédiés à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie**

Dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes	Montants 2022 (M €)	Part, en %
Sécurité sociale	**21 390**	**77%**
Branche autonomie - CNSA	**17 310**	**62%**
ONDAM médicosocial - personnes âgées	*13 700*	*49%*
Transferts aux départements (APA)	*2 640*	*10%*
MAIA	*100*	*0%*
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement	*470*	*2%*
Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation	*360*	*1%*
Dépenses d'animation, prévention et études et autres actions	*20*	*0%*
Branche maladie - assurance maladie	**4 080**	**15%**
Unités de soins de longue durée (USLD)	*1 270*	*5%*
Dépenses de soins de ville en direction de personnes âgées dépendantes à domicile	*2 640*	*10%*
Fonds d'intervention régional (PAERPA, consultations mémoire, équipes mobiles gériatrie)	*170*	*1%*
Départements	**4 800**	**17%**
Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA, à domicile et en établissements) nette des transferts de la CNSA	**3 880**	**14%**
Frais de séjour en établissement pour personnes âgées (hors APA, dont aide sociale à l'hébergement)	**930**	**3%**
Etat	**1 530**	**6%**
Crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile dans le cadre de l'APA	**500**	**2%**
Programme "Handicap et Dépendance"	**370**	**1%**
Dépenses fiscales (exonérations) associées au programme	*360*	*1%*
Section "Personnes âgées" et pilotage du programme	*10*	*0%*
Programme "Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi"	**40**	**0%**
Compensation d'exonérations de cotisations*	**620**	**2%**
Total Personnes âgées	**27 730**	**100%**

*aide à domicile employée par un particulier fragile, par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile.
Sources: CNSA, DGCS, DGFiP, Drees et DSS ; calculs DSS (*cf. précisions méthodologiques*).

Les dépenses de prévention de la fragilité des personnes âgées sont évaluées, en 2022, à 1,5 Md€ (*cf. tableau 3*). Ces dépenses sont assumées à 87 % par la Sécurité sociale. La CNSA couvre 48 % de la dépense totale, principalement par le financement de l'accueil en EHPAD et de la prise en charge par les SSIAD des personnes âgées classées en GIR 5 et 6 et d'actions de prévention *via* la conférence des financeurs, dispositif phare de la loi d'adaptation de la société au vieillissement en 2015. L'action sociale des Caisses de retraite (38 % des dépenses de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées) complète le financement de la Sécurité sociale (*cf. précisions méthodologiques*). Les départements couvrent 13 % des dépenses en finançant les frais de séjours en établissement.

Tableau 3 ● **Financements dédiés à la prévention à destination des personnes âgées en perte d'autonomie**

Dépenses en faveur de la prévention de la fragilité des personnes âgées	Montants 2022 (M €)	Part, en %
Sécurité sociale	**1 290**	**87%**
Branche autonomie - CNSA	**710**	**48%**
Actions de la loi sur l'adaption de la société au vieillissement (conférence des financeurs…)	*150*	*10%*
ONDAM médicosocial - personnes âgées, GIR 5-6	*560*	*38%*
Branche maladie - assurance maladie	**5**	**0%**
Unités de soins de longue durée (USLD)	*5*	*0%*
Assurance retraite	**570**	**38%**
Action sociale	*570*	*38%*
Départements	**190**	**13%**
Frais de séjour en établissement pour personnes âgées (hors APA, dont aide sociale à l'hébergement)	**190**	**13%**
Total Personnes âgées	**1 490**	**100%**

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

Des financements en hausse de 2,6 % par an en moyenne depuis 2010

Les dépenses relatives à l'accompagnement de la perte d'autonomie (hors dépenses de prévention) liée à l'âge ou au handicap ont respectivement augmenté de 36 % et de 37 % depuis 2010 (hors inflation). Cela représente 23 Md€$_{2022}$ supplémentaires en dix ans, dont 7 Md€ pour la perte d'autonomie et 15 Md€ pour le handicap (*cf. Graphique 2*).

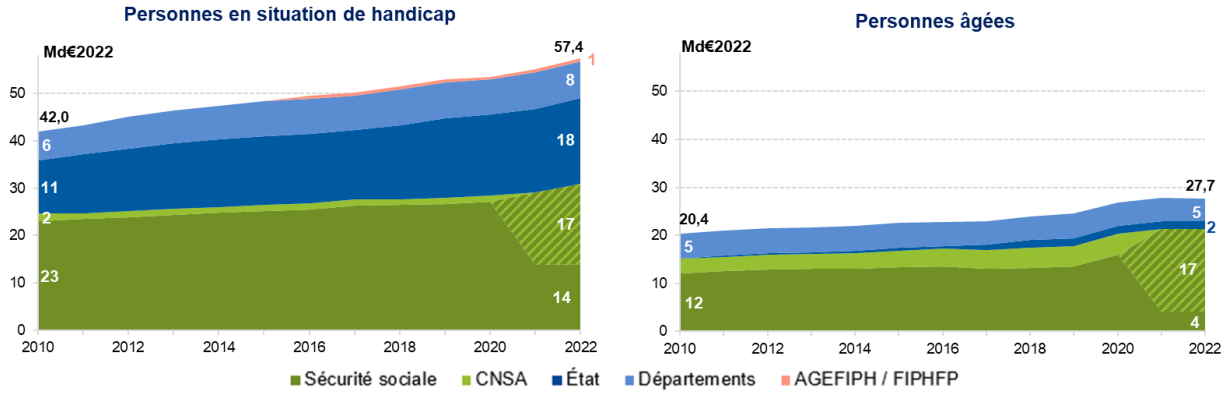
Plus de la moitié de ces financements supplémentaires ont été pris en charge par la Sécurité sociale (+13 Md€$_{2022,}$ soit une hausse de 2,3 % par an en moyenne).

L'État, avec 8 Md€$_{2022}$ supplémentaires depuis 2010, est le second contributeur à la hausse des financements avec une évolution des dépenses de +4,7 % par an depuis 2010. Il explique plus d'un tiers de la croissance globale. L'augmentation des financements, principalement pour les personnes en situation de handicap, résulte de deux effets. D'abord, des dépenses d'AAH très dynamiques, tirées par la hausse continue du nombre de bénéficiaires et des revalorisations importantes, qui ont été en moyenne plus dynamiques que l'inflation depuis 2010 (*cf. Indicateur 2-1-1*). Ensuite, une forte croissance des financements dédiés à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap, qui ont été multipliés par 7 depuis 2010.

Entre 2010 et 2022, les financements pour l'autonomie et le handicap à la charge les départements augmentent de 10 %, soit une croissance annuelle moyenne de 0,8 %). Les dépenses liées aux personnes en situation de handicap ont augmenté de 25 % sur la période, soit +1,6 Md€$_{2022}$, ce qui s'explique par la montée en charge de la PCH et, plus récemment, de la mise en place de la PCH parentalité (*cf. indicateur 1-1*). Les financements dédiés aux personnes âgées en perte d'autonomie ont légèrement diminué, du fait d'une hausse de la participation de la CNSA en hausse depuis 2016 et faisant suite à la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) et aux différentes mesures de compensation des dépenses des départements par la Sécurité sociale depuis la création de la branche en 2021.

Les mesures exceptionnelles mises en place dans le contexte de crise sanitaire ont conduit à une augmentation des financements dédiés à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (+ 13 % pour les personnes âgée et +8% pour celles en situation de handicap depuis 2019). Il s'agit notamment de la compensation des surcoûts auxquels les EHPAD et les SSIAD ont été confrontés dans le cadre de la gestion de crise sanitaire et des revalorisations des rémunérations des professionnels des ESMS dans le cadre du Ségur de la Santé et de ses extensions. Les fiches 3.3 et 3.4 du rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale de juillet 2022 détaillent les mesures et le bilan des revalorisations Ségur. Les dépenses publiques ont également progressé avec le financement de la revalorisation du point d'indice de la fonction publique de 3,5 % à compter de juillet 2022.

Graphique 2 ● **Evolution des dépenses publiques liées au handicap et à la perte d'autonomie**



Sources: CNSA, DGCS, DGFiP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP ; calculs DSS (*cf. précisions méthodologiques*). Hors dépenses de prévention de la fragilité des personnes âgées.

● Précisions méthodologiques

Sources des données :
Les sommes allouées à la protection sociale des personnes en perte d'autonomie liée à situation de handicap et ou à l'âge qui apparaissent dans les tableaux ci-dessus sont majoritairement issues des documents comptables des organismes financeurs.

- Les montants des dépenses d'APA et de PCH des départements proviennent de la CNSA et de la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sur la base des données comptables des départements. Les montants d'aide sociale à l'hébergement et les frais de séjour en établissements et services pour personnes handicapées sont issus des données de l'enquête annuelle relative aux dépenses d'aide sociale des conseils départementaux (Drees).
- Les montants des exonérations fiscales prises en charge par l'État sont issus des rapports annuels de financement annexés aux projets de loi de finance, ils couvrent les avantages fiscaux suivants : réductions d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes dépendantes accueillies en établissement spécialisé, au titre de l'invalidité, exonérations de l'APA et de la PCH.
- Les dépenses d'action sociale de la Cnam retenues ici sont les dépenses en faveur du maintien à domicile des personnes handicapées et celles permettant la création de places dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, en structures de travail protégé (ESAT) et en faveur d'adultes lourdement handicapés (foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisés).

Périmètre :
Le périmètre retenu concernant les financements dédiés à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées se différencie en plusieurs points de celui retenu dans les rapports publiés dans le cadre des travaux sur la réforme de la dépendance (le compte de la dépendance, publié par la Drees, par exemple). En effet, le champ retenu se restreint aux personnes âgées dépendantes, au sens administratif, c'est-à-dire évaluées en GIR 1 à 4 sur la grille AGGIR, conduisant à diminuer d'1,5 Md€ le montant total de dépenses allouées. Les GIR sont les groupes iso-ressources, ils correspondent au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il existe 6 GIR, le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Le SSIAD est le service de soins infirmiers à domicile.
Ensuite, les financements consacrés aux personnes handicapées vieillissantes bénéficiant au titre de leur handicap de prestations (PCH…) ou de financements de l'Etat (demi-part invalidité…) sont inclus dans les dépenses relatives aux personnes handicapées et non dans les dépenses relatives aux personnes dépendantes.
Enfin, les aides personnelles au logement (APL), à domicile et en établissement, sont exclues.

Pour en savoir plus :

Darcillon (2016), « Le compte de la dépendance de 2010 à 2014 », *La protection sociale en France et en Europe*, édition 2016, Drees.

Pour une explicitation des choix méthodologiques et une présentation des évolutions historiques, cf. Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2019 (fiche éclairage n° 3.3 : « le financement de la perte d'autonomie»), de juin 2020 (fiche éclairage n° 3.1 : « le financement des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes») de septembre 2020 (fiche éclairage n°3.3, : « dépenses publiques pour le handicap et l'invalidité : 51 Md€ en 2019 »), de juin 2021 (fiche éclairage n° 3.3 : « les concours de la CNSA au financement de l'APA et de la PCH »), de septembre 2021 (fiche éclairage n° 3.7 : « Coût de la prise en charge des personnes âghées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence ») et de juillet 2022 (fiche éclairage n° 3.3 : « Les mesures nouvelles dans le champ de l'autonomie », fiche éclairage n° 3.4 : « Les revalorisations salariales des secteurs sanitaire, médicosocial et social »)

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.3. Financement des dépenses d'APA et de PCH

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) sont gérées par les départements et cofinancées par la CNSA et les départements. La CNSA consacre une part fixe de ses recettes de contribution solidarité autonomie (CSA), de contribution sociale généralisée (CSG) et de contribution additionnelle solidarité autonomie (CASA) au financement de l'APA et de la PCH ; en 2022, 7,7 % des recettes pour l'APA et 2 % des recettes pour la PCH.

Cet indicateur vise à évaluer la part des dépenses relatives à l'APA et à la PCH financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le restant étant à la charge des départements. En 2022, la CNSA finance 42 % des dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et 33 % des dépenses relative à la prestation de compensation du handicap (PCH) (*cf. Tableau 1*).

Tableau 1 ● **Part des dépenses d'APA et de PCH financée par la CNSA**

Type de prestation (M€)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Dépenses d'APA versées par les départements	**5 029**	**5 183**	**5 263**	**5 370**	**5 385**	**5 478**	**5 529**	**5 692**	**5 839**	**5 919**	**6 033**	**6 137**	**6 223**	**6 354**
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA	1 548	1 536	1 622	1 656	1 729	1 776	1 788	2 032	2 266	2 325	2 419	2 480	2 454	2 638
Part des dépenses d'APA financée par la CNSA	30,8%	29,6%	30,8%	30,8%	32,1%	32,4%	32,3%	35,7%	38,8%	39,3%	40,1%	40,4%	39,4%	41,5%
Dépenses de PCH versées par les départements	**843**	**1 078**	**1 241**	**1 397**	**1 511**	**1 599**	**1 699**	**1 810**	**1 901**	**2 006**	**2 118**	**2 221**	**2 369**	**2 651**
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de la PCH	510	502	528	545	549	547	555	565	590	605	616	636	637	885
Part des dépenses de PCH financée par la CNSA	60,4%	46,6%	42,5%	39,0%	36,3%	34,2%	32,7%	31,2%	31,0%	30,1%	29,1%	28,6%	26,9%	33,4%
Evolution des dépenses d'APA entre n et n-1	-	3,1%	1,6%	2,0%	0,3%	1,7%	0,9%	2,9%	2,6%	1,4%	1,9%	1,7%	1,4%	2,1%
Evolution des dépenses de PCH entre n et n-1	-	27,8%	15,2%	12,5%	8,2%	5,8%	6,2%	6,6%	5,0%	5,5%	5,6%	4,9%	6,7%	11,9%

Note : le taux de participation PCH est particulièrement élevé en début de période du fait de la montée en charge de la prestation
Source : CNSA - comptes de résultat et notifications définitives des concours- chiffres arrondis.

Entre 2012 et 2022, la part des dépenses relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) financée par la CNSA évolue positivement, passant de 30,8 % à 41,5 % (+10,7 points). En 2012, le taux s'est maintenu à 30,8 %, les dépenses ayant augmenté à un rythme équivalent aux recettes (2 %), après un point bas en 2010. En 2013, le taux augmente (32,1 %) en raison du dynamisme des recettes (+4,2 %) de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) supérieur à celui des dépenses. Cette dynamique se poursuit en 2014 (32,4 %).

La mise en œuvre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi AVS) s'accompagne de l'affectation au budget de la CNSA d'une fraction fixée (en année pleine) à 70,5 % du produit de la CASA (contribution de solidarité pour l'autonomie) afin de garantir un financement durable et évolutif des mesures nouvelles, liées notamment à la revalorisation des plafonds des plans d'aide et à la diminution du reste à charge des bénéficiaires dont les plans d'aide sont les plus lourds. Conformément aux prévisions, ces recettes ont permis de dynamiser le taux de couverture des dépenses d'APA par la CNSA en 2016 (35,7 %), résultat plus élevé que prévu. Au sein des concours versés par la CNSA, à compter de l'année 2016, l'APA contient la part « historique », dite première part, mais également la seconde part de l'APA. En 2017, l'addition des deux parts du concours APA couvre 38,8 % des dépenses, ce qui constitue une importante progression du taux de couverture de la dépense. Cette évolution découle notamment de la « mesure de faveur » (décret du 13 septembre 2017) qui permet de verser une seconde part du concours APA plus importante que celle issue des modalités de calcul du dispositif initial. Cette nouvelle disposition permet de soutenir les départements les plus avancés dans la mise en œuvre de la réforme.

La montée en puissance de celle-ci se poursuit en 2017, comme traduit dans la progression plus soutenue des dépenses d'APA (+2,6 %).

En 2018, les dépenses d'APA progressent plus lentement (+1,4 % par rapport à l'année 2017).

L'année 2019 enregistre une progression du montant des concours APA, dû notamment au montant définitif de la seconde part du concours APA au titre de 2019 en forte croissance (387,4 M€ contre 296,6 M€ en 2018) découlant de la dynamique des dépenses d'APA à domicile de l'ensemble des départements.

L'année 2020 a été particulièrement impactée par la crise sanitaire qui a réduit le rendement des recettes affectées à la première part du concours APA. Cette tendance ayant été anticipée durant l'année, le budget de la CNSA a été modifié afin de compenser cette baisse de recettes. Il en résulte une préservation du niveau du concours APA1 par rapport aux années précédentes. La seconde part du concours APA est particulièrement élevée en 2020 en raison de l'évolution des dépenses d'APA à domicile des départements réalisées durant cette même année. En conséquence, le montant des concours APA augmente de 2,5 % en 2020.

En 2021, les dépenses d'APA progressent plus lentement (+1,4 % par rapport à l'année 2020, contre +1,7 % entre 2019 et 2020). Le montant des concours APA recule de 0.5 %, consécutivement au soutien exceptionnel des concours en 2020 dans le contexte de crise Covid ayant donné lieu à l'affectation de recettes supplémentaires aux concours.

L'année 2022 est marquée par un dynamisme des recettes qui voit les concours APA progresser de 6,8 %. Les dépenses augmentent quant à elles de 2,1 %, établissant ainsi la part financée par la CNSA à 41,5 %.

De 2006 à 2009, la **prestation de compensation du handicap** est fortement montée en charge, les dépenses afférentes à cette prestation étant multipliées par 10,6 (de 79 M€ à 843 M). Jusqu'en 2012, la progression des dépenses reste élevée (+66 % en trois ans) puis passe à +22 % entre 2012 et 2015. Parallèlement, la part des dépenses de PCH financée par la CNSA a diminué régulièrement à compter de 2009, malgré un concours en augmentation de +16 % entre 2009 et 2017. En cumulé, compte tenu des excédents des années 2006 et 2007, la part des dépenses de PCH financées par la CNSA depuis sa création s'est élevée à 52 % en 2015. Ce cumul entre 2006 et 2022 est de 39%.

En 2013, le taux de couverture des dépenses de PCH par le concours de la CNSA a diminué de près de 3 points, passant de 39,0 % à 36,3 %. Net de la baisse de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) en 2013, il s'élevait à 44 %. Même si les dépenses augmentaient moins vite (+8,2 % en 2013 après +12,5 % en 2012), la faible progression des recettes « nettes » de la contribution solidarité autonomie (CSA) de +0,8 % n'a pas permis d'atténuer cette baisse.

Le taux de couverture a diminué de 2 points en 2014, passant à 34,2 % ; net de la baisse de l'ACTP, il se situait à 42 %. Les dépenses qui augmentaient moins vite en 2014 (+5,8 %) ne permettaient pas de compenser la faible augmentation des recettes de CSA (+0,8 %). Le taux de couverture a diminué de 1,5 point en 2015 à 32,7 % ; net de la baisse de l'ACTP, il se situe à 40,1 %. Le taux de couverture continue à diminuer en 2016 pour atteindre 31,2 % (-1,5 point). La dynamique de la dépense des départements (+6,5 % entre 2015 et 2016) est en effet supérieure à celle du concours versé la même année (+ 2 %). En 2017, la progression des dépenses de 5 % dépasse légèrement la croissance du concours. Le taux de couverture de la dépense par le concours régresse donc très légèrement. Les évolutions constatées en 2017 se poursuivent en 2018. Avec un taux de progression du concours (+2,4 %) soutenant une dépense en augmentation de +5,5 %, le taux de couverture du concours PCH s'établit à 30,1 % en 2018.

La tendance se poursuit en 2019 pour les dépenses comme pour le montant du concours. Ce dernier, malgré sa progression, n'atteint pas le taux d'évolution des dépenses de PCH, générant un léger repli du taux de couverture. En 2020, des mesures de préservation du niveau du concours ont permis d'aboutir à une hausse de 3,3 %. En 2021, les dépenses augmentent de 6,6 % et le concours seulement de 0,27 %. A partir de 2022, le concours PCH compense la prestation PCH parentalité par une enveloppe forfaitaire majorant le concours, qui augmente ainsi de 39 % (l'augmentation du concours aurait été de 7,5 % sans l'enveloppe, soit la plus élevé depuis la création du concours). Les dépenses progressent de 11,9 %, le plus fort taux depuis 2012 (12,5 %). La part financée par la CNSA est ainsi cantonnée à 33,4 % mais supérieure à celle de 2015 (32,7 %).

● Précisions méthodologiques

Construction de l'indicateur : L'indicateur est construit comme le rapport entre les concours au titre de l'APA et de la PCH figurant dans les tableaux emplois-ressources de la CNSA pour l'année considérée (plus les provisions et moins les reprises sur provisions éventuelles) et l'ensemble des charges relatives à ces prestations payées par les départements aux bénéficiaires (dépenses nettes).

Précisions méthodologiques : Les montants des dépenses globales d'APA et de PCH des départements proviennent des données transmises par les conseils départementaux à la CNSA.

La répartition des concours d'APA et de PCH entre départements est réalisée sur la base des données suivantes des départements, par ordre d'importance du critère (les pondérations apparaissent entre parenthèses)

Pour l'APA 1:
- la population âgée de 75 ans et plus (50 %)
- la dépense d'APA (20 %)
- le nombre de bénéficiaires du RSA (5 %)
- le potentiel fiscal intervient en négatif à hauteur de -25 %.

Pour l'APA 2 (décret n°2016-212 du 26 février 2016) : $Fd = A \times D_{nd}$

A : différence entre le montant de la dépense d'APA à domicile N et le montant de cette même dépense au titre de l'année 2015, augmentée de 25,65 M€ (BAD) dans la limite des ressources affectées au concours

Dnd : part de chaque département dans la charge nouvelle fixée dans le tableau figurant en annexe du décret.
Le décret n°2017-1337 du 13 septembre 2017 est venu modifier les règles de calcul du concours afin de verser en 2016 et 2017 un montant accompagnant davantage la montée en puissance de la réforme. Si le montant du concours attribué à un département est inférieur à la somme de l'évolution de sa dépense d'APA à domicile entre 2015 et l'année au cours de laquelle le concours est calculé (augmentée de sa part de BAD), le montant du concours qui lui est attribué est égale à cette somme.

Pour la PCH :
- la population âgée de 20 à 59 ans (60 %)
- le nombre de bénéficiaires de l'AAH, l'AEEH et de pensions d'invalidité (30 %)
- le nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP (30 %)
- le potentiel fiscal intervient en négatif à hauteur de -20 %.

Par ailleurs, pour les deux concours, un **critère correctif** intervient quand la part des dépenses (nettes du concours) rapportée au potentiel fiscal est supérieure à 30 %. Dans ce cas, la part des dépenses du département dépassant le seuil de 30 % est intégralement prise en charge par la CNSA, avec réduction des concours des autres départements.

A noter que le décret n°2012-1434 du 20 décembre 2012 a introduit deux modifications sur les critères de répartition : pour l'APA, le **nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)** s'est substitué au nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI), le montant du concours au financement de la PCH se voit plafonné au montant de la dépense PCH du département.

De plus, l'article 18 de la loi de finances rectificative pour 2014 substitue au critère du potentiel fiscal celui du **potentiel fiscal corrigé**, déjà utilisé pour la répartition du fonds de solidarité départemental alimenté par les DMTO, qui ne tient pas compte des montants correspondant à la dotation de compensation de la réforme de la taxe professionnelle (DCRTP) et au fonds national de garantie individuelle de ressources (FNGIR), afin de neutraliser l'impact de la réforme de la fiscalité locale intervenue en 2010 sur le montant du concours de chaque département. Il introduit également pour les exercices à partir de 2014 une garantie de baisse limitée du concours pour les départements fortement affectés par l'impact de ce nouveau potentiel fiscal.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 (art.32) instaure **une limitation des concours APA1, APA2 et PCH à un pourcentage d'un panier de recettes**. Pour 2024, ces plafonds sont les suivants :
- Le montant global des concours APA est limité à 7,39 % du produit de la CSG, de la CSA et de la CASA.
- Le montant de la seconde part (au sein de l'enveloppe des concours APA) est limité à 61,4 % du produit de la CASA.
- Le montant du concours PCH est limité à 1,87 % du produit de la CSG, de la CSA et de la CASA auquel la CNSA ajoute 200 M€.

Pour aller plus loin :
Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2021 - fiche éclairage n°3.3 : « Les concours de la CNSA au financement de l'APA et de la PCH ».

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

1.4. Prestation de compensation du handicap (PCH) et allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

La prestation de compensation du handicap (PCH), entrée en vigueur le 1er janvier 2006, est une aide personnalisée destinée à financer les besoins de compensation des personnes handicapées au regard de leur projet de vie. Cette prestation s'adresse aux personnes confrontées à une difficulté absolue ou deux difficultés graves pour réaliser au moins une activité parmi les 19 activités définies dans le référentiel (Article Annexe 2-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles). Ces activités portent sur la mobilité, l'entretien personnel, la communication et les relations avec autrui. Les altérations de fonction doivent être d'une durée d'au moins un an. La PCH peut être accessible à des personnes de plus de 60 ans si elles sont entrées dans ce dispositif avant 60 ans et qu'elles ne choisissent pas d'opter pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) après 60 ans. A partir de 2009, elle est ouverte aux personnes de moins de 20 ans et peut se substituer au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). La PCH a vocation à remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), auparavant le principal dispositif d'aide humaine pour les personnes handicapées délivrée par les départements. Cette aide n'est attribuée sous condition de ressources qu'aux personnes dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 %. Seules les personnes ayant eu un droit ouvert à l'ACTP avant la création de la PCH peuvent encore en bénéficier.

Les deux allocations ont des critères d'attribution différents. La PCH finance de l'aide en fonction des besoins des personnes, incluant un contrôle d'effectivité. L'ACTP n'est attribuée qu'aux personnes ayant des ressources inférieures ou égales aux plafonds de ressources pour percevoir l'allocation aux adultes handicapé, et son montant mensuel maximum est de 969 euros.

Un nombre de bénéficiaires en hausse de 4,2 % en 2022

Depuis sa mise en place, la PCH a connu une évolution dynamique du nombre de ses bénéficiaires, qui se poursuit encore en 2022, même s'il s'agit de la hausse annuelle la moins élevée depuis 2006. Au 31 décembre 2022, 382 700 personnes ont un droit ouvert à la PCH en France (hors Mayotte), soit une augmentation de 4,2 % des effectifs en un an, selon l'enquête *Aide sociale* de la Drees (*cf. graphique 1*).

A contrario, au cours de l'année 2022, l'ACTP perd encore 6 % de bénéficiaires ; leur nombre s'établit à 46 500 au 31 décembre. Les sorties du dispositif peuvent correspondre à des personnes optant pour l'APA (pour les plus de 60 ans) ou bien optant pour la PCH, à un décès, ou encore aux personnes ne vérifiant plus les critères d'obtention lors du renouvellement de la prestation.

Au total, le nombre de personnes bénéficiant de la PCH ou de l'ACTP croît de 3 % en 2022.

Les bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH peuvent choisir de conserver ces prestations après 60 ans ou bien d'opter pour l'APA (cf*. indicateur n°1-5*). La proportion des personnes de 60 ans et plus parmi les bénéficiaires de l'ACTP a tendance à croître depuis 2006 et est de 42 % au 31 décembre 2022 (cf. *graphique 2*). Les personnes de 60 ans et plus sont également bien représentées parmi les bénéficiaires de la PCH (27 %). Les moins de 20 ans, quant à eux, sont relativement peu nombreux à bénéficier de la PCH. Ils représentent près d'un bénéficiaire sur 10 en 2022.

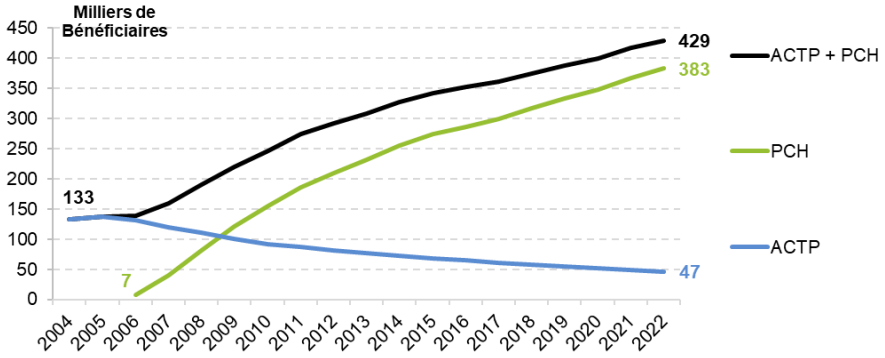
Des disparités territoriales de prévalence de la PCH

En 2022, en France, 5,6 personnes sur 1 000 sont bénéficiaires de la PCH. Elles se répartissent de façon inégale sur le territoire, entre 2,6 ‰ et 11,9 ‰ selon les départements (*cf. carte 1*).

Les disparités constatées peuvent être liées à plusieurs facteurs :

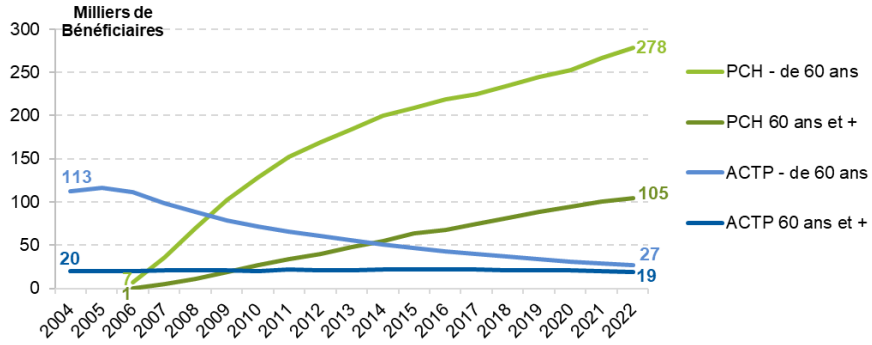
- des différences territorialisées de prévalence du handicap ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative du handicap ;
- des dispaités de pratiques entre les départements;
- le remplacement de la PCH ou de l'ACTP par l'APA aux âges avancés qui peut être plus ou moins prononcé selon le territoire ;
- des différences dans la répartition par âge de la population : les départements les plus « vieillissants » étant ceux pour lesquels plus de personnes substituent l'APA à la PCH, même si cette substitution est certainement marginale.

Graphique 1 ● Nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP



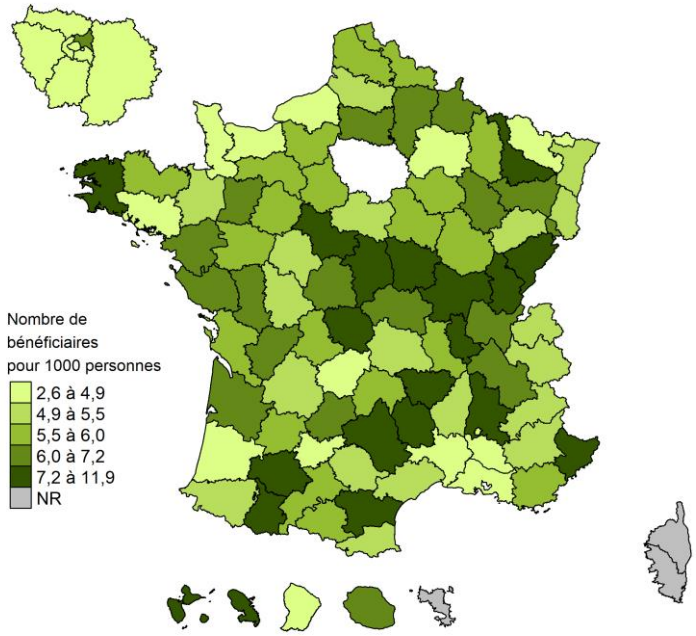
Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source : Drees - enquête Aide sociale – données au 31/12 de chaque année.

Graphique 2 ● Nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP selon l'âge



Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source : Drees - enquête Aide sociale – données au 31/12 de chaque année.

Carte 1 ● Nombre de bénéficiaires de la PCH par département, au 31 décembre 2022



Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte
Sources : Drees - enquête Aide sociale ; Insee – estimations provisoires de population au 1er janvier 2023, arrêtées fin 2023.
.

Composition de la prestation de compensation du handicap

La prestation de compensation du handicap (PCH) possède la particularité d'être composée de cinq éléments :

• les aides humaines,

• les aides techniques,

• l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport,

• les charges spécifiques ou exceptionnelles,

• les aides animalières.

En analysant les décisions relatives à la PCH, prises par la commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), on obtient la composition moyenne du contenu de la prestation en termes de volumes et en termes de montants attribués.

Le constat réalisé ici porte sur les décisions relatives aux éléments et non sur les bénéficiaires. La répartition en éléments de la prestation donne une photographie des types de besoins compensés par la prestation de compensation, en moyenne, pour une année donnée. Il s'agit d'une donnée de flux sur les demandes annuelles (et non d'une donnée de stock).

En 2021, les **aides humaines** représentent près de la moitié (47,6 %) des attributions (*cf. tableau 1*). C'est l'élément le plus fréquemment accordé pour le public éligible à la PCH, à la fois pour les personnes qui sont à domicile et pour celles qui sont en établissement, et ce quel que soit l'âge. Viennent ensuite les **charges spécifiques et exceptionnelles** plus fréquentes dans les plans de compensation accordés auprès des enfants (30,2 % contre 20,3 % en moyenne) ; les **aides techniques** (18,1 %) plus fréquemment accordée à domicile et les aides à l'**aménagement du logement, du véhicule et aux surcoûts de frais de transport** (13,8 %). Les **aides animalières** constituent une très petite portion du total (0,3 %) qui reste identique d'une année à l'autre.

L'évolution du contenu de la prestation est en outre à rapprocher des chiffres de montants moyens par élément.

Le montant moyen mensuel attribué au titre de **l'aide humaine** est de 951 euros en 2021 (*cf. graphique 3*). 50 % des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) attribuent un montant moyen d'aide humaine inférieur à 825 euros et 75 % attribuent un montant moyen inférieur à 1 109 euros. La PCH permet de recourir à des aidants professionnels (prestataire, mandataire, gré à gré) et/ou à des aidants familiaux. Le montant moyen de l'aide humaine peut être expliqué par la configuration de l'aide préconisée par l'équipe pluridisciplinaire, les quatre statuts d'aidants n'étant pas associés aux mêmes tarifs. Ce montant moyen est versé chaque mois sur toute la période d'attribution.

Le montant moyen attribué au titre des **aides techniques** est de 982 euros en 2021. 50 % des MDPH attribuent un montant moyen pour ces aides techniques inférieur à 961 euros ; les trois quarts attribuent un montant moyen inférieur à 1 166 euros.

Le montant moyen d'un **aménagement de logement** est de 3 458 €. Celui d'un **aménagement du véhicule** déclaré est évalué à 2 582 €.

Qu'il s'agisse des aides techniques, des aménagements du logement ou du véhicule, ces aides sont ponctuelles.

Au titre des **surcoûts liés aux transports** peuvent être pris en compte des surcoûts liés à des transports réguliers, fréquents ou correspondants à un départ annuel en congés. En fonction des types de surcoût (dépense régulière ou dépense ponctuelle), le type de versement de la prestation varie :

- des versements ponctuels correspondent majoritairement à des situations où les surcoûts ne sont liés qu'à des départs en congés,
- des versements mensuels correspondent aux autres situations (surcoûts liés à des transports fréquents et réguliers avec ou sans surcoûts liés à un départ annuel en congés).

Le montant moyen relatif aux aides liées aux **surcoûts des frais de transport** avec versement mensuels s'élève à 153 € en 2021.

Le montant moyen mensuel attribué au titre des **charges spécifiques et exceptionnelles** est de 261 € en moyenne : les charges spécifiques sont des dépenses mensuelles (60 € en moyenne chaque mois) tandis que les charges exceptionnelles sont ponctuelles (595 €).

Le montant moyen mensuel attribué au titre des **aides animalières** atteint 49 € en moyenne.

Tableau 1 ● **Répartition au sein de la prestation, en nombre d'éléments attribués en 2021**

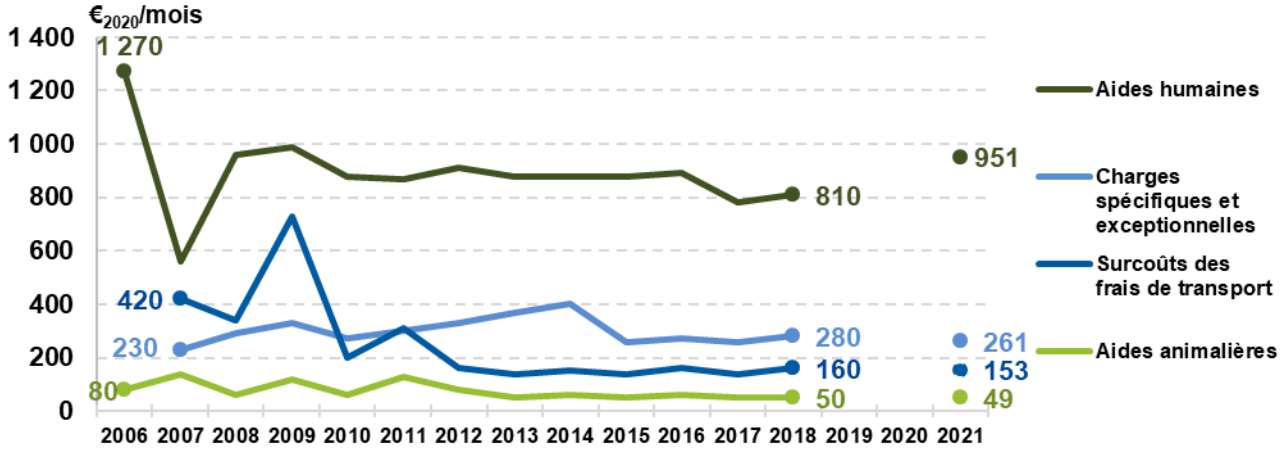
Eléments de la PCH *	Répartition des éléments de la PCH attribués – en %
Aides humaines	47,6%
Aides techniques	18,1%
Aménagement du logement, du véhicule et aux surcoûts de frais de transport	13,8%
Charges spécifiques et exceptionnelles	20,3%
Aides animalières	0,3%

* : A titre d'exemple, les aides humaines correspondent à l'intervention d'un service à domicile, les aides techniques à un fauteuil roulant ou une aide auditive, les aménagements du logement ou du véhicule peuvent consister à la mise en accessibilité d'une douche ou d'un poste de conduite aménagé. Les aides liées à l'aménagement du logement contiennent également les frais de déménagement. Les charges spécifiques et exceptionnelles peuvent correspondre, par exemple à l'achat de nutriments ou le paiement d'une assurance pour fauteuil roulant. Les aides animalières concernent par exemple les frais d'entretien des chiens guide d'aveugle

Champ : Ensemble des éléments attribués au titre de la PCH en 2021

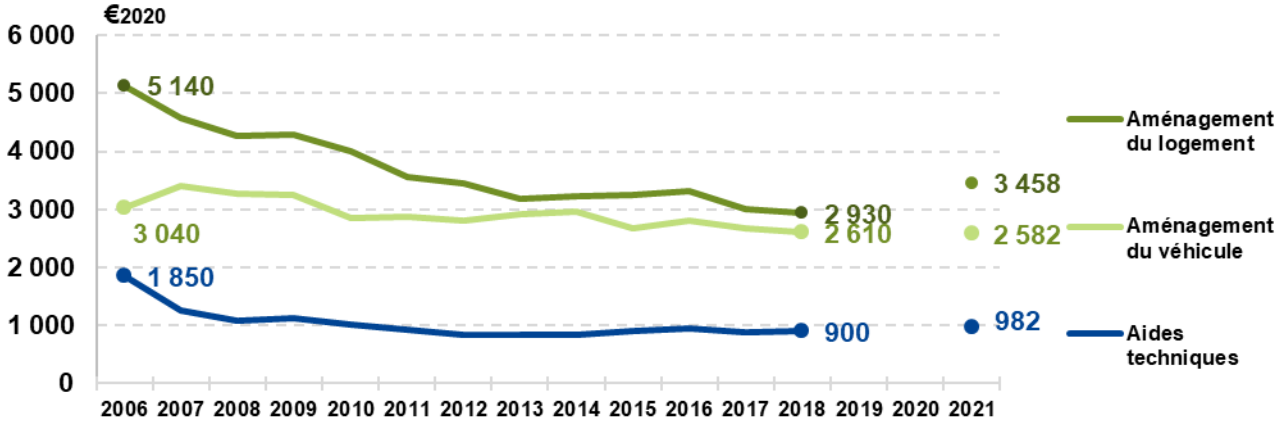
Source CNSA – Chiffres arrondis - Données 2022. Chiffres définitifs.

Graphique 3a ● **Montants moyens attribués par élément de la PCH versés mensuellement**



Source CNSA – Chiffres arrondis - Chiffres définitifs.

Graphique 3b ● **Montants moyens attribués par élément de la PCH versés ponctuellement**



Source CNSA – Chiffres arrondis - Chiffres définitifs.

● Précisions méthodologiques

Précisions sur le dispositif :
Créée par la loi du 11 février 2005, et entrée en vigueur le 1er janvier 2006, la prestation de compensation (PCH) est une aide personnalisée, visant à financer les besoins de compensation des personnes handicapées au regard de leur projet de vie. Il est possible de bénéficier de la prestation à domicile ou en établissement (réduite à 10 % dans ce cas).

La PCH vise à remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), créée par la loi du 30 juin 1975 et destinée aux personnes handicapées ayant besoin de l'aide d'une personne pour les actes essentiels de la vie. L'ACTP concerne les personnes âgées d'au moins 20 ans (ou d'au moins 16 ans si la personne n'est plus considérée à la charge de ses parents au sens des prestations familiales), dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 %. Elle peut être versée à domicile et en établissement (également réduite à 10 %).

Lorsqu'une personne bénéficiaire de la PCH ou de l'ACTP dépasse les 60 ans, elle peut choisir de conserver cette prestation ou de bénéficier de l'APA lors du renouvellement de ses droits. La PCH a été étendue aux enfants et adolescents handicapés de 0 à 20 ans pour tous les éléments depuis le 1er avril 2008. L'enfant doit bénéficier d'un complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et répondre aux mêmes critères d'éligibilité de la PCH que les adultes. Lorsque l'enfant est éligible à la PCH, les parents peuvent choisir entre le complément d'AEEH et la PCH (*cf. indicateur n°1-6*)

Précisions sur les données :
Pour suivre statistiquement la montée en charge de la PCH, on peut recourir à plusieurs indicateurs :

- les personnes ayant des droits ouverts pour cette prestation par la commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et les ayant fait valoir auprès du conseil départemental ou bien bénéficiant d'une procédure d'urgence. Ces personnes peuvent ou non avoir été payées. Le nombre de bénéficiaires est généralement comptabilisé à une date donnée (au 31 décembre par exemple). En sont exclues les personnes dont les droits sont interrompus avant cette date, suite à décès, déménagement hors du département ou faisant le choix de l'APA par exemple. C'est ce concept qui est retenu dans cet indicateur et dans l'indicateur de cadrage n°1-1. Ces données sont isues de l'enquête annuelle Aide sociale de la DREES, collectée auprès des collectivités territoriales en charge de l'aide sociale ;

- les personnes payées au titre de la PCH : ce sont les bénéficiaires qui ont reçu un paiement du conseil départemental pour au moins un élément de la prestation, sur une période donnée. Le destinataire du versement peut être soit la personne handicapée elle-même, soit ses représentants légaux, soit directement un service prestataire ou mandataire.

- l'activité de la MDPH : le nombre de demandes déposées auprès de la CDAPH permet de suivre le nombre de décisions prises et le cas échéant le nombre de PCH accordées et la nature des besoins de compensation (aide humaine, aide technique,…). Depuis 2006, date de l'entrée en vigueur de la prestation de compensation et de la mise en place des MDPH, la CNSA envoyait un questionnaire à chaque MDPH, relatif à leur activité au sujet de la PCH. Ce questionnaire visait à recueillir des éléments de suivi d'activité des MDPH et de suivre spécifiquement la montée en charge de la prestation de compensation, en termes de demandes reçues, de décisions prises par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et de contenu (ventilation des éléments accordés). En 2019, la CNSA a opéré un changement dans le recueil de ses données et désormais les données sur la PCH sont recueillies dans une enquête annuelle plus large sur l'activité des MDPH. Du fait du changement d'enquête, les données exploitées reposent sur un échantillon plus petit de MDPH et invitent à la précaution dans l'interprétation des évolutions.

Pour aller plus loin :
- DREES, coll. Panoramas de la DREES. (dir.), Bellamy V., juin 2023, *Le handicap en chiffres* - édition 2023
- DREES, coll. Panoramas de la DREES. Leroux I. (dir.), décembre 2022, *L'aide et l'action sociales en France* - édition 2022
- DREES, Etudes et résultats n°1182, février 2021, « Prestation de compensation du handicap : une majorité des paiements financent un aidant familial », Baradji E. et Dauhpin L.
- DREES, Études et résultats n°1117, juin 2019, « Parcours et profils des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap en 2016 », Baradji E.
- DREES, Les Dossiers de la DREES n°2, juin 2016, Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013, Marquier R.
- DREES, Études et résultats n°819, octobre 2012, « Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap ayant des limitations fonctionnelles physiques : profils, aides techniques et aménagements du logement », Espagnacq M.
- DREES, Études et résultats n°772, août 2011, « Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes », Dos Santos S., Lo S..
- Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2021 - fiche éclairage n°3.3 : « Les concours de la CNSA au financement de l'APA et de la PCH ».

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DREES et CNSA

1.5. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), entrée en vigueur le 1er janvier 2002, a pour objectif de couvrir tout ou partie des dépenses nécessaires au maintien à domicile (APA-D) ou à l'accueil en établissement (APA-E) des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette prestation bénéficie aux personnes âgées de plus de 60 ans dont le degré de perte d'autonomie est évalué à partir de la grille AGGIR en Groupes Iso-Ressources (GIR) comme relevant des GIR 1 à 4 du plus au moins dépendant (*cf. précisions méthodologiques*).

L'augmentation du nombre de bénéficiaires se poursuit pour atteindre 1,3 million en 2022

En décembre 2022, 1,3 million de personnes âgées dépendantes bénéficient de l'APA en France (hors Mayotte). Ce chiffre est de nouveau en hausse (+0,6 % par rapport à 2021), après une baisse inédite en 2020 due à la crise sanitaire.

L'APA est versée à 793 900 personnes à domicile (soit 59 % de l'ensemble des bénéficiaires) et à 542 500 personnes en établissement (41 % de l'ensemble). La hausse du nombre de bénéficiaires est plus marquée en établissement qu'à domicile (+1,0 %, contre +0,4 % en un an).

Depuis sa création, l'APA a connu des phases de croissance différentes (cf. *graphique 1*). Jusqu'à fin 2004, le nombre de bénéficiaires de l'APA a très fortement augmenté. Par la suite, entre 2005 et 2009, la croissance a ralenti, mais est demeurée nettement supérieure à celle de la population âgée de plus de 60 ans (ainsi qu'à celle de la population âgée de plus de 75 ans), ce qui semble indiquer que la montée en charge de l'APA a été très progressive. Depuis 2009, la croissance s'est poursuivie mais à un rythme plus faible que celle de la population potentiellement concernée.

La montée en charge de l'APA à domicile a été plus rapide que celle en établissement. En effet, jusqu'à fin 2009, la croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a été nettement plus dynamique que celle des bénéficiaires de l'APA en établissement (resp. +139 % et +48 % entre 2002 et 2009). À partir de 2010, la croissance de l'APA en établissement est plus forte que celle de l'APA à domicile respectivement +17 % et +11 % entre 2010 et 2022).

Deux éléments peuvent expliquer l'évolution de la répartition par GIR (*voir précisions méthodologiques*) des bénéficiaires de l'APA, dans les années suivant la création de l'APA. D'une part, le maintien à domicile encouragé par les pouvoirs publics (*cf. indicateur n°2-5-1*) concerne en premier lieu les personnes en GIR 4, lesquelles représentent 58 % des bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2022. D'autre part, il est probable que beaucoup de bénéficiaires potentiels ainsi que leurs familles n'aient que progressivement réalisé que la nouvelle prestation permettait une prise en charge des « dépendances modérées » (GIR 4), alors que la prestation précédente, la prestation spécifique de dépendance (PSD), était limitée aux GIR 1 à 3.

Depuis 2006, la structure des bénéficiaires par GIR est stable. Fin 2022, 7 % des bénéficiaires de l'APA sont évalués en GIR 1, 28 % en GIR 2, 21 % en GIR 3 et 44 % en GIR 4 (*cf.graphique 2*).

Sept bénéficiaires sur dix sont des femmes

Fin 2022, parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 7,2 % bénéficient de l'APA. La proportion de bénéficiaires parmi les femmes (9,1 %) est deux fois plus importante que celle parmi les hommes (4,7 %). Cette différence est de la même ampleur pour l'APA à domicile (5,4 % des femmes contre 2,9 % des hommes), que pour l'APA en établissement (3,8 % des femmes contre 1,8 % des hommes). Au total, 70 % des bénéficiaires de l'APA sont des femmes. Cela peut en partie s'expliquer par une espérance de vie plus longue et un veuvage plus fréquent (*cf. indicateur 1-3-3 du rapport Maladie*).

La part des bénéficiaires de l'APA dans la population augmente logiquement avec l'âge. Jusqu'à 79 ans, elle est faible (2,2 %). Entre 80 et 89 ans, 17 % de la population perçoit l'APA (21 % parmi les femmes et 12 % parmi les hommes). À partir de 90 ans, la moitié de la population en bénéficie (54 % des femmes et 42 % des hommes). Dans l'ensemble, plus d'un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus est bénéficiaire de l'APA.

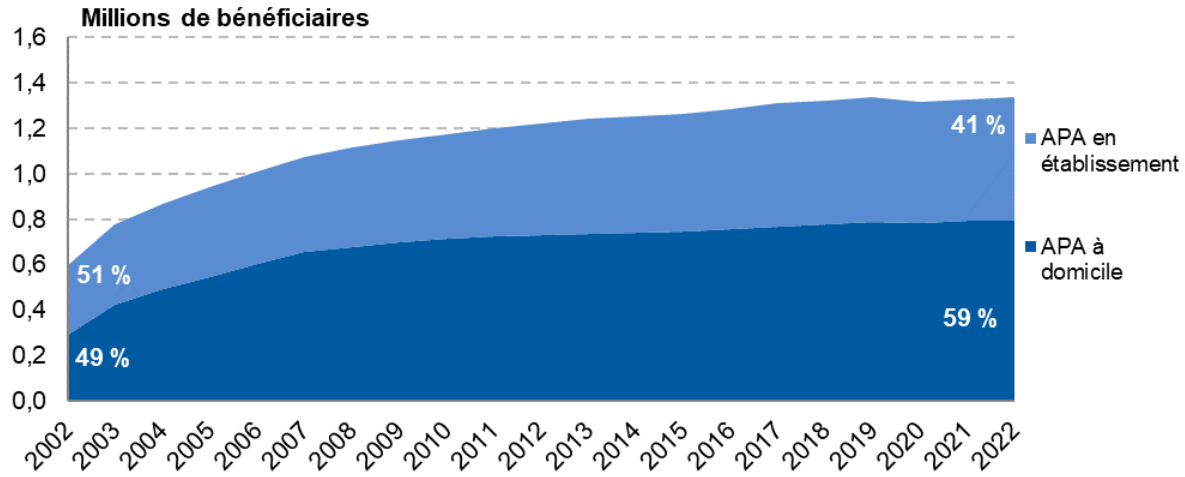
De fortes disparités territoriales de l'APA

Sur le territoire, le taux de bénéficiaires de l'APA (total des bénéficiaires de l'APA rapporté, pour chaque département, à la population des personnes âgées de 60 ans ou plus) est variable d'un département à l'autre : entre 3,4 % et 11 % des personnes âgées de 60 ans ou plus sont bénéficiaires de l'APA (cf. *carte 1*). La moitié des départements a un taux compris entre 7 % et 10 %.

En 2022, la dépense moyenne d'APA par bénéficiaire est de 5 100 € par an. Sur le territoire, elle varie du simple au double : de 3 800 € à 8 700 € en 2022 (cf. *carte 2*). Néanmoins, plus de 60 % des départements consacrent une dépense moyenne d'APA par bénéficiaire comprise en 4 400 et 5 400 € par an. 7 départements présentent une dépense annuelle par bénéficiaire supérieure ou égale à 6 000 €.

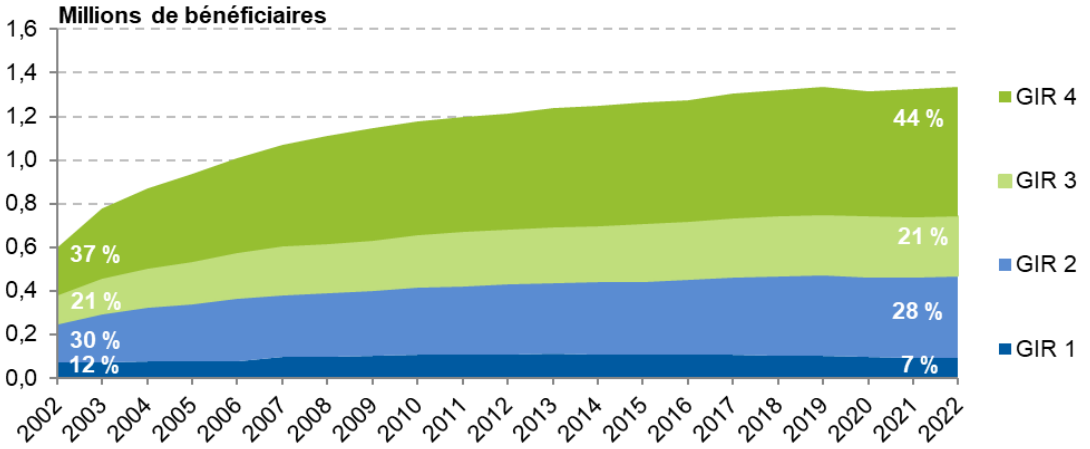
Différents facteurs peuvent expliquer cette hétérogénéité, tels que : le niveau des ressources individuelles (l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, toutefois, une participation financière pouvant aller jusqu'à 90 % du plan d'aide reste à la charge des bénéficiaires lorsque leurs ressources sont supérieures à un plafond), l'hétérogénéité de l'état de santé par département, ou l'isolement plus ou moins grand des personnes.

Graphique 1 • Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA* par type d'hébergement



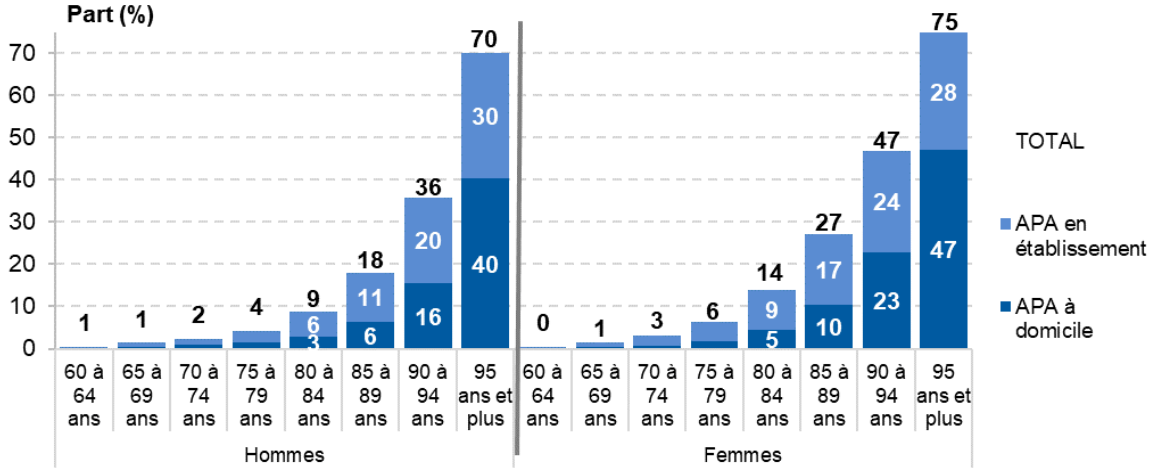
* payés au titre du mois de décembre
Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source : DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 2 • Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA* par GIR



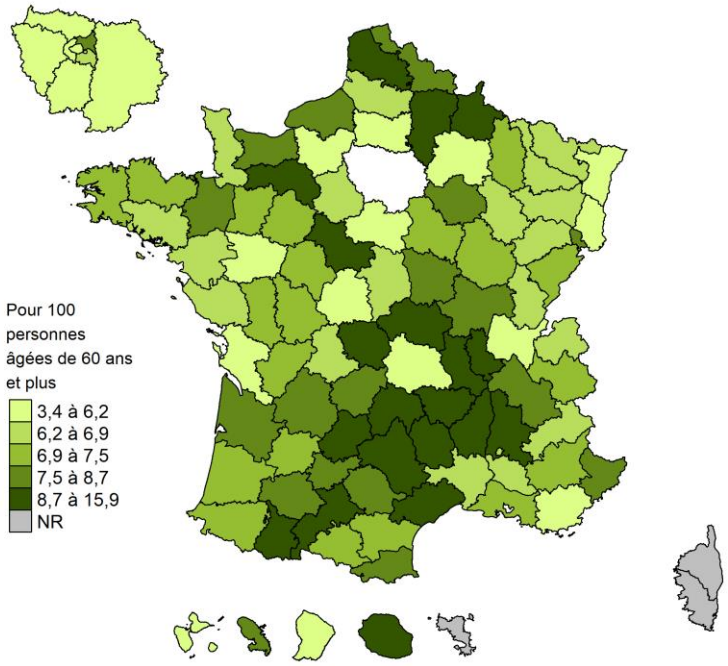
* payés au titre du mois de décembre
Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source : DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 3 • Part des bénéficiaires de l'APA* dans la population de plus de 60 ans, en 2022



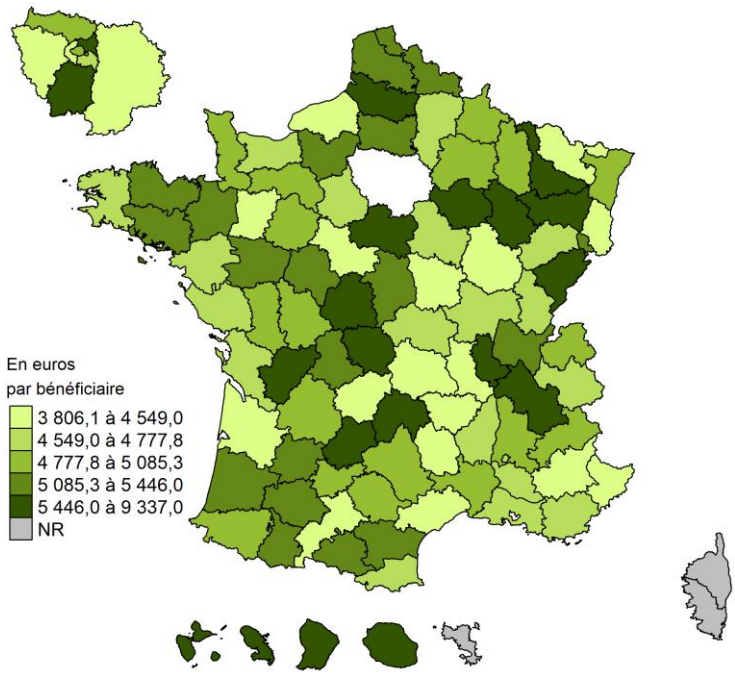
* payés au titre du mois de décembre
Note de lecture : En 2020, 25 % des hommes âgés de 95 ans et plus bénéficiaient de l'APA en établissement et 26 % de l'APA à domicile. Au total, 51 % des hommes âgés de 95 ans et plus bénéficiaient de l'APA, contre 73 % des femmes du même âge.
Champ : France métropolitaine et DROM (Hors Mayotte).
Sources : DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2020 (résultats arrêtés fin 2020).

Carte 1 ● **Part des bénéficiaires de l'APA* dans la population âgées de 60 ans ou plus, en 2022**



* payés au titre du mois de décembre
Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources : DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

Carte 2 ● **Dépenses d'APA brutes moyennes par bénéficiaire, en 2022**



Notes : La dépense moyenne par bénéficiaire des conseils départementaux correspond à la dépense inscrite au compte administratif sur une année, rapportée à un nombre moyen de bénéficiaires. Elle se rapproche de la part des montants consommés financée par les conseils départementaux, mais ne lui est pas exactement égale, du fait des décalages de trésorerie.
La dépense moyenne par bénéficiaire pour une année n est calculée en faisant le rapport de la dépense annuelle à de cette année n à la moyenne des nombres de bénéficiaires au 31 décembre des années n-1 et n.
Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources : DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

● Précisions méthodologiques

Précisions sur le dispositif :
La grille AGGIR (autonomie gérontologique, groupe iso-ressources) évalue la dépendance des personnes âgées en termes de niveau de demande de soins requis (appelé groupe iso-ressources (GIR)).
Elle s'appuie sur le constat d'activités de la vie quotidienne que la personne est en mesure ou non d'effectuer seule. La grille comporte 10 items ou « variables discriminantes » (la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'élimination urinaire et fécale, les transferts, les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du logement et la communication à distance). Un algorithme classe, à partir des combinaisons de réponse, les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie, des plus aux moins dépendants :
- le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants ;
- le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices ;
- le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et, partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ;
- le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage ;
- le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Seules les personnes en GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA. Les personnes en GIR 5 et 6 peuvent bénéficier de l'action sociale des caisses d'assurance vieillesse ou de l'aide-ménagère du département.

Précisions sur les données :
Les données sur l'APA utilisées ici sont issues de l'enquête Aide sociale, enquête annuelle réalisée par la DREES auprès des conseils territoriaux en charge de l'aide sociale. Les données portant sur le mois de décembre 2022 sont des données en partie estimées. Les bénéficiaires de l'APA sont ici les personnes ayant un droit ouvert et qui ont été payées au titre du mois de décembre.

Pour l'élaboration de la carte 1, le nombre de bénéficiaires de l'APA a été rapporté à l'effectif des personnes âgées de 60 ans et plus au 1er janvier 2023 (données provisoires, arrêtées en janvier 2023).

Pour aller plus loin :
DREES, coll. Panoramas de la DREES. Leroux I. (dir.), décembre 2022, L'aide et l'action sociales en France - édition 2022
- Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2021 - fiche éclairage n°3.3 : « Les concours de la CNSA au financement de l'APA et de la PCH ».

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

1.6. Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

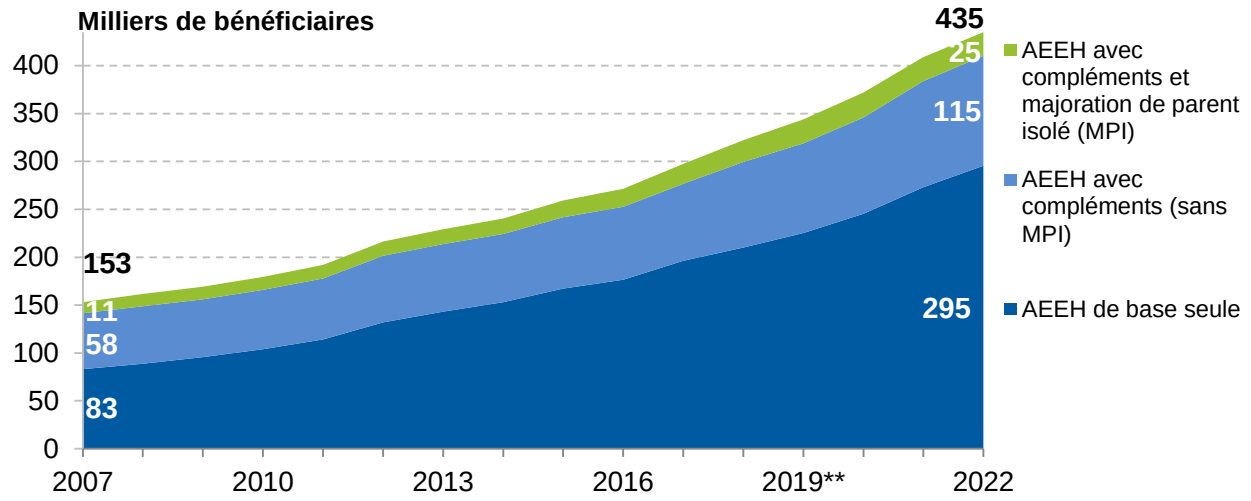
Le suivi du nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) informe à la fois sur l'évolution de la prévalence du handicap chez l'enfant, sa détection, et sur le niveau de la réponse apportée par la collectivité aux familles concernées.

Précisions sur l'AEEH : versée sans condition de ressources aux familles ayant un enfant de moins de 20 ans justifiant d'un certain niveau de handicap, elle est composée d'une allocation de base et d'un complément (parmi six compléments possibles) si les besoins de l'enfant le justifient. Depuis le 1er avril 2008, les bénéficiaires de l'AEEH éligibles à ces compléments peuvent choisir entre le bénéfice de ceux-ci et les différents volets de la prestation de compensation du handicap (PCH), si l'enfant est éligible à cette dernière (*cf. Indicateur 1-4*). Une majoration pour parents isolés (MPI), créée en 2005, est versée depuis le 1er janvier 2006 aux familles monoparentales allocataires.

Une hausse continue du nombre de bénéficiaires de l'AEEH

En 2022, 435 000 enfants bénéficient de l'AEEH versée. Ce nombre a doublé en 10 ans, soit une augmentation de 7 % en moyenne annuelle.(*cf. Graphique 1*). Cette tendance à la hausse des effectifs de bénéficiaires traduit en premier lieu une meilleure détection du handicap ainsi qu'un développement des réponses médico-sociales apportées à celui-ci. De plus, les conséquences de certaines pathologies (notamment les troubles de l'attention ou de l'apprentissage) sont désormais reconnues comme occasionnant des limitations d'activités, justifiant leur prise en compte au titre du handicap, la hausse constante traduit aussi une meilleure acceptation du handicap par la famille (Observatoire national de la petite enfance, éditions 2021)[1]. La croissance des bénéficiaires a toutefois baissé de 4 points en 2022 pour atteindre 6 % (contre +10 % en 2021). 10 300 enfants bénéficiaires de l'AEEH « retour au foyer » sont dénombrés, en augmentation de +7 % par rapport à 2021.

Graphique 1 ● **Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH par type d'allocation perçue**



Note : À partir de 2015, des informations agrégées sur le nombre d'enfants bénéficiaires sont disponibles à la MSA. A partir de 2020, l'information détaillée est disponible, les effectifs MSA sont donc intégrés dans les autres items (AEEH de base seule, avec compléments et MPI, avec compléments sans MPI).
Champ : France entière.
Source : données Cnaf (données au 31 décembre pour 2005-2016, **données au 30 juin de 2017 à 2022), MSA à partir de 2015

Un bénéficiaire sur trois bénéficie de compléments à l'allocation de base

Il existe six compléments à l'allocation de base, attribués selon un barème reflétant d'une part le coût que représente le handicap de l'enfant pour la famille et d'autre part la perte de revenus induite soit par la cessation ou la réduction d'activité professionnelle des parents, soit par le coût supplémentaire lié à l'embauche d'une tierce personne. Un tiers des allocataires de l'AEEH bénéficie de compléments en 2022 (*cf. Graphique 2*).

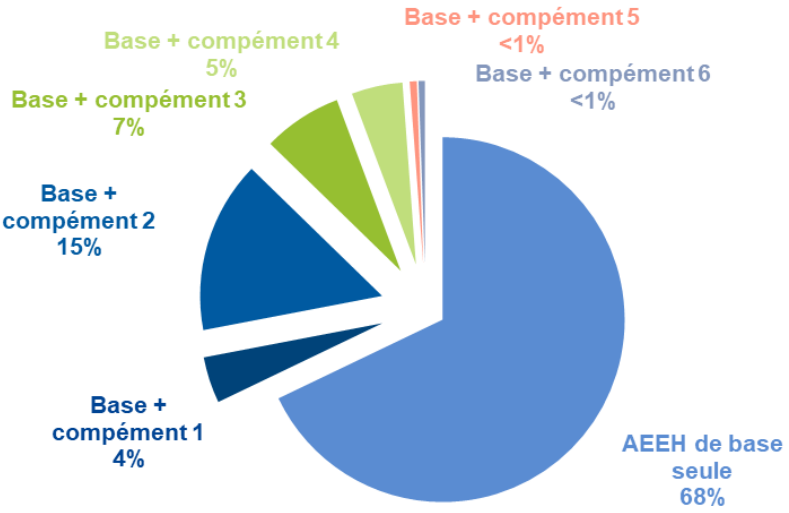
Le complément de catégorie 1 (attribué à 4 % des enfants bénéficiaires de l'AEEH en 2022) est uniquement lié aux dépenses d'aides techniques entraînées par le handicap de l'enfant. Lorsque ce handicap rend nécessaire le recours à une personne à temps partiel (tierce personne ou parent), il peut recevoir un complément de type 2 à 4 (c'est le cas de respectivement 15 %, 7 % et 5 % des bénéficiaires de l'AEEH en 2022). Les compléments de catégorie 5 ou 6 sont accordés quand le handicap de l'enfant rend nécessaire le recours à une personne à temps plein (environ 2 % des allocataires ont perçu les compléments 5 ou 6 en 2022).

[1] La hausse significative du nombre de bénéficiaires entre 2011 et 2012 est due à la prise en compte, pour les bénéficiaires de l'AEEH « retour au foyer », de l'ensemble des enfants pour lesquels le droit a été ouvert au 3ème trimestre de l'année civile et non de ceux pour lesquels le droit a été ouvert au mois de décembre. Hors prise en compte de ce changement, le nombre de bénéficiaires de l'AEEH aurait augmenté de 7,8%, au lieu de 12,8%. Par ailleurs, la hausse significative entre 2017 et 2018 est liée au fait que les données communiquées par la Cnaf portent désormais sur juin et non sur décembre comme précédemment. Indépendamment de ce changement méthodologique, l'évolution des effectifs en 2018 est comparable avec celle des années précédentes (+6,5%).

Depuis le 1er janvier 2006, les personnes assumant seules la charge d'un enfant handicapé éligible à l'AEEH avec un complément de catégorie 2 à 6 (attribué en cas de recours à une tierce personne) peuvent bénéficier d'une majoration spécifique pour parent isolé. Ces majorations ont concerné 6 % des enfants bénéficiaires de l'AEEH en 2022 (soit 0,5 point de moins qu'en 2021).

Depuis le 1er avril 2008, si un droit au complément de l'AEEH est reconnu, le bénéficiaire peut choisir entre le bénéfice de ce complément et la prestation de compensation du handicap (PCH) (*cf. Indicateur 1-4*). En 2011, 5 900 enfants, soit 6 % des bénéficiaires des compléments d'AEEH, ont opté pour la PCH. À compter de 2012, la ventilation des bénéficiaires de l'AEEH avec un complément ayant fait le choix de la PCH n'est plus détaillée par la Cnaf, car les Caf ne sont pas toujours informées du choix de l'allocataire (la Cnaf estime ainsi que 30 % des bénéficiaires ne seraient pas identifiés dans son système d'information).

Graphique 2 ● **Répartition des bénéficiaires de l'AEEH par type d'allocation perçue en 2022**



Source : données Cnaf (données juin 2022) et MSA (données décembre 2022)
Champ : France entière.
Note : les familles des enfants bénéficiaires du complément 1 de l'AEEH ne peuvent pas bénéficier de la majoration pour parent isolé.

Tableau 1 ● **Barème de l'AEEH en vigueur au 1er avril 2024**

	AEEH		Majoration parent isolé	
	en % de la BMAF(1)	Montant mensuel au 01/04/2024	en % de la BMAF(1)	Montant mensuel au 01/04/2024
Allocation de base	32%	149,26 €	-	-
Complément 1	24%	111,95 €	-	-
Complément 2	65%	303,19 €	13%	60,64 €
Complément 3	92%	429,12 €	18%	83,96 €
Complément 4	143%	665,00 €	57%	265,87 €
Complément 5	182%	849,90 €	73%	340,50 €
Complément 6	MTP (2)	1 266,60 €	107%	499,09 €

(1) La BMAF est la base mensuelle de calcul des allocations familiales qui sert à fixer le montant des prestations familiales, fixée à 466,44€ depuis le 01/04/2024 ;
(2) Majoration pour tierce personne.
Note de lecture : Un parent élevant seul son enfant handicapé qui bénéficie d'un complément de type 3 percevra : 149,26 + 665 + 265,87 = 1 080,14 €mensuels
Source : Réglementation (barème en vigueur depuis le 01/04/2024).

● Précisions méthodologiques

Sources des données :
Le dénombrement des familles et enfants bénéficiaires de l'AEEH est centralisé par la Cnaf qui le restitue dans ses publications périodiques. Le nombre de familles comptabilisé est nécessairement inférieur à celui du nombre d'enfants, une famille pouvant compter plusieurs enfants handicapés. Les effectifs présentés dans cet indicateur correspondent au nombre d'enfants.
Les données de bénéficiaires sont produites par la Cnaf et couvrent l'ensemble des régimes de sécurité sociale à l'exception des régimes agricoles sur le champ France entière. Les familles qui bénéficient de l'AEEH versée par la MSA sont incluses dans l'analyse à compter de 2018.

Indications complémentaires sur le dispositif :
Les commissions des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap (CDAPH) au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont en charge des décisions d'attribution de l'AEEH, de ses compléments et de la PCH. Les CAF interviennent ensuite pour le versement de l'AEEH auprès des familles. La PCH est versée par le conseil départemental.

Pour en savoir plus :
L'accueil du jeune enfant en 2021, données statistiques et recherches qualitatives, Rapport 2021 de l'Observation national de la petite enfance. Publications Cnaf.
Dossier statistique des prestations familiales, DSS
Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale, septembre 2022 : « fiche 3.3 Les prestations pour les jeunes en situation de handicap. »

Organismes responsables de la production de l'indicateur : CNAF/DSS

1.7. Allocation aux adultes handicapés (AAH)

Le suivi des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) informe sur l'évolution de la prévalence du handicap et sur le niveau de compensation apporté par les pouvoirs publics aux personnes concernées.

Le nombre de bénéficiaires de l'AAH est de 1,27 million mi-2022

L'allocation aux adultes handicapés (AAH), créée par la loi du 30 juin 1975, est une aide financière qui permet d'assurer un minimum de ressources aux personnes âgées de 20 ans ou plus (16 ans si le bénéficiaire n'est plus à la charge d'un foyer allocataire des prestations familiales), en situation de handicap ou atteintes d'une maladie chronique ou invalidante. Cette aide est attribuée sous deux types de conditions :

- D'une part sous certaines conditions médicales (critères d'incapacité), examinées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) constituée dans chaque Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).
- D'autre part sous certaines conditions administratives (critères d'âge, de résidence et de ressources), étudiées par les organismes payeurs (Cnaf et MSA, *cf. précisions méthodologiques*).

Contrairement aux autres minima sociaux, l'AAH interagit avec la prime d'activité

En 2022, 1,27 million de foyers bénéficient de l'allocation adultes handicapés (*cf. Graphique 1*)[1]. Il s'agit de la première aide en nombre d'allocataires à destination des personnes en situation de handicap (*cf. indicateur 1-1*). En tenant compte des conjoints et des enfants à charge, l'AAH couvre 2,5 % de la population des 20 ans et plus.

Depuis 2002, l'AAH a connu 3 grandes phases d'évolution. Sur la période 2002-2007, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 1,6 % par an en moyenne, en ralentissement par rapport aux années précédentes, où il progressait en moyenne de 2,5 % par an. La croissance des effectifs s'explique en partie par l'augmentation de la population âgée de 45 à 60 ans (générations du baby-boom), la prévalence du handicap augmentant avec l'âge. L'augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap et donc de la durée de perception de l'AAH contribuent également à la progression des effectifs. De 2007 à 2012, la progression du nombre de bénéficiaires s'est accélérée, pour s'établir à +4 % par an en moyenne. Cela fait suite à un assouplissement des conditions d'accès à l'allocation, notamment avec l'augmentation des plafonds d'éligibilité dans le cadre du plan de revalorisation de 25 % de l'AAH sur cette période.

En 2011 s'y est ajouté le recul de l'âge minimal de départ à la retraite, qui repousse la fin de droit à l'AAH pour les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 79 %.

Depuis 2013, le nombre de bénéficiaires de l'AAH progresse moins rapidement. Il a retrouvé une croissance comparable à celle qui était observée avant 2002, soit +2,5 % par an en moyenne. 2020 marque un fort ralentissement de la croissance du nombre de bénéficiaires avec une augmentation de +1,4 %. À partir de 2020, le nombre de bénéficiaires redevient dynamique avec une croissance de +1,6 % en 2021 et +2,3 % en 2022.

Ainsi, depuis le début des années 2000, en raison des évolutions démographiques, du contexte économique, du recul de l'âge moyen de la retraite et des revalorisations successives de la prestation, les effectifs de bénéficiaires ont augmenté de plus d'un tiers.

La croissance est essentiellement portée par les bénéficiaires dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 80% (+ 90 % depuis 2010), et dans une moindre mesure par les bénéficiaires dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 % (+4 %). En 2022, 51 % des allocataires bénéficient de l'AAH au titre d'une incapacité supérieure à 80 %.

L'AAH est une prestation différentielle, elle est versée à taux plein au bénéficiaire qui ne dispose d'aucune ressource prise en compte après l'application des diverses mesures favorables (certaines catégories de ressources ne sont pas du tout prises en compte, d'autres ne le sont que partiellement). Au taux partiel, l'AAH complète les ressources des allocataires dont le montant des revenus est inférieur à celui de l'AAH.

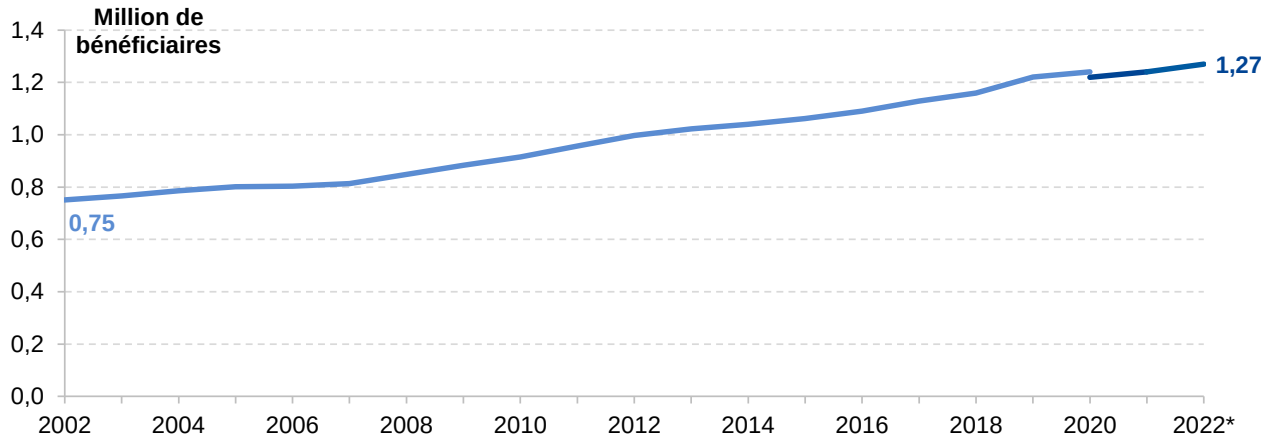
Près d'un bénéficiaire sur deux est une femme (48 %). Parmi elles, 57% perçoivent l'AAH à taux plein, contre 61% des hommes bénéficiaires. 27 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH sont ainsi des femmes qui touchent cette aide à taux plein, tandis que 32 % des bénéficiaires sont des hommes qui touchent cette aide à taux plein (*cf. Graphique 2* et *précisions méthodologiques*).

La situation la plus fréquente est celle d'un homme percevant l'AAH à taux plein, avec un taux d'incapacité supérieur à 80 % (17 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH en 2022). Cette même année, près de 80 % des bénéficiaires CNAF sont des personnes isolées, pour 85 % d'entre elles, sans enfant.

Le 20 juillet 2022, l'Assemblée Nationale a voté la déconjugalisation de l'AAH. Ainsi, à partir du 1er octobre 2023, les revenus du conjoint ne seront plus comptabilisés dans le calcul du montant de l'allocation. Cette nouvelle mesure va modifier les montants pour les bénéficiaires en couple (21 % en 2022) et pourrait conduire à une hausse du nombre de bénéficiaires.

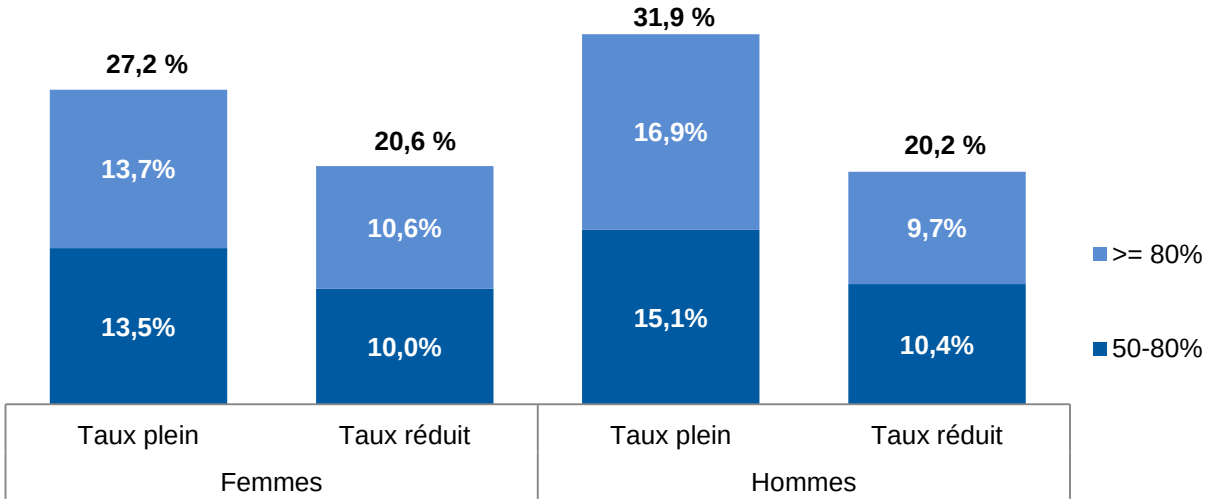
[1] Il est possible que des conjoints soient tous deux bénéficiaires de la prestation. Un seul foyer est alors comptabilisé. Cela concerne environ 26 700 foyers en juin 2022.

Graphique 1 ● **Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**



*bénéficiaires CNAF en juin et MSA en décembre depuis 2021 contre bénéficiaires CNAF et MSA de décembre de 2003 à 2020
Champ : France entière
Sources : Cnaf, MSA.

Graphique 2 ● **Répartition des bénéficiaires de l'AAH selon le sexe, le taux d'incapacité et le type d'allocation en 2022**



Champ : France entière
Source : Cnaf, MSA.

Les bénéficiaires de l'AAH sont inégalement répartis sur le territoire

En 2022, 24 personnes âgées de 20 ans ou plus sur 1000 bénéficient de l'AAH sur l'ensemble du territoire. Ce taux varie fortement selon les départements. Il est inférieur ou égal à 15 pour 1000 en Haute-Savoie ou dans les Yvelines, et supérieur à 40 pour 1000 en Lozère, dans la Creuse, dans les Hautes-Pyrénées et dans la Nièvre (*cf. Cartes*). Dans des travaux récents, la Drees a montré que les trois quarts des écarts entre départements s'expliquent par des facteurs sociodémographiques (âge, état de santé de la population, comportements à risques), sanitaires (offre d'hébergement dans les établissements dédiés aux personnes handicapées) et économiques (chômage, niveau de vie du territoire)[1].

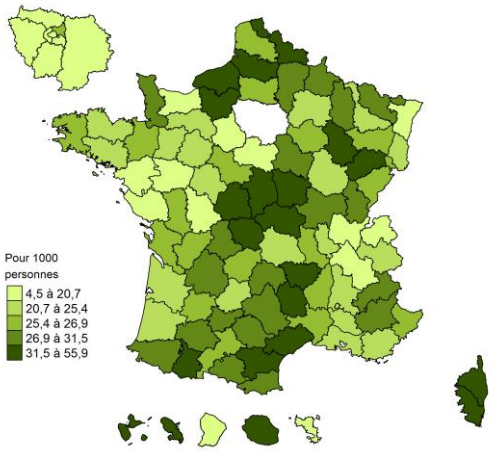
La proportion de bénéficiaires de l'AAH à taux plein parmi l'ensemble des bénéficiaires, s'établit à 60 % pour la France entière. Elle est la plus faible dans la Lozère, le Cantal, la Haute-Loire (inférieure à 50 %), et dépasse 70 % dans les DROM. Les départements dans lesquels la part des bénéficiaires au taux plein est la plus élevée sont en moyenne davantage marqués par le chômage et de faibles niveaux de vie. Ceci est lié au fonctionnement même de la prestation : l'AAH étant une prestation différentielle, son montant à taux plein n'est versé qu'en l'absence d'autres ressources.

En 2022, parmi les bénéficiaires de l'AAH, 81 % n'ont pas d'activité professionnelle, 11 % ont une activité en milieu ordinaire et 8 % travaillent en établissement et service d'aide par le travail (ESAT).

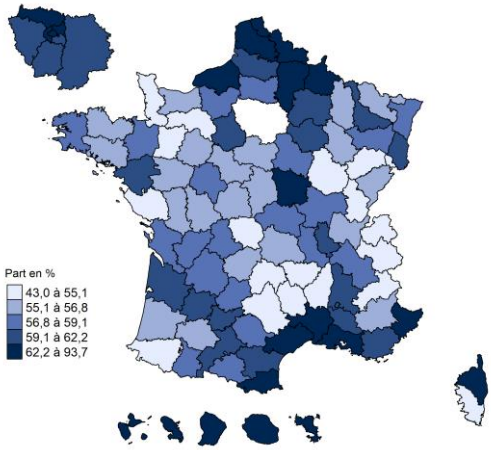
[1] Drees, Minima sociaux et prestations sociales, ménages aux revenus modestes et redistribution, Panorama de la Drees édition 2022, fiche 25.

Cartes ● Répartition des bénéficiaires de l'AAH selon le département, en 2022

1.Bénéficiaires de l'AAH



2.Part des bénéficiaires à taux plein



Source : Cnaf, MSA. ©geofla 2019

● Précisions méthodologiques

Sources des données : Données sur les bénéficiaires de l'AAH de la Cnaf et de la MSA.

Précisions sur le dispositif :

Conditions d'attribution	
Critère d'incapacité ***(apprécié par la CDAPH en fonction d'un guide-barème)***	- Taux d'incapacité au moins égal à 80% - Taux d'incapacité au moins égal à 50% et strictement inférieur à 80% et handicap entraînant une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi
Critères d'âge	- Ne plus pouvoir être bénéficiaire de l'AEEH, autrement dit être âgé de vingt ans ou plus, ou éventuellement de plus de seize ans (âge de la fin de la scolarité obligatoire en France) pour les jeunes n'étant plus considérés comme à la charge effective et permanente d'une personne physique pouvant recevoir une prestation familiale en leur faveur. - Pour les bénéficiaires ayant un taux d'incapacité compris entre 50 et 79%, le droit cesse "à l'âge auquel le bénéficiaire est réputé inapte au travail", c'est-à-dire "l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse", soit 62 ans pour les bénéficiaires nés à compter du 1er janvier 1956. -En cas d'incapacité d'au moins 80%, le bénéficiaire peut percevoir l'AAH au-delà de l'âge minimum légal, en complément d'un avantage vieillesse, dès lors que le montant de cet avantage est inférieur à celui de l'AAH.
Critères de ressources	- Le bénéficiaire ne doit pas percevoir personnellement un avantage vieillesse ou invalidité ou une rente accident du travail d'un montant mensuel supérieur au montant maximum de l'AAH (cf. ci-dessous). - Les revenus nets catégoriels du foyer doivent être inférieurs à un plafond qui est fonction de la situation familiale et du nombre d'enfants à charge (à compter de 2023 les revenus du conjoints de seront plus pris en compte)
Critères de résidence et de nationalité	- Il faut résider en France de manière habituelle (au moins six mois par an) - Il n'y a pas de condition de nationalité mais les étrangers non ressortissants de l'espace économique européen (EEE) doivent posséder un titre de séjour en cours de validité et les ressortissants de l'EEE ou de la Confédération suisse doivent remplir des conditions de droit au séjour.

Montant de l'AAH : L'AAH est une prestation différentielle, calculée par référence à un montant maximum (le taux plein), fixé par décret, il a été fixé à 1 016,05 € au 1er avril 2024 , bénéficiant d'une hausse de 4,6 % à l'instar de l'ensemble des prestations familiales. L'AAH peut varier selon la situation professionnelle, les ressources, la situation de famille et le nombre de personnes à charge du bénéficiaire. En présence de ressources, elle est versée à taux réduit. Enfin, l'AAH est attribuée pour des durées variables en fonction du taux de handicap et de sa nature, susceptible ou non d'évolution favorable.
Compléments de l'AAH : Sous certaines conditions liées à l'occupation d'un logement indépendant, l'AAH peut être cumulée avec la majoration pour la vie autonome (MVA) qui s'élève à 104,77 € par mois. Le complément de ressources (CPR) d'un montant de 179,31 €, a été supprimé au 1er décembre 2019. Cependant, les personnes percevant cette aide continuent d'en bénéficier sous réserve de remplir les conditions d'attribution. En juin 2022, 13 % des bénéficiaires de l'AAH percevaient une MVA, et 4 % un CPR.

Pour en savoir plus : Se référer aux publications « Prestations légales – aides au logement – revenu de solidarité active », Cnaf et « Panorama des minimas sociaux », Drees.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.8. Pensions d'invalidité

En 2023, le nombre de pensionnés d'invalidité de droits propres, tous régimes confondus, est estimé à 927 000.

Les pensions de retraites des ex-invalides ainsi que les pensions de droits dérivés ne sont pas intégrées dans le dénombrement présenté ici. Lorsqu'ils atteignent 62 ans, les bénéficiaires de pensions d'invalidité de la branche maladie voient en effet leur allocation convertie en pension d'inaptitude, à destination des ex-invalides. Concernant les fonctionnaires, les agents définitivement inaptes à l'exercice de leurs fonctions bénéficient d'une retraite anticipée pour invalidité. Seuls les fonctionnaires invalides de moins de 60 ans sont, à des fins de comparaison, inclus dans cet indicateur. Ainsi, 996 000 personnes bénéficient de pensions d'ex-invalidité ou assimilées en 2023 tous régimes confondus.

Cette même année, 207 000 conjoints ou enfants survivants au décès d'un bénéficiaire d'une pension d'invalidité se voient attribuer une pension de droit dérivé.

De nouvelles règles de cumul entre pension d'invalidité et revenus d'activité sont entrées en vigueur à compter du dernier trimestre 2022 (avec un effet rétroactif au 1er avril 2022) : introduction d'un plafond supplémentaire dans le calcul du montant de la pension, examen des ressources sur douze mois (ou les 10 meilleures années) contre un trois mois auparavant (*cf.* précisions méthodologiques). Cette réforme a des conséquences sur les montants et le nombre de bénéficiaires des pensions d'invalidité.

Près de neuf bénéficiaires sur dix relèvent du régime général

Le régime général, qui couvre les salariés du privé et les indépendants, compte 833 000 pensionnés, soit près de 9 bénéficiaires sur 10 (cf. graphique 1). Parmi les salariés, trois principales catégories de pensions existent, selon le degré d'invalidité de la personne (cf. précisions méthodologiques). La 1ère catégorie, correspondant aux personnes en mesure d'exercer une activité professionnelle, constitue, 27 % de l'ensemble des pensionnés d'invalidité du régime général en 2023. Les2ème et 3ème catégories, correspondent aux personnes qui ne peuvent plus exercer d'activité professionnelle, selon qu'ils aient ont besoin (3ème) ou non (2ème) d'assistance dans les gestes essentiels de la vie quotidienne. Elles comptent pour respectivement 71 % et 2 % du total des bénéficiaires de pensions d'invalidité du régime général.

En 2021, le montant versé dépend de la catégorie d'invalidité. Au régime général, il s'échelonne, en moyenne, de 550 euros par mois pour les invalides en mesure d'exercer une activité rémunérée, à 1 880 euros pour les assurés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie quotidienne[1]. La pension d'invalidité des femmes est inférieure à celle des hommes dans l'ensemble des régimes. Ceci s'explique par le fait que le montant de la pension dépend, à catégorie d'invalidité donnée, des salaires perçus auparavant.

Une baisse de 1 % de bénéficiaires en 2023 après une hausse de 3 % en 2022

Après une baisse globale des bénéficiaires d'une pension d'invalidité de -1 % en 2021, l'année 2022 a enregistré une augmentation de +3 %. Le recul du nombre de bénéficiaires en 2021 est associé aux conséquences de la crise sanitaire du Covid-19 et aux périodes de confinement. L'année 2022 a marqué un « rattrapage » de la baisse de l'année précédente. Celui-ci est porté par les pensionnés du régime général qui augmentent de +3,1 % et plus spécifiquement par les salariés (+3,4 %). Les pensionnés indépendants du régime général enregistrent au contraire une baisse de -2,4 %. Les pensionnés de la MSA, de la fonction publique et des autres régimes (cf. précisions méthodologiques) enregistrent aussi une baisse en 2022 (respectivement -2,4 %, -0,5 % et -1,4 %).

L'année 2023 est marquée par une légère baisse globale des bénéficiaires de 1,0 % tous régimes confondus. Le nombre de pensionnés du régime général diminue de -1,2 %. La baisse est nettement plus marquée pour les travailleurs indépendants (-8,0 %) que pour les salariés (-0,9 %).

Les effectifs de pensionnés d'invalidité, tous régimes confondus, ont toutefois en moyenne progressé de 2,0 % par an depuis 10 ans. Bien qu'ils représentent 86 % des bénéficiaires, le nombre de pensionnés du régime général a augmenté moins rapidement que celui des autres régimes (+ 2,0% par an en moyenne), en passant de 692 000 à 833 000 pensionnées, soit une augmentation de 20,0% sur 10 ans (cf. graphique 3). Les pensionnés du régime agricole (MSA) ont augmenté de +0,9 % par an depuis 2013 et les pensionnés de la fonction publique de +3,6 % par an.

L'âge moyen des bénéficiaires du régime général, similaire à l'âge moyen observé chez les salariés agricoles, est de 53,3 ans. Il est moins élevé pour les bénéficiaires de la fonction publique militaire de l'État ou de la CNIEG (respectivement 35,3 et 51,0 ans) et s'établit à un niveau plus haut pour les pensionnés de la CNRACL ou encore les non-salariés agricoles (respectivement 55,5 et 55,9 ans)1.

La part des bénéficiaires d'une pension d'invalidité de droit direct dans la population française croît avec l'âge : elle atteint quasiment 9,0 % à 61 ans, soit juste avant l'âge légal d'ouverture des droits à retraite. À partir de 62 ans, cette part est plus faible, les pensions d'invalidité étant automatiquement transformées en pension de retraite à cet âge pour les personnes n'exerçant plus d'emploi.

[1] Cf. « Les Retraités et les Retraites - édition 2023 », fiche 24 Drees.

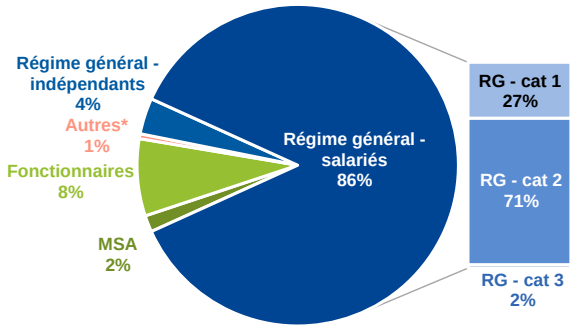
Les dépenses de pensions d'invalidité atteignent 9 Md€ en 2023

Les dépenses totales d'invalidité tous régimes se sont élevées à 8,9 Md€ en 2023. Les dépenses du régime général, qui couvre les salariés du secteur privé, représentent 81 % du total, ceux des régimes de la fonction publique 10 % et l'ensemble des autres régimes (MSA, autres régimes spéciaux et régime général - indépendants) 9 % (*cf.* graphique 2). La faible part des régimes de la fonction publique résulte d'un nombre d'agents inférieur au nombre de salariés du privé et de différences de règles d'admission en invalidité entre ces régimes et le régime général.

Les dépenses d'invalidité, tous régimes confondus, ont diminué de 2007 à 2010, puis ont augmenté à partir de 2011 jusqu'en 2023. Elles sont présentées corrigées de l'inflation (*cf*. graphique 4).

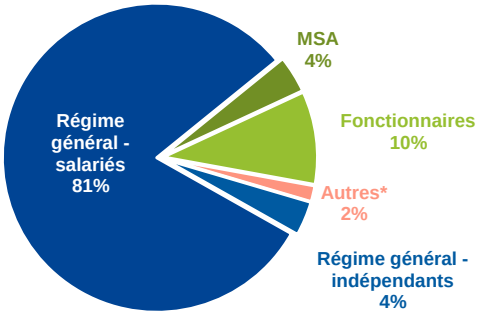
Concernant le régime général, à compter de 2011, la réforme des retraites de 2010 contribue à la hausse des prestations d'invalidité, le recul de l'âge de départ à la retraite se traduisant par un allongement de la durée en invalidité (*cf. fiche 3.3 du rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale de juillet 2017*). La réforme des retraites de 2023 allonge de 62 à 64 ans l'âge légal de départ à la retraite. Néanmoins, un nouvel âge dérogatoire d'ouverture des droits à la retraite est créé, permettant aux assurés inaptes et des invalides de continuer à faire valoir leurs droits à retraite à 62 ans.

Graphique 1 ● **Répartition des pensionnés d'invalidité par régime, en 2023**



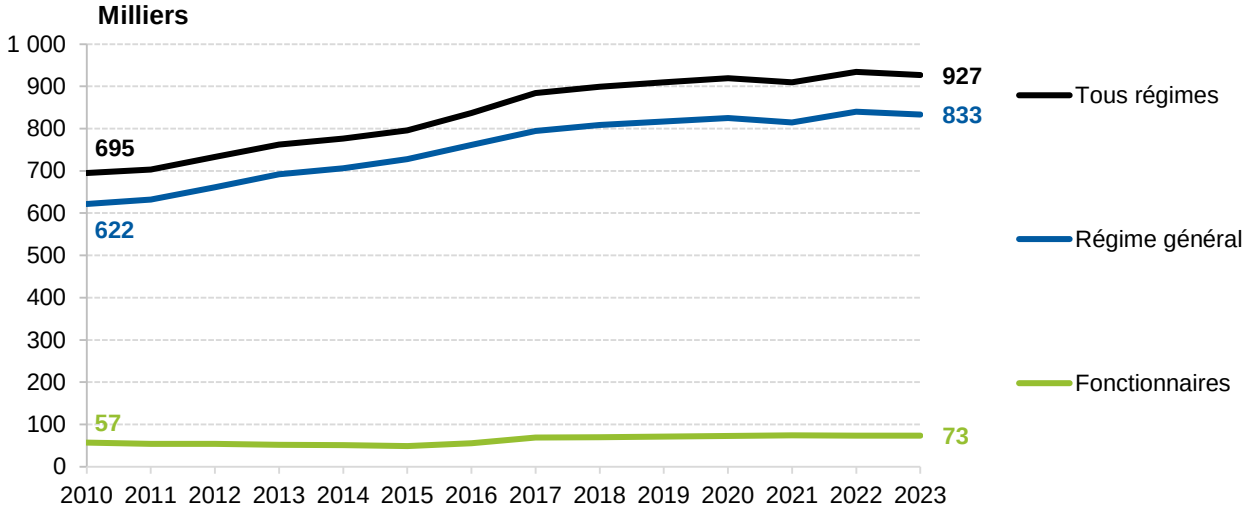
* La liste des régimes pris en compte est détaillée en précisions méthodologiques.
Note : Les catégories d'invalidité sont décrites dans l'encadré relatif aux précisions méthodologiques.
Champ : France entière.
Sources : CCSS septembre 2023, Cnam (traitement DSS), Drees (estimation DSS).

Graphique 2 ● **Répartition des dépenses d'invalidité par régime, en 2023**



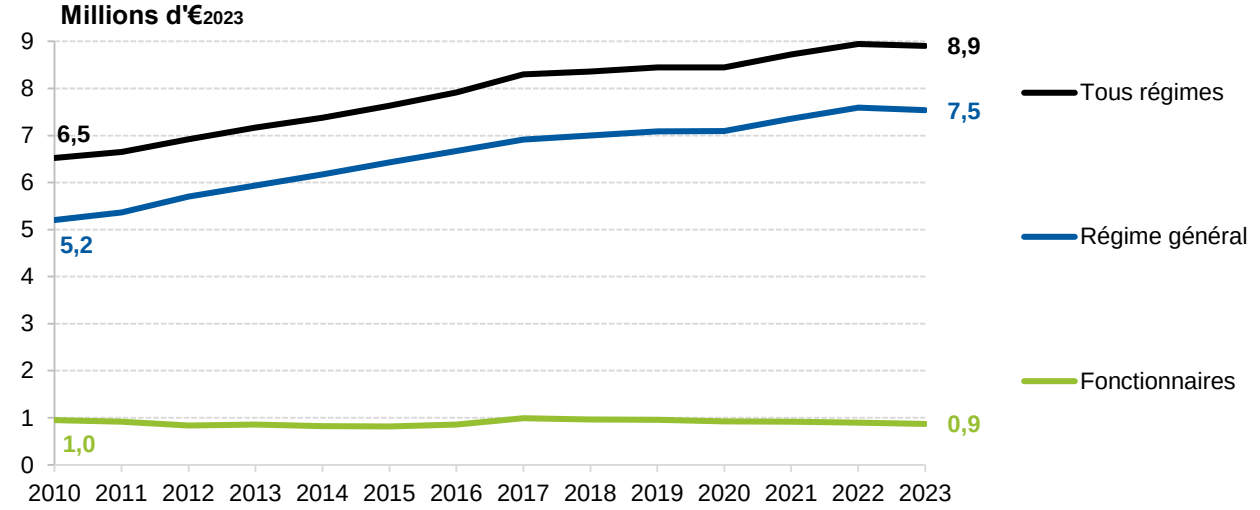
* La liste des régimes pris en compte est détaillée en précisions méthodologiques.
Champ : France entière
Source : CCSS septembre 2023, Cnam.
.

Graphique 3 ● **Bénéficiaires de pensions d'invalidité par régimes**



Note : Le régime général comprend les salariés du privé et les travailleurs indépendants.
Champ : France entière.
Source : CCSS septembre 2023, estimations DSS sur données Cnam, SSI et Drees.

Graphique 4 ● Dépenses d'invalidité par régime



Champ : France entière
Source : CCSS septembre 2023, Cnam, SSI.

● Précisions méthodologiques

Sources des données :
Les *effectifs* présentés sont identiques à ceux des rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) pour les régimes spéciaux, les fonctionnaires et la MSA. Pour le régime général, ils sont issus des données fournies annuellement par les services statistiques de la Cnam. La structure des pensionnés d'invalidité par catégorie (du régime général) provient également des données de la Cnam.
Les *montants* de dépenses correspondent à ceux du compte « prestations légales invalidité » de la branche maladie de l'ensemble des régimes étudiés. Ils concernent les dépenses d'invalidité agrégées, pensions et allocations supplémentaires (qui font l'objet d'un indicateur spécifique, *cf.* indicateur n°2-3) et peuvent aussi mêler les pensions des ex-invalides notamment pour celles relevant des régimes de la fonction publique, de la SNCF, et de la RATP.

Ces montants sont identiques à ceux présentés dans les rapports de la CCSS. Ils sont cependant exprimés ici en millions d'euros constants.
Les effectifs et montants qui figurent ici couvrent la France entière.

Précisions sur le dispositif :
La pension d'invalidité est accessible après un accident ou une maladie d'origine non professionnelle, si la capacité de travail ou de gain est réduite d'au moins 2/3 (66 %). Pour en bénéficier, une condition d'affiliation à la Sécurité sociale depuis au moins 12 mois est nécessaire. Elle se caractérise soit par une rémunération au moins égale à 2 030 fois le Smic horaire ou une quotité de travail de 600 heures (les deux sur la période encourue).
Les catégories d'invalidité du régime général peuvent se décomposer de la manière suivante :
- 1ère catégorie : « *invalides capables d'exercer une activité rémunérée* » ; le montant de leur pension est égal à 30 % du salaire annuel moyen de base (calculé sur les 10 meilleures années dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale, soit 3 864 € par mois en 2024) qu'ils percevaient antérieurement à la reconnaissance de leur invalidité ;
- 2ème catégorie : « *invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque* » ; le montant de leur pension est égal à 50 % du salaire annuel moyen de base ;
- 3ème catégorie : « *invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie* » ; le montant de leur pension est égal à 50 % du salaire annuel moyen de base auquel s'ajoute le montant forfaitaire par la majoration pour tierce personne (MTP) ;

Pension d'invalidité = Salaire de référence x Taux d'incapacité x (Durée d'assurance / Durée de référence)

Les invalides dépendant du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE) et de la CNRACL sont ici intégrés dans la catégorie « *Fonctionnaires* ».

La catégorie « *Autres régimes* » regroupe :
- le régime des Industries électriques et gazières (IEG) ;
- la SNCF ;
- la RATP ;
- l'Établissement National des Invalides de la Marine (ENIM) ;
- la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) ;
- la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) ;
- la Banque de France.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.9. Dispositifs à destination des proches aidants

La loi d'adaptation de la société au vieillissement de sa population (ASV) a donné en 2015 un cadre juridique au proche aidant, depuis défini dans le Code de l'Action sociale et des Familles comme une *« personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap* ». Le soutien apporté par les aidants peut prendre différentes formes : les aides dans les activités de la vie quotidienne (ménage, repas, toilette, présence), les aides financières, matérielles ou encore le soutien moral. Présents au quotidien, les aidants assurent également souvent la continuité de l'accompagnement.

9,3 millions d'aidants de personnes en situation de handicap ou âgées en perte d'autonomie

9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021[1].

8,8 millions d'adultes et 0,5 million de mineurs âgés de 5 ans ou plus sont proches aidants, soit respectivement une personne sur six et un mineur sur vingt. Le pourcentage de proches aidants culmine aux alentours de 60 ans : entre 55 et 64 ans, une personne sur quatre est concernée. L'aide régulière apportée peut prendre la forme d'une aide dans les activités de la vie quotidienne, d'un soutien moral ou d'une aide financière. L'aide la plus fréquemment déclarée est le soutien moral (6,4 millions de personnes âgées de 5 ans ou plus, dont 368 000 mineurs), puis l'aide à la vie quotidienne (5,7 millions de personnes, dont 308 000 mineurs) et l'aide financière (1,3 million d'adultes).

Les femmes apportent plus souvent que les hommes une aide régulière à la vie quotidienne ou un soutien moral.

Parmi les adultes, les femmes déclarent un peu plus souvent que les hommes apporter une aide régulière quelle qu'en soit la forme. Parmi les mineurs, les filles sont également légèrement surreprésentées. Ce constat se retrouve quasiment à chaque tranche d'âge, à l'exception des 75 ans ou plus où les femmes sont sous-représentées. En revanche, les hommes sont légèrement surreprésentés parmi les personnes déclarant apporter une aide financière.

La part des proches aidants apportant une aide aux activités de la vie quotidienne culmine dans les DROM, dans les Hauts-de-France et en Corse.

La part de proches aidants âgés de 5 ans ou plus apportant une aide régulière aux activités de la vie quotidienne est plus élevée, à structure par âge identique, en Martinique (15,1 %), en Guadeloupe (12,5 %), à La Réunion (11,5 %), à Mayotte (10,4 %), en Guyane (10,3 %), dans les Hauts-de-France (10,2 %) et en Corse (9,6 %). Après avoir contrôlé l'effet des différences territoriales de répartition par âge des populations, ces régions sont également celles où la part de personnes âgées de 5 ans ou plus se déclarant fortement limitées ou déclarant au moins une limitation fonctionnelle est la plus élevée.

Si certaines problématiques concernent globalement les aidants, comme le besoin de répit, d'autres varient, notamment selon leur âge. Ainsi, lorsque les aidants sont encore en âge d'exercer une activité, une problématique importante est celle de la conciliation avec la vie professionnelle. Lorsque les aidants sont retraités, une difficulté majeure est celle de la préservation de leur propre état de santé.

Afin de répondre à ces besoins divers, des dispositifs sont mis en place, favorisant le répit et la conciliation entre vie familiale et professionnelle grâce notamment à une indemnisation financière.

La stratégie nationale « Agir pour les aidants », dans son édition 2023-2027[2] s'articule autour de 6 engagements :

- un plan de développement du répit,
- la création dans tous les départements d'un interlocuteur unique pour les aidants,
- le renforcement des nouveaux droits créés dans le précédent quinquennat,
- l'ouverture de la validation d'acquis d'expérience aux proches aidants,
- l'amélioration de l'accès aux bourses pour les étudiants aidants,
- un plan de repérage massif des aidants.

Principaux dispositifs de conciliation avec la vie professionnelle, à destination des proches aidants, avec une ouverture de nouveaux droits sociaux

Trois dispositifs peuvent être distingués.

Le **congé de proche-aidant**[3] **(CPA)** permet de cesser temporairement son activité professionnelle pour s'occuper d'une personne handicapée ou en perte d'autonomie d'une particulière gravité. Il remplace depuis 2017 le congé de soutien familial. Ce congé est accessible sous conditions de lien familial ou étroit avec la personne aidée, et de résidence en France de celle-ci. Il est d'une durée de trois mois renouvelables, sans pouvoir dépasser un an sur l'ensemble de la carrière de l'aidant.

Le congé de proche aidant n'est pas rémunéré par l'employeur (sauf dispositions conventionnelles ou collectives le prévoyant). Toutefois, depuis le 1er octobre 2020, l'aidant peut percevoir l'**allocation journalière du proche aidant** (AJPA). L'aidant est éligible à l'AJPA s'il est salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant réduisant ou interrompant son activité ou chômeur indemnisé suspendant sa recherche d'emploi pour accompagner un proche. L'AJPA est un revenu de remplacement qui compense une partie de la perte de salaire, dans la limite de 22 jours par mois, et de 66 jours au cours du parcours professionnel de l'aidant. L'allocation peut indemniser des jours pris consécutivement, de manière fractionnée ou en complément d'une activité à temps partiel. Elle a pour objectif de répondre à la fois à un besoin de soutien régulier et étalé dans le temps et à un besoin urgent et

[1] Source : DREES, Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2021

[2] https://solidarites.gouv.fr/presentation-de-la-strategie-de-mobilisation-et-de-soutien-pour-les-aidants-2023-2027

[3] Code du travail : articles L3142-16 à L3142-25-1

ponctuel. Au 1er janvier 2024, l'AJPA est fixée à 64,5 € par jour et son montant est, depuis 2022, indexé sur le smic.

De plus, pour mieux soutenir les aidants qui réduisent ou interrompent leur activité professionnelle, le champ des bénéficiaires de l'allocation a été élargi en réponse aux recommandations formulées dans le cadre de la concertation sur le grand âge et l'autonomie par le groupe de travail sur les proches aidants et le bénévolat. Ainsi, depuis début 2022, les proches aidants de personnes dont le handicap ou la perte d'autonomie peuvent, sans être d'une particulière gravité, nécessiter une aide régulière de la part d'un proche peuvent demander l'AJPA (notamment les aidants de personnes âgées classées en GIR 4). Cet élargissement concerne également les aidants de personnes invalides ou bénéficiaires de rentes d'accident du travail et de maladie professionnelle et bénéficiaires à ce titre de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire de recours à une tierce personne. L'AJPA est versée par les caisses d'allocations familiales et les caisses de la mutualité sociale agricole, sur demande du proche aidant.

L'assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF) est une prestation qui permet, sous certaines conditions, de valider des trimestres de retraite et un report au compte au niveau du SMIC aux parents et aux aidants familiaux qui arrêtent ou réduisent leur activité pour accompagner un tiers. L'affiliation est gratuite pour les aidants familiaux qui arrêtent ou réduisent leur activité pour aider un enfant ou un parent en situation de handicap (avec une incapacité permanente d'au moins 80 %). La LFRSS 2023 introduit **l'assurance vieillesse des aidants** (AVA) qui remplace l'AVPF pour les aidants familiaux à partir de septembre 2023. Avec la création de l'AVA, les bénéficiaires de la prestation sont élargis aux aidants non familiaux, aux aidants ne résidant plus au domicile de la personne aidée, et aux aidants ayant des enfants avec un taux d'incapacité inférieur à 80 % et éligibles à un complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

850 aidants ont bénéficié de l'AJPA en mars 2023

Le CPA est géré directement au niveau des entreprises. Il ne fait pas l'objet de remontées statistiques permettant d'en évaluer le nombre de bénéficiaires. La Cnaf comptabilise en mars 2023 590 bénéficiaires de CPA indemnisés. Les foyers bénéficiaires de l'AVPF au titre du congé proche aidant étaient 23 900 en 2021, soit 1 % des bénéficiaires de l'AVPF.

Les données relatives à l'AJPA sont, elles, disponibles. Selon la Cnaf, 850 personnes ont bénéficié de l'AJPA en mars 2023, dont 4 % accompagnaient plus d'une personne (*cf. Tableau 2*). Entre l'automne 2020 et la fin août 2022, environ 24 000 demandes ont été reçues par la Cnaf, Un tiers d'entre elles ont été acceptées et deux tiers ont été refusées, principalement pour des motifs liés à l'activité professionnelle de l'aidant – les personnes retraitées, qui représentent la moitié des aidants, ne pouvant bénéficier de la prestation. Selon les données financières de la CNSA relatives à 2022, le coût du dispositif est de 8 M€ en 2022.

Le nombre moyen de jours indemnisés par an, par aidant et par aidé, est de 9 jours. En mars 2023, 3 000 bénéficiaires de l'AJPA avaient consommé le plafond de 66 jours depuis la création de la prestation. Près de 7 aidants sur 10 sont salariés, 18 % sont chômeurs indemnisés et 12 % sont travailleurs indépendants. 75 % des bénéficiaires sont des femmes et 54 % sont en couple.

Les systèmes d'information ne permettent pas une affiliation automatique AVPF au titre de l'AJPA.

Les données sur l'affiliation à l'AVPF au titre d'un congé de proche aidant, réalisées via une procédure d'urgence au moment de la liquidation des droits à retraite en 2020, ont concerné un faible nombre d'assurés (inférieur à 10) et ne tiennent pas encore compte des personnes éligibles à l'AVPF au titre de l'AJPA

Tableau 2 ● **Foyers concernés par un droit AJPA**

	déc-20	mars-21	juin-21	sept-21	déc-21	mars-22	juin-22	sept-22	déc-22	mars-23
Nombre de bénéficiaires	**990**	**1 125**	**1 080**	**1 050**	**1 204**	**1 237**	**1 201**	**1 187**	**830**	**853**

Source : Cnaf. Note : Pour 2022, il s'agit du nombre de personnes concernées par un droit AJPA, et non du nombre de foyers.

Autres dispositifs à destination des aidants

Au-delà de ces droits sociaux, la branche Autonomie participe à l'accompagnement des aidants à plusieurs titres.

D'abord, en finançant en partie l'accueil de jour et l'hébergement temporaire des personnes en perte d'autonomie (*cf. indicateur 1-12*). Au-delà, d'autres dispositifs proposant des solutions de répit, particulièrement les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) sont renforcées et développées. Face au constat d'épuisement d'aidants, les PFR apportent aux aidants un soutien adapté en adéquation avec leurs besoins (information, formation), en recensant les prestations et services disponibles sur le territoire qui leur permettent de trouver du répit, en organisant une suppléance de l'aidant à domicile ou en proposant des activités favorisant la vie sociale. Il existe 266 PFR en 2023[1]. À la fin 2022, 63 M€ de mesures nouvelles ont été délégués aux ARS sur toute la durée de la stratégie « Agir pour les aidants » pour le déploiement de l'offre de répit. Sur la durée de la stratégie, 118 nouvelles PFR ont été installées. En 2022, 72 000 aidants ont bénéficié d'une action d'accompagnement dans le cadre de la stratégie.

De plus, la loi ASV a prévu, **dans le cadre de l'APA**, deux dispositifs spécifiques de soutien :

- **Un module répit,** dans un souci de prévention autant que de réponse au risque d'épuisement de l'aidant,
- **Un module de relai** en cas d'hospitalisation de l'aidant, évitant d'une part que ce dernier retarde une opération de santé, et d'autre part que la personne aidée soit insuffisamment accompagnée du fait de l'indisponibilité ponctuelle de son aidant.

[1] 21 PFR visant les aidants de personnes en situation de handicap, 225 PFR visant les aidants de personnes âgées en perte d'autonomie et 20 PFR « mixtes » (tout public)

Environ 72 000 aidants ont bénéficié d'une action d'accompagnement en présentiel ou en distanciel sur l'ensemble de la durée de la stratégie « Agir pour les aidants » (2020-2022) grâce au soutien financier de la CNSA à des associations nationales.

Et plus de 2000 professionnels et bénévoles – dont des pairs-aidants – ont été formés pour accompagner les aidants notamment lors des formations. Près de 13,2 M€ ont ainsi été engagés au titre du budget d'intervention sur cette période.

La CNSA a également financé jusqu'en 2023 six plateformes pédagogiques de formation et de soutien à distance. Co-construites par des experts du soutien aux aidants et de la formation, ces plateformes sont soutenues grâce à un financement de 1,2 M€.

Enfin, dans le cadre de l' appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour soutenir l'action des départements en matière d'aide à domicile, de soutien aux aidants, et d'accueil familial[1], 68 départements se sont positionnés sur l'axe « soutien aux aidants de personnes en situation de handicap », représentant 9 M€ sur la période 2023 – 2026 (sur cet axe uniquement).

Le soutien aux aidants s'appuie, en outre, sur des leviers complémentaires au budget d'intervention.

Ainsi, la CNSA intervient via la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA), le concours « autres actions de prévention » couvrant notamment le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. 324 413 aidants ont ainsi été soutenus, entre 2020 et 2022, grâce à la mobilisation de près de 12,9 M€ par les CFPPA sur les concours attribués par la CNSA.

• Précisions méthodologiques

Sources des données : CNSA, DGCS, DSS

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA et DSS

[1] https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/un-ami-pour-soutenir-laction-des-departements-en-matiere-daide-a-domicile-de-soutien-aux-aidants-daccueil-familial

1.10. Equipements et services accompagnant les enfants et adultes handicapés

En 2023, on compte en France 175 137 places pour les enfants en situation de handicap dans les établissements d'hébergement ou services ou médico-sociaux. Ces structures bénéficient toutes d'un financement total ou partiel de la branche autonomie, dans le cadre de l'Objectif Global de Dépense (OGD).

Concernant les adultes en situation de handicap, 321 097 places sont autorisées, dont 67 % dans les structures médico-sociales financées intégralement par l'OGD (*cf. graphique 1*).

Enfin, la branche autonomie concourt au financement de 214 664 places pour les enfants (financement « intégral ») et adultes en situation de handicap dans les établissements et services d'aides par le travail (ESAT – volet médico-social de l'activité des ESAT).

Par ailleurs, il existe une offre en Belgique qui accueille environ 1 200 enfants ressortissants français en situation de handicap répartis dans 23 structures conventionnées et financées à hauteur de 66,5 M€ par la CNSA. De même, des adultes français sont accompagnés dans des établissements non conventionnés et financés par le centre national des soins à l'étranger (CNSE). Actuellement, ces structures sont en cours de conventionnement et sont intégrées progressivement, à compter du 1er janvier 2022, dans l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la CNSA.

Le nombre de places pour adultes progresse davantage que celui pour enfants depuis 2004

Sur le champ des structures financées par l'OGD, sur la période 2004-2023, le nombre de places installées en France métropolitaine a augmenté de +1,2 % par an en moyenne pour les enfants et +6,2 % pour les adultes suite à l'intégration des ESAT au 1er janvier 2017 dans le nombre de places prises en compte (*cf. graphique 2*). Ce contraste est plus mesuré en 2023, puisque la hausse des places pour les adultes a été de 1,5%, contre 2,0% pour les enfants. L'évolution contrastée entre les deux secteurs sur les dernières années s'explique par une politique qui tend à améliorer ke taux d'équipement de l'offre médico-sociale à destination des adultes en situation de handicap. Cette politique fait suite au manque de places par rapport aux enfants et à la constance des situations de jeunes en maintien inadapté (« amendements Creton »[1]). Selon une étude de la Drees[2], près de 6 000 jeunes adultes, âgés de 18 à 30 ans étaient accueillis dans des établissements pour enfants handicapés fin 2010, soit 20 % de plus qu'il y a quatre ans, lors de la précédente enquête. En 2010, ils représentaient 5,6 % des usagers de ces structures, soit un point de plus qu'en 2006.

Le programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes en situation de handicap (2008-2012) prévoyait ainsi la création de 12 250 places pour les enfants et 29 200 pour les adultes, soit un total de 41 450 places (auxquelles s'ajoutent 10 000 places d'établissements et services d'aides par le travail – ESAT - financées sur crédits d'État). Le troisième plan Autisme entre 2013 et 2017 puis la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement, dotée de 129 M€ complétés par des dispositifs notamment destinés à renforcer le dépistage, le diagnostic et l'intervention précoces. La période a également été marquée par la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale, portant à la fois des crédits de développement de l'offre, mais également une logique de transformation qui a conduit à développer de nouveaux dispositifs et modes d'intervention auprès des jeunes et des adultes en situation de handicap.

En 2023, on observe une hausse significative des places en services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) (+5 %). Côté institution, La capacité des maisons d'accueil spécialisées (MAS), des foyers d'accueil médicalisés (FAM) / Etablissement d'accueil médicalisé (EAM) et des établissements spécialisés d'aide par le travail (ESAT) progresse également mais plus modérément (+1,1 % par rapport à 2022). Ces différentes structures représentent plus de la moitié des capacités d'accueil du secteur des adultes, tout financeur confondu. On constate une baisse du développement (-1,6 %), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services d'aide de soins à domicile (SPASAD) à destination des personnes en situation de handicap entre 2022 et 2023 (bien que ce soit les personnes âgées qui recourent le plus à ces services). Sur le secteur enfant, les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) baissent de 1,7 % entre 2022 et 2023 malgré la prise en compte des dispositifs PH (DITEP) dans Finess dont la mesure de l'activité n'est à ce jour pas arrêtée.

Depuis 2004, l'augmentation du taux d'équipement est plus importante dans le secteur des adultes (+5 points, portant le taux d'équipement moyen à 6 places pour 1 000 adultes) que sur le secteur des enfants (+2,2 points, 10 places pour 1 000 enfants). Par ailleurs, la majorité des régions ont vu leur taux d'équipement rester stable depuis 2017 notamment sur le champ adulte.

En matière de taux d'occupation[3],dans le champ de l'enfance, ce sont les IME et les ITEP qui connaissent les taux les plus élevés sur le secteur enfant (moyennes pondérées et médianes avoisinant les 85 %). Pour ce qui est des adultes, les établissements avec hébergement (FAM/EAM et MAS notamment) connaissent également des taux d'occupation élevés pour leur activité d'hébergement permanent (supérieur à 90 % en moyenne comme en médiane).

L'habitat inclusif : une offre en émergence

L'habitat inclusif constitue une forme "d'habitat » intermédiaire entre le domicile (et à l'accueil en établissement.

[1] Il s'agit d'un dispositif législatif, mis en place en 1989, permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements et services médico-sociaux pour enfants en situation de handicap dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes.

[2] Irace T., Roy D., 2016, « Amendement Creton : 6 000 jeunes adultes dans des établissements pour enfants handicapés », Études et Résultats, n°946, Drees.

[3] Source : CNSA, 2016, Rapport sur la situation des ESMS PH.

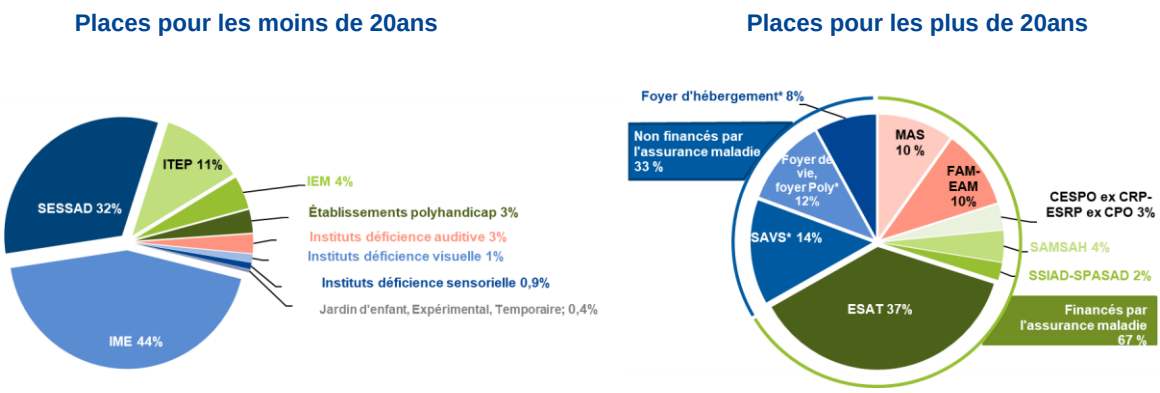
Reconnus et soutenus par les pouvoirs publics, il s'agit de petits ensembles de logements indépendants (diffus ou regroupés) ou des colocations, caractérisés par la volonté de ses habitants de vivre ensemble dans un espace individuel qui leur est dédié tout en partageant des espaces collectifs (salles d'activité, de détente,….), dans un environnement adapté et sécurisé. Le projet de vie sociale et partagée est défini dans la loi pour l'évolution du logement, de l'aménagement et de la transition numérique (loi ELAN) du 23 novembre 2018. Il fait l'objet d'un financement particulier : le forfait habitat inclusif ou, depuis 2021, l'aide à la vie partagée (AVP). A fin 2023, 95 Départements sont engagés dans le déploiement de l'habitat inclusif et de l'AVP ; 2018 habitats inclusifs sont inscrits dans leurs programmations pluriannuelles, avec 19 189 bénéficiaires de l'AVP.

Un nombre de places stable depuis 2004 pour les enfants handicapés : des dynamiques hétérogènes sur le territoire

Près des deux tiers des départements présentent, en 2023, un taux d'équipement supérieur à la moyenne dans le secteur des enfants handicapés. La diminution du taux d'équipement dans certains départements peut avoir plusieurs explications : une démographie particulièrement dynamique dans certains départements, des créations de places en internat (plus chères et donc moins nombreuses mais répondant à des besoins spécifiques), la montée en charge des dispositifs dans le cadre de la transformation de l'offre PH, ou enfin des places qui deviennent disponibles en raison d'enfants qui trouvent une place dans leur région ou département d'origine.

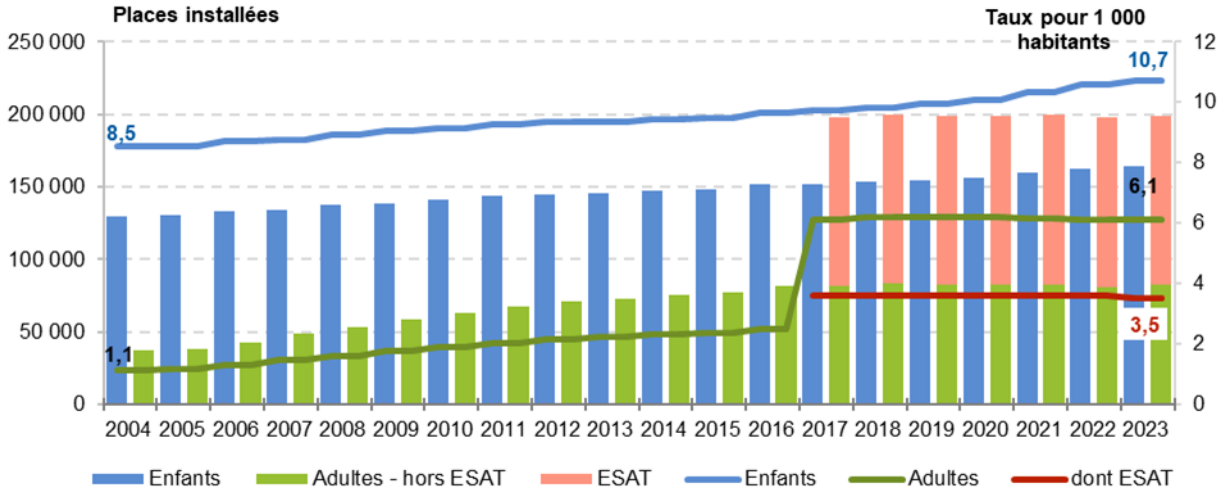
L'analyse des disparités d'offre de services est traitée dans l'*indicateur n°2-10*.

Graphique 1 ● **Répartition des places installées par catégorie d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, en 2023**



*Structures non financées par l'OGD (SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale, foyers de vie et foyer d'hébergement).
Source : Finess, traitements CNSA. Champ : France entière.
Glossaire : SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile - IME : institut médico-éducatif – ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique - IEM : institut d'éducation motrice – CPO : centre de pré-orientation – CRP : centre de rééducation professionnelle - MAS : maison d'accueil spécialisée - FAM : foyer d'accueil médicalisé – EAM : établissement d'accueil médicalisé - ESAT : établissements et services d'aide par le travail - SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale - SSIAD : service de soins infirmiers à domicile - SPASAD : services d'aide te de soins à domicile – SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées.

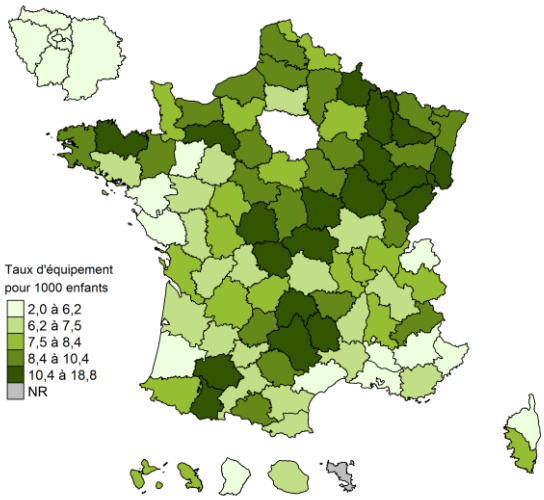
Graphique 2 ● **Évolution du nombre de places installées et taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux financés par la branche autonomie via l'OGD**



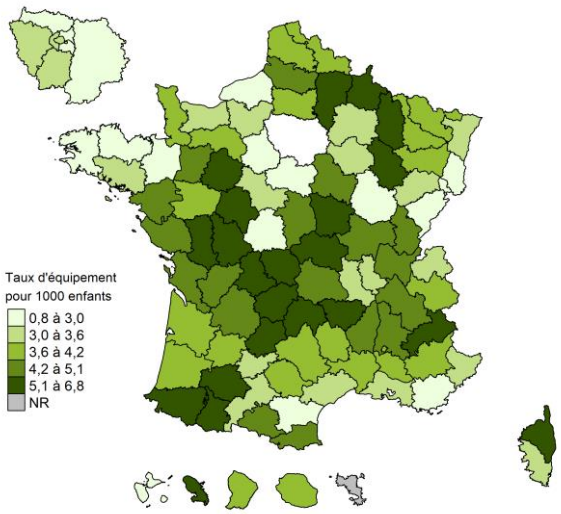
Source : Finess, traitements CNSA, Insee. Champ : France métropolitaine.

Cartes ● Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux, par département, en 2023

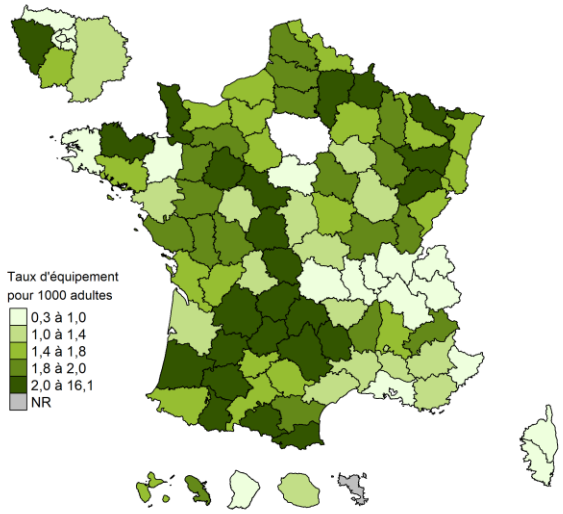
Enfants handicapés (Institutions)



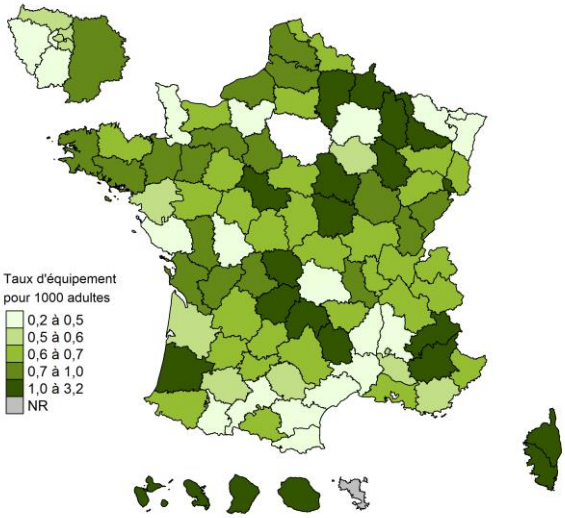
Enfants handicapés (SESSAD)



Adultes handicapés (MAS-FAM)



Adultes handicapés (SAMSAH-SSIAD)



Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source : Finess, traitements CNSA, Insee. ©geofla 2020

● Précisions méthodologiques

Indications complémentaires :
Les lits ou places (hors accueil temporaire en établissement) des structures bénéficiant d'un financement total ou partiel de la branche autonomie via l'OGD sont :
- *enfants handicapés* : établissements pour déficients mentaux, établissements pour polyhandicapés, établissements pour troubles du comportement, établissements pour handicapés moteurs, établissements pour déficients sensoriels, services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ;
- *adultes handicapés* : maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM) et établissement d'accueil médicalisé (EAM) établissement et services d'aide par le travail (ESAT), établissements et services de réinsertion professionnelle, services de soins à domicile (SSIAD), services d'aide te de soins à domicile (SPASAD) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Construction de l'indicateur :
Les taux d'équipement départementaux sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population estimée par tranche d'âge (0 – 19 ans pour les enfants et 20 – 59 ans pour les adultes), pour chaque année (estimation Insee au 19 janvier 2023), multiplié par 1 000 habitants.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

1.11. Equipements et services accompagnant les personnes âgées de plus de 75 ans

En France, on dénombre 901 000 places dans les établissements d'hébergement ou services pour personnes âgées de plus de 75 ans (en dehors des services d'aide et d'accompagnement à domicile – SAAD et les résidences autonomie-EHPA-). Environ 86 % des places appartiennent à des structures médicalisées (EHPAD, SSIAD et SPASAD) et bénéficient à ce titre d'un financement de la branche autonomie. L'offre est majoritairement composée d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le nombre de places stagne en 2023

Au total 736 200 places sont installées à fin 2023 pour l'ensemble de l'offre en établissements et services médico-sociaux (*cf. graphique 2*). Cette même année, le nombre de places en établissements et services pour personnes âgées financés par l'assurance maladie a enregistré un rythme de progression de +0,1 %, inférieur au rythme annuel moyen observé depuis 2017 (+0,9 %). Sur la période 2022-2023, le secteur des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) enregistrent une légère baisse de -0,1% et les prises en charge en établissement (hébergeant des personnes âgées autonomes résidences autonomie, -EHPA- ou personnes âgées dépendantes –EHPAD-) enregistrent une très légère augmentation de +0,1%. La capacité en institution (EHPAD- résidences autonomie –EHPA-) représente 83 % du secteur des personnes âgées financé par la branche autonomie.

Le nombre de places installées, a augmenté de 6 800 sur la période 2017-2023.

Le nombre de places effectivement installées au cours de l'année 2023 a été d'environ 434.

Un taux d'équipement qui poursuit son ralentissement depuis 2018

Le taux d'équipement s'établit, en 2023, à plus de 110 lits et places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans.

En 2023, ce taux régresse de 3,8 points par rapport à 2022 au regard du poids significatif de la démographie des personnes de 75 ans et plus, des places restant à installer sur les plans dédiés au développement de l'offre à destination des personnes âgées ainsi qu'à l'absence de nouvelles dynamiques de création de place depuis le Plan Solidarité Grand Âge de 2007.

Une baisse significative du volume d'actes infirmiers en 2023

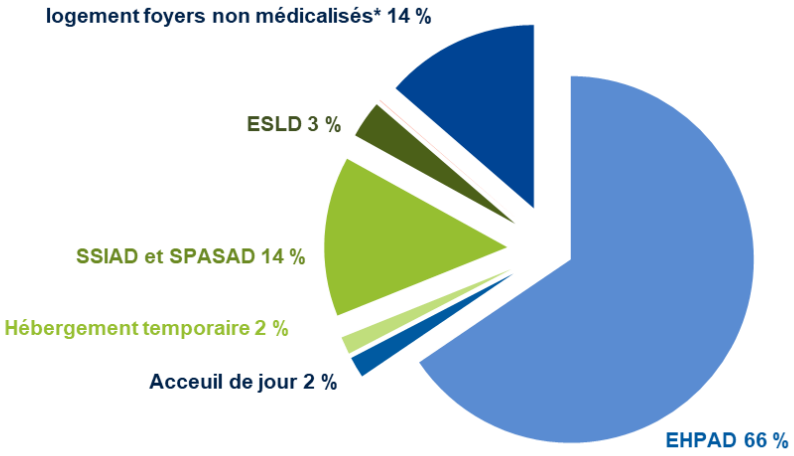
L'activité des infirmiers intervenant au domicile des personnes âgées dépendantes constitue un élément essentiel de l'offre de soins médicaux à domicile (accompagnement en SSIAD, interventions d'une infirmière libérale). Le volume d'actes infirmiers de soins (AIS et BS) a enregistré une baisse significative au regard de l'exercice 2022 (-13,1 %).

Géographiquement, cette dépense continue d'apparaître très localisée notamment dans le sud de la France (*cf. carte 2*). C'est d'ailleurs la baisse dans ces départements de l'arc méditerranée qui explique pour l'essentiel la diminution du volume d'actes réalisés. Ainsi, la diminution du volume d'acte AIS et BS réalisé dans les 10 départements qui représentent 50 % de l'activité nationale représente près des deux tiers de la diminution du volume d'acte à l'échelle nationale.

Le rapprochement de l'offre libérale de soins infirmiers et des taux d'équipement médico-sociaux met en évidence que les régions ayant des taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux élevés sont caractérisés par un plus faible ratio d'AIS par habitant (c'est le cas en Centre Val-de-Loire, Pays-de-La-Loire et Normandie). Inversement les régions du littorales et notamment le littoral méditerranéen et le bassin océanique sud (Corse et PACA, ainsi que le DROM) à fort volume d'AIS par habitant se caractérisent par des taux d'équipement bas. La dispersion du nombre d'AIS par habitant de 75 ans et plus est particulièrement importante et corrélée à la densité d'infirmiers libéraux. C'est la conséquence du régime de régulation croisée des installations de professionnels libéraux et de SSIAD.

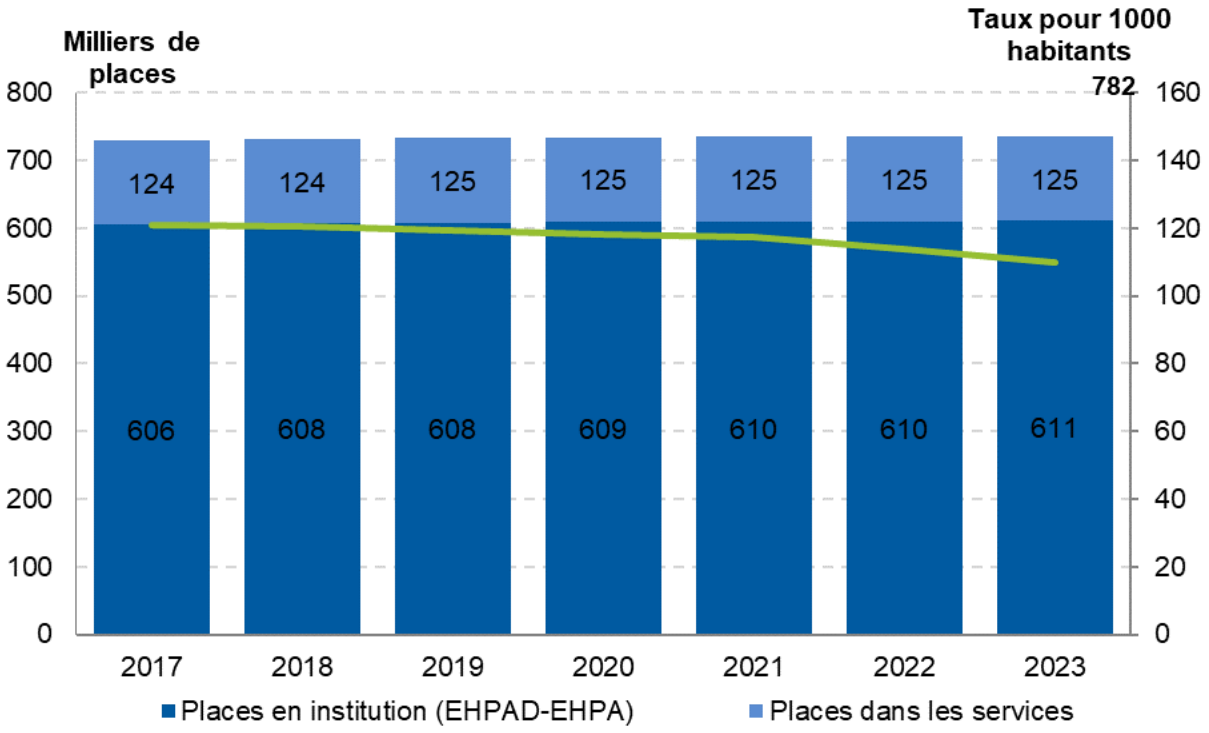
La dépense en AIS pour les personnes âgées de 75 ans et plus en secteur libéral vient compléter la dépense globale de l'assurance maladie pour la prise en charge de la perte d'autonomie (*cf. indicateur n° 2-9* relatif aux écarts interdépartementaux et interrégionaux de dépenses médico-sociales en euros par habitant pour les personnes âgées).

Graphique 1 ● **Répartition des places installées par catégorie d'établissements et services pour personnes âgées en 2021, financées ou non par l'assurance maladie (hors SAAD)**



* Les résidences autonomie sont financés par le département sur la base d'un forfait autonomie.
Source : Finess, Drees – SAE, Traitements CNSA. Champ : France entière.
Glossaire : EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – AJ : accueil de jour – HT : hébergement temporaire —SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SSIAD : service de soins infirmiers à domicile – ESLD : Etablissement de soins de longue durée.

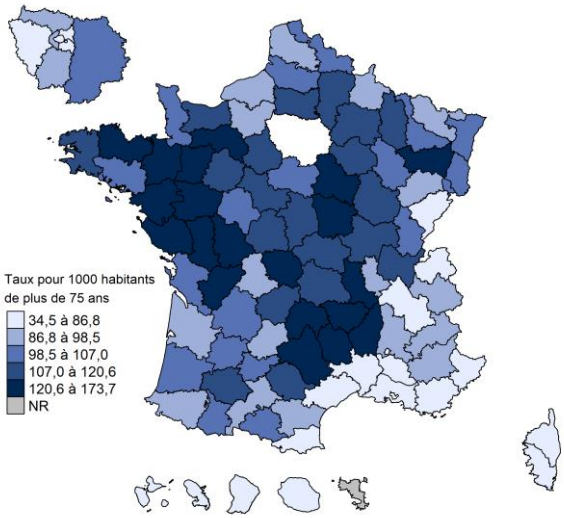
Graphique 2 ● **Évolution du nombre de places installées et taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie pour les plus de 75 ans**



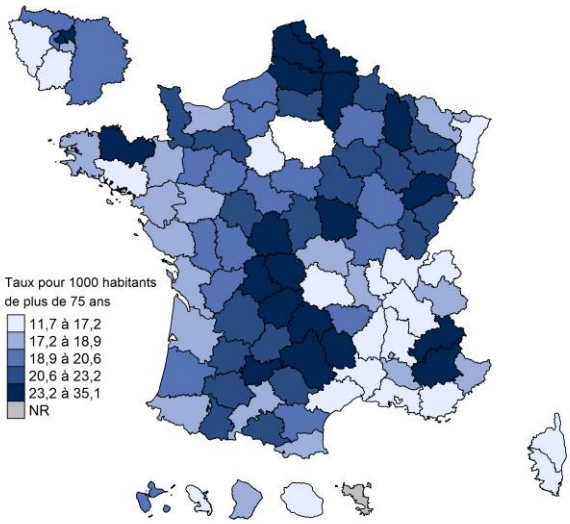
Note : La ligne verte désigne l'évolution du taux d'équipement
Champ : France métropolitaine.
Source : Drees pour données 2006 (enquête EHPA), Finess, traitements CNSA pour données 2017-2023.

Carte 1 ● **Taux d'équipement en établissement et services médico-sociaux en 2021**

Établissements

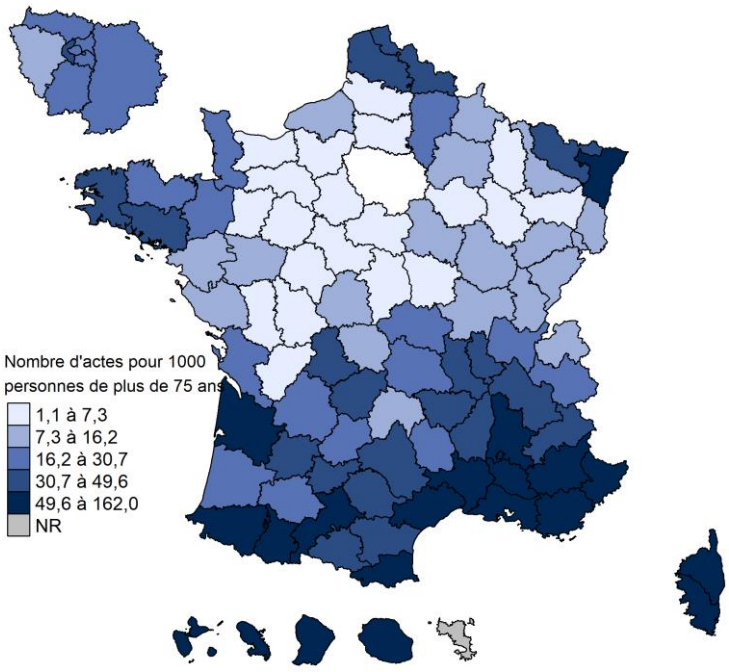


Services



Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source : Finess, traitements CNSA, Insee. ©geofla 2021

Carte 2 ● **Nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) en 2021**



Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source : Cnam, traitements CNSA, Insee. ©geofla 2021

• Précisions méthodologiques

Sources des données :
Le taux d'occupation moyen des EHPAD repose sur les données issues de RESID-EHPAD, pour un échantillon d'environ 6 782 EHPAD – source CNAM-CNSA.

On distingue parmi les structures bénéficiant d'un financement total ou partiel de l'assurance maladie celles qui relèvent :
- du champ *médico-social* (champ d'intervention de la CNSA dans le cadre de l'objectif global de dépenses - OGD) : maisons de retraite (médicalisées - dont lits en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en sections de cure médicale - ou non médicalisées), ex-logements-foyers (médicalisés uniquement), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), et service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), accueil de jour et hébergement temporaire.
- du champ s*anitaire* (au sein de sous-objectif national des dépenses d'assurance maladie – Ondam hospitalier) : établissement de soins de longue durée (ESLD).

Les données de places sont extraites de Finess (source Drees) et traitées par la CNSA.
Le nombre de lits en unités de soins de longue durée n'est plus renseigné dans Finess depuis 2017 : les chiffres retenus sont ceux de la statistique annuelle des établissements (SAE) pour 2022.
Les taux d'équipement départementaux en 2023sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population âgée de 75 ans et plus, pour chaque année (estimation Insee 2023), multipliés par 1 000.
Les données sur les actes infirmiers de soins (AIS) concernent les seuls bénéficiaires âgés de 75 ans et plus. Ces données sont extraites du Système National des Données de Santé (SNDS) : elles sont relatives aux seuls assurés relevant du régime général.
Le nombre d'AIS mesuré en 2021 est rapporté à la population des 75 ans et plus, pour chaque année (estimation Insee au 19 janvier 2022) dans la carte présentée.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

1.12. Dispositifs d'hébergement temporaire et d'accueil de jour

« Agir pour les aidants »

Lancée par le gouvernement en 2019, la stratégie nationale de mobilisation et de soutien « Agir pour les aidants » 2020-2022 vise à répondre aux besoins quotidiens des proches aidants, notamment en déployant des solutions de répit, parmi lesquelles l'accueil temporaire sous différentes formes.

Près de neuf aidants sur dix parmi les conjoints et enfants estiment tout à fait normal d'aider leur conjoint ou parent ; près de huit sur dix estiment que c'est leur devoir. Or, parmi les conjoints et les enfants aidants, près d'un cohabitant avec le senior sur dix déclare ne pas avoir assez de temps pour lui-même en raison de l'aide apportée. Les enfants cohabitants ont en outre plus fréquemment le sentiment de faire des sacrifices pour aider le senior (36 % contre respectivement 28 % des conjoints, et 21 % des enfants non cohabitants) (Drees, 2019). Ces offres de répit sont particulièrement importantes après les périodes de confinement qui ont provoqué des situations d'épuisement.

Pour permettre aux aidants de se ménager du dépit, et donc permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie ou aux personnes en situations de handicap de rester à domicile, plusieurs dispositifs existent. En effet, la pluralité des attentes, des besoins et des situations ne permet pas de définir une offre de répit unique, mais impose de diversifier et de renforcer autant que possible les solutions proposées.

L'accueil temporaire regroupe l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, qui sont les deux dispositifs qui offrent le plus de places dans le cadre du répit. Ces dispositifs ont une base légale depuis la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Accueil de jour et hébergement temporaire : des solutions de répit hors du domicile de la personne aidée

L'accueil temporaire s'adresse aux personnes âgées et en situation de handicap de tout âge et de manière indirecte à leurs proches aidants. Ce mode de prise en charge alternatif à l'hébergement permanent s'adresse à la fois aux personnes âgées et aux personnes handicapées et fait partie des solutions visant à diversifier les options offertes aux publics en perte d'autonomie. Il s'agit notamment d'accueils non permanent organisés pour une durée limitée, sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement.

Plus précisément, l'accueil temporaire répond à trois objectifs :

- Accompagner ponctuellement les personnes en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile ;
- Permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant
- Répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement.

Pour les personnes âgées, **l'accueil de jour** (AJ) autonome ou adossé à un EHPAD pour personnes âgées, s'adresse prioritairement aux personnes âgées en perte d'autonomie et/ou présentant une maladie neurodégénérative (Alzheimer et maladies apparentées, Parkinson, sclérose en plaques, etc.) et vivant à domicile. La majorité des accueils de jour ont d'ailleurs été créés dans le cadre de la mise en œuvre du second plan Alzheimer. L'accueil de jour a pour objectif de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel. Il s'agit de préserver la socialisation des personnes accueillies, avec l'objectif de maintenir, de stimuler, voire de restaurer partiellement leur autonomie et de permettre une qualité de vie à domicile.

Pour les personnes handicapées, l'accueil de jour est majoritairement une offre d'accompagnement permanent, proposée au-delà de la limite des 90 jours par an fixée par les dispositions relatives à l'accueil temporaire.

L'hébergement temporaire (HT) est une formule d'accueil organisée pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, s'adressant aux personnes en situation de handicap de tous âges et aux personnes âgées fragiles ou dépendantes dont le soutien à domicile en structure d'accompagnement est momentanément compromis du fait d'une situation complexe ou de crise : isolement, absence des aidants, travaux dans le logement, etc.

Enfin, **l'accueil de nuit** est une modalité d'accueil temporaire particulière pour les personnes ayant besoin d'un cadre sécurisé et pour les aidants ayant besoin d'un relais la nuit.

Au sein des résidences autonomie et des maisons de retraite, sont réparties 15 960 places en accueil de jour et 13 590 places en hébergement temporaire en 2021 (*cf. tableau 1*).

D'après l'évaluation du plan national maladies neurodégénératives, réalisée en 2019 sur les données d'activité 2018, le taux d'occupation des accueils de jour comme celui des hébergements temporaires, s'établit à 60 %. Parmi les bénéficiaires de ce mode d'accueil, 80 % sont classés dans les GIR 1 à 4 et 20 % dans les GIR 5 ou 6, selon la DREES.

L'accueil temporaire est financé d'un part, par la CNSA, au titre du soin, et par les assurés, qui peuvent bénéficier pour couvrir ces frais de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, de l'aide sociale à l'hébergement, et éventuellement de l'action sociale des mairies et des départements.

Tableau 1 ● nombre de places et montants CNSA relatifs à l'accueil temporaire

		2020	2021
Hébergement temporaire	Places*	13 500	13 590
	Montants CNSA, en M€	140	146
Accueil de jour	Places	15 800	15 960
	Montants CNSA, en M€	40	59

* nombre de places arrondi à la dizaine

Sources : Finess - HAPI 2021 : traitements CNSA

Accueil temporaire en 2021

L'offre d'accueil temporaire poursuit son développement au sein du territoire national. Ainsi, au 31 décembre 2021, selon FINESS, sur le champ des personnes âgées, nous pouvons comptabiliser 15 719 places en accueil de jour autonomes et au sein des EHPAD et 12 850 places en hébergement temporaire.

Selon SEPPIA, en 2021, 242 places installées (2,73 M€ consommés) en accueil de jour autonomes et au sein des EHPAD et 149 places l'ont été pour de l'offre en hébergement temporaire.

Sur le champ des personnes en situation de handicap, nous pouvons comptabiliser dans FINESS, au 31 décembre 2020, 6 483 places en accueil temporaire (AT).

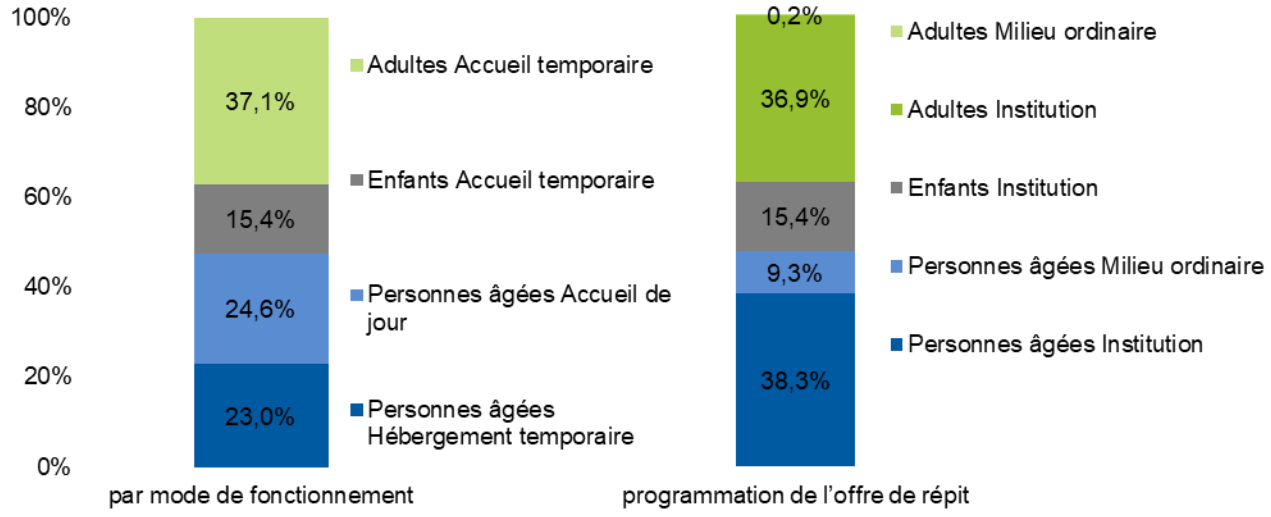
En 2021, 136 places en AT se sont ajoutées (soit 6,93 M€), toutes enveloppes confondues à cette offre, selon SEPPIA.

Programmation 2022 – 2026

Dans le champ des personnes âgées, selon SEPPIA, les ARS ont prévu d'installer 1 052 places en AJ (soit un montant à consommer de 12,4 M€) et 771 places (soit un montant à consommer de 11,1 M€) toutes enveloppes confondues.

Dans le champ des personnes en situation de handicap, selon SEPPIA, les ARS ont programmé 399 places en accueil temporaire pour un montant prévisionnel de 26,5 M€

Graphique 1 ● **Prévisions de crédits à 2026 via la « stratégie agir pour les aidants »**



Lecture : 15,4 % des crédits sont fléchés pour de l'accueil temporaire pour enfants sur la totalité des crédits programmés 2022- 2026 et 38,3 % des crédits ont été programmés pour de l'offre institutionnelle sur la totalité des crédits destinés au champ PA.
Source : SEPPIA – Données ARS/CNSA

● Précisions méthodologiques

Sources des données :

- Instruction du 08 juin 2021 relative aux orientations de l'exercice 2021 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.
- Circulaire du 12 février 2021 relative aux modalités de mise en œuvre du Fonds d'intervention régional (FIR) en 2021.
- Fiche « sur la mobilisation de solutions de répit dans le cadre de la propagation du virus Covid-19 » du 13 novembre 2020.
- Cadre national d'orientation, Principes généraux relatifs à l'offre de répit l'accueil temporaire, mars 2021.

Précisions sur le dispositif : L'accueil temporaire résulte de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale **(dernier alinéa du I de l'article L. 312-1 du CASF)** qui prévoit que les ESMS peuvent assurer l'accueil ***« à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel »*** **et ce,** ***« à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement »***.

Le **décret du 17 mars 2004** (modifié par décret du 26 août 2016 - art. 2) relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes en situation de handicap et des personnes âgées (articles D. 312-8 à D. 312-10 du CASF) précise que cette offre nécessite un projet de service distinct de l'accueil permanent.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

2. OBJECTIFS / RESULTATS

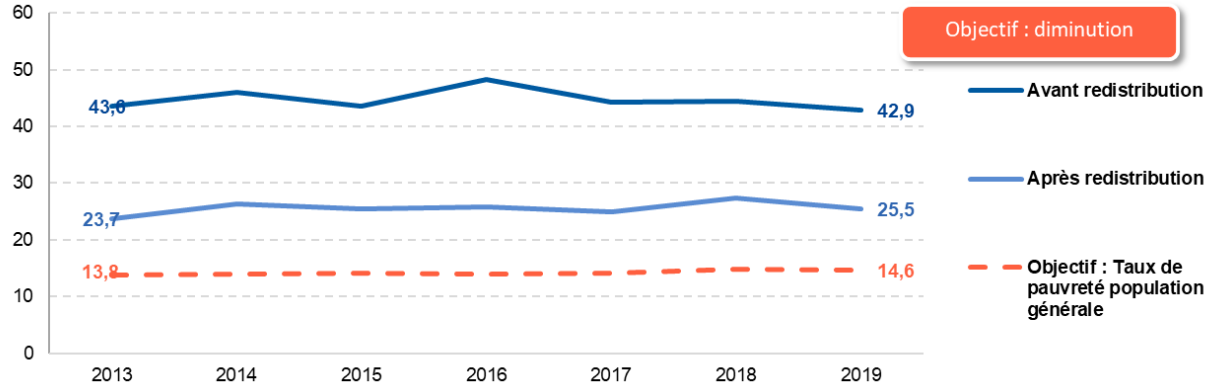
2.1. Assurer un niveau de vie adapté aux personnes en situation de handicap

2.1.1. Limiter le taux de pauvreté des personnes en situation de handicap

Finalité Les personnes en situation de handicap restent davantage confrontées à la pauvreté que la population dans son ensemble. Cette fiche décrit les déterminants spécifiques de la pauvreté de la population en situation de handicap et l'effet de la redistribution sur son taux de pauvreté et montre l'évolution du pouvoir d'achat de l'allocation aux adultes handicapés relativement aux autres minimas sociaux.

Résultats Le taux de pauvreté des personnes en situation de handicap est de 25,5 % en 2019, soit 11 points de plus que celui de l'ensemble de la population. Le système socio-fiscal permet de réduire de moitié leur taux de pauvreté qui passe de 42,9 % avant redistribution à 25,5 % après redistribution (cf. graphique 1). Enfin, 27 % des personnes en situation de handicap connaissent au moins 4 restrictions de consommation en 2018 (pauvreté en conditions de vie), contre 10 % pour l'ensemble de la population (*cf. tableau 2*).

Graphique 1 ● **Taux de pauvreté à 60 % du niveau de vie médian avant et après redistribution, des personnes en situation de handicap de moins de 60 ans**



Champ : France métropolitaine, personnes appartenant à un ménage vivant dans un logement ordinaire, dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.
Source : Drees, (à partir de données Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2012-2019), Insee.

Les personnes en situation de handicap au sens de l'indicateur « GALI » (*cf.* précisions méthodologiques), c'est-à-dire les personnes déclarant de fortes restrictions dans les activités quotidiennes, sont davantage confrontées à la pauvreté que la population générale. Trois indicateurs permettent de le mesurer.

1) Le taux de pauvreté des adultes en situation de handicap de 15 à 59 ans : au sens monétaire, en considérant le seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian, 25 % des adultes handicapés sont pauvres, contre 14 % de la population générale (*cf. tableau 1*).
2) Le niveau de vie médian : il correspond aux ressources dont dispose un ménage pour consommer et épargner rapportées au nombre d'unités de consommation. Le niveau de vie médian des personnes en situation de handicap de 15 à 59 ans équivaut à 83 % de celui de l'ensemble de la population du même âge.
3) La part des ménages modestes : les ménages modestes correspondent aux 40 % des personnes dont le niveau de vie est le plus faible. En 2019, 57 % des personnes handicapées de moins de 60 ans vivent dans un ménage modeste, contre 38 % de celles n'étant pas en situation de handicap.

Ce niveau de vie inférieur s'explique en partie par un effet de composition : les personnes en situation de handicap sont surreprésentées dans les classes sociales aux revenus les moins élevés. Il s'explique ensuite par le handicap lui-même qui, en particulier quand il survient tôt, affecte fortement les trajectoires scolaires, matrimoniales et professionnelles (Drees, 2017). Ainsi, au sein de la population des personnes en situation de handicap, le risque de pauvreté est variable selon l'ampleur du handicap : plus les limitations sont sévères, plus le niveau de vie est faible. Le risque de pauvreté varie également selon la nature du handicap : les personnes atteintes de handicap mental et de polyhandicaps ont les restrictions d'accès à l'emploi les plus fortes et donc les taux de pauvreté les plus élevés. En effet, 30 % des personnes ayant une limitation mentale sévère vivent sous le seuil de pauvreté, contre 10 % de celles présentant une déficience auditive.

Tableau 1 ● **Niveau de vie annuel des personnes en situation de handicap en 2019**

	Personnes en situation de handicap	Ensemble de la population	Ensemble de la population sans handicap
Taux de pauvreté	26%	14%	15%
Niveau de vie médian mensuel	1 510 €	1 820 €	-
Part des personnes dans un ménage modeste	57%	39%	38%

Lecture : en 2019, en France métropolitaine, le taux de pauvreté des personnes en situation de handicap et de 26 % contre 15 % pour l'ensemble de la population du même âge sans handicap
Champ : France métropolitaine, personnes âgées entre 15 et 59 ans vivant dans un logement ordinaire
Source : Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2019, calculs Drees

Au-delà de la pauvreté monétaire, la pauvreté des ménages peut être approchée par la pauvreté dite « en conditions de vie », c'est-à-dire par les privations ou le renoncement à certains biens de consommation, services ou équipements pour des raisons financières (*cf.* précisions méthodologiques). En 2018, 31 % des persones en situation de handicap déclarent une insuffisance de ressources, 27 % des restrictions de consommation, 19 % des retards de paiements du loyer, des factures ou des impôts, et 14 % des difficultés de logement.
Les personnes en situation de handicap de 16 à 64 ans vivent dans des ménages nettement plus exposés à la pauvreté en conditions de vie. Près de trois sur dix sont concernées par cette forme de pauvreté, contre environ une sur dix dans l'ensemble de la population (*cf.* tableau 2). La proportion de personnes en situation de handicap appartenant à un ménage pauvre en conditions de vie est plus élevée, quelle que soit la dimension de la pauvreté en conditions de vie considérée. Le fait de ne pas pouvoir s'offrir une semaine de vacances une fois par an (43 % contre 22 % dans l'ensemble de la population), remplacer un meuble hors d'usage (43 % contre 22 %) et dans une moindre mesure s'acheter des vêtements neuf (28 % contre 11 %) par manque de moyen sont les privations les plus souvent citées.

Tableau 2 ● **Restriction de consommation des ménages des personnes en situation de handicap en 2018**

	Personnes en situation de handicap	Ensemble de la popualtion
Avoir passé une journée sans prendre au moins un repas complet	9%	3%
Ne pas pouvoir maintenir le logement à bonne température	15%	5%
Ne pas pouvoir manger de la viande, du poulet ou du poisson (ou l'équivalent végétarien)	17%	7%
Ne pas posséder deux paires de bonnes chaussures (pour chaque adulte du ménage)	18%	7%
Ne pas pouvoir offrir des cadeaux à la famille ou aux amis	20%	8%
Ne pas pouvoir recevoir des parents ou des amis pour boire un verre ou pour un repas, au moins une fois par mois	20%	8%
Ne pas pouvoir acheter des vêtements neufs (et non pas d'occasion)	28%	11%
Ne pas pouvoir remplacer les meubles hors d'usage	43%	22%
Ne pas pouvoir se payer une semaine de vacances une fois par an	43%	22%
Restriction de consommation (au moins 4 restrictions sur 9)	**27%**	**10%**

Lecture : En 2018, en France métropolitaine, 27 % des personnes en situation de handicap vivent dans un ménage déclarant des restrictions de consommation. Cette part s'élève à 10 % dans l'ensemble de la population.
Champ : France métropolitaine, personnes âgées entre 16 ans et 64 ans vivant dans un logement ordinaire.
Source : Insee, enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie 2018 - Traitement DREES.

Précisions méthodologiques

La question dite, du **GALI** (Global Activity Limitation Indicator ou « indicateur global de restriction d'activité »), vise à évaluer la dimension fonctionnelle de la santé, c'est-à-dire les retentissements que la mauvaise santé et les troubles fonctionnels peuvent avoir sur les restrictions des personnes dans leurs activités du quotidien. La question est formulée ainsi : Êtes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? Oui, fortement limité(e) / Oui, limité(e), mais pas fortement / Non pas limité(e) du tout.
Sont considérées comme étant en situation de handicap les personnes répondant « oui, fortement » à cette question (Baradji, 2021)

Le **niveau de vie** d'un ménage est égal à son revenu disponible divisé par le nombre d'unités de consommation (UC) qu'il contient. Les unités de consommation sont calculées selon l'échelle d'équivalence dite de l'OCDE modifiée, qui attribue 1 UC au premier adulte du ménage, 0,5 UC aux autres personnes âgées de 14 ans et plus et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans. Le **revenu disponible** d'un ménage, considéré ici, comptabilise tous les revenus, y compris les prestations sociales, et est calculé après déduction des impôts directs. Il correspond ainsi aux ressources dont ce ménage dispose pour consommer et épargner.
Les personnes en situation de handicap bénéficient d'aides spécifiques visant à compenser cette situation : la prestation de compensation du handicap (PCH) permet, par exemple, de financer les dépenses d'aménagements, d'accessoires ou d'options rendus nécessaires par le handicap. D'autres aides sont spécifiques à l'aménagement du logement, l'adaptation du véhicule ou facilitent le recours à une tierce personne pour assister la personne en situation de handicap dans les actes de la vie quotidienne. Ces prestations en nature ne sont pas prises en compte dans le calcul du niveau de vie (et donc du taux de pauvreté). Les dépenses spécifiques au handicap ne sont d'ailleurs généralement pas prises en compte dans les dépenses de consommation.

L'indicateur présenté en tableau 1 retient une approche relative de la pauvreté, en écart au niveau de vie médian. Trois enquêtes sont mobilisées (SRCV 2018, ERFS 2010 et 2017) et fournissent des ordres de grandeur comparables : selon ERFS 2010, le niveau de vie moyen des personnes handicapées âgées de 15 à 64 ans s'élève à 90 % du niveau de vie médian des personnes sans handicap du même âge – il est de 82 % pour les personnes handicapées dont la déficience est sévère. Selon ERFS 2017, comparé à l'ensemble des ménages, le niveau de vie médian mensuel des ménages dont au moins un membre est handicapé est de 84 % de celui de l'ensemble des ménages. Enfin, selon SRCV 2018, le niveau de vie moyen des ménages avec au moins une personne handicapée est de 88 % de celui de l'ensemble de la population. Les variations entre les études viennent essentiellement de choix méthodologiques – notamment de définition de la population en situation de handicap. Ces trois enquêtes ont en commun de restreindre le champ aux ménages ordinaires, les personnes handicapées résidant en établissement médicosocial sont, en conséquences, exclues.

Pour en savoir plus

Baradji E., Dauphin L, Eideliman J-S, (2021, février), *Comment vivent les personnes handicapées?* DREES, Dossier de la DREES, n°75.
Levieil, A. (2017, mars), *Le niveau de vie des personnes handicapées : des différences marquées selon les limitations*, DREES, Études et Résultats, 1003
Leroux, I (dir.) (2022), *L'aide et l'action sociales en France - édition 2022*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiche 21.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : Drees et DSS

2.1.2. Contribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) au pouvoir d'achat de ses bénéficiaires

Finalité L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière qui permet d'avoir un minimum de ressources. Cette aide est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Elle est accordée sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Son montant vient compléter vos éventuelles autres ressources et soutien le pouvoir d'achat des personnes en situation de handicap.

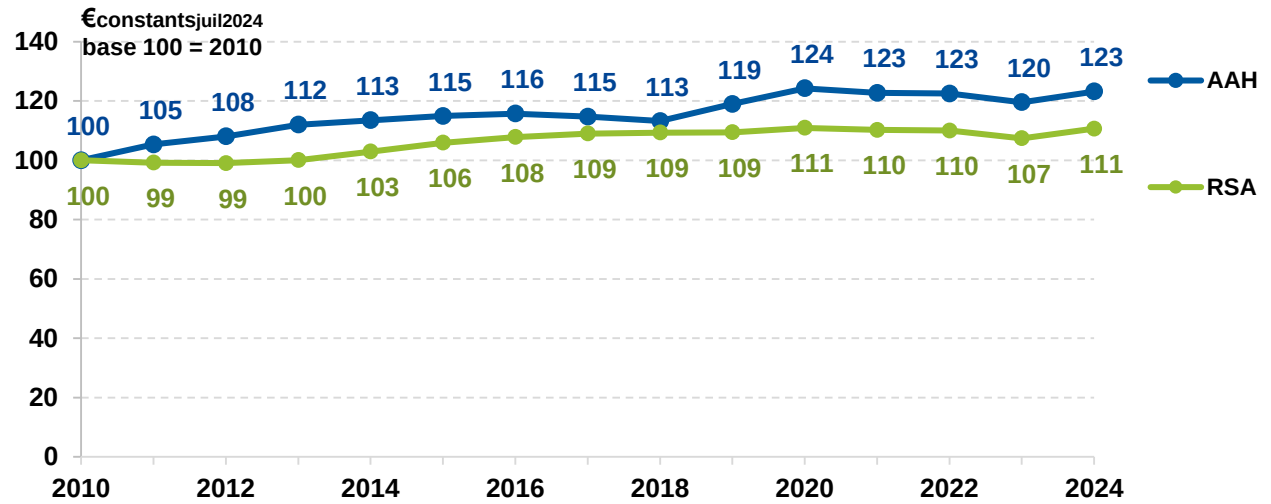
Résultats **Le montant de l'AAH a augmenté de 23 % (en euros constants) depuis 2010**

L'indicateur retenu ici est l'évolution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), minimum social spécifique à la population reconnue handicapée. Ce minimum social a été, au cours de la dernière décennie, nettement plus dynamique que le RSA (+23 % en euros constants *vs.* +11 % entre 2010et 2024, *cf. graphique 1*), et globalement plus dynamique que l'inflation, bien que cela ne soit pas le cas tous les ans, notamment sur la période récente (*cf. 2023*).

Or, les revenus des personnes en situation de handicap comprennent plus souvent des prestations sociales non contributives. Ainsi, en 2019, les minima sociaux représentent 8,0 % de leur revenu disponible, contre 1,9 % en population générale.

L'AAH diminue l'intensité et le taux de pauvreté des personnes en situation de handicap. Bien que son montant soit inférieur au seuil de la pauvreté monétaire, elle peut être cumulée avec d'autres prestations ou avec des revenus d'activité. Par exemple, un bénéficiaire de l'AAH ne disposant d'aucun revenu personnel et dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 % pourra bénéficier de la majoration pour la vie autonome (105 € par mois). Il percevra également les aides au logement. Ainsi, en 2023, son niveau de vie est supérieur au seuil de pauvreté (113 % de celui-ci). À l'inverse, pour un couple sans enfant ne disposant d'aucun revenu personnel, et dont l'un des membres est bénéficiaire de l'AAH avec un taux d'incapacité supérieur à 80 %, le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté (79 % de celui-ci) (Minima sociaux et prestations sociales - édition 2023 - DREES, fiche 4).

Graphique 1 ● **Montant versé au titre de l'AAH et du RSA, pour une personne seule**



Note de lecture : En euros constants, le montant de l'AAH atteignait, en 2011, 105 % de celui constaté en 2010. Il atteignait 123 % en 2024.
Champ : Montants AAH et RSA, en euros constants, base 100 en 2009.
Source : Drees-DSS-INSEE

Précisions méthodologiques

Voir indicateur 2-1-1.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : Drees-DSS

2.2. Assurer aux bénéficiaires de pensions d'invalidité des ressources suffisantes

Finalité L'indicateur a pour objet de mesurer la part relative des bénéficiaires de pensions d'invalidité qui bénéficient de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), financée depuis 2021 par l'Assurance maladie en complément des pensions de faible montant.

Précisions sur le dispositif L'ASI est une prestation versée aux personnes invalides titulaires d'une pension de retraite ou d'invalidité qui n'ont pas accès à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) parce qu'elles n'ont pas atteint l'âge légal de départ à la retraite. Cette fiche se concentre sur les bénéficiaires de l'ASI titulaires d'une pension d'invalidité, elle ne couvre pas les bénéficiaires d'une pension de retraite complétée par l'ASI.

Versée jusqu'en 2020 par le Fonds spécial d'invalidité (FSI), elle est depuis le 1er janvier 2021 à la charge de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) [LFSS pour 2021]. L'ASI est attribuée aux assurés sous conditions de ressources, il s'agit d'une prestation différentielle, son montant correspond à l'écart entre le montant annuel des ressources de l'assuré et le plafond de ressources en vigueur. Le montant maximum est fixé depuis le 1er avril 2024 à 899,56 € par mois pour une personne seule ou lorsqu'une seule personne du ménage la perçoit et 1 574,24 € par mois lorsque les deux personnes du couple la perçoivent. Son montant maximum est donc inférieur au montant de l'allocation adultes handicapés (AAH – portée à 1 016,05 € au 1er avril 2024). Les bénéficiaires de l'ASI peuvent, sous certaines conditions, percevoir de l'AAH différentielle. Depuis le 1er janvier 2020, le recouvrement sur succession de l'ASI est supprimé. Cette disposition s'applique également au titre des prestations versées antérieurement à cette date.

Les pensions d'invalidité sont attribuées aux assurés sociaux âgés de moins de 62 ans qui présentent une réduction d'au moins des deux tiers de leur capacité de travail ou de gain. Le code de la sécurité sociale distingue trois principales catégories de personnes invalides :

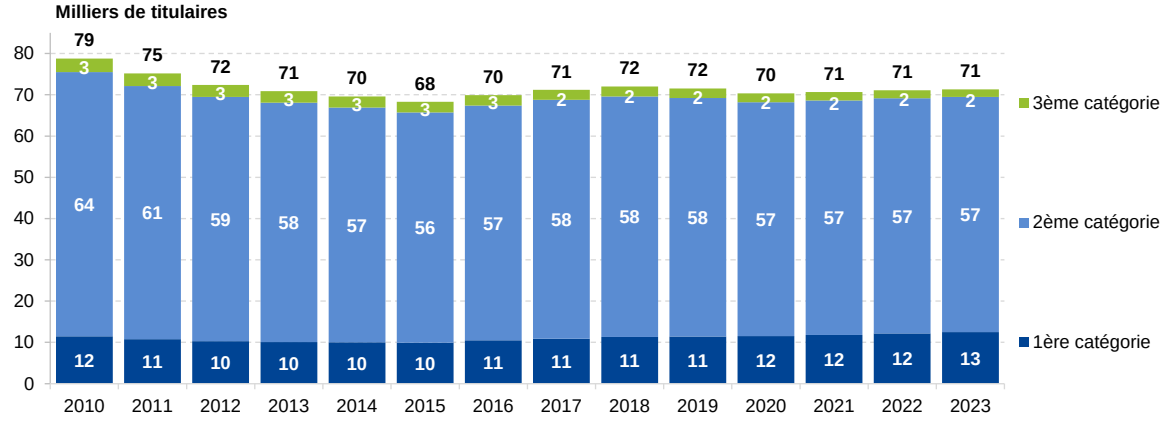
Catégorie 1 : « invalides capables d'exercer une activité rémunérée » ; le montant de la pension correspond à 30% du salaire moyen annuel de référence ; il ne peut être inférieur à 328,07 € et supérieur à 1 159,20 € par mois depuis le 1er avril 2024 ;

Catégorie 2 : « invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque » ; le montant de la pension correspond dans ce cas à 50% du salaire moyen annuel de référence et ne peut, là encore, être inférieur à 328,07 € mais peut monter jusqu'à 1 932,00 € mensuels depuis le 1er avril 2024 ;

Catégorie 3 : « invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie » ; le montant de la pension est calculé de façon identique à celui des pensionnés de deuxième catégorie, augmenté au titre de la majoration pour tierce personne (MTP). Le montant de la MTP au 1er avril 2024 a été fixée à 1 266,60 €, ainsi la pension d'invalidité ne peut être inférieure à 1 594,67 € et supérieur à 3 198,6 € par mois depuis 1er avril 2024.

Résultats 79 000 pensionnés d'invalidité percevaient l'ASI en 2010. Ce nombre a diminué jusqu'en 2015, 68 000 personnes en étaient alors bénéficiaires. Entre 2015 et 2018, ce nombre a augmenté de 1 200 personnes par an en moyenne, et a retrouvé en 2018 un niveau proche de celui observé en 2012. Depuis 2019 la tendance s'inverse, le nombre de pensionnés diminuant de 500 personnes en 2019 puis 1 100 personnes en 2020. Depuis 2020, le nombre de bénéficiaire est légèrement en hausse, en moyenne +0,3% de bénéficiaires en plus par an entre 2020 et 2023. En 2022, les bénéficiaires de l'ASI représentent 2,1% de la population totale des 25 à 64 ans. Neuf allocataires sur dix ont au moins 40 ans.

Graphique 1 • **Bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) par catégorie**

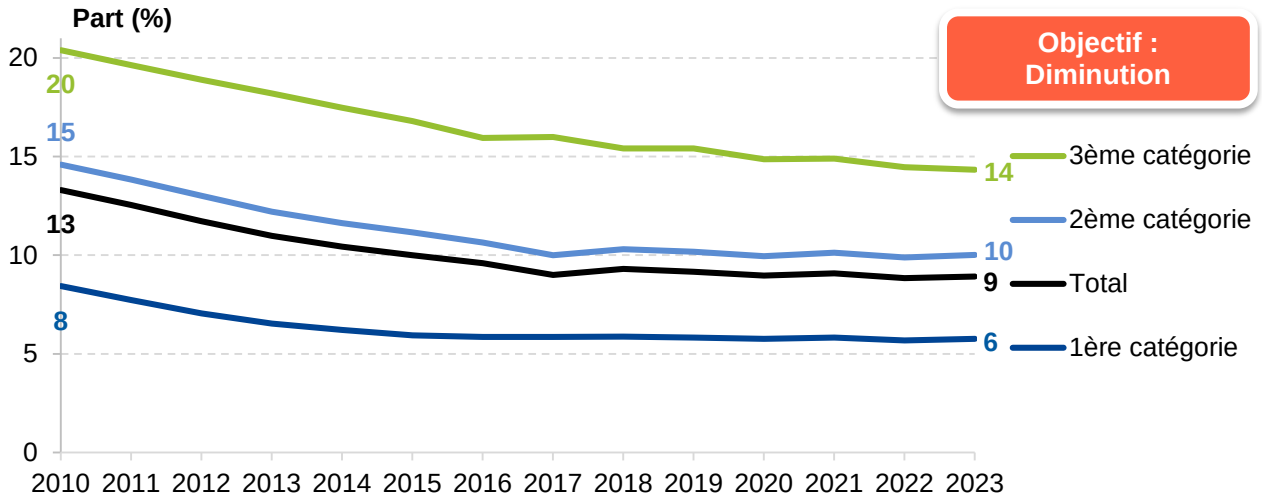


Lecture : en 2023, le nombre de bénéficiaires de l'ASI de 1ère catégorie s'élève à environ 13 000 personnes.
Source : Cnam (DSES) - données France métropolitaine, salariés du régime général, hors travailleurs indépendants.

En moyenne, 8,9 % des personnes qui perçoivent une pension d'invalidité du régime général bénéficient de l'ASI en 2023. Cette part était en constante diminution entre 2010 et 2017, passant de 13 % à 9 %. Cette tendance à la baisse s'observait sur chacune des trois catégories de pension, et de façon relativement uniforme (baisse de 2 à 5 points sur la période 2010-2017). L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'ASI en 2016 puis en 2017 était moins dynamique que celle des effectifs de pensionnés d'invalidité, poursuivant ainsi la tendance des années précédentes.

Pour la première fois en 2018, la part des bénéficiaires d'une pension d'invalidité recevant l'ASI a légèrement augmenté (+ 0,3 point), en lien avec une hausse des bénéficiaires de l'ASI plus dynamique que celle des pensionnés d'invalidité. Cette hausse est portée principalement par l'augmentation des bénéficiaires de l'ASI au sein des pensionnés de 2è catégorie. Depuis 2019, la part des bénéficiaires de l'ASI parmi les pensionnés d'invalidité se maintient à 9 %. La diminution de la part des bénéficiaires de l'ASI relevant de la 3e catégorie d'invalidité influe peu sur le total, les effectifs dans cette catégorie étant très faibles comparativement aux assurés relevant de la 1ère ou 2ème catégorie.

Graphique 2 ● **Part des bénéficiaires de l'ASI parmi l'ensemble des pensionnés d'invalidité**



Lecture : en 2023, 6 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité de 1ère catégorie perçoivent l'ASI.
Source : Cnam (DSES) - données France métropolitaine.

Les pensionnés de 1ère catégorie sont moins fréquemment titulaires de l'ASI (6 % en 2023) que les autres pensionnés, bien que leurs pensions soient par construction plus faibles (*voir les modalités de calcul des pensions en précisions méthodologiques*). En effet, une part des pensionnés de 1ère catégorie est apte à travailler, et dispose en conséquence de ressources d'activité en complément de la pension d'invalidité. Dès lors, puisque l'ASI est une prestation différentielle, cela en réduit le montant. En outre, certains assurés ne répondent pas au critère de ressources qui conditionne l'accès à l'allocation.

Ainsi, l'ASI est plus fréquemment octroyée aux pensionnés de 3ème catégorie que de 2ème catégorie (respectivement 14 % et 10 % en 2023). Cette plus forte proportion d'allocataires parmi les pensionnés de 3ème catégorie, s'explique principalement par deux facteurs. D'abord, la majoration pour tierce personne (MTP), attachée à la pension de 3ème catégorie, est exclue des ressources prises en compte pour l'accès à l'ASI. Ensuite, le montant moyen des pensions d'invalidité versées aux bénéficiaires d'une pension de 3ème catégorie est inférieur à celui versé aux pensionnés de 2ème catégorie : en moyenne, 750 € par mois (hors MTP) contre 850 € par mois fin 2021.

La CNAM, recense 2 400 travailleurs indépendants bénéficiaires de l'ASI en 2023, parmi les 34 000 bénéficiaires d'une pension d'invalidité, soit 7 %. Cette part est égale à celle constatée pour 2019 par l'Observatoire statistique des indépendants. La part selon la catégorie varie moins que pour les salariés : 7 % des pensionnés d'invalidité de 1ère catégorie perçoivent l'ASI ; c'est le cas de 7 % des pensionnés de 2ème et de 11 % des pensionnés de 3ème catégorie.

Construction de l'indicateur Le nombre de bénéficiaires de l'allocation du FSI est présenté de manière distincte pour chaque catégorie de pension, de 2010 à 2021. Pour chacune d'entre-elles, le graphique présente le nombre de bénéficiaires de l'ASI (en moyenne annuelle), et le tableau détaille la part des bénéficiaires de l'ASI parmi l'ensemble des pensionnés d'invalidité. Attention, une revalorisation exceptionnelle de l'ASI vient à l'encontre de l'objectif de diminution de la part des bénéficiaires de l'ASI au sein des pensionnés d'invalidité alors qu'elle est favorable aux personnes invalides.

Précisions méthodologiques L'indicateur est présenté sur le champ du régime général de Sécurité sociale, en France entière. A des fins de comparabilité avec les années antérieures, les graphiques excluent les travailleurs indépendants, pour lesquels les données sont disponibles depuis 2020. Les données sont fournies par la CNAM. Sont donc exclus les bénéficiaires de l'ASI éligibles au dispositif car percevant une retraite anticipée ou de réversion et non encore éligibles à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Les pensions d'invalidité sont calculées en référence à une fraction croissante du salaire annuel moyen (SAM) avec la catégorie d'invalidité (de 30 % à 50 %). Le SAM correspond aux cotisations versées pendant les 10 meilleures années civiles d'assurance ayant précédé le trimestre civil au cours duquel se situe la « date de l'événement ». Lorsque l'assuré ne compte pas 10 années civiles d'assurance, sont prises en compte les années d'assurance depuis l'immatriculation à la Sécurité sociale. Pour le calcul du SAM, le salaire pris en compte est limité au plafond de la sécurité sociale.

La pension d'invalidité servie ne peut être : inférieure à un montant correspondant à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (328,07 € par mois au 1er avril 2024) ; supérieure à 30% du plafond de la sécurité sociale pour les invalides de catégorie 1 ; supérieure à 50% du plafond de la sécurité sociale pour les invalides de catégories 2 ou 3.

La pension d'invalidité n'est pas un droit définitif, elle peut être réduite, suspendue ou supprimée ; à 62 ans, une pension de vieillesse s'y substitue.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.3. Assurer un niveau de vie adapté aux personnes agées en perte d'autonomie

Finalité L'un des objectifs des politiques en faveur de l'autonomie est de limiter le reste à charge des personnes âgées en perte d'autonomie (ou de leur entourage), quel que soit leur lieu de vie – à domicile ou en établissement – en ciblant notamment les personnes dont la perte d'autonomie est la plus sévère (*indicateur 2-3-1*) ou les plus modestes (*indicateur 2-3-2*).

L'une des difficultés consiste à mesurer ce reste à charge, les postes de dépenses à charge des ménages et les prestations permettant de le réduire étant pluriels. Selon sa situation, la personne bénéficie de différentes aides publiques : aides en nature (financement par les pouvoirs publics d'établissements d'hébergement), aides directes telles que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile ou en établissement, aides au logement, mais aussi des aides indirectes à l'instar des exonérations de cotisations sociales lorsque la personne âgée dépendante emploie une personne à domicile, ou des crédits d'impôt. Le champ couvert par l'indicateur est présenté dans le tableau 1, et décrit plus finement, ainsi que les hypothèses conventionnelles nécessaires à l'élaboration de cet indicateur, dans les précisions méthodologiques.

La connaissance du reste à charge effectif des ménages demeure incomplète. Les coûts de production, c'est-à-dire les dépenses des SAAD pour assurer la prestation, sont parfois supérieurs aux coûts solvabilisés par les finances publiques et certaines structures, notamment non habilitées à l'aide sociale, affichent des tarifs plus élevés que ceux pris en compte par le Conseil départemental. Ces surfacturations, qui pourraient représenter plus de 10 % du coût, ne font pas l'objet de remontées d'informations consolidées et ne sont donc pas prises en compte à ce stade dans cet indicateur.

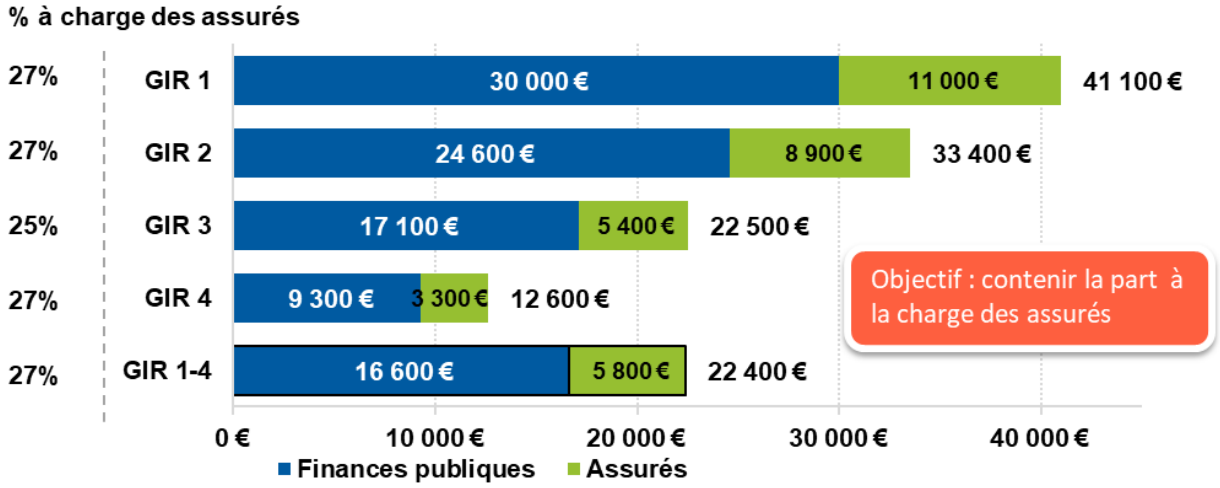
Tableau 1 ● **Champ couvert par l'indicateur**

	Domicile	Établissement
Champ de l'aide reçue	Accompagnement par les aides à domicile dans le cadre de l'APA et par les auxiliaires médicaux (notamment infirmiers et kinésithérapeutes)	Sections hébergement, dépendance et soin des EHPAD
Nature des aides publiques réduisant le reste à charge	Allocation personnalisée d'autonomie, crédit d'impôt	Allocation personnalisée d'autonomie, aide sociale à l'hébergement, réduction d'impôt, aides au logement

2.3.1. Diminuer la part des dépenses restant à la charge des personnes dont la perte d'autonomie est la plus sévère

Résultats Prenant en compte le champ présenté dans le Tableau 1, le taux de couverture de la dépense par les finances publiques apparaît relativement stable par GIR – en moyenne de 74 %, il oscille entre 73 et 76 % selon le GIR (*cf. Graphique 1*) en 2020. Cette apparente stabilité masque un taux de couverture par les finances publiques qui croît selon le GIR par lieu de vie : ainsi, le reste à charge des personnes classées GIR 1 à domicile est de 3 %, contre 5 % pour les bénéficiaires de l'APA en GIR 4. En EHPAD, le reste à charge des personnes en GIR 1 est de 32 %, soit 13 points de moins qu'en GIR 4 (*cf.Graphique 2*). Cependant, le coût de l'accompagnement est, en moyenne, supérieur en EHPAD, où les personnes dont la perte d'autonomie est la plus sévère sont surreprésentées.

Graphique 1 ● **Coût du soutien à l'autonomie par personne et par an, selon le niveau de perte d'autonomie en 2020**

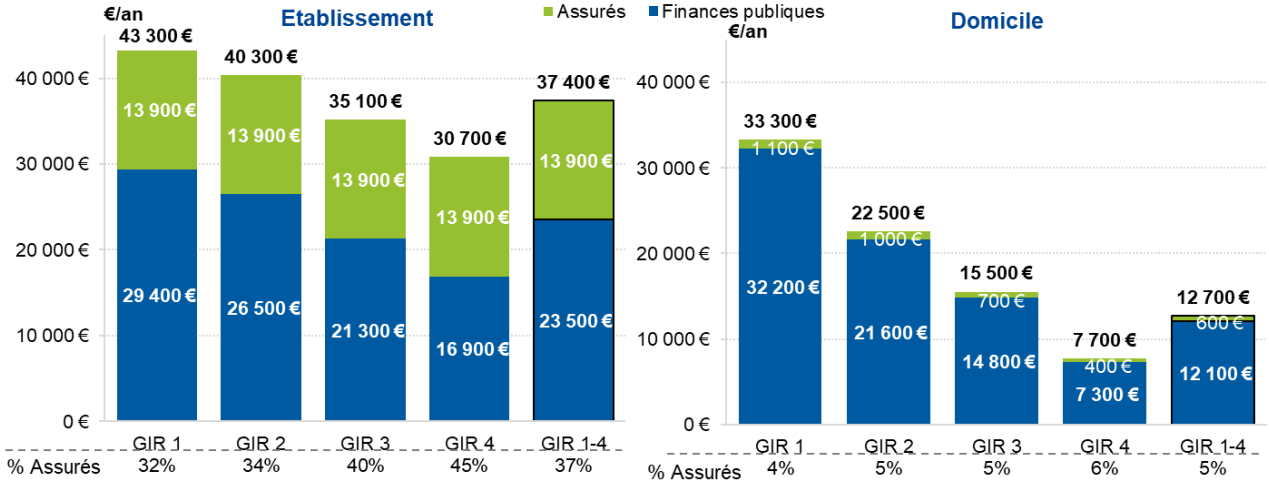


Note : afin de permettre une meilleure comparabilité avec le domicile, les montants sont présentés hors dépenses de gîte et de couvert, estimées à 90 % du minimum vieillesse (soit 813 € par mois en 2020).
Lecture : le coût d'accompagnement d'un bénéficiaire de l'APA évalué en GIR 1 est, en moyenne par an, de 41 100 €, dont 27 % à la charge des assurés.
Champ : France entière. En EHPAD, sont incluses les dépenses au titre des sections tarifaires soin, dépendance et hébergement ; à domicile, le champ couvre l'allocation personnalisée d'autonomie, le crédit d'impôt, et une partie des dépenses de soins des infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes et psychiatres (*cf.* précautions méthodologiques)
Source : DSS, à partir de données CNAM, INSEE, CNAF, CNSA, Drees et DSS

Ce meilleur taux de couverture par les finances publiques de la dépense de soutien à l'autonomie pour les personnes les plus dépendantes s'explique ainsi :

- En EHPAD, le reste à charge des résidents est quasiment forfaitaire. Celui-ci comprend d'abord le tarif hébergement, estimé en moyenne à 68 € par jour, qui ne dépend pas de la sévérité de la perte d'autonomie. Ensuite, les résidents ont à leur charge une partie des frais de la section dépendance, le plus souvent forfaitaire, estimée à 5,6 € par jour (*cf. infra*). Cependant, les coûts de prise en charge, eux, augmentent avec la perte d'autonomie, en particulier ceux liés aux soins, entièrement à la charge des finances publiques.
- A domicile, le taux de participation des bénéficiaires de l'APA dépend de leurs ressources (*cf. infra*), mais les soins infirmiers ou de kinésithérapie sont, le plus souvent, intégralement pris en charge par la branche maladie de la sécurité sociale (*cf. précisions méthodologiques*). Le recours aux soins augmentant avec la sévérité de la perte d'autonomie, le taux de couverture des dépenses par les finances publiques augmente également.

Graphique 2 ● **Comparaison établissement/domicile du coût annuel moyen par personne et par GIR**



Note : afin de permettre une meilleure comparabilité avec le domicile, les montants sont présentés hors dépenses de gîte et de couvert, estimées à 90 % de du minimum vieillesse (soit 813 € par mois en 2020).
Lecture : le coût d'accompagnement d'un bénéficiaire de l'APA évalué en GIR 1 est, en moyenne par an, de 43 300 € en établissement, et 33 300 € à domicile, dont respectivement 32 et 3 % à la charge des assurés.
Champ : France entière. En EHPAD, sont incluses les dépenses au titre des sections tarifaires soin, dépendance et hébergement ; à domicile, le champ couvre l'allocation personnalisée d'autonomie, le crédit d'impôt, et une partie des dépenses de soins des infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes et psychiatres (*cf. précisions méthodologiques*)
Source : DSS, à partir de données CNAM, INSEE, CNAF, CNSA, Drees et DSS

Zoom sur l'APA à domicile

Les montants des plans d'aide notifiés aux bénéficiaires de l'APA à domicile sont déterminés après évaluation de leurs besoins par les équipes médico-sociales des conseils départementaux, dans la limite de plafonds nationaux croissant avec le niveau de dépendance (GIR 1 correspondant à la perte d'autonomie la plus importante). Les montants maximum des plans d'aide sont revalorisés chaque année au 1er avril (*cf. Tableau 2*).

En moyenne, en 2017, 12 % des plans accordés par les Conseils départementaux (dits « plans notifiés ») sont saturés, c'est-à-dire atteignent au moins 96 % du montant plafond. La forte revalorisation des plafonds en 2016 suite à la loi d'adaptation de la société au vieillissement de sa population a permis de diminuer le taux de saturation moyen (12 %, vs 25 % en 2015). Cependant, le taux de saturation des plans est croissant avec la sévérité de la perte d'autonomie : en 2017, plus d'un quart des plans d'aide en GIR 1 sont saturés (28 %) soit 4 fois plus qu'en GIR 4 (7 %).

Plus généralement, les montants moyens des plans d'aide APA sont d'autant plus proches des plafonds que la perte d'autonomie est sévère. Ainsi, en 2017, en GIR 1, ce « taux d'utilisation » est de 61 %, contre 44 % en GIR 4. Tous GIR confondus, il serait proche de 50 % (*cf. Tableau 3*).

Tableau 2 ● **Montant plafond des plans d'aide d'APA à domicile, par GIR , taux de saturation et taux de participation moyen observés en 2017**

Plafonds	2015 (avant réforme)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Taux de saturation*	Taux de participation*
GIR 1	1 312,67€	1 713,08€	1 714,79€	1 719,93€	1 737,14 €	1 742,34 €	1 747,58 €	**28%**	**18%**
GIR 2	1 125,14€	1 375,54€	1 376,91€	1 381,04€	1 394,86 €	1 399,03 €	1 403,24 €	**23%**	**21%**
GIR 3	843,86 €	993,88 €	994,87 €	997,85 €	1 007,82 €	1 010,85 €	1 013,89 €	**17%**	**22%**
GIR 4	562,57 €	662,95 €	663,61 €	665,60 €	672,26 €	674,27 €	676,30 €	**7%**	**23%**

*Données 2017
Source : Plafonds : législation, saturation et participation : DREES – RI 2017

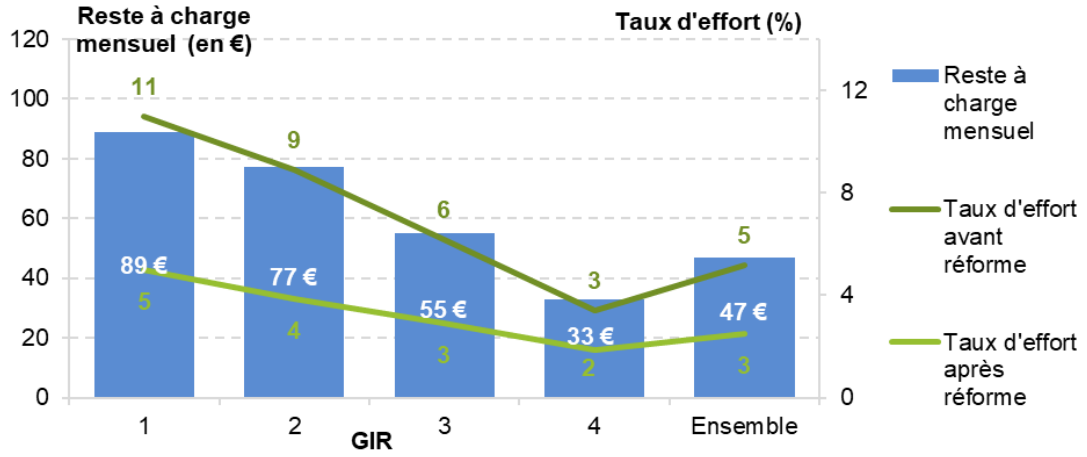
Tableau 3 ● **Montant moyen du plan d'aide consommé selon le GIR et taux d'utilisation en 2017**

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Montant moyen	1 050 €	785 €	536 €	294 €	450 €
Taux d'utilisation	61%	57%	54%	44%	49%

Note : montants moyens consommés du plan d'aide pondérés par le nombre de bénéficiaires payés au titre du mois de décembre dans chaque département et au sein de chaque GIR. Moyennes calculées sur les départements ayant fourni une information valide sur les montants consommés d'APA dans l'enquête Aide sociale. Le taux d'utilisation correspond au montant moyen consommé rapporté au plafond.
Lecture : fin 2017, le montant moyen du plan d'aide consommé pour les bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 4 est de 294 €.
Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte
Source : Drees (l'Aide et l'action sociales en France, édition 2019, fiche 15), DSS.

La Drees évalue la part des dépenses de l'APA à domicile restant à la charge des bénéficiaires fin 2019, soit après réforme du barème de l'APA et transformation de la réduction en crédit d'impôt à domicile. Ainsi, la Drees estime la dépense mensuelle moyenne d'APA à domicile à 483 €, se décomposant de la manière suivante : 389 € par mois d'APA (80 %), 47 € de crédit d'impôt financé par l'Etat (10 %) et 47 € de participation du bénéficiaire (10 %) (*cf. précisions méthodologiques*). Le montant de participation augmente avec le montant du plan d'aide, et donc avec le niveau de dépendance : il s'établit en moyenne à 89 € en GIR 1, à 77 € en GIR 2, à 55 € en GIR 3 et 33 € en GIR 4 fin 2019 (*cf. Graphique 2*).

Graphique 3 ● **Reste à charge mensuel et taux d'effort de la prise en charge de la dépendance selon le GIR du bénéficiaire**



Note : le reste à charge est défini ici comme la participation aux dépenses inscrites aux plans et qui sont consommées après APA et crédit d'impôt. Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu.
Note : « après réforme » correspond à la situation après loi ASV et transformation de la réduction en crédit d'impôt, « avant réforme » correspond à la situation avant loi ASV et sans la transformation de la réduction en crédit d'impôt,
Champ : France – Bénéficiaires de l'APA à domicile en 2019
Source : ***Remontées individuelles sur l'APA et l'ASH 2017, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix, DREES***

Précisions méthodologiques Les résultats présentés reposent sur deux sources.

D'abord, les travaux de la DSS. En EHPAD, sont incluses les dépenses au titre des sections tarifaires soin, dépendance et hébergement. A domicile, le champ couvre l'allocation personnalisée d'autonomie, le crédit d'impôt, les dépenses des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et une partie des dépenses de soins des infirmiers, de kinésithérapie, d'orthophonie et de psychiatrie. Par convention, l'hypothèse est faite d'un plein recours au crédit d'impôt sur le reste à charge au titre de l'APA. Concernant les infirmiers libéraux, seuls les actes infirmiers de soins sont pris en compte.

Dans une optique de comparaison établissement/domicile, dans le cadre des travaux DSS, sont retranchées les dépenses de « gîte et de couvert » en EHPAD, qui seraient également à la charge des bénéficiaires s'ils résidaient à leur domicile (frais d'alimentation, de logement et d'assurance). Ces dépenses sont conventionnellement estimées à 90 % de du minimum vieillesse (soit 813 € par mois en 2020). Cela conduit à une réduction d'environ un tiers des dépenses d'hébergement restant à la charge des assurés.

Pour une explicitation des choix méthodologiques, et notamment de la répartition des dépenses par GIR, voir le Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2021 (fiche éclairage n°3.7 : « .1 Coût de la prise en charge des personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence »).

Ensuite, les résultats s'appuient sur le modèle Autonomix. Développé par la Drees, Autonomix est un modèle de micro-simulation statique adossé à des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA et aux montants d'APA notifiés à ces bénéficiaires. Pour le volet domicile, ces données sont issues des remontées d'informations administratives 2017 des conseils départementaux. Pour le volet établissement, les données sont issues de l'enquête CARE Institutions 2016. Autonomix complète ces données en intégrant d'autres éléments liés à la dépendance des personnes âgées, comme le « plan consommé » ou les réductions/crédits d'impôt liés à la dépendance. Le modèle est recalé sur des données macro plus récentes pour être représentatif de la situation en 2019. Le tout constitue un ensemble d'observations individuelles cohérentes et représentatives de la population des personnes âgées dépendantes, sur lequel il est possible de se baser afin d'analyser les aides publiques destinées à ces personnes ou d'évaluer ex ante les effets de réformes de ces aides.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DREES – DSS

2.3.2. Garantir un reste à charge plus bas aux personnes dont les ressources sont les plus faibles

Finalité Comme l'a souligné le rapport Libault issu de la concertation « Grand âge et Autonomie » en mars 2019, les Français sont attachés à un principe de différenciation de l'aide financière selon la capacité des personnes âgées à participer, dans un contexte où, d'une part, le niveau de vie relatif des plus de 65 ans en France est le plus élevé de l'OCDE et où leur patrimoine relatif augmente continûment depuis 1992. Cet indicateur présente deux mécanismes permettant de diminuer, à prestation identique, le reste à charge des personnes modestes.

Résultats Deux mécanismes permettent de garantir une progressivité du montant restant à charge du bénéficiaire.

- D'abord, certaines prestations sont accessibles **sous conditions de ressources**, réduisant spécifiquement les restes-à-charge des plus modestes ; c'est le cas de l'aide sociale à l'hébergement.
- Ensuite, certaines prestations avec participation du bénéficiaire, comme l'APA à domicile, prévoient que celles-ci soient **différenciées selon les ressources**. De plus, à domicile, la réduction d'impôt sur les montants restant à charge des ménages a été transformée en 2017 en crédit d'impôt, permettant aux ménages non imposables de bénéficier d'une prise en charge, au plus de 50 %, de leur reste à charge au titre de l'aide humaine à domicile.

L'ASH est mobilisée d'abord par les résidents en EHPAD aux ressources les plus faibles

Le modèle de microsimulation Autonomix de la Drees permet d'étudier les dépenses et les ressources des personnes âgées dépendantes. Selon ce modèle, la dépense mensuelle moyenne par résident en établissement au titre des sections dépendance et hébergement est d'environ 2 400 € par mois fin 2019. Avec une aide publique à hauteur de 428 € par mois en moyenne (dont 338 € au titre de l'APA, 44 € d'aides au logement et 46 € de réduction d'impôt) le reste à charge des personnes résidant en établissement est estimé à un peu moins de 2 000 € par mois. Leur reste à vivre est globalement négatif (-400 € par mois en moyenne). Les dépenses liées à l'hébergement constituent l'essentiel de leur reste à charge, à hauteur de 1 790 € en moyenne, contre 170 € pour les dépenses de dépendance.

La section « hébergement » est financée à 87 % par les résidents qui peuvent bénéficier de l'aide des départements (aide sociale à l'hébergement, ASH) ou de l'État (allocation logement et réduction d'impôts). Les allocations logement varient selon les ressources du bénéficiaire, la composition du foyer et la zone géographique ; la réduction d'impôt a un maximum de 2 500 €/an.

Lorsque les personnes âgées ne disposent pas de moyens suffisants pour couvrir les dépenses liées à l'hébergement, elles peuvent avoir recours à l'aide sociale à l'hébergement (ASH). L'ASH est une prestation « récupérable », le Conseil départemental peut récupérer les sommes versées au titre de l'aide sociale à l'hébergement du vivant ou au décès du bénéficiaire, auprès des obligés alimentaires et sur succession. Sans tenir compte des obligés alimentaires, la DREES estime à un peu moins de 20 % le taux de recours à l'ASH en 2019. Ce taux, de 46 % pour les résidents en EHPAD dont les ressources mensuelles sont inférieures à 910 €, est de 20 % pour les revenus compris entre 910 et 1 355 €. Il diminue ensuite progressivement.

Les taux d'effort, qui diffèrent peu selon le GIR, sont nettement plus élevés au début de la distribution des revenus, avec – avant prise en compte de l'ASH – des dépenses équivalentes au double des ressources des bénéficiaires lorsque celles-ci sont proches du montant de l'ASPA (environ 870 € par mois). Après prise en compte de l'ASH, le taux d'effort est en moyenne de 160 % en début de distribution. Ces taux d'effort supérieurs à 100 % s'expliquent par un taux de recours à l'ASH au plus de 46 %. Les taux d'effort décroissent progressivement à mesure que le niveau de revenu augmente. Le reste à vivre reste ainsi globalement négatif jusqu'à 2 000 € par mois.

L'APA à domicile, complétée par un crédit d'impôt depuis 2017 prévoit un reste à charge progressif selon le revenu

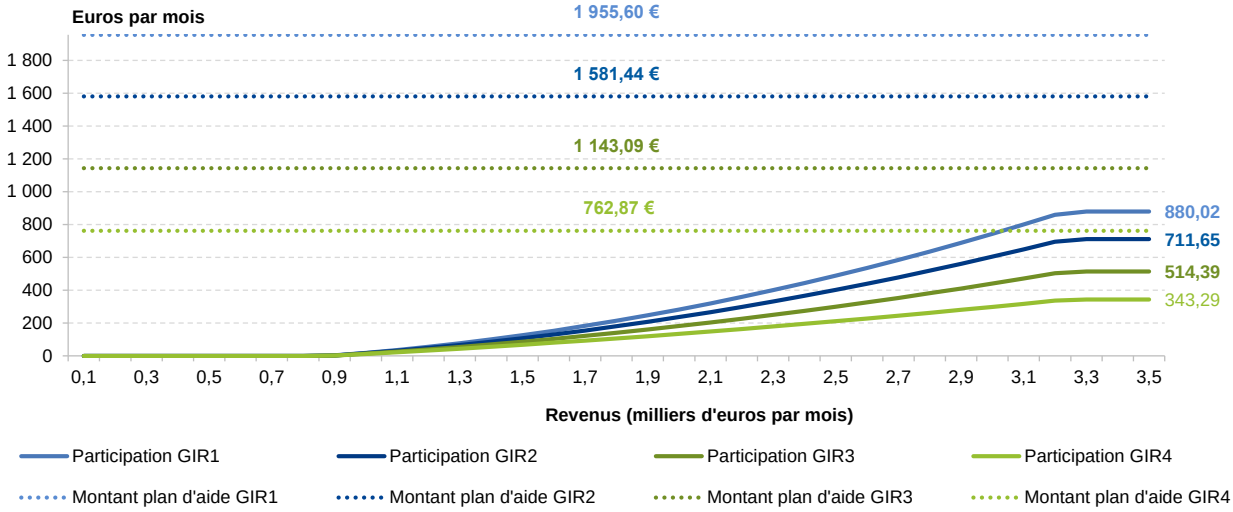
L'allocation personnalisée autonomie (APA) à domicile prévoit qu'une partie du plan d'aide, correspondant en 2017 en moyenne à 20 % de la prestation, soit laissée à la charge du bénéficiaire, selon son degré de perte d'autonomie et ses ressources (*cf. Graphique 1*). La loi pour l'adaptation de la société au vieillissement a modifié les modalités de calcul de cette participation à partir de 2016, pour diminuer le reste à charge et favoriser le recours à l'APA notamment pour les plus dépendants. Ainsi, le taux de participation décroit avec la perte d'autonomie :

- les bénéficiaires dont les ressources mensuelles sont inférieures ou égales à 0,725 fois le montant mensuel de la majoration pour l'aide constante d'une tierce personne (MTP) soit 877,90 € en vigueur au 1er janvier 2024, sont exonérés de toute participation financière.
- les bénéficiaires dont les ressources mensuelles sont supérieures à 0,725 fois et inférieures ou égales à 2,67 fois le montant mensuel de la majoration pour tierce personne (donc comprises entre 877,90 € et 3 233,10 € par mois en 2024), voient leur participation modulée suivant leurs ressources et le montant du plan d'aide. Le reste à charge augmente ainsi avec le niveau de revenu, et diminue avec le niveau de dépendance. Ainsi, les bénéficiaires dont les ressources mensuelles sont supérieures à la borne haute de sortie du ticket modérateur, équivalente à 2,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne (soit 3 233,10 € par mois en 2024), ont un taux de participation égal à 90 % du plan d'aide.

Depuis 2017 la réduction d'impôt permettant une prise en charge des sommes au titre de l'aide humaine des personnes imposables a été transformée en crédit d'impôt. Celui-ci, instauré par la loi de finances pour 2017, couvre 50 % des

dépenses restant à charge dans la limite de 12 000 €/an (*cf. Graphique 1*). Le recours au crédit d'impôt spécifiquement pour les bénéficiaires de l'APA à domicile est mal connu. En effet, le HCFEA soulignait qu'il est possible que ce dispositif soit mal compris par ses bénéficiaires, et que l'avance de trésorerie consenti par eux freine le recours aux services et donc la dépense fiscale.

Graphique 1 ● **Montant du plan d'aide laissé à la charge du bénéficiaire, en fonction de son niveau de revenu, par GIR, pour un plan d'aide au plafond en 2024** (après crédit d'impôt)



Note de lecture : Le plan d'aide plafond en GIR 1 est de 1 956 € (courbe bleu foncé, pointillés), le reste à charge du bénéficiaire est nul pour les plus faibles revenus, et atteint au plus 880 € après crédit d'impôt pour les personnes dont le taux de participation est de 90 %.
Source : Calculs DSS

À l'inverse, le barème de l'APA en établissement prévoit une participation forfaitaire jusqu'au seuil de revenus de 2 676 €/mois. Au-delà de ce seuil, le montant à charge de l'assuré dépend de son revenu. Cette participation concerne environ 10 % des résidents en EHPAD, mais est, dans les faits, peu appliquée par les départements.

Précisions méthodologiques

Cf. Sous-indicateur 2-3-1

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DREES – DSS

2.4. Favoriser l'accès en milieu ordinaire

2.4.1. Favoriser la scolarisation des enfants en situation de handicap

Finalité Permettre à l'école d'assurer une scolarisation de qualité pour tous les élèves est une ambition forte du gouvernement qui a fait de la scolarisation des élèves en situation de handicap une priorité. L'école inclusive est une école qui permet une scolarisation des élèves en situation de handicap de façon adaptée à leurs besoins. Elle repose sur :

- une meilleure réponse aux besoins des élèves au travers d'une offre plus diversifiée et mieux coordonnée ;
- un meilleur accompagnement des familles ;
- Une amélioration de l'adéquation entre les besoins des élèves et les ressources humaines adossée à une amélioration des conditions de travail des accompagnants des élèves en situation de handicap.

Au sein des établissements relevant du ministère de l'éducation nationale, la majorité des élèves en situation de handicap est scolarisée en classe ordinaire. Lorsque cela est nécessaire, les élèves peuvent bénéficier de l'appui d'une Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS). Les ULIS accompagnent, en général, une douzaine d'élèves en situation de handicap, au sein d'une école, d'un collège ou d'un lycée. Le jeune scolarisé avec l'appui d'une ULIS bénéficie d'un suivi individuel dont l'organisation est inscrite dans son projet personnalisé de scolarisation (PPS). L'objectif recherché est que l'élève devienne suffisamment autonome pour suivre les enseignements en classe ordinaire ; en cas de besoin identifié par l'équipe pédagogique ou à la demande de l'élève, ce dernier bénéficie - régulièrement ou ponctuellement - d'un enseignement dispensé au sein d'un groupe restreint par un professeur spécialisé. Par ailleurs, les unités d'enseignement maternelle autisme (UEMA) et les unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA) scolarisent des enfants avec autisme pour lesquels l'accompagnement par une ULIS en école élémentaire ou une aide humaine est insuffisant. La réponse à leurs besoins, requiert une collaboration quotidienne entre l'éducation nationale et le secteur médico-social.

Résultats En 2022/2023, plus de 501 700 enfants ou adolescents en situation de handicap sont scolarisés, dont 85 % en milieu ordinaire, 13 % (hors scolarité partagée) exclusivement en établissement hospitalier ou médicosocial et 2 % en scolarité partagée.

À la rentrée 2022, la scolarisation en milieu ordinaire progresse de 4,8 % dans le premier degré et de 8,4 % dans le second degré comparativement à la rentrée 2021 ; la scolarisation avec l'appui d'une Ulis connaît une légère augmentation dans le premier degré (+ 0,7 %) tandis que l'augmentation est plus nette dans le second degré (+3,2 %).

Dans le milieu ordinaire, les 436 000 élèves en situation de handicap se répartissent comme suit:

- plus de 222 500 élèves scolarisés dans une école (i.e. trois élèves en classe ordinaire pour un élève scolarisé avec l'appui d'une Ulis) ;
- 213 500 élèves scolarisés dans un établissement du second degré (dont 73,3 % en classe ordinaire et 26,7 % avec l'appui d'une Ulis). Sur les 156 500 élèves scolarisés en milieu ordinaire dans le second degré, 62 % suivent un parcours en collège, 12 % en Segpa, 16 % en enseignement professionnel et 10 % en enseignement général et technologique.

A ces chiffres, il convient d'ajouter :

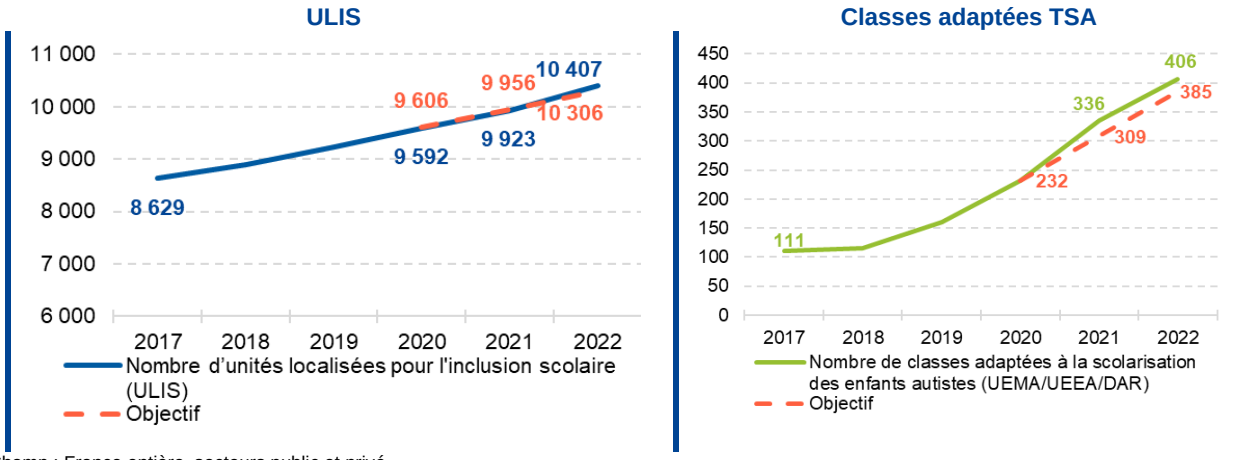
- 635 élèves scolarisés en UEEA, soit une augmentation de plus 24 % comparativement à 2021.

Pour répondre à cette augmentation régulière des besoins en scolarisation des élèves en situation de handicap, les structures relevant de l'Éducation nationale évoluent. Ainsi, ont été ouverts à la rentrée 2022 :

- 10 410 Ulis (dont 5 300 dans le premier degré et 5 110 dans le second degré), soit 44 dispositifs supplémentaires comparativement à 2021. L'effort relatif à ces ouvertures porte davantage sur le second degré en raison de la progression dans leur parcours scolaire des élèves en situation de handicap ;
- 406 dispositifs scolarisant des élèves avec des troubles du spectre de l'autisme qui se décomposent en :
    - 282 UEMA,
    - 84 UEEA,
    - 40 dispositifs d'autorégulation (DAR) à raison de 33 dans le premier degré et 7 dans le second degré.

Pour la même année scolaire, l'attribution du matériel pédagogique adapté (MPA) concerne moins de 4 % des élèves en situation de handicap scolarisés dans le premier degré (Prédominance des troubles sensoriels et moteurs) et 18,9 % des élèves scolarisés dans le second degré (Après les troubles sensoriels et moteurs, ce sont les troubles du langage ou de la parole qui prédominent dans les ouvrants droits au MPA).

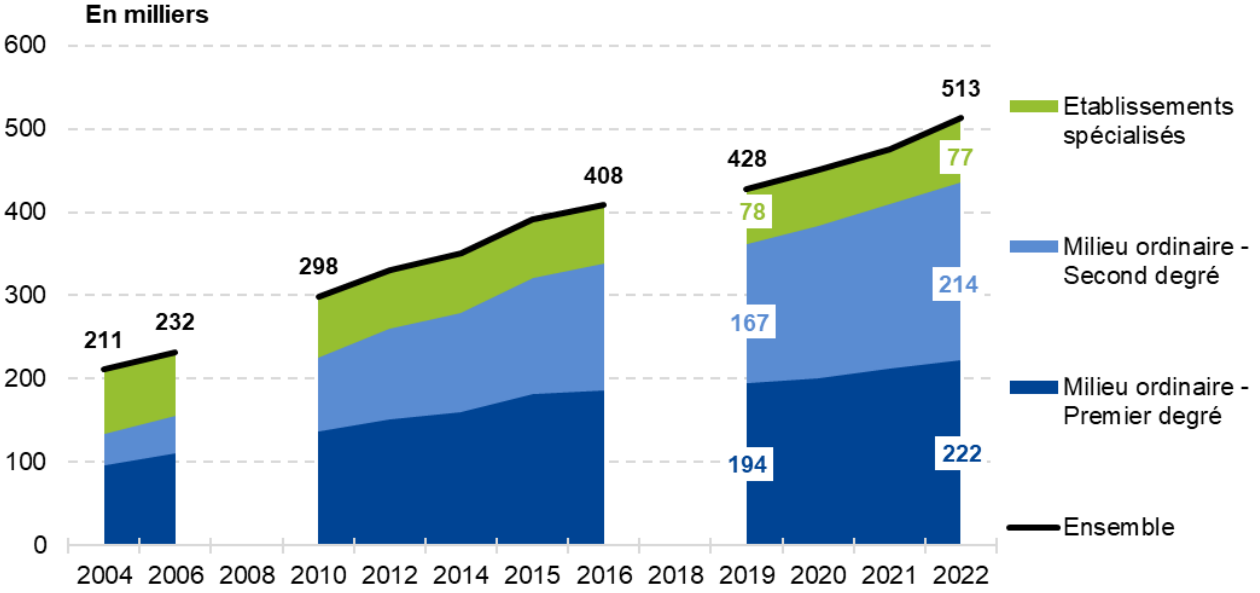
Graphique 1 ● **Nombre d'unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) et de classes adaptées à la scolarisation des enfants avec troubles du spectre de l'autisme (TSA)**



Champ : France entière, secteurs public et privé
Source : ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse – DGESCO.

Depuis 2006, la part des d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire a été multipliés par 3,5 tandis que la part d'élèves scolarisés dans les établissements spécialisés a été stabilisé sur la même période.

Graphique 2 ● **Scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap**



Note : Total hors scolarité partagée à partir de 2008 pour éviter les doubles comptes. Ruptures de séries en 2008 et 2018.
Note de lecture : En 2022, 513 000 enfants et adolescents en situation de handicap sont scolarisés, 436 000 en milieu ordinaire (222 000 en premier degré et 214 000 en second degré) et 77 000 en établissement spécialisé
Champ : France entière, secteurs public et privé
Source : Publication annuelle de la DEPP et de la SD-SIES « Reperes-et-references-statistiques-2022 »

Pour aller plus loin :

Elèves en situation de handicap - Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance - Document de synthèse 2020

Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, *Point d'étape : La mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement en faits et chiffres*, mars 2022

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

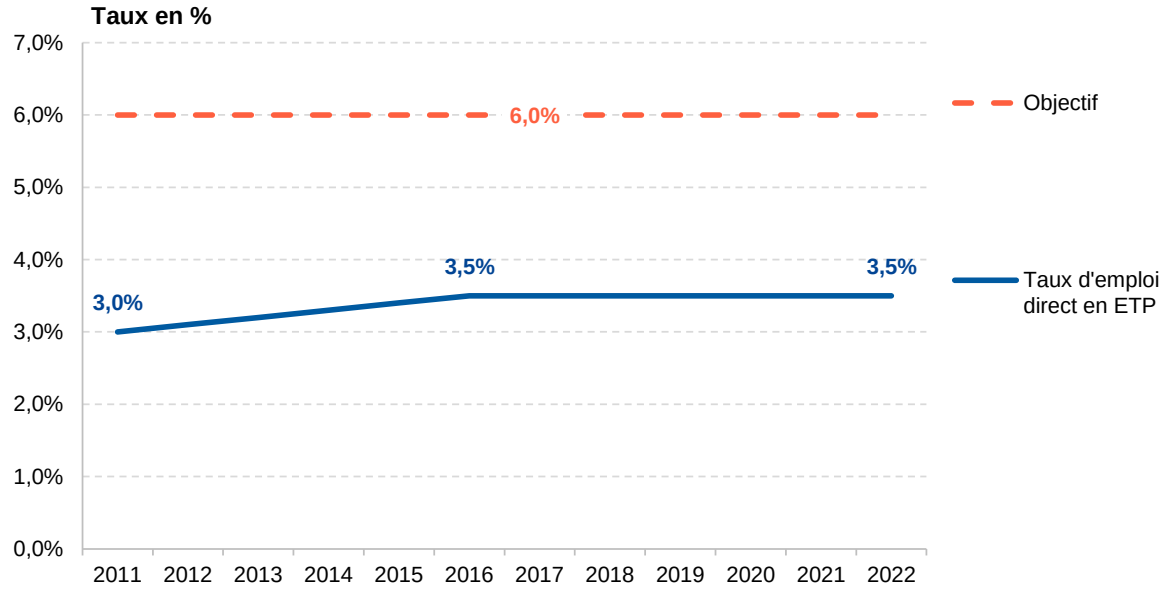
2.4.2. Permettre aux personnes en situation de handicap d'être en emploi

Finalité En dépit d'évolutions positives, depuis la loi de 1987 imposant aux entreprises une obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH), les personnes en situation de handicap continuent de rencontrer de fortes difficultés d'accès et de maintien dans l'emploi, caractérisées par un taux d'emploi et un niveau de qualification plus faibles que la population générale et un taux de chômage plus élevé. Favoriser l'emploi des personnes en situation de handicap à hauteur d'un quota de l'effectif total des employeurs concernés par l'obligation procède d'un souci d'équité : les travailleurs en situation de handicap devraient avoir le même droit d'accès à l'emploi que celui de l'ensemble des travailleurs. Avoir le pouvoir de décider pour soi-même est un apprentissage qui se développe. Accompagner les travailleursen situation de handicap à devenir ce qu'ils ont envie d'être, avec un soutien adapté, c'est permettre à chacun de participer à la société en tant que citoyen et d'accéder au bien-être à la fois émotionnel et matériel qui contribue à une meilleure qualité de vie.

Résultats Malgré des plans d'action successifs et une obligation d'emploi des travailleurs handicapés fixée à 6 %, le taux de chômage des personnes en situation de handicap est plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale. Les personnes en situation de handicap représentent 3,5 % de l'ensemble des salariés en 2022 en équivalent temps plein, stagnant depuis 2016. 657 400 personnes bénéficiaires de l'OETH ont travaillé en 2022.

En 2022, parmi les 27,8 millions de personnes de 15 à 64 ans en emploi, 4,0 % (soit 1,1 million de personnes) disposent d'une reconnaissance administrative de leur handicap.

Graphique 1 ● **Part des travailleurs handicapés dans l'effectif total des établissements**



Note de lecture : En 2022, comptés en équivalent temps plein, les travailleurs handicapés employés directement représentent 3,5 % de l'ensemble des effectifs assujettis à l'OETH.
Champ : Établissements du secteur privé et établissements publics à caractère industriel et commercial, de 20 salariés ou plus, France (hors Mayotte).
Source : Agefiph-Dares, DOETH ; traitement Dares.

Entre 2011 et 2022, la part des travailleurs en situation de handicap a progressé dans l'ensemble des secteurs d'activité, sauf pour la construction et les autres activités (principalement l'agriculture et certaines activités de services). Ces deux secteurs avaient une évolution stable voire positive, mais ont été marqués par la crise sanitaire en 2020 et n'ont pas pu retrouver leurs niveaux d'avant-crise. Les travaux de la DARES (*cf. « Pour en savoir plus »*) montrent que les travailleurs en situation de handicap sont nettement plus âgés (la moitié ont entre 50 et 64 ans), nettement moins diplômés, et qu'elles exercent plus fréquemment à temps partiel (33 % contre 17 % pour l'ensemble de la population).

Tableau 1 ● **Part des travailleurs en situation de handicap dans l'effectif total par secteurs d'activité**

Secteur d'activité	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021(p)	2022(p)
Industrie	3,6	3,6	3,9	3,8	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	4,0	4,1	4,1
Construction	2,9	2,8	2,9	2,9	3,0	3,0	2,9	2,9	2,8	2,6	2,7	2,7
Commerce, transport, hébergement et restauration	2,9	2,9	3,2	3,2	3,4	3,4	3,5	3,6	3,6	3,3	3,4	3,4
Information et communication	1,4	1,7	1,6	1,6	2,1	2,2	2,2	2,3	2,3	2,2	2,3	2,3
Activités financières, d'assurance et immobilières	2,4	2,5	2,7	2,9	3,1	3,1	3,2	3,3	3,4	3,6	3,8	3,8
Services aux entreprises	2,5	2,4	2,6	2,6	2,8	2,8	2,9	2,9	2,9	2,6	2,7	2,8
Administration publique, enseignement, santé humaine et action socia	3,8	3,8	4,1	4,2	4,4	4,5	4,5	4,5	4,7	4,4	4,5	4,5
Autres activités*	3,0	2,9	3,0	3,3	3,4	3,5	3,6	3,6	3,6	2,6	2,8	2,8

* Autres activités : agriculture, sylviculture et pêche, ainsi que diverses activités de service.
Champ : Établissements du secteur privé et établissements publics à caractère industriel et commercial, de 20 salariés ou plus, France (hors Mayotte).
Source : Agefiph-Dares, DOETH ; traitement Dares.
Lecture : en 2022, les travailleurs en situation de handicap représentent 4,1 % des effectifs dans le secteur de l'industrie.

Construction de l'indicateur

L'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH) impose aux établissements publics (depuis 2006) ou privés de 20 salariés ou plus de porter la part des travailleurs handicapés au seuil de 6 % de leur effectif. Si cet objectif n'est pas atteint, l'employeur doit verser une contribution pour financer des actions en faveur de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap et mises en œuvre par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph). À compter de 2020, l'unité d'assujettissement devient l'entreprise et non plus l'établissement. L'OETH est intégrée à la déclaration sociale nominative (DSN) à compter du millésime 2020. Les déclarations annuelles du secteur privé sont collectées par les organismes de recouvrement de sécurité sociale (Acoss et Ccmsa).

Les séries longues de la Dares portent sur le champ du secteur privé et des établissements publics à caractère industriel ou commercial (Epic). Notons que les données OETH disponibles auprès de la Dares découlent du cadre juridique applicable avant la réforme entrée en vigueur au 1er janvier 2020.

Pour en savoir plus :

L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2022, 15 novembre 2023 – DARES Résultats N° 62 .

Le taux de chômage des personnes reconnues handicapées recule nettement entre 2015 et 2022, 19 Octobre 2023 – DARES Focus N° 55

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DARES

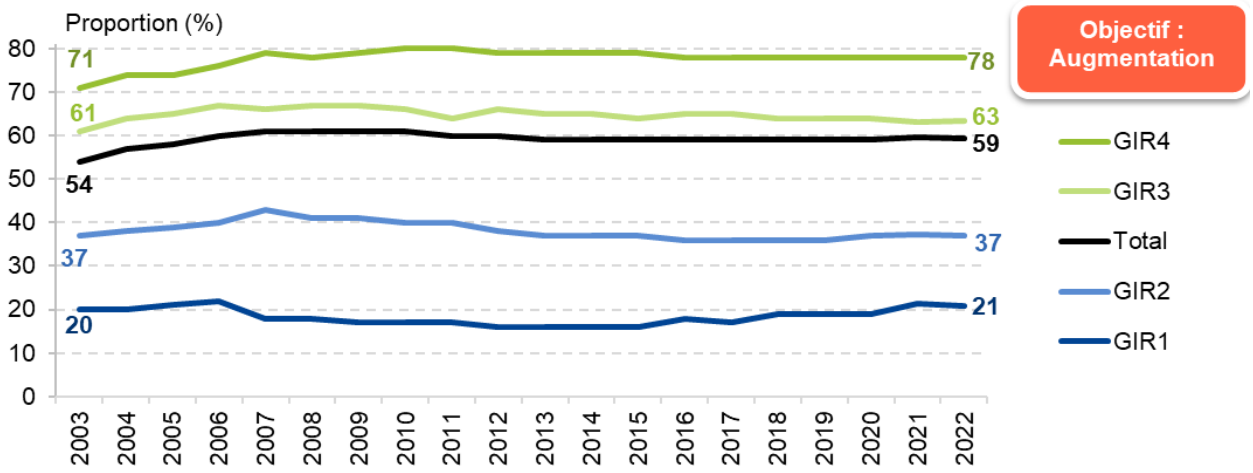
2.5. Permettre aux personnes en perte d'autonomie de vivre plus souvent à domicile

2.5.1. Favoriser le maintien à domicile des bénéficiaires de l'APA

Finalité Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de vivre plus nombreuses et plus longtemps à domicile est l'une des ambitions affichées par le Gouvernement au travers notamment de la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), des mesures en faveur des aidants, et d'un meilleur accès aux aides techniques prévues dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV). L'objectif est de garantir à ces personnes de une certaine autonomie au quotidien en leur fournissant les aides humaines, techniques et en aménagement leur logement, si nécessaire. Sans méconnaître la diversité des situations, cet objectif s'applique à l'ensemble des personnes âgées, quelque soit le niveau de leur perte d'autonomie.

Résultats La proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile a augmenté de 6 points entre 2003 et 2006, passant de 54 % à 60 %. Depuis 2006, la part des bénéficiaires de l'APA vivant à domicile s'est stabilisée à un haut niveau, autour de 60 %.

Graphique 1 ● **Proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile selon le niveau de perte d'autonomie**



Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source : Drees, enquête Aide sociale.

Cette évolution est liée à la forte hausse du nombre de bénéficiaires vivant à domicile et évalués en GIR 4[1] (+64 % entre 2003 et 2007, +18 % entre 2008 et 2022) lors de la montée en charge de l'APA. Fin 2007, 79 % des bénéficiaires de cette prestation classés en GIR 4 vivaient à domicile, contre 71 % en 2003. Cette forte hausse s'explique par le fait que les personnes appartenant au GIR 4 sont les moins dépendantes, ce qui facilite leur maintien à domicile. De plus, il est probable que beaucoup de bénéficiaires potentiels ainsi que leurs familles n'aient que progressivement réalisé que la nouvelle prestation permettait une prise en charge des « dépendances modérées » (GIR 4), alors que la prestation précédente, la prestation spécifique de dépendance (PSD), était limitée aux GIR 1 à 3. Fin 2022, 78 % des personnes évaluées en GIR 4 et percevant l'APA vivent à domicile.

La part des bénéficiaires vivant à domicile parmi ceux évalués en GIR 1 et 2, lesquels rassemblent les personnes nécessitant une présence importante d'intervenants pour les activités de la vie courante, s'est légèrement infléchie. 37 % des bénéficiaires de l'APA évalués en GIR 2 vivent à domicile en 2022. Le caractère minoritaire des situations de vie à domicile de personnes en GIR 1 tient aux difficultés pourfinancer un accompagnement adapté, en dehors de concours très élevés de la personne ou de sa famille.

Un des objectifs majeurs du gouvernement est de permettre à chaque personne en perte d'autonomie de continuer à vivre chez elle, dans son lieu de vie habituel (ou dans un autre logement de son choixsi elle en exprime le désir et si le niveau d'accompagnement à domicile mis en place est suffisament satisfaisant pour lui peremttre d'y demeurer en sécurité...

Différentes mesures doivent permettre d'atteindre cet objectif et d'augmenter la proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile : le relèvement des plafonds de l'APA pour tous les niveaux de GIR (de 100 € pour le GIR 4 à 400 € pour le GIR 1) ; l'accès facilité aux aides techniques, aux adaptations du logement, aux actions individuelles et collectives de prévention (par la mobilisation des institutions locales et l'affectation de fonds dédiés *via* les conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie) ou encore la création d'un module répit pour

[1] 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.

les aidants et le développement des actions de soutien et d'accompagnement en leur faveur[1]. Les mesures du plan maladies neurodégénératives pour la période 2014-2019 intéressant les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, notamment concernant l'accueil temporaire et les aidants, sont également de nature à y contribuer.

Précisions méthodologiques Le ratio est calculé en prenant au numérateur le nombre de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile et au dénominateur le nombre total de bénéficiaires de l'APA (hors GIR 5, 6 et inconnu). Les bénéficiaires de l'APA sont ici les personnes ayant un droit ouvert à la prestation et qui ont été payées au titre du mois de décembre. Pour des précisions concernant l'allocation personnalisée d'autonomie, se reporter à l'indicateur n°1-5.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

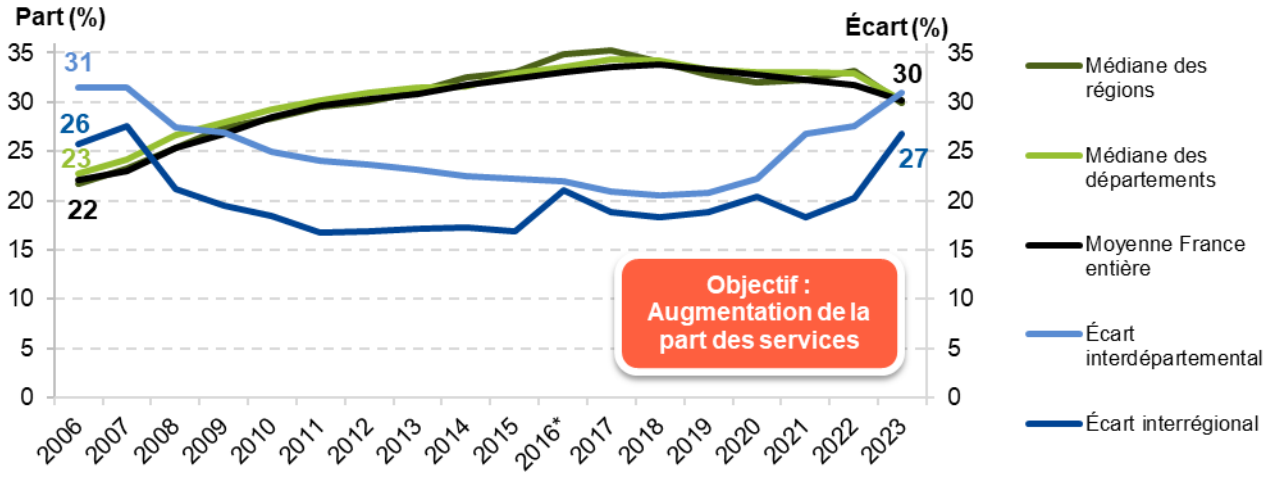
[1] La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite ASV) a permis la mise en place de ces différentes mesures.

2.5.2. Développer des services pour personnes handicapées, enfants et adultes, dans les structures médico-sociales

Finalité Cet indicateur vise à mesurer la diversité des accompagnements, en repérant la part des places financées par la branche autonomie dans le cadre de l'objectif global de dépense dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de handicap par des services exerçant au domicile ou, plus largement, en milieu ouvert, y compris en matière d'inclusion scolaire ou d'insertion professionnelle.

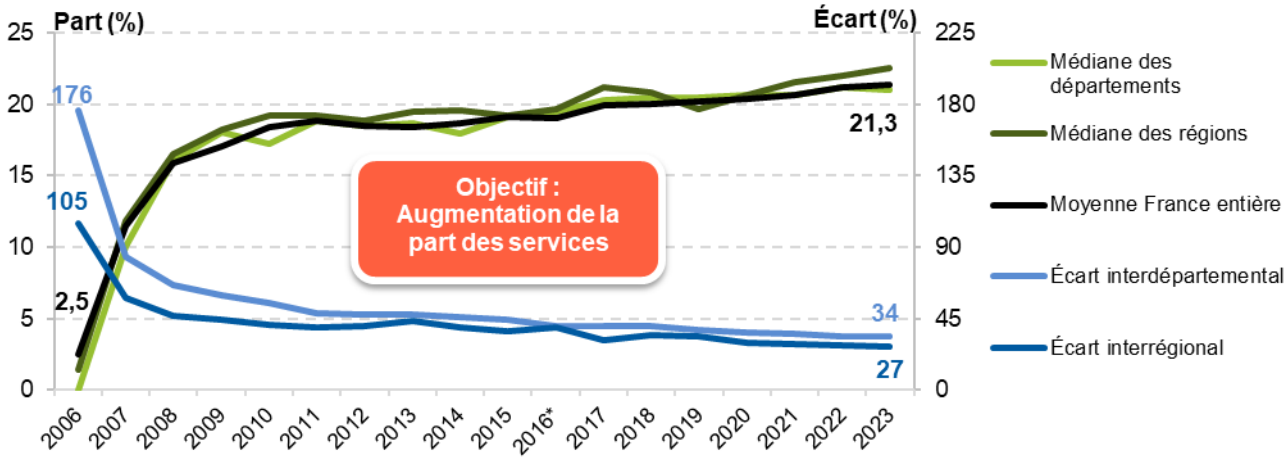
Résultats La part des services dans l'offre totale de places médico-sociales (établissements et services) pour les enfants et les adultes en situation de handicap a progressé entre 2006 et 2018. Elle est passée de 22 % à 34 % (moyenne nationale) pour les enfants et de 2,5 % à plus de 20 % pour les adultes. Depuis 2018 la part des places diminue légèrement pour les enfants, elle est de 30% en 2023. Cette baisse s'expliquerait plus par la difficulté à évaluer la capacité d'accueil des SESSAD du fait de leur transformation en dispositif (DITEP) plutôt qu'à une réelle baisse du nombre de places. A l'inverse, elle continue d'augmenter faiblement pour les adultes avec un taux de 21 % la même année.

Graphique 1 ● **Part des places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile pour enfant handicapés (SESSAD)**



*: valeurs régionales de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale à partir de 2016.
Note de lecture : En France métropolitaine, en 2023, 30 % des services dans l'offre totale de places médico-sociales concernent les enfants handicapés. Dans la moitié des régions, 30 % des services de places médico-sociales sont dédiées aux enfants handicapés. On observe une dispersion de la part des places en services accordées aux enfants dans les régions de27 % autour de la moyenne nationale.
Champ : France métropolitaine.
Source : Finess, traitements CNSA.

Graphique 2 ● **Part des places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)**



*: valeurs régionales de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale à partir de 2016.
Note de lecture : En France métropolitaine, en 2023, 21 % de l'offre totale de places médico-sociales concernent les adultes handicapés. Dans la moitié des régions, 23 % des services de places médico-sociales sont dédiées aux adultes handicapés. On observe une dispersion de la part des places en services accordées aux adultes dans les régions de 27 % autour de la moyenne nationale.
Champ : France métropolitaine.
Source : Finess, traitements CNSA.

L'objectif de renforcement de l'offre de services inscrit dans les plans nationaux connaît une traduction réelle sur l'ensemble du territoire depuis 2006. La part des services est toujours plus élevée dans le secteur des enfants en situation de handicap, même si l'offre de services pour adultes a considérablement progressé depuis 2006.

Ainsi, dans le secteur de l'enfance, 30 % des places installées concernent l'accompagnement des enfants à domicile ou en milieu scolaire (SESSAD), ce qui illustre la priorité gouvernementale de développement de la scolarisation des enfants en situation de handicap. Il convient de noter que depuis 2017qu'il y a une montée en charge progressive des dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap mais qui ne peut être mesurée actuellement, néanmoins l'intégration dans les données de l'offre en dispositifs ITEP permet de réduire significativement les disparités interdépartementales.

S'agissant du secteur des adultes, la part des SAMSAH-SSIAD-SPASAD dans l'offre globale s'élève à 21 % en 2023. Après une période de forte montée en charge (il ne représentait que 2 % en 2006), il s'est stabilisé depuis 2010. Cette moyenne recouvre une hétérogénéité importante sur l'ensemble du territoire entre régions comme entre départements. Si les disparités tendent à se réduire, elles restent importantes. Elles s'expliquent notamment par la montée en charge relativement récente et disparate de ces solutions d'accompagnement sur le territoire. Elles s'expliquent également par la nécessité de coordonner l'action des agences régionales de santé (ARS)et des Conseils départementaux pour l'autorisation et l'installation de ces services. Le plan de création de 25 000 nouvelles places de SSIAD à l'horizon 2030, doté de 400 M€ (pour les champs PA et PH), permettra de poursuivre la création de places de services assurant des soins infirmiers à domicile pour les adultes en situation de handicap ce qui représentent environ 5 % de l'offre totale de SSIAD.

Précisions sur le dispositif Cet indicateur vise à quantifier la diversification de l'offre de structures accueillant des personnes en situation de handicap développées au travers des programmes interdépartementaux d'accompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC) depuis 2006.

Construction de l'indicateur Pour les enfants en situation de handicap, la part des services est mesurée en rapportant le nombre de places de SESSAD au nombre total de lits et places en établissements médico-sociaux pour enfants financés totalement ou partiellement par l'OGD.

Pour les adultesen situation de handicap, la part des services rapporte le nombre de places de SSIAD, SAMSAH et SPASAD au nombre total de lits et places en établissements médico-sociaux pour adultes.

Les écarts interdépartementaux et interrégionaux sont mesurés par des coefficients de variation. Plus l'écart type relatif est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution de l'écart type signifie donc une réduction des écarts territoriaux. (*cf. Indicateur n°2-2* pour plus de détails*)*.

Précisions méthodologique Les structures accueillant des enfants et adultes en stuation de handicap sont les mêmes que celles définies à l'indicateur n°1-10. Les lits ou places pris en compte concernent les structures bénéficiant d'un financement total ou partiel via l'OGD :

- *enfants en situation de handicap* : établissements pour déficients mentaux, établissements pour polyhandicapés, établissements pour troubles du comportement, établissements pour handicapés moteurs, établissements pour déficients sensoriels, services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ;

- *adultesen situation de handicap* : maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), établissement et services d'aide par le travail (ESAT), établissements et services de réinsertion professionnelle, services de soins à domicile (SSIAD), services d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Le champ couvert par l'indicateur n'intègre pas les services d'accompagnement et d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ni plus largement l'offre portée exclusivement par les Conseils départements : EANM et SAVS notamment.

La réforme territoriale, prise en compte dans le calcul des indicateurs à partir de 2016, a eu un impact exclusivement sur les régions.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

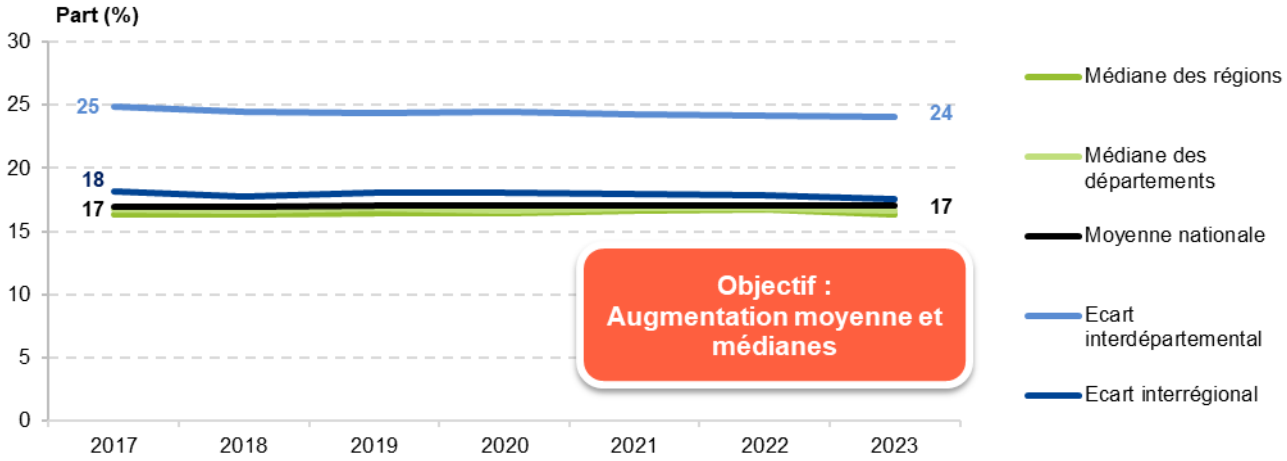
2.5.3. Etendre la part des services pour personnes âgées de plus de 75 ans dans les structures médico-sociales

Finalité Cet indicateur vise à mesurer la diversité des accompagnements, en repérant la part des places financées par l'objectif global de dépenses dédiées à l'accompagnement et aux soins des personnes âgées par des services exerçant au domicile (services de soins infirmiers à domicile-SSIAD, services polyvalents d'aide et de soins à domicile-SPASAD) ou par des dispositifs intermédiaires en EHPAD (accueil de jour ou hébergement temporaire).

L'indicateur retenu pour mesurer la diversoté des modes d'accueil des personnes âgées est un indicateur global qui regroupe l'ensemble des services aux personnes âgées. Il peut être décomposé afin de décrire les contributions spécifiques des SSIAD (environ 17 % en 2023) et des places d'offre séquentielle (accueil de jour et hébergement temporaire : 2 % en 2023).

Résultats La part des services et dispositifs intermédiaires dans l'ensemble des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées s'établit à 19 % en 2023, relativement stable depuis 2017. L'objectif de diversification de l'offre de services favorisant le maintien à domicile est difficile à mettre en œuvre dans un contexte où la demande sociale de places en institution est soutenue et détermine le choix de la programmation dans de nombreuses régions. Les disparités territoriales en termes d'écarts entre les départements ainsi qu'entre les régions stagnent également sur la période 2017-2023.

Graphique 1 ● **Part des services et de l'offre séquentielle (accueil de jour et hébergement temporaire) dans les structures médico-sociales pour personnes âgées**



Source : Finess 2017-2023, traitements CNSA Champ : France métropolitaine.
Lecture : pour les personnes âgées, on compte en moyenne, sur la France métropolitaine 19 % de places en services et offre séquentielle rapportés à l'ensemble des places en établissements et services en 2023. La moitié des régions dispose d'au moins 18 % de places en services. On observe, pour les régions, une dispersion de la part des places en services et offre séquentielle de 16 % autour de la moyenne nationale en 2023. Plus le coefficient de variation est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

Construction de l'indicateur Il rapporte le nombre de places offertesdans les services (SSIAD, SPASAD) et dans les s accueilss séquentiel (accueil de jour et hébergement temporaire) au nombre de places global (établissements + services) pour personnes âgées. Les écarts interdépartementaux et interrégionaux sont mesurés par des coefficients de variation (*cf.* indicateur n°2-5-1 pour plus de détails).

Précisions méthodologiques Les structures accueillant des personnes âgées sont les mêmes que celles définies à l'indicateur n°1-7 (*cf.* précisions méthodologiques), à savoir les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées financés totalement ou partiellement par la branche autonomie via l'OGD : les établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en sections de cure médicale résidences autonomie(EHPA) avec forfait soin uniquement, unités de soins de longue durée (USLD) , services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), accueil de jour et hébergement temporaire. Le champ n'intègre pas les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ni les résidences autonomie sans forfait soins(EHPA)

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

2.6. Adapter les logements pour permettre le maintien à domicile

Finalité Progresser dans l'adaptation du logement est un enjeu majeur, humain et économique, pour prévenir la perte d'autonomie, permettre aux personnes âgées de rester à domicile plus longtemps et limiter le risque de chutes, qui entraînent des départs précoces en institution. A ce titre, le logement est au cœur du défi de la prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile, dans un contexte démographique d'augmentation du nombre de personnes âgées.

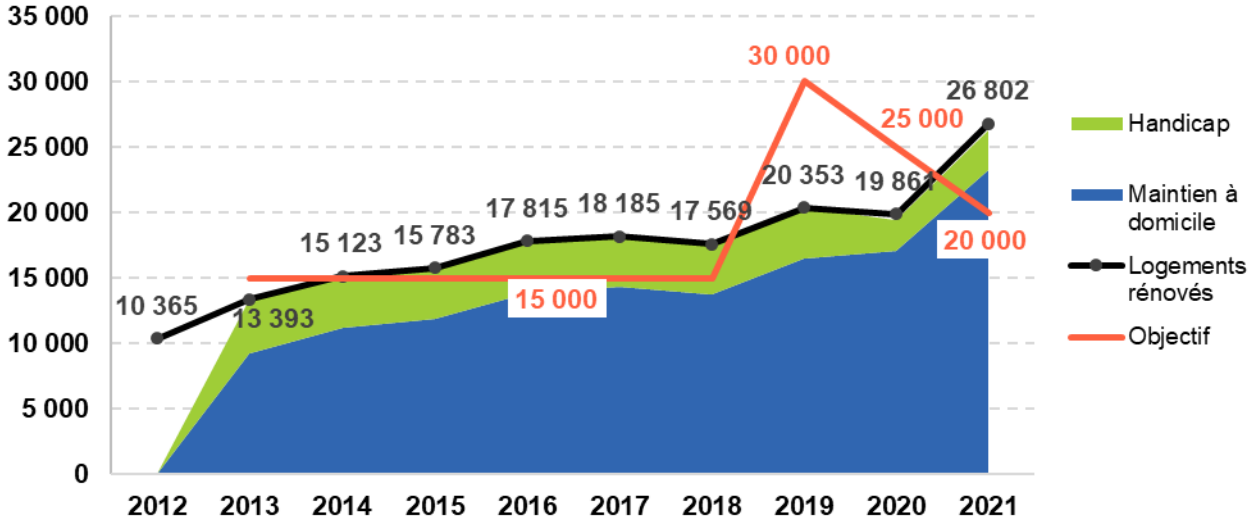
Parmi les dispositifs permettant l'aménagement du logement, l'Agence nationale de l'habitat (Anah) facilite les travaux d'adaptation des logements des personnes concernées. L'objectif de 15 000 logements adaptés par an entre 2013 et 2018 a été atteint dès 2014. Il a été doublé en 2019.

L'habitat dit « inclusif » peut également être mis au service de la prévention de la perte d'autonomie et de la lutte contre l'isolement. Complémentaire au domicile ordinaire et à l'établissement, l'habitat inclusif permet par des logements indépendants de répondre à la volonté de ses habitants, âgés ou en situation de handicap, de vivre ensemble dans un environnement adapté, sécurisé et propice au lien social par la présence d'espaces de vie individuelle et d'un ou plusieurs espace(s) commun(s). La CNSA soutient le développement de ces habitats inclusifs par le déploiement de l'aide à la vie partagée (AVP), qui promeut l'animation et la coordination du projet de vie sociale et partagée des habitants âgés ou en situation de handicap. Elle soutient également l'investissement pour la construction, la réhabilitation d'espaces communs ou l'adaptation de logements destinés à l'habitat inclusif pour les personnes âgées (mesure Ségur de la Santé).

Résultats L'Anah encourage la réalisation de travaux d'amélioration des logements privés. Elle accorde des aides financières aux propriétaires occupants ayant des revenus modestes afin qu'ils adaptent leur logement pour pouvoir y vivre malgré leur perte d'autonomie. Cette aide correspond au plus à 50 % des dépenses hors taxes, dans la limite de 10 000 €. Elle permet, par exemple, le remplacement de la baignoire par une douche de plain-pied ou l'installation d'un monte-escalier électrique.

Au total, 86,7 M€ d'aides liées à l'adaptation des logements à la perte d'autonomie et au handicap ont été accordées par l'Anah en 2021 (+32 % par rapport à 2020), permettant l'adaptation de 26 802 logements, soit près de 7 000 de plus qu'en 2020. L'objectif annuel, fixé à 20 000 logements, a ainsi été dépassé de 34 %.

Graphique 1 ● **Adaptation des logements à la perte d'autonomie**



Source : rapport d'activité - Anah et Compte du logement de 2013 à 2021

Les personnes en situation de handicap peuvent, en outre, financer les besoins liés à l'aménagement de leur logement par la prestation de compensation du handicap. Par exemple, en 2018, 14 % des éléments attribués au titre de la PCH concernaient des aides à l'aménagement du logement ou du véhicule.

L'allocation personnalisée d'autonomie peut également financer des aides techniques voire permettre la réalisation de travaux d'adaptation du logement à la perte d'autonomie. L'étude des plans d'aide par la Drees montre cependant que c'est essentiellement l'aide humaine qui est financée par l'allocation.

Fort d'une expérimentation menée en 2017 et 2018, la loi pour l'évolution du logement, de l'aménagement et de la transition numérique (article 45 bis de la loi ÉLAN) a créé un forfait pour le financement du projet de vie sociale et partagée mis en œuvre dans le cadre de projets d'habitat inclusif. Cette aide est attribuée au projet et est d'un montant maximum de 60 000€ par projet. Ont été installées également au niveau départemental les Conférences des Financeurs de l'Habitat Inclusif (CFHI). Ce forfait est géré par les ARS en lien avec les CFHI.

La loi de financement de la Sécurité sociale 2021 permet quant à elle de mettre en œuvre l'Aide à la Vie Partagée (AVP), une préconisation du rapport de Denis Piveteau et Jacques Wolfrom. Elle permet de financer l'animation, la coordination du projet de vie sociale et la régulation du vivre ensemble. Cette aide individuelle, indirecte, non cumulable avec le forfait habitat inclusif et plafonnée à 10 000€ par an par habitant, est versée par les Conseils départementaux aux porteurs de projets d'habitats inclusifs sur la base d'un conventionnement et après révision du règlement départemental d'aide sociale (RDAS). Pour les Départements qui s'engagent dans le déploiement de l'AVP, la CNSA leur verse un concours dont les conditions et les montants sont précisés dans un accord pour l'habitat inclusif passé entre le Conseil départemental, le représentant de l'Etat dans le département et la CNSA.

De plus, le Ségur permet à partir de 2022 et jusque 2024 d'apporter un soutien à l'investissement immobilier pour ces projets à hauteur de 7,5 M€ par an.

Tableau 1 ● **Données relatives au forfait habitat inclusif**

	2019	2020
Habitats Inclusifs financés par le FHI	54	221
Nbre d'occupants	287	2 188
Montant financé en €	1 136 085	9 297 059
Nbre de territoires renseignés	14	65
Nbre de conférences des financeurs instéllées	16	74

Source : CNSA, Dossiers techniques – Conférence de financeurs de la prévention de le perte d'autonomie et de l'habitat inclusif – synthèse des rapports d'activités 2019 et 2020 (2021 en cours de réalisation)

Tableau 2 ● **Données relatives à l' Accompagnement « fin de Vie » (AFV)**

	2021	2022*
Nb de CD engagés officiellement	70	94
Nb d'accords tripartites pour l'habitat inclusif signés (ou signature imminente)	17	30
Nb de Départements dont la programmation a déjà fait l'objet d'une validation	Sans objet	71
Dépenses AVP totales identifiées par les CD (La CNSA apporte un concours à hauteur de 80% de ces dépenses estimées par les CD)	1 375 917€	13 337 220€

* Données au 31/08/2022
Source : CNSA, Dossiers techniques – Conférence de financeurs de la prévention de le perte d'autonomie et de l'habitat inclusif – synthèse des rapports d'activités 2019 et 2020 (2021 en cours de réalisation)

Par ailleurs, en 2022, la CNSA dispose d'un budget de 23 M€ pour soutenir le financement des dépenses départementales d'aide à la vie partagée.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

2.7. Simplifier l'accès aux droits pour les personnes en situation de handicap

Finalité Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) interviennent dans la délivrance de nombreux services et prestations au profit des enfants ou des adultes en situation de handicap. L'évaluation de la demande de l'usager par l'équipe pluridisciplinaire, qui permet de déterminer son droit à la compensation, de lui attribuer une aide, une allocation ou lui délivrer une carte, ou de l'orienter vers un établissement ou un service, représente la phase cruciale de l'instruction des dossiers. Les délais de traitement des dossiers sont un des indicateurs relatifs à l'accès aux droits des personnes en situation de handicap. C'est pourquoi le gouvernement a fixé plusieurs objectifs, notamment de fournir une réponse en moins de quatre mois concernant l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), et en moins de trois mois pour les demandes d'allocation adulte handicapé (AAH). Cette fiche revient, plus globalement, sur les délais constatés par la CNSA entre la recevabilité de la demande en MDPH et la décision prise ou l'avis rendu.

Résultats En 2022, 1,7 million de personnes ont déposé au moins une demande d'attribution de droits aux MDPH, ce qui représente 26 personnes pour 1 000 habitants. Suite à ces demandes, 3,6 millions de droits ont été attribués par les MDPH. 42 % de ces droits accordés sont liés à l'emploi (y compris l'allocation aux adultes handicapés – AAH), 29 % aux attributions de cartes de stationnement ou d'invalidité.

Les délais moyens de traitement sont restés globalement stables entre 2021 et 2022 (*cf. tableau 1*) : ils se sont élevés à 4,3 mois pour les prestations enfants (après 4,2 en 2021), 4,5 pour les prestations adultes (stable par rapport à 2021). Les durées d'attributions peuvent cependant différer significativement entre les prestations. Pour les orientations scolaires par exemple, la durée moyenne de traitement s'est élevée à 3,3 mois en 2022 (après 3,5 mois en 2021), tandis que pour les prestations de compensation du handicap (PCH), la durée est restée nettement plus élevée (5,7 mois en 2022, un délai identique à celui observé en 2021). Cet écart s'explique par le fait que ces attributions sont plus complexes à instruire dans la mesure où elles peuvent nécessiter une visite à domicile et l'intervention de plusieurs professionnels extérieurs à la MDPH : la PCH est une aide individualisée par nature.

Tableau 1 ● **Délai moyen de traitement par les MDPH selon la nature de la demande**

Champ	Prestation	Délai moyen en 2021 en mois	Délai moyen en 2022 en mois	Objectif
Tous âges	Prestation de compensation du handicap	5.7	5.7	Réduction de la durée de traitement des demandes
	CMI mention invalidité ou priorité	4,1	4,2	
	CMI mention stationnement	4,1	4,1	
Enfants	**Ensemble des demandes**	**4.2**	**4.3**	
	dont allocation d'éducation de l'enfant handicapé AEEH)	4.1	4.1	
	dont aide humaine à la scolarisation	4.0	3.9	
	dont orientation en établissement ou service	4.0	3.8	
	dont orientation au titre de l'amendement Creton	4.2	4.3	
	dont orientation scolaire	3.5	3.3	
Adultes	**Ensemble des demandes**	**4.5**	**4.5**	
	dont complément de ressources	4.4	4.3	
	dont orientation ou formation professionnelle	4.7	4.8	
	dont allocation aux Adultes handicapés (AAH)	5.1	4.9	
	dont reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	4.3	4.5	

Source : CNSA, Résultats de l'enquête annuelle adressée aux MDPH.

Depuis le 1er janvier 2019, les personnes dont le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement n'ont plus à renouveler certaines demandes de droits : ces droits leur sont maintenant attribués à vie pour faciliter leurs démarches administratives. Cette mesure concerne l'allocation adulte handicapé (AAH) et la carte mobilité inclusion (CMI). Depuis le 1er janvier 2020, elle concerne également la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

De la même manière, et pour simplifier le parcours des parents, l'allocation d'éducation de l'enfant en situation de handicap (AEEH) est attribuée jusqu'aux 20 ans de l'enfant dont le handicap ne présente pas d'évolution favorable. Cette mesure est applicable depuis le 1er janvier 2019.

Construction de l'indicateur Depuis 2007, la CNSA adresse aux MDPH un questionnaire relatif à leur activité et à leur fonctionnement. Celui-ci détaille, entre autres par prestation, droit, orientation et avis, l'activité de la MDPH (en termes de demandes, de premières demandes, de décisions et d'accords, de délai moyen de traitement des demandes, etc.).

Le délai moyen de traitement est calculé en tenant compte du nombre de jours écoulés entre la date de recevabilité de la demande et la date de la décision relative à chacune de ces demandes pour toutes les décisions prises au cours de l'année considérée, divisé par le nombre de décisions prises au cours de l'année, divisé par 30,4375 (valeur utile pour que l'unité de compte soit le mois).

Le délai moyen de traitement des demandes correspond au nombre de jours écoulés entre la date de recevabilité de la demande et la date de la décision relative à chacune de ces demandes.

L'année 2022 a été marquée par des difficultés à remonter les données au titre de l'activité 2021, liées, pour une partie d'entre elles, à la transition des systèmes d'information vers le SI harmonisé. Pour répondre à l'enquête, les MDPH ont dû réaliser un travail spécifique de production de requêtes sur deux systèmes d'information. Par ailleurs, le nouveau système d'information et l'adoption du nouveau formulaire de demande ont un impact sur le mode de comptage : les demandes génériques viennent remplacer les demandes de prestations/orientation exprimées par les usagers. Les « demandes de parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social » remplacent au moment de l'instruction toutes les demandes relatives à la scolarisation et à l'orientation en établissement ou service pour enfants. Cette transition (débutée en 2018 et qui s'échelonne jusqu'en 2020 et plus rarement jusqu'en 2021) a un impact sur les statistiques relatives aux demandes et, dans une moindre mesure, sur celles relatives aux décisions.

Précisions méthodologiques

Ces délais sont à nuancer pour plusieurs raisons :

- D'abord, le délai est ici calculé selon la date de recevabilité de la demande ; or, certaines MDPH le calculent à partir de la date du dépôt de la demande. Ainsi, calculé à partir de la date de dépôt, le délai moyen de traitement des demandes est majoré des délais de réception des pièces obligatoires et des pièces complémentaires, qui n'incombent pas aux MDPH mais aux personnes.
- Pour certaines prestations pour les enfants, comme la PCH et l'AEEH, il existe un droit d'option qui doit être systématiquement étudié, à chaque renouvellement. Compte tenu du fait que le délai moyen de traitement de la PCH est plus long que celui de l'AEEH, l'étude du droit d'option augmente le délai moyen de traitement de l'AEEH car les deux propositions sont soumises conjointement à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour décisions.

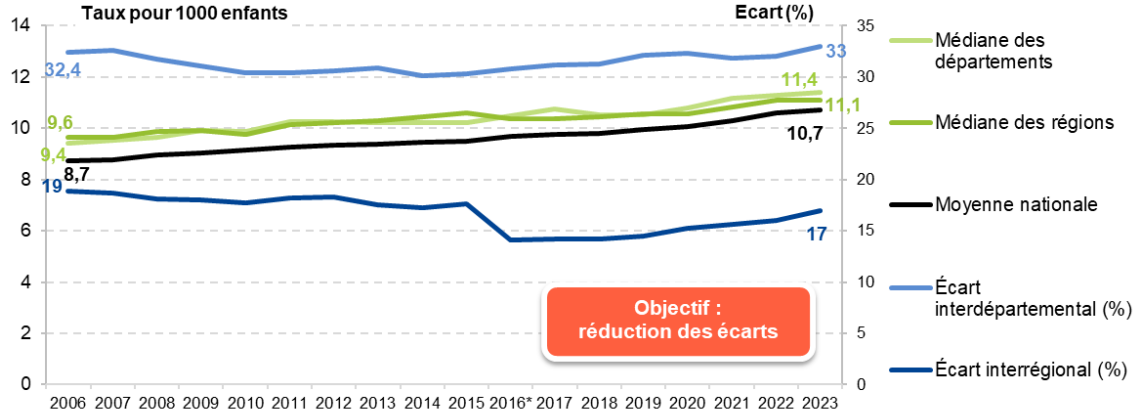
Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

2.8. Réduire les disparités territoriales de prise en charge des enfants en situation de handicap

Finalité L'indicateur contribue à mesurer la réduction des disparités d'équipements et financières en matière d'établissements et services accueillant des personnes handicapées sur le champ de l'enfance. Il a pour finalité de suivre les disparités de l'offre médico-sociale sous ces deux dimensions : la capacité d'accueil au niveau de l'offre de services en établissements et services médico-sociaux (ESMS) et la dimension financière afin de rendre compte de la diversité des structures accueillant des enfants handicapés, caractérisées par des coûts par place très différents selon le type de structure. Les disparités sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage). Plus le coefficient de variation est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

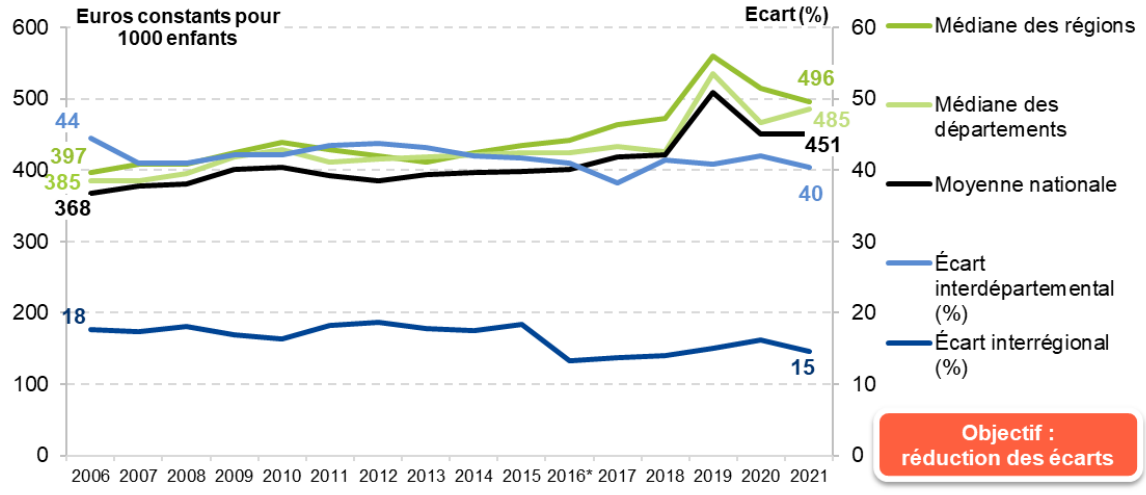
Résultats. En 2023, les disparités continuent d'augmenter : l'écart interrégional de taux d'équipement pour les enfants en situation de handicap passe 16 à 17 %.

Graphique 1 ● Ecarts de taux d'équipements pour les enfants handicapés



* Rupture de série : valeurs de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale entrée en vigueur à partir du 1er janvier 2016
Source : Finess 2006-2023, traitements CNSA. Champ : France métropolitaine.
Note de lecture : En 2023, en France métropolitaine, on compte en moyenne 10,7 places en établissements et services pour 1 000 enfants. La moitié des départements dispose d'au moins 11,4 places pour 1 000 enfants. On observe une dispersion des taux d'équipement de 17 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 33 % pour les départements.

Graphique 2 ● Ecarts de dépenses d'équipements pour les enfants handicapés



* Rupture de série : valeurs de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale entrée en vigueur à partir du 1er janvier 2016
Source : CNSA/CNAM, dépenses de l'assurance maladie concernant les ESMS pour les personnes handicapées, en euros pour 1 000 enfants.
Champ : France métropolitaine.
Note de lecture : En 2021, l'effort financier moyen de l'assurance maladie sur le champ des ESMS est de 453 € pour 1 000 enfants ; la moitié des départements dépense au moins 488 € pour 1 000 enfants. On observe une dispersion de la dépense en euros pour 1 000 enfants de 15 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 40 % si l'on considère les départements

Analyse des disparités de capacités d'accueil

Les écarts interdépartementaux se sont stabilisés sur la période 2006-2020. Après une hausse modérée des écarts entre 2018 et 2019, la dispersion des écarts s'est stabilisée à environ 32 % jusqu'en 2022 et à 33% en 2023 autour de la moyenne. Les écarts interrégionaux diminuent entre 2006 et 2015 (- 1,2 point) et entre 2016 et 2017 (- 0,1 point). La légère hausse des écarts entre 2010 et 2012 s'explique notamment par une progression des disparités de l'offre de service pour enfants (SESSAD). Les écarts se sont ensuite réduits avec une dispersion de 14 % suite à la réforme territoriale de 2016. En 2023, les 10 départements les mieux dotés comptent 15,62 places en ESMS pour 1000 enfants handicapés contre 8,65 pour les 10 départements les moins bien dotés. En 2023, les disparités repartent à la hausse et passent de 16 à 17 %.

L'évolution depuis 2007 des écarts territoriaux dans les champs des enfants et des adultes handicapés repose sur différents leviers d'action : pour les enfants handicapés, secteur où l'offre est beaucoup moins dispersée que pour les adultes, la répartition des moyens, essentiellement en SESSAD, permet de corriger significativement les déséquilibres observés entre les régions/départements. Il faut rappeler que le programme 2008-2012 de création de places destinait environ 30 % des créations en faveur des enfants.

Analyse des disparités financières

L'analyse comparée de cet indicateur de dispersion sur le secteur de l'enfance met en évidence une situation très contrastée en termes de moyens financiers dépensés pour l'offre médico-sociale. Mesurée en euros constants pour 1 000 enfants, l'hétérogénéité de la dépense entre départements reste assez forte et s'explique principalement par la diversité des structures installées. Celles-ci ont des coûts à la place très différents et/ou des politiques locales assez hétérogènes en termes de choix de programmation, de politique de coût, de diversification de l'offre et de connaissance des besoins. Les écarts interdépartementaux ont fortement baissé entre 2006 et 2007 (- 3,6 points) puis sont restés relativement constants sur les périodes 2007-2008 et 2009-2010. La hausse constatée en 2011 et 2012, s'atténue entre 2013 et 2017 par une inflexion totale de 4,9 points. Entre 2017 et 2019 les écarts repartent à la hausse (+2,6 points), puis diminuent de 0,5 point en 2020. Sur l'ensemble de la période étudiée, les écarts interdépartementaux sont orientés à la baisse entre 2006 et 2020 (- 4,2 points). Les écarts interrégionaux, eux, sont stables entre 2006 et 2014 et apparaissent en légère hausse en 2015 en partie dû aux services de l'enfance. Ils baissent ensuite pour atteindre 13,3 % en 2016 en raison de la réforme territoriale avant de repartir en légère hausse jusqu'en 2020 (+2,4 points). L'exercice 2021 permet d'enregistrer une légère baisse des disparités concernant les régions et les départements pour atteindre respectivement 40 et 15 %, celle-ci s'explique notamment par les mesures de revalorisation salariales du Ségur de la santé.

Construction de l'indicateur Les disparités d'équipement et financières concernant les établissements et services pour personnes handicapées sont désormais mesurées par les coefficients de variation des taux d'équipement et de la dépense en euros pour 1 000 enfants. Le coefficient de variation correspond à l'écart-type des taux d'équipement pour 1 000 enfants, mesuré alternativement entre les départements et les régions, rapporté à la moyenne globale de la France métropolitaine et exprimé en pourcentage. L'écart type est la mesure de dispersion la plus couramment utilisée en statistique pour mesurer la dispersion de valeurs autour de la moyenne.

Le périmètre retenu est la France métropolitaine (*i.e.* hors départements et régions d'Outre-mer) car, de par leur spécificité, les DROM étant à la fois des régions et des départements (région avec un seul département), il n'est pas possible de calculer de variance intra-régionale. Les indicateurs portent sur le périmètre des établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés financés par la CNSA (identique à celui retenu dans l'indicateur n°1-9).

Le taux d'équipement pour 1 000 enfants est calculé en rapportant le nombre total de places en établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées de ces territoires (données comptables, Cnam) à la population par tranche d'âge (0-19 ans pour les enfants handicapés – source estimation Insee pour chaque année au 19 janvier 2021) multiplié par 1 000.

La dépense en euros pour 1 000 enfants est calculée en rapportant les versements aux établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées effectués sur ces territoires (données Agence comptable de la Cnam) à la population par tranche d'âge (0-19 ans pour les enfants handicapés – source estimation Insee pour chaque année au 19 janvier 2022) multiplié par 1 000.

Précisions méthodologiques Les indicateurs de dispersion du taux d'équipement sont calculés à partir de données reflétant l'équipement réellement installé et ne tiennent pas compte des autorisations en cours.

L'interprétation des indicateurs peut être altérée par l'hétérogénéité des pratiques locales sur le terrain (en termes de choix de programmation, de politique de coût ou de diversification de l'offre, de choix de promoteurs et de délais de réalisation,…).

Les dépenses d'assurance maladie sont fournies par l'agence comptable de la Cnam.

La réforme territoriale, prise en compte dans le calcul des indicateurs à partir de 2016, a eu un impact exclusivement sur les régions.

Les SAAD (Services d'aide et d'accompagnement à domicile) ne sont pas pris en compte, faute de données disponibles (cf. *indicateurs n°1-9 et 1-10*). Ainsi, la représentation de l'offre est partielle.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

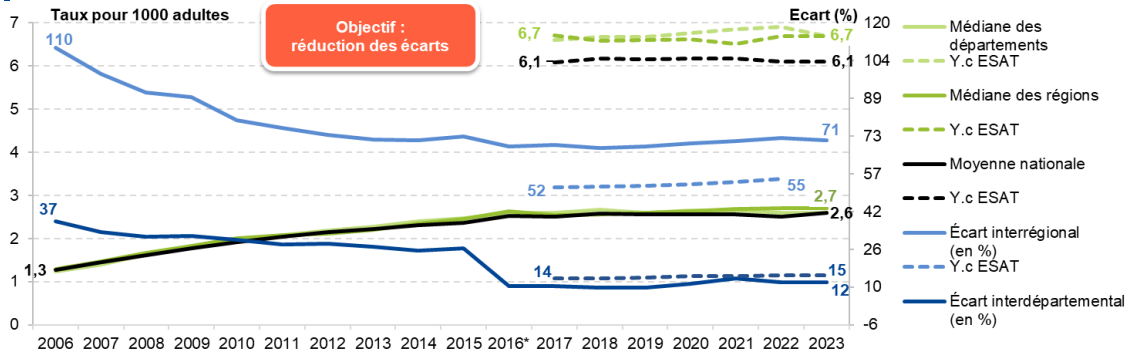
2.9. Réduire les disparités territoriales de prise en charge des adultes en situation de handicap

Finalité Cet indicateur contribue à mesurer la réduction des disparités d'équipement en matière d'établissements et services accueillant des personnes handicapées sur le champ adulte. Il a pour finalité de suivre les disparités de l'offre médico-sociale sous deux dimensions : la capacité d'accueil au niveau de l'offre de services en établissements et services médico-sociaux (ESMS) et la dimension financière afin de rendre compte de la diversité des structures accueillant des adultes handicapés, caractérisées par des coûts par place très différents selon le type de structure.

Les disparités sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage). Plus le coefficient de variation est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

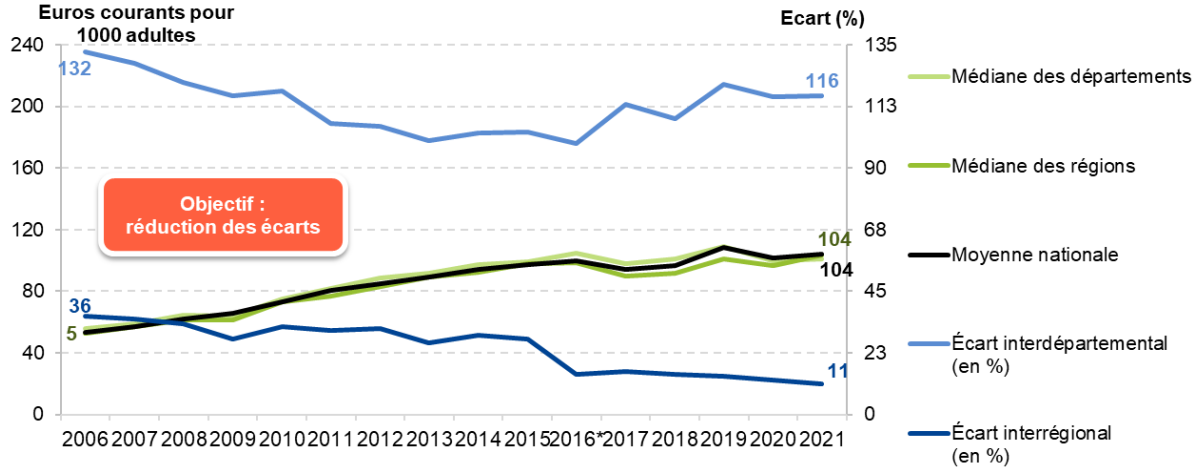
Résultats Les disparités d'équipement sont stables depuis 2016 au niveau interrégional comme interdépartemental : 12 % et 72 % en 2023. Les écarts de dépense repartent à la hausse et atteignent 91,5 % en moyenne nationale en 2021.

Graphique 1 ● Ecart de taux d'équipements pour les adultes en situation de handicap



Source : Finess, traitements CNSA, Insee.
Champ : France métropolitaine.
* Rupture de série : valeurs de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale entrée en vigueur à partir du 1er janvier 2016.
Note de lecture : En 2023 hors ESAT, en France métropolitaine, on compte en moyenne 2,6 places en établissements et services pour 1 000 adultes ; la moitié des départements dispose d'au moins 2,6 places pour 1 000 adultes. On observe une dispersion des taux d'équipement de 12 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 72 % si l'on considère les départements. Plus le coefficient de variation est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

Graphique 2 ● Ecart de dépense d'équipements pour les adultes en situation de handicap



Sources : CNSA/Cnam, dépenses de l'assurance maladie concernant les ESMS pour les personnes handicapées, Insee.
Champ : France métropolitaine.
* Rupture de série : valeurs de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale entrée en vigueur à partir du 1er janvier 2016.
Note de lecture : En 2021, hors ESAT, l'effort financier moyen de l'assurance maladie sur le champ des ESMS est de 104 € pour 1 000 adultes ; la moitié des départements dépense au moins 101 € pour 1 000 adultes. On observe une dispersion de la dépense en euros pour 1 000 adultes de 11 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 115 % si l'on considère les départements. Plus l'écart type relatif est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution de l'écart type signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

Analyse des disparités de capacités d'accueil : Les indicateurs de dispersion mettent en évidence une situation inégalement répartie des structures pour adultes handicapés, même si la tendance observée depuis 2006 est à la réduction des écarts interdépartementaux et interrégionaux. Il faut également noter que, contrairement au champ de l'enfance, la structure de l'offre est marquée par une coexistence de multiples financeurs et que la structure de l'offre peut comporter des combinaisons de dispositifs différentes et présentant des profils de réponse et de dépense différents. Pour le champ dit « médicalisé » (financé par l'OGD), la diminution des écarts d'équipement entre départements est particulièrement notable : les écarts à la moyenne nationale sont passés de 110 % à 71 % entre 2006 et 2014. Ceci peut s'expliquer par une situation historiquement très hétérogène sur ce secteur, la priorité mise sur le développement des places pour adultes dans les plans nationaux permettant progressivement de rééquilibrer l'offre au profit des territoires faiblement équipés. En 2015, la tendance s'interrompt et se caractérise par une hausse respective de 1,8 et 1,0 point des disparités départementales et régionales. Les disparités entre départements se concentrent significativement sur l'offre en institution, à savoir les maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé (MAS-FAM ou EAM). Les disparités sont stables depuis 2016 sur ces deux maillages pour atteindre 11 % au niveau interrégional et 70 % au niveau interdépartemental en 2020.L'année 2021 enregistre une légère hausse des disparités à l'échelon interdépartemental qui se poursuit jusqu'en 2023 pour passer à 72 % (+0,9 point) et une stagnation entre les régions pour atteindre 12 %. L'évolution des écarts territoriaux depuis 2006 ne repose pas sur les mêmes leviers d'action s'agissant des enfants handicapés et des adultes. Pour les adultes handicapés, le rééquilibrage s'opère progressivement, étant donné le point de départ initial, par des créations de places en MAS-FAM, ainsi que le développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et des services de soins infirmiers à domicile (SAMSAH-SSIAD).

Analyse des disparités financières : Cet indicateur de dispersion met en évidence une situation très contrastée, avec une dépense en euros courants pour 1 000 habitants plus dispersée sur le secteur des adultes handicapés que sur celui des enfants. Par ailleurs, on observe plus globalement sur l'ensemble du secteur des personnes handicapées une grande hétérogénéité entre les départements. Les écarts interrégionaux et interdépartementaux se sont globalement réduits sur la période 2006-2020. Toutefois, en 2015, les écarts enregistrent une progression par rapport à 2014. Cette évolution à la hausse des écarts entre régions se caractérise par l'offre en services pour adultes. De 2017 à 2021, suite notamment à l'intégration des ESAT, la tendance s'inverse à la baisse et permet de réduire les écarts entre départements qui atteignent 89,0 % en moyenne nationale en 2020 puis remontent légèrement à 91,3 %. Cette réduction des écarts interdépartementaux est particulièrement marquée entre 2019 et 2021 (-4,1 points), conséquence de l'allocation de crédits exceptionnels Covid. Les disparités entre régions ont davantage diminué que celles entre départements, ce qui s'explique d'une part par l'implantation récente de dispositifs innovants permettant d'obtenir des solutions de proximité sur le territoire, et d'autre part par la diversité de l'offre du secteur caractérisée par des coûts à la place maîtrisée budgétairement.

Construction de l'indicateur Les disparités d'équipement et financières concernant les établissements et services pour personnes handicapées sont mesurées par les coefficients de variation des taux d'équipement et de la dépense pour 1 000 adultes. Le coefficient de variation correspond à l'écart-type des taux d'équipement pour 1 000 adultes, mesuré alternativement entre les départements et les régions, rapporté à la moyenne globale de la France métropolitaine et exprimé en pourcentage. L'écart type est la mesure de dispersion la plus couramment utilisée en statistique pour mesurer la dispersion de valeurs autour de la moyenne. Le périmètre retenu est la France métropolitaine car, de par leur spécificité, les DROM étant à la fois des régions et des départements (région avec un seul département), il n'est pas possible de calculer de variance intra-régionale. Les indicateurs portent sur le périmètre des établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés financés par la CNSA (identique à celui retenu dans l'indicateur n°6).

Le taux d'équipement pour 1 000 adultes est calculé en rapportant le nombre total de places en établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées de ces territoires (données comptables Cnam) à la population par tranche d'âge (20-59 ans pour les adultes handicapés – source estimation Insee pour chaque année au 16 janvier 2024) multiplié par 1 000.

La dépense en euros pour 1 000 adultes est calculée en rapportant les versements aux établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées effectués sur ces territoires (données comptables Cnam) à la population par tranche d'âge (20-59 ans pour les adultes handicapés – source estimation Insee pour chaque année au 19 janvier 2022) multiplié par 1 000. Il s'agit donc d'une dépense effective, comptablement enregistrée dans les comptes de l'assurance maladie. La réforme territoriale, prise en compte dans le calcul des indicateurs à partir de 2016, a eu un impact exclusivement sur les régions.

Précisions méthodologiques Les indicateurs de dispersion du taux d'équipement sont calculés à partir de données reflétant l'équipement réellement installé et ne tiennent pas compte des autorisations en cours. L'interprétation des indicateurs peut être altérée par l'hétérogénéité des pratiques locales sur le terrain (en termes de choix de programmation, de politique de coût ou de diversification de l'offre, de choix de promoteurs et de délais de réalisation…). Par ailleurs, le recours à l'offre de service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) financée par les départements vient compléter l'offre d'équipements existante relative à l'accompagnement des personnes handicapées dans le secteur des adultes. Les dépenses d'assurance maladie, fournies par l'agence comptable de la Cnam. La réforme territoriale, prise en compte dans le calcul des indicateurs à partir de 2016, a eu un impact exclusivement sur les régions.

Les SAAD (Services d'aide et d'accompagnement à domicile) ne sont pas pris en compte, faute de données disponibles : les données d'activité existantes sont dénombrées en file active et non en place installée (*cf.* indicateurs n°1-2 et 1-9). Ainsi, la représentation de l'offre ne permet de composer sur l'entièreté de l'offre.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

2.10. Réduire les disparités territoriales de prise en charge de la perte d'autonomie chez les personnes âgées

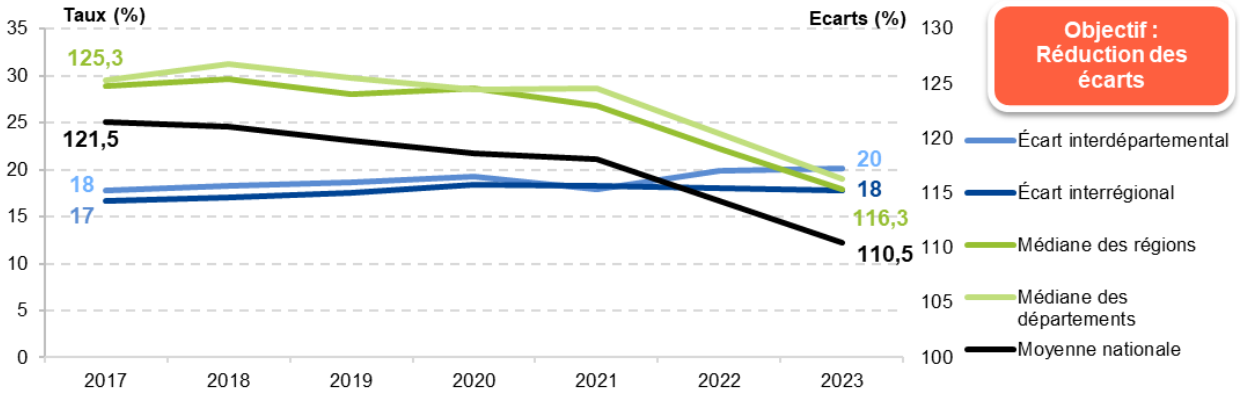
Finalité Cet indicateur contribue à mesurer les disparités en matière de prise en charge de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, à partir de l'équipement. L'analyse en offre de places médico-sociales concerne à la fois le niveau de l'offre en établissements et services médico-sociaux et en unité de soins de longue durée (USLD).

Les disparités sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage). Plus le coefficient de variation est élevé, plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

Résultats En 2023, les taux d'équipements observés continuent leur régression, passant ainsi d'une moyenne nationale pour 1000 personnes âgées, de 118 places en 2021 à 110 places en 2023. Cette régression a dû se faire de façon hétérogène, vu que l'écart interdépartemental a augmenté de deux points pendant cette même période. Ainsi, les taux d'équipement par département affichent une dispersion de 20 % autour de la moyenne nationale en 2023.

Plus généralement sur la période 2017-2023, les écarts interdépartementaux ont augmenté au fil des années, passant de 18 % en 2017 à 20 % en 2023, tandis que les écarts interrégionaux sont restés relativement stables autour de 17-18 %. Parallèlement, la capacité d'accueil moyenne des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées en France métropolitaine a diminué de manière significative, passant de 121,5 en 2017 à 110,5 en 2023. Cette tendance à la baisse reflète une diminution de la capacité d'accueil des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées en France métropolitaine au cours de cette période...

Graphique 1 ● **Ecart de taux d'équipements pour les personnes âgées**



Source : traitement CNSA sur données Drees (FINESS) Champ : France métropolitaine.
Lecture : en 2023, on compte en moyenne sur la France métropolitaine 110.5 places en établissements et services pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; la moitié des départements dispose d'au moins 115,2 places pour 1 000 personnes âgées. On observe pour les régions une dispersion des taux d'équipement de 18 % autour de la moyenne nationale. Si l'on considère les départements, la dispersion est de 20 % autour de la moyenne nationale.

Construction de l'indicateur Les disparités d'équipements concernant les établissements et services pour personnes âgées sont désormais mesurées par les coefficients de variation des taux d'équipement et de la dépense en euros pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Le coefficient de variation correspond à l'écart-type des taux d'équipement pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, mesuré alternativement entre les départements et les régions, rapporté à la moyenne globale de la France métropolitaine et exprimé en pourcentage. L'écart type est la mesure de dispersion la plus couramment utilisée en statistique pour mesurer la dispersion de valeurs autour de la moyenne.

Les indicateurs portent sur le périmètre des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées financés totalement ou partiellement par l'assurance maladie *(identique à celui retenu dans l'indicateur n°1-10*) et relèvent :

- du champ médico-social : maisons de retraite (médicalisées - dont lits en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en sections de cure médicale - ou non médicalisées), ex-logements-foyers (médicalisés uniquement), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), accueil de jour et hébergement temporaire.

- du champ sanitaire : unités de soins de longue durée (USLD)

Le taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus est calculé en rapportant le nombre total de places en établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées de ces territoires (données Agence comptable Cnam) à la population des 75 ans et plus, estimée par l'Insee pour chaque année au 19 janvier 2022 et multiplié par 1 000.

Précisions méthodologiques L'interprétation des évolutions des dispersions du taux d'équipement peut être affectée par l'hétérogénéité des pratiques locales pour la création de places nouvelles (en termes de choix de programmation, de politique de coût ou de diversification de l'offre, de choix de promoteurs et de délais de réalisation…). Par ailleurs, le recours aux actes infirmiers de soins (AIS) pour les bénéficiaires de plus de 75 ans, financés par les soins de ville, vient

compléter l'offre d'équipement existante relative à la prise en charge des personnes âgées. Il ne peut néanmoins être traduit en niveau d'équipement et est donc exclu du périmètre de l'indicateur de taux d'équipement.

La réforme territoriale, prise en compte dans le calcul des indicateurs à partir de 2016, a eu un impact exclusivement sur les régions.

Les SAAD (Services d'aide et d'accompagnement à domicile) ne sont pas pris en compte, faute de données disponibles (*cf. indicateurs 1-9 et 1-10*). Ainsi, la représentation de l'offre est partielle.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

2.11. Suivi des évaluations des établissements médico-sociaux

Finalité En France, plus de 40 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) accompagnent les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les enfants protégés et les personnes confrontées à des situations de grande précarité ou concernées par des addictions.

Le secteur social et médico-social est un champ particulièrement complexe, du fait de la diversité des structures et de leur nombre. Ainsi, le code de l'action sociale et des familles (CASF) distingue 15 catégories d'établissements et services autorisés, qui regroupent près de 90 types d'établissements ou services, auxquels s'ajoutent les lieux de vie et d'accueil et les services d'aide et d'accompagnement à domicile agréés ainsi que des accueils de mineurs et d'adultes soumis à déclaration.

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les ESMS ont l'obligation de mettre en ouevre dune démarche qualité qui passe notement par une évaluation périodique du niveaude qualité des prestations qu'ils délivrent (article L. 312-8 du CASF).

De plus, dans un objectif d'amélioration du dispositif d'évaluation, la loi du 24 juillet 2019 a fait évoluer les missions de la Haute Autorité de Santé (HAS) enlui confiant la responsabilité d'élaborer :

- une nouvelle procédure d'évaluation nationale, commune à tous les ESMS (référentiel d'évaluation publié en mars 2022) ;
- un nouveau cahier des charges fixant les exigences requises pour devenir un organisme autorisé à réaliser ces évaluations.

Le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESMS ainsi que le décret modificatif n° 2022-695 du 26 avril 2022, précisent que les autorités ayant délivré l'autorisation fixe l'échéance de remise des résultats de l'évaluation via un arrêté quinquennal de programmation des dates d'évaluations révisé chaque année au mois de décembre (2024-2028).

Le décret n° 2022-742 du 28 avril 2022 relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) mentionnée à l'article L. 312-8 du CASF, ces organismes doivent solliciter une accrédiation auprès du Comité français d'accréditation (COFRAC).L'organisme gestionnaire d'ESMS sélectionne un organisme évaluateur accrédité par le COFRAC dont la liste est publiée par la HAS. Les premières visites d'évaluations ont démarré en janvier 2023 via la plateforme collaborative dédiée SYNAE.

Par ailleurs, la loi du 15 décembre 2016 permet aux juridictions financières (Cour des comptes, chambres régionales ou territoriales des comptes) de contrôler les personnes morales de droit privé gestionnaires d'ESMS ou de lieux de vie et d'accueil.

Enfin, il convient de souligner que les évaluations de la qualité des ESMS s'inscrivent dans la démarche d'amélioration de la qualité d'un ESMS et sont distinctes des missions d'inspection ou de contrôle relevant du pouvoir régalien de l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Résultats Suite au décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESMS modifié par le décret n° 2022-695 du 26 avril 2022, le rythme des évaluations est désormais quinquennal. Les autorités ayant accordé l'autorisation de création d'un ESMS doivent établir une programmation pluriannuelle des échéances de transmission du rapport de l'évaluation de l'ESMS par arrêté (2023-2027) actualisée avant le 31 décembre de chaque année pour la période suivante (2024-2028).

Afin d'aider les acteurs à la mise en oeuvre de la réforme, deux foires aux questions sont disponibles sur les sites internet des ministères sociaux et de la Haute autorité de santé (HAS) :

- https://solidarites.gouv.fr/evaluation-de-la-qualite-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-presentation-de
- Haute Autorité de Santé - Évaluation des ESMS : foire aux questions (has-sante.fr)

Déployé de façon effective en janvier 2023, le nouveau dispositif d'évaluation de la qualité des ESMS a fait l'objet d'un premier bilan réalisé par la HAS dans la perspective de consolider son déploiement d'une part et de communiquer sur les premières tendances du niveau de qualité dans les structures évaluées d'autre part.

Le bilan prend appui sur l'analyse quantitative de plus de 3 000 évaluations conduites sur la plateforme collaborative Synaé.

Parmi les principaux chiffres clés, la HAS recense au 31 décembre 2023 :

- 117 organismes autorisés à réaliser des évaluations, dont 10 accrédités ;
- 3 028 évaluations réalisées toutes catégories d'ESMS confondues ;
- 7 070 euros TTC facturés en moyenne pour une mission d'évaluation[1].

[1] Le coût moyen a été calculé sur la base de données déclaratives renseignées sur Synaé, en prenant uniquement en compte les missions comportant une seule évaluation et un seul ESMS.

Au niveau national, les résultats des évaluations réalisées en 2023 attestent d'un niveau de qualité globalement satisfaisant dans les ESMS, l'objectif étant d'observer leur évolution sur les années à venir. La HAS émet néanmoins un point d'alerte sur la part importante d'évaluations reposant sur le seuil minimum de 3 accompagnés traceurs.

Les cotations obtenues dans plusieurs catégories d'ESMS sont passées en revue, ainsi que celles concernant les critères impératifs et les items liés à la participation des personnes accompagnées.

Le bilan a été complété par des retours d'expérience de professionnels ayant accepté de témoigner de leur expérience de l'évaluation, tant sur la préparation de la visite que sur son déroulé et son impact sur leurs pratiques au quotidien.

[Source : HAS]

Précisions méthodologiques La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique qui vise à développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social, au bénéfice des personnes. Ses missions sont définies aux articles L. 161-37 et suivants du code de la sécurité sociale dont les trois missions principales sont :

- Évaluer les médicaments, dispositifs médicaux et actes professionnels en vue de leur remboursement ;
- Recommander les bonnes pratiques professionnelles, élaborer des recommandations vaccinales et de santé publique ;
- Mesurer et améliorer la qualité dans les hôpitaux, cliniques, en médecine de ville, et dans les structures sociales et médico-sociales.

La HAS conçoit et met également à disposition des acteurs de santé et du champ social et médico-social des outils, guides et méthodes afin d'améliorer leur prise en charge ou la mise en œuvre de leurs projets.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DSS - DGCS

2.12. Garantir l'équilibre financier de la branche Autonomie

Finalité Le taux d'adéquation des fonds alloués à la CNSA compare les recettes comptables (produits constatés) de la CNSA obtenues à ce titre aux dépenses réalisées (charges constatées). A partir de 2021, il n'est plus fait référence aux dépenses par sections, abandonnées avec le passage de la CNSA en branche Autonomie.

Résultats Le taux d'adéquation des recettes aux dépenses de la CNSA est de 98 % en 2023, la branche étant devenue déficitaire (0,6 Md€, *cf. tableau 1*).

La trajectoire votée en LFSS pour 2024 fait état d'une situation financière qui s'améliorerait fortement en 2024 (*cf. tableau 2*) à la faveur du transfert de 0,15 point de CSG en provenance de la CADES son solde demeurerait excédentaire entre 2025 et 2026, pour atteindre l'équilibre en 2027.

Tableau 1 ● **Le taux d'adéquation des recettes aux dépenses de la branche autonomie (CNSA)**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Objectif
Recettes (Md€)	21,4	22,2	22,6	25,0	25,7	26,0	28,8	32,8	35,4	37,0	Equilibre financier
Dépenses (Md€)	21,3	21,9	22,7	25,3	25,6	25,9	29,4	32,6	35,2	37,6	
Solde (Md€)	**0,0**	**0,3**	**-0,1**	**-0,2**	**0,1**	**0,1**	**-0,6**	**0,3**	**0,2**	**-0,6**	
Solde / Recettes	**0,1%**	**1,4%**	**-0,4%**	**-0,9%**	**0,3%**	**0,4%**	**-2,2%**	**0,8%**	**0,7%**	**-1,6%**	
Recettes / Dépenses	**100%**	**101%**	**100%**	**99%**	**100%**	**100%**	**98%**	**101%**	**101%**	**98%**	

Source : CCSS de mai 2024.

Tableau 2 ● **Le taux d'adéquation prévisionnel des recettes aux dépenses de la branche autonomie (CNSA)**

	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	Objectif
Recettes (Md€)	36,8	41,2	42,1	43,3	44,7	Equilibre financier
Dépenses (Md€)	37,9	40,0	41,4	43,0	44,7	
Solde (Md€)	**-1,1**	**1,2**	**0,7**	**0,3**	**0,0**	
Solde / Recettes	**-3,1%**	**2,9%**	**1,6%**	**0,7%**	**0,1%**	
Recettes / Dépenses	**97%**	**103%**	**102%**	**101%**	**100%**	

Source : LFSS pour 2024.

De 2011 à 2017, le taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la CNSA relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux était proche de 100 %. Cette période s'est caractérisée par des tendances contraires sur les secteurs : une sous-consommation de l'objectif global de dépenses (OGD) personnes âgées et un dépassement de l'OGD personnes handicapées. L'augmentation importante des dépenses en 2017 sur le champ des personnes en situation de handicap (+18 %) s'explique par le transfert de la gestion des ESAT dans l'OGD.

En 2018 et 2019, le taux d'adéquation de la CNSA est de 100 % et la CNSA est à l'équilibre financier. En effet, en 2018, la création de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) affectée à la CNSA a été entièrement compensée par une hausse des dépenses. .

L'exercice 2020 a été très fortement marqué par la crise sanitaire. Les mesures de soutien économique aux établissements et services médico-sociaux, les mesures salariales mises en œuvre au cours de l'année et le Ségur de la santé ont fait augmenter l'OGD de plus de 13,6 % par rapport à 2019. Parallèlement, et toujours en raison de la crise sanitaire, le rendement des recettes affectées à la CNSA a été moins important que prévu. Dans la mesure du possible, ces recettes ont été affectées au soutien des concours versés par la CNSA notamment en contribution aux allocations APA et PCH. Les recettes affectées au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux ont été réduites. Ces évolutions expliquent le taux d'adéquation plus faible en 2020 (98 %).

A partir du 1er janvier 2021, la CNSA assure la gestion de la 5ème branche du régime général, créée par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. Elle conserve toutes les dépenses dont elle avait déjà la charge, complétées par les dépenses d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) précédemment financées par la branche famille. Par ailleurs, les dépenses des ESMS relevant de l'ONDAM (équivalant désormais au champ de l'OGD) sont désormais intégralement financées par la CNSA en contrepartie de l'affectation d'une fraction de CSG (1,93 point sur les revenus d'activité, de remplacement et du capital), transférée en 2021 depuis la branche maladie en remplacement du transfert au titre de l'ONDAM médico-social qui existait depuis 2005.

Le solde de la CNSA s'est établi à +0,3 Md€ en 2021. Cette amélioration s'explique essentiellement par des recettes de contributions plus importantes du fait du rebond économique après la crise sanitaire de 2020. Les prestations liées à l'OGD ont progressé de 4,9 % en 2021. Cette progression reflète des dépenses supplémentaires liées à la crise sanitaire et la montée en charge des accords du Ségur de la santé. Au total, les dépenses relatives au Ségur de la santé et au Covid-19 ont pesé pour respectivement 2,6 Md€ et 0,7 Md€ dans les comptes de la branche autonomie en 2021. Par ailleurs, les dépenses d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), précédemment financées par la branche famille, ont contribué pour 4,1 points de croissance dans ses comptes. Les transferts aux départements ont poursuivi leur croissance (+5,2 %). Les produits de la CNSA ont progressé de 14,3 % en 2021. Le surcroît de CSG, en remplacement de la dotation ONDAM, a apporté 27 Md€ de recettes supplémentaires. La CSG est ainsi devenue en 2021 la principale recette de la branche et s'est élevée à 29,0 Md€ après 2,1 Md€ en 2020.

Le solde de la CNSA s'est établi à 0,2 Md€ en 2022. Les nouvelles dépenses telles l'extension des mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé aux personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (accords « Laforcade »), les revalorisations issues de la conférence des métiers de l'accompagnement social et du médico-social, les mesures financées sous objectif global de dépense, l'instauration d'un tarif plancher et d'une dotation en lien avec la qualité pour les services à domicile au profit des personnes en perte d'autonomie ont contribué à la hausse des dépenses, qui s'est établie à 8,0 % au global. La hausse de ses recettes (+7,9 %) est portée par une CSG très dynamique (+7,6 %).

En 2023, son solde a basculé pour devenir déficitaire (-0,6 Md€), sous l'effet d'un objectif global de dépense porté à +6,6 % pour les personnes âgées et +5,7 % pour les personnes en situation de handicap, de la poursuite de la montée en charge de toutes les mesures mises en place en 2022 notamment en direction des SAAD, et de recettes évoluant moins rapidement que les dépenses (respectivement +4,5 % et +6,9 %).

D'après la trajectoire votée en LFSS pour 2024, la CNSA afficherait un excédent de 1,2 Md€ en 2024. Elle bénéficiera d'une fraction de CSG augmentée de 0,15 point supplémentaires de la part de la CADES, conformément aux dispositions de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.Son excédent diminuerait quelque peu par la suite du fait notamment de 50 000 créations de postes à terme en EHPAD, et du financement de temps dédiés au lien social auprès des personnes âgées qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile. La branche financera par ailleurs une meilleure prise en compte des trimestres cotisés au titre du congé proche aidant dans le cadre de la réforme des retraites de 2023.

Construction de l'indicateur

L'indicateur est fondé sur les comptes de la branche autonomie pour les exercices clos jusqu'en 2023 et sur les prévisions votées en LFSS pour 2024 pour les exercices 2023 à 2027. Il rapproche, année après année, le total des charges supportées par la branche autonomie gérée par la CNSA du total de ses produits et apprécie l'écart éventuel entre ces deux grandeurs. L'équilibre de base de la branche est apprécié à l'aide du scénario macroéconomique sous-jacent à la loi de finances de financement de la sécurité sociale pour 2024. Par construction, ce scénario inclut les mesures nouvelles.

Précisions méthodologiques Les données utilisées pour la réalisation de cet indicateur sont issues, pour la période de 2006 à 2020, des différents comptes de résultat de la CNSA tels qu'approuvés par son Conseil. A partir de 2021, les données sont issues des comptes certifiés de la 5ème branche et, à l'horizon 2027, des prévisions financières associées à la LFSS pour 2024.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

LISTE DES SIGLES UTILISES

A

AAH	Allocation pour adulte handicapé
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH	Allocation éducation de l'enfant handicapé
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources
AIS	Acte infirmier de soins
AIVQ	Activité instrumentale de la vie quotidienne
AJ	Accueil de jour
ALD	Affection de longue durée
ALS	Allocation logement à caractère social
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANESM	Agence nationale d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APL	Aide personnalisée au logement
ARS	Agence régionale de santé
ASG	Assistant de soin en gérontologie
ASH	Aide sociale à l'hébergement
ASI	Allocation supplémentaire d'invalidité
ASPA	Allocation supplémentaire aux personnes âgées
ASV	Allocation supplémentaire du minimum vieillesse
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVQ	Activité essentielle vie quotidienne

B

BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
BNA	Base de données Nationale française Alzheimer

C

CAF	Caisse d'allocations familiales
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CASA	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes
CCIP	Chambre de commerce et d'industrie de Paris
CCSS	Commission des comptes de la Sécurité sociale
CDAPH	Commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CIM	Classification internationale des maladies
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRP	Compte de résultat principal
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CREST	Centre de recherche en économie et statistique de l'INSEE
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée

D

DCRTP	Dotation de compensation de la réforme de la taxe
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DMTO	Droits de mutation à titre onéreux
DOM	Département d'outre-mer
DROM	Département et région d'outre-mer
DPAE	Déclaration préalable à l'embauche
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSES	Direction de la stratégie, des études et des statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale

E

EAM	Etablissement d'accueil médicalisé
EANM	Etablissement Accueil Non Médicalisé
EEAH	Ecole des Enfants et Adolescents Hospitalisés
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses

ESAT	Établissement et services d'aide par le travail
ESLD	Etablissement de soins de longue durée
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ETP	Éducation thérapeutique du patient

F

FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FIAH	Fonds interministériel pour l'accessibilité aux personnes handicapées
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FIR	Fonds d'intervention régional
FNGIR	Fonds national de garantie individuelle des ressources
FSI	Fonds spécial d'invalidité
FSPOEIE	Fonds spécial de pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État

G

GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GIR	Groupe iso-ressources niveau de dépendance

H

HAPI	Harmonisation et partage d'information
HAS	Haute autorité de santé
HSI	Enquête Handicap Santé Institution (personnes âgées vivant en institution)
HSM	Enquête Handicap Santé Ménage (personnes âgées vivant en ménages ordinaires)
HT	Hébergement temporaire

I

IEG	Industrie électrique et gazière
IEM	Institut d'Education Motrice
IME	Institut d'Education Motrice
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP	Incapacité permanente
ITEP	Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
MAA	Maladies d'Alzheimer et maladies apparentées

L

LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale

M

MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie (anciennement Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer)
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MMP	manifestation morbide principale
MP	Maladie professionnelle
MPI	Majoration parent isolé
MSA	Mutualité sociale agricole
MTP	Majoration pour tierce personne
MVA	Majoration pour la vie autonome

O

OGD	Objectif global de dépenses
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie

P

PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PAERPA	Parcours santé des aînés
PAI	Plans d'aide à l'investissement
PAQUID	PAQUID - Cohorte de sujets de plus de 65 ans
PCH	Prestation de compensation du handicap
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMND	Plan national des maladies neuro-dégénératives
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PQE	Programmes de qualité et d'efficience
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des personnes âgées et handicapées
PSD	Prestation spécifique dépendance
PSGA	Plan solidarité grand âge

R

RATH	Retraite anticipée des travailleurs handicapés
RATP	Régie autonome des transports parisiens
REPSS	Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale
RIM-P	Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
RUM	Résumé d'unité médicale

S

SAAD	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé

SAM	Salaire annuel moyen
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SEP	Sclérose en plaques
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SGMAS	Secrétariat général des ministères des affaires sociales
SNCF	Société nationale des chemins de fer
SNDS	Système National des Données de Santé
SNIIRAM	Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STATISS	Statistiques et indicateurs de la santé et du social

T

TM	Ticket modérateur
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée

U

UCC	Unité cognitivo-comportementale
UHR	Unité d'hébergement renforcée
USLD	Unité de soins longue durée

V

VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

Édition : Direction de la sécurité sociale - Page de couverture : Dicom des ministères sociaux - Mai 2024