



GOUVERNEMENT

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# 2024

# Projet de loi de financement de la sécurité sociale

**ANNEXE 7** Dépenses de la branche  
autonomie et effort de  
la Nation en faveur du soutien  
à l'autonomie

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

**PLFSS 2024**



# SOMMAIRE

## PLFSS 2024 - Annexe 7

Synthèse.....	5
<b>PARTIE 1 : Les dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale.....</b>	<b>9</b>
<b>1 - Une cinquième branche de la sécurité sociale couvrant le risque de perte d'autonomie.....</b>	<b>10</b>
1. Les besoins de soutien à l'autonomie progressent.....	10
2. La CNSA, une caisse nationale de sécurité sociale, en charge de la branche autonomie .....	10
<b>2 - Les dépenses de la branche autonomie ont atteint 35,2 Md€ en 2022 .....</b>	<b>12</b>
1. Les dépenses de prestations sociales de la branche autonomie .....	14
1.1. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) .....	14
1.2. La prestation de compensation du handicap (PCH).....	15
1.3. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) .....	16
1.4. L'allocation journalière de proche aidant (AJPA).....	18
2. Le financement des établissements et services médicosociaux spécialisés dans l'accueil des personnes en perte d'autonomie .....	18
3. Les autres dépenses de la branche autonomie .....	21
<b>3 - Les dépenses incluses dans le périmètre de la branche autonomie s'élèveraient à 38 Md€ en 2023 et 40 Md€ en 2024.....</b>	<b>30</b>
<b>4 - L'objectif global de dépenses d'autonomie à destination des établissements et services médicosociaux ...</b>	<b>33</b>
1. Un objectif global de dépenses permettant de fixer les recettes attribuées aux établissements et services médicosociaux (ESMS).....	33
2. L'OGD devrait atteindre 30,2 Md€ en 2023, après s'être élevé à 28,2Md€ en 2022 .....	33
3. Un objectif global fixé à plus de 31 Md€ en 2024 .....	35
<b>PARTIE 2 : L'effort national en faveur du soutien à l'autonomie .....</b>	<b>37</b>
<b>1 - Un effort national destiné à estimer l'ensemble des dépenses publiques en faveur du soutien à l'autonomie .....</b>	<b>38</b>
<b>2 - L'effort national en faveur du soutien à l'autonomie (ENSA) atteint 85 Md€ en 2022 .....</b>	<b>43</b>
1. En 2022, la sécurité sociale couvre 60 % de l'ENSA, dont 40 % pour la seule la branche autonomie .....	43
2. En 2022, l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie des personnes âgées atteint 28 Md€.....	45
3. En 2022, l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap (ENSA- PH) atteint 57 Md€.....	48
4. Les dépenses publiques couvertes par l'ENSA ont augmenté de 2,6 % par an depuis 2010 .....	49

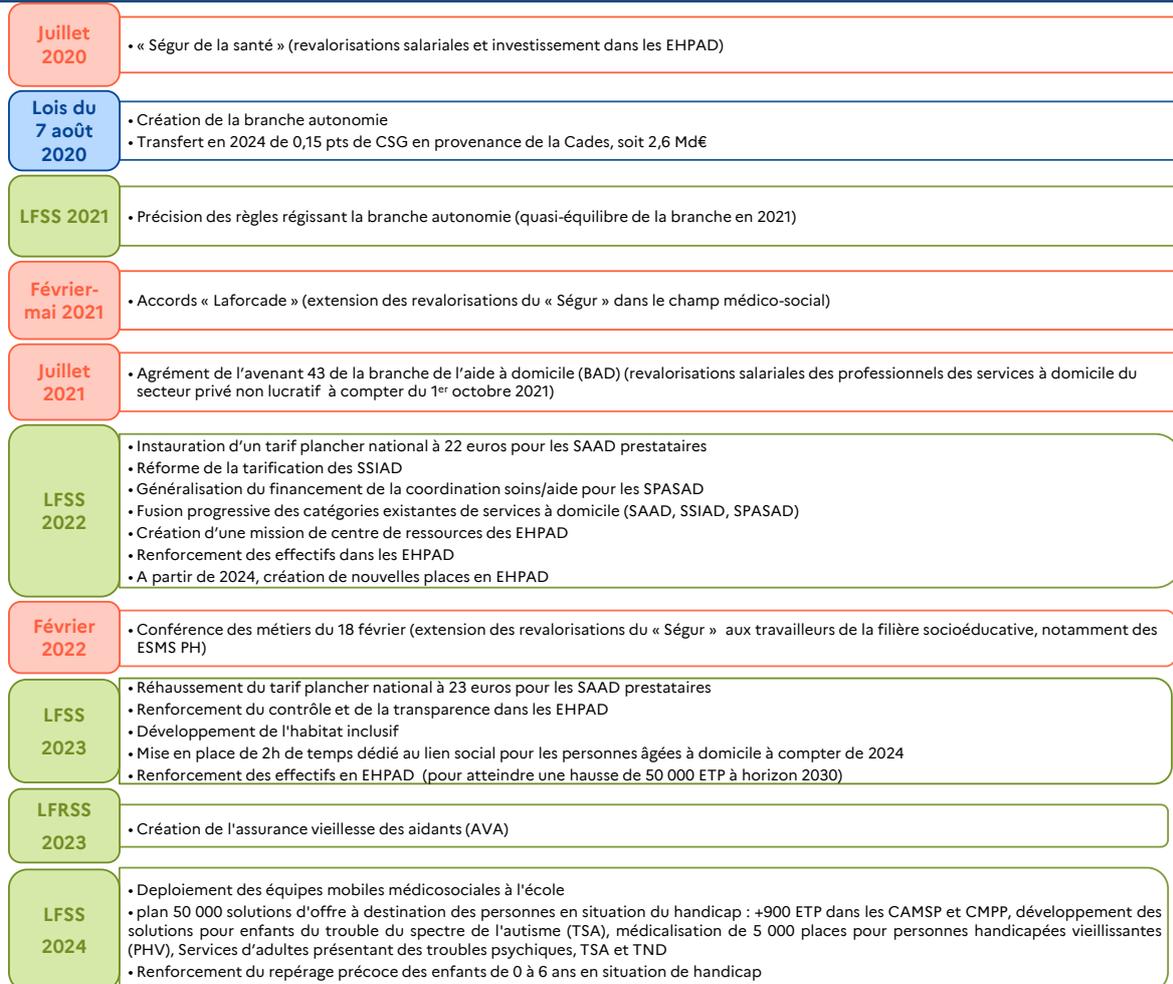


# SYNTHESE

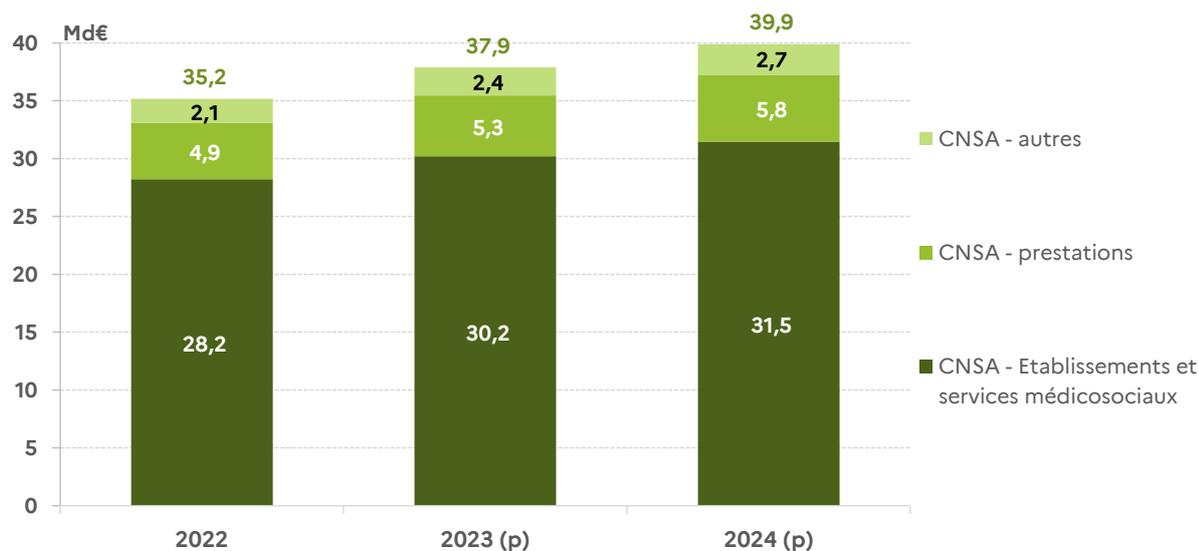
Les besoins d'aide à l'autonomie, qu'ils soient liés au handicap ou au grand âge concernent une part de plus en plus importante de la population française. Afin d'améliorer leur accompagnement, les parlementaires ont adopté, en août 2020 les lois organique et ordinaire relatives à la dette sociale et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

La LFSS pour 2021 a précisé les règles régissant cette nouvelle branche, en conférant à la CNSA le statut de caisse nationale de sécurité sociale et en lui octroyant de nouvelles recettes propres, alors qu'elle était auparavant financée en grande partie par la branche maladie (cf. partie I.1). Depuis 2021, la branche autonomie couvre l'ensemble des dépenses financées auparavant par la CNSA, ainsi que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), jusqu'alors financée par la branche famille. Ces dépenses, prises dans leur ensemble, ont atteint 35,2 Md€ en 2022 (cf. partie I.2). Selon les prévisions établies à la fin du mois de septembre 2023 (cf. partie I.3), elles progresseraient fortement, pour atteindre 37,9 Md€ en 2023 et 39,9 Md€ en 2024 (cf. graphique 1).

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



Graphique 1 • Dépenses incluses dans le périmètre de la branche autonomie 2022-2024



Source : DSS/SDEPF/6C, sur données PLFSS pour 2024

Les mesures nouvelles prévues depuis 2020 dans le champ de l'autonomie s'inscrivent dans une trajectoire de hausse des moyens alloués par la sécurité sociale au soutien à l'autonomie, non seulement pour améliorer l'attractivité des métiers, à l'image du « Ségur de la santé », mais également pour adapter l'offre médico-sociale aux besoins démographiques croissants et pour améliorer la qualité des accompagnements (cf. schéma 1).

Les revalorisations salariales des professionnels du secteur médicosocial ont fortement contribué à la progression des dépenses : entre 2020 et 2023, elles représentent un effort de 3,5 Md€ en faveur de l'attractivité des métiers (cf. partie I.3, encadré 10), et 4,5 Md€ en incluant les revalorisations du point d'indice de la fonction publique de juillet 2022, et leur transposition dans le secteur privé, ainsi que celles de juillet 2023 (cf. tableau 1). Par ailleurs, en 2023, dans l'objectif de parvenir à la construction d'une convention collective unique dans le champ de la branche du secteur sanitaire, social et médico-social (BASS), 150 M€ ont été alloués en 2023 (puis 150 M€ supplémentaires en 2024) avec une demande aux partenaires sociaux de les utiliser d'abord à destination des bas salaires. D'autres mesures avaient pour objectif l'adaptation de l'offre, comme la mise en place d'un tarif plancher pour les services d'aide à domicile (SAAD), ou l'amélioration de sa qualité, par la mise en place d'une dotation complémentaire dans les SAAD ou la hausse des professionnels soignants en EHPAD. Ces mesures représentent une dépense de près d'1 Md€ pour la branche en 2023.

Tableau 1 • Effet en 2023 des mesures nouvelles financées par la branche autonomie depuis 2020 (en Md€)

<b>Ensemble</b>	<b>5,8</b>
<b>Adaptation de l'offre</b>	<b>0,9</b>
dont réforme de la tarification et création de places en SSIAD	0,1
dont tarif plancher	0,3
dont investissement Ségur	0,5
<b>Renforcement de la qualité</b>	<b>0,4</b>
dont renforcement des RH en EHPAD	0,1
dont dotation qualité de 3€/h	0,3
dont EHPAD centres de ressources	0,03
<b>Attractivité des métiers</b>	<b>4,5</b>
dont Ségur	2,2
dont Laforcade	0,6
dont "Conférence des métiers"	0,5
dont branche de l'aide à domicile	0,3
dont revalorisations salariales de juillet 2022	0,7
dont revalorisations salariales de juillet 2023	0,3

Source : DSS

Concernant les mesures les plus récentes, la LFRSS 2023 introduit l'assurance vieillesse des aidants (AVA) qui remplace l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) à partir de septembre 2023. Sous certaines conditions, cette dernière permet aux parents et aux aidants familiaux qui arrêtent ou réduisent leur activité pour accompagner un tiers, de valider des trimestres de retraite et un report au compte au niveau du SMIC. Avec la création de l'AVA, les conditions d'accès à cette prestation sont assouplies, l'ouvrant ainsi aux aidants non familiaux, à ceux ne résidant plus au domicile de la personne aidée, et à ceux ayant des enfants avec un taux d'incapacité inférieur à 80% et éligibles à un complément de AEEH.

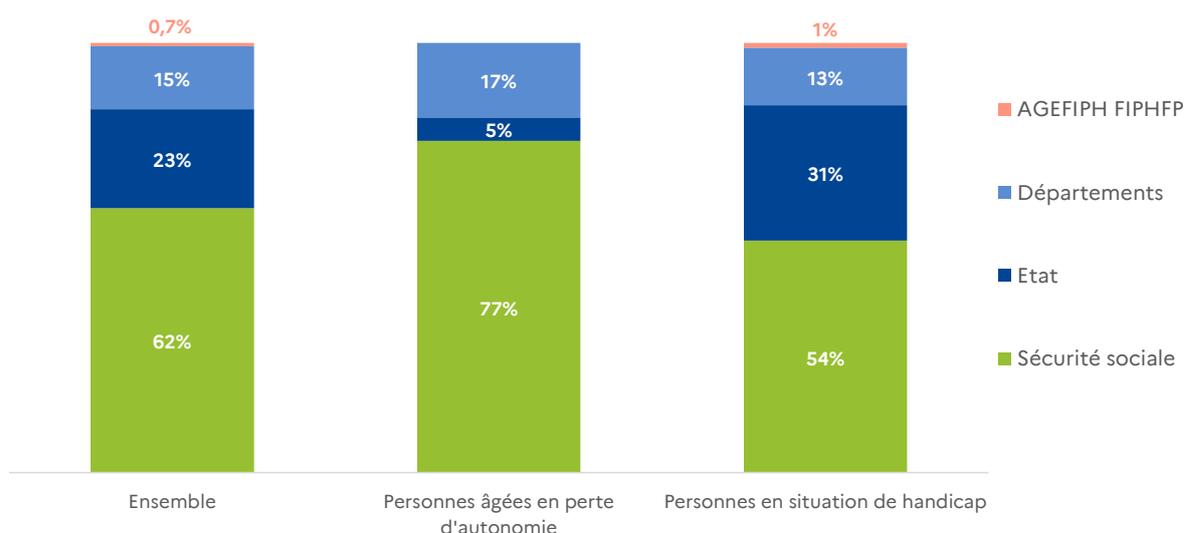
Le PLFSS pour 2024 comporte plusieurs mesures annoncées lors de la conférence nationale du handicap (CNH) qui s'est tenue le 26 avril 2023, et a défini les orientations pour les années à venir. A horizon 2030, ce sont ainsi 30 000 créations de solutions et 20 000 transformations de places qui sont prévues. Il s'agit notamment de déployer pour les enfants une offre complémentaire de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et d'améliorer leur parcours via le renforcement des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) et la création d'un service public de repérage précoce. Des dispositifs seront en outre mis en place pour fluidifier les parcours d'élèves en situation de handicap en leur permettant un appui médico-social directement sur le lieu de scolarisation. Une offre sera, de plus, créée pour garantir un accompagnement plus adapté aux jeunes adultes aujourd'hui maintenus dans des structures pour enfants.

Les actions en faveur de l'autonomie sont diverses, tant par leur nature que par les professionnels qu'elles mobilisent. Plusieurs prestations de protection sociale ainsi que des avantages sociaux et fiscaux concourent à leur financement, induisant l'intervention de la sécurité sociale, de l'État et des collectivités territoriales (cf. partie II.1).

Afin de proposer une vision d'ensemble, l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie (ENSA) évalue les dépenses relatives aux dispositifs spécifiquement destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes en situation de handicap ou d'invalidité. L'ENSA s'établit, sur le périmètre retenu, à 85 Md€ en 2022. L'ENSA est essentiellement constitué de prestations sociales (44% des dépenses couvertes : AEEH, AAH, PCH et ACTP, pensions d'invalidité, ASI, rentes d'incapacité permanente, et APA) et de financements orientés vers les établissements et services sociaux et médicosociaux (42% des dépenses, cf. graphique 9, partie II.2).

En 2022, la sécurité sociale finance plus de la moitié de l'ENSA (62%) : la branche autonomie, qui représente deux tiers des dépenses de sécurité sociale sur le champ, est la première contributrice depuis la création de la branche (cf. graphique 8, partie II.2). L'État finance quant à lui le quart des dépenses et les départements 15% (cf. graphique 2 et partie II.2.1).

Graphique 2 • Répartition du financement de l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie (85 Md€ en 2022)



Source : DSS/SDEPF/6C sur données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHP



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

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

## 1. Les besoins de soutien à l'autonomie progressent

Les besoins d'aide à l'autonomie liés au grand âge ou au handicap concernent un nombre croissant de personnes. En effet, la reconnaissance des handicaps et les réponses médicosociales apportées s'améliorent, notamment chez les enfants. De plus, le contexte économique et le vieillissement de la population active conduisent de plus en plus de personnes handicapées dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 80% et qui ont une restriction durable d'accès à l'emploi, à solliciter le minimum social spécifique : l'allocation adulte handicapé (AAH). Le nombre de foyers bénéficiaires de l'AAH aurait augmenté de 10% depuis 2017 (données Cnaf). D'autre part, le vieillissement de la population, qui résulte d'un allongement de l'espérance de vie et de l'arrivée aux âges élevés des générations du « baby-boom », augmente sensiblement le nombre de personnes en risque de perte d'autonomie. Cet enjeu démographique constitue un défi en matière d'accompagnement des personnes âgées, en particulier de celles qui rencontrent les restrictions d'activité les plus sévères. Ainsi, selon les évaluations de la Drees, l'effectif des personnes âgées en perte d'autonomie, approché par les bénéficiaires de l'APA, est estimé à 1,3 million en 2021 (soit 7,5% des 18 millions de personnes âgées de 60 ans et plus). Il dépasserait 2 millions à l'horizon 2050, soit 8,4% des 24 millions de Français âgés de 60 ans et plus.

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

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

Depuis début 2021, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public créé en 2004, gère la branche « autonomie » (cf. encadré 1). La LFSS pour 2021 a mis en œuvre la création de cette cinquième branche, en conférant à la CNSA le statut de caisse nationale de sécurité sociale, et en lui octroyant de nouvelles recettes propres alors qu'elle était auparavant financée en grande partie par la branche maladie. La LFSS pour 2021 transfère en outre le pilotage et le financement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), jusqu'alors à la charge de la branche famille, à la CNSA.

### Encadré 1 • La première année de mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion 2022-2026 et la structuration de la nouvelle branche autonomie

Créée en 2004 pour gérer les nouvelles sources de financement de l'autonomie instaurées peu après la canicule de l'été 2003, la CNSA a été investie, à partir du 1er janvier 2021, de la responsabilité de gérer la cinquième branche de la sécurité sociale consacrée au soutien à l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap. La transformation de la CNSA en caisse nationale de sécurité sociale a marqué une nouvelle étape et le passage à une autre échelle d'intervention. L'une de ses principales missions est désormais de « veiller à l'équilibre financier de la branche ». Son rôle et ses missions ont été confortés et renforcés par les dispositions de l'article 32 de la LFSS pour 2021 et celles de l'ordonnance du 1er décembre 2021.

La feuille de route de la CNSA a été précisée par la 1ère convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche pour la période 2022-2026, approuvée à l'unanimité par son conseil le 14 mars et conclue avec l'Etat le 8 avril 2022. Cette première COG fixe 40 engagements pour consolider le service public de l'autonomie dans l'ensemble du territoire, dans la perspective du cap de 2030, où la part des plus de 60 ans deviendra plus importante que celle des moins de 20 ans en termes démographiques. Elle s'appuie sur 3 axes prioritaires :

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

Cette nouvelle COG s'inscrit dans un cadre budgétaire profondément rénové et simplifié avec une trajectoire financière pluriannuelle qui donne une pleine visibilité sur les financements mobilisés durant les 5 ans à venir. Pour atteindre ces objectifs, les équipes de la Caisse seront renforcées de 80 ETP par rapport à 2021. Au vu des moyens octroyés initialement dans la précédente COG, c'est une augmentation de 80% des effectifs. Pour sa première année de mise en œuvre, la caisse a engagé une transformation interne ambitieuse. Son organisation a ainsi été profondément rénovée pour la rendre plus cohérente avec les enjeux des politiques de l'autonomie. Une stratégie RH 2022-2024 a également été élaborée pour adapter l'organisation de la caisse à son nouveau dimensionnement. Elle comporte plusieurs volets d'accompagnement et un plan de prévention.

La CNSA a ensuite mené de nombreuses actions pour renforcer la qualité de service aux usagers, veiller à la pleine participation des personnes et à l'accès à leurs droits. Les portails d'information grand public « Pour les personnes âgées » et « Mon parcours handicap » ont été enrichis. Le soutien de la CNSA aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) rencontrant des difficultés, notamment en termes de délai de traitement des dossiers, a été étendu à dix nouvelles MDPH. Un bilan des financements en matière de prévention de la perte d'autonomie alloués en 2021 a été réalisé. Ils ont permis de soutenir des actions à destination de plus de 2,4 millions de personnes, dont 123 400 proches aidants et au moins 91 700 personnes résidant en EHPAD. En matière de prévention, la CNSA a débuté les travaux de préfiguration d'un centre de ressources et de preuves de la perte d'autonomie, qui permettra d'orienter les décisions des acteurs de terrain en direction des actions qui ont fait leurs preuves. Pour mieux lutter contre l'isolement des personnes, la caisse soutient la création d'un réseau de référents départementaux « lutte contre l'isolement ». Dans le cadre de l'expérimentation d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques, 3 800 personnes ont été accompagnées et un appel à projet a été lancé pour équiper 6 lieux ressources en aides techniques pour la communication alternative et améliorée des personnes en situation de handicap.

Pour promouvoir l'approche domiciliaire et adapter l'offre aux besoins, plusieurs actions ont par ailleurs été engagées cette année. Une nouvelle direction de la prospective et des études comportant un pôle « Analyses et production statistique » a été structurée. Elle permet une mobilisation nouvelle des données de la branche, tout en maintenant un haut niveau de soutien à la recherche et à l'innovation. La Caisse a été particulièrement mobilisée par la transformation de l'offre adressée aux personnes âgées et en situation de handicap, qu'elles vivent en établissement, en habitat intermédiaire ou dans un domicile individuel. Elle a ainsi financé le tarif minimal d'intervention des services d'aide à domicile et la dotation complémentaire pour améliorer la qualité de service, ainsi que le plan d'aide à l'investissement (volet immobilier et numérique) en direction des EHPAD. Après avoir mobilisé près de 285 M€ en 2021, les agences régionales de santé (ARS) alloueront 780 M€ à des projets immobiliers d'ici 2024, pour soutenir 800 projets prioritaires de reconstruction, rénovation ou réhabilitation d'EHPAD. Dans le cadre des 95 programmations signées avec les départements pour sept ans, près de 8 900 personnes en situation de handicap et 9 200 personnes âgées vivant dans un habitat inclusif bénéficieront également d'une aide à la vie partagée. En soutien aux professionnels du secteur, la CNSA a également soutenu la création de 20 plateformes des métiers de l'autonomie et contribué au financement des mesures de revalorisation salariale pour plus de 1,3 M€ supplémentaire en 2022. Elle a enfin renouvelé ses conventions avec l'ensemble des OPCO du secteur pour conforter l'offre de formation en direction des professionnels accompagnant les personnes âgées ou en situation de handicap.

Axe fort de la COG, les outils de pilotage et de simplification des parcours ont été améliorés ou déployés cette année. Le système d'information (SI) commun des MDPH, qui permet de moderniser, simplifier et optimiser l'instruction et le suivi des demandes des usagers, a été approfondi par le lancement d'une nouvelle version et le déploiement d'un service en ligne de dépôt des demandes qui lui est interconnecté. La CNSA a également été désignée pilote pour concevoir et mettre en œuvre un SI unique pour la gestion de l'APA à domicile. Les travaux de préfiguration de ce nouveau SI ont été lancés.

Enfin, le déploiement de la branche Autonomie implique une refonte du rôle de la CNSA dans l'écosystème médico-social et de ses relations avec ses partenaires historiques dans les territoires que sont les ARS, les départements, les MDPH ou MDA. Un travail important a été mené pour élaborer et définir un nouveau cadre de coopération entre les acteurs institutionnels de la branche. Les valeurs communes, principes d'action et priorités stratégiques retenus par les parties prenantes ont été partagés le 16 novembre 2022. De nouvelles pratiques de coopération s'installent depuis sur les territoires grâce à l'organisation de journées interdépartementales et en vue de l'élaboration de conventions tripartite territoriales.

Source : CNSA

## 2 - Les dépenses de la branche autonomie ont atteint 35,2 Md€ en 2022

En 2022, les dépenses de la CNSA se sont élevées à 35,2 Md€, dont 28,2 Md€ au titre de l'objectif global des dépenses (OGD) permettant le financement des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Les autres principales dépenses de la branche correspondent au financement de l'AAEH (1,4 Md€) et aux transferts vers les Conseils départements notamment pour le cofinancement des dépenses d'APA et de PCH (3,9 Md€, cf. tableau 2 et schéma 2). D'autres concours aux départements existent, permettant par exemple le financement de revalorisations salariales dans les SAAD, et sont ci-après intégrés aux « autres subventions ». Le financement des établissements et services médicosociaux (ESMS) accompagnant les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap représente 80% des dépenses de la branche autonomie (cf. graphique 3). Ce financement transite par l'objectif global de dépenses (OGD) en faveur des établissements médicosociaux, qui est une sous-composante de l'ONDAM.

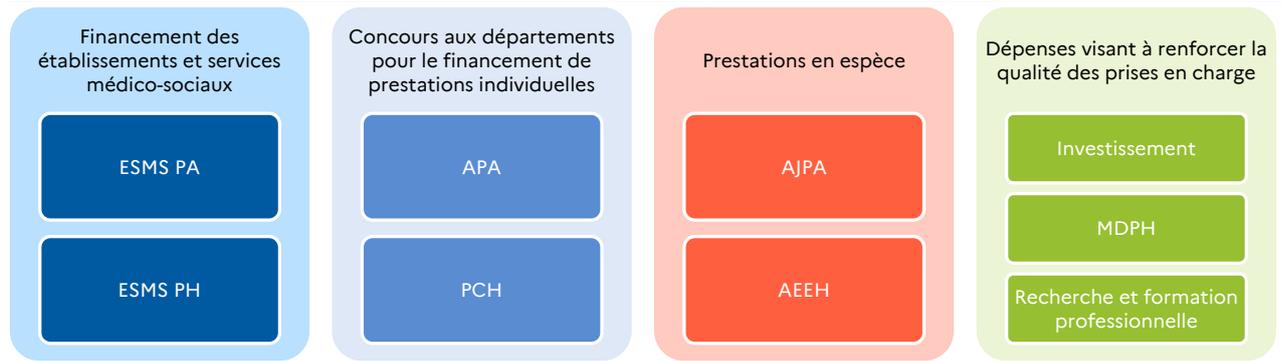
Tableau 2 • Dépenses 2022 entrant dans le périmètre de la branche autonomie (en Md€)

DEPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE	35,2
<b>PRESTATIONS SOCIALES</b>	<b>29,6</b>
<b>Prestations sous objectif global de dépenses (OGD)</b>	<b>28,2</b>
OGD - Personnes âgées	14,3
OGD - Personnes handicapées	13,9
<b>Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH)</b>	<b>1,4</b>
<b>Aide aux aidants</b>	<b>0,0</b>
<b>Provisions et ANV nettes de reprises sur prestations</b>	<b>0,0</b>
<b>TRANSFERTS</b>	<b>5,4</b>
<b>Subventions d'investissement (dont numérique)</b>	<b>0,6</b>
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes âgées	0,6
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes handicapées	0,0
<b>Subventions aux fonds, organismes et départements</b>	<b>4,8</b>
<b>Participation aux dépenses du FIR</b>	<b>0,2</b>
Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)	0,1
Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	0,1
Habitat inclusif et autres dépenses du FIR	0,02
Autre	0,0
<b>Concours versés aux départements</b>	<b>3,9</b>
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2,6
Prestation de compensation du handicap (PCH)	0,9
Autres transferts aux départements	0,4
<i>Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH)</i>	0,1
<i>Transfert pour les salariés des ESMS handicap non financés par l'OGD</i>	0,1
<i>Actions de la prévention de la perte d'autonomie (au travers de la conférence des financeurs)</i>	0,2
<i>Aide à la vie partagée (AVP) - habitat inclusif</i>	0,01
<b>Autres subventions</b>	<b>0,7</b>
Fonds d'urgence aux services d'aide à domicile, Fonds d'aide aux bonnes pratiques	0,02
Financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)	0,5
Dotations au fonctionnement des MDPH	0,1
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation / emplois d'avenir	0,1
Dépenses d'animation, prévention et études (hors charges de gestion courante)	0,02
Autres (ATIH, ANAP, ANESM, ANAH, FCH)	0,03
<b>CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	<b>0,2</b>
<b>AUTRES CHARGES NETTES</b>	<b>0,02</b>

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

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2023

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

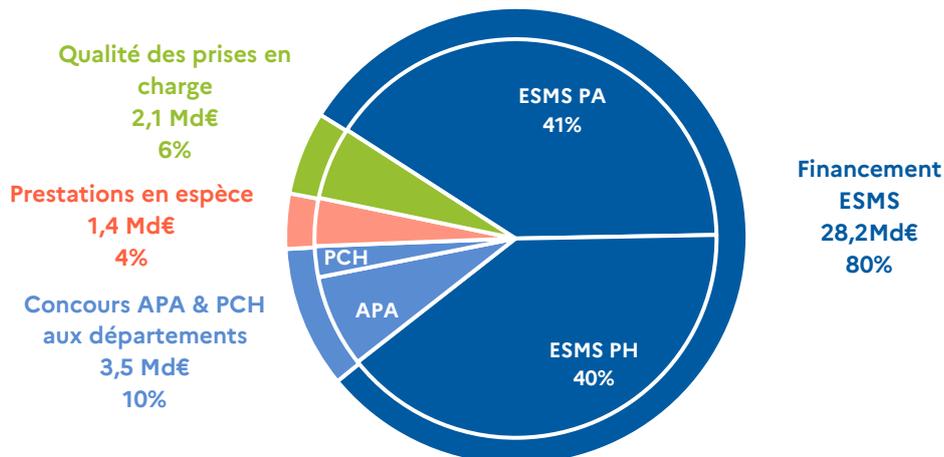


Source : CNSA

La CNSA participe au financement de prestations en espèce et en nature. Elle finance intégralement l’AEEH et l’AJPA, deux prestations en espèce, pour un total de 1,4 Md€ en 2022. Elle participe au financement de deux prestations en nature à travers des concours versés aux Conseils départementaux : l’allocation personnalisée pour l’autonomie (APA,) et la prestation de compensation du handicap (PCH). L’AEEH, l’AJPA, la contribution au financement de l’APA et de la PCH constituent le second poste de dépenses de la branche, pour un total de 4,9 Md€ en 2022, soit 14% des dépenses.

Enfin, la CNSA finance 2,1 Md€ de dépenses (soit 6% de l’ensemble de ses charges) visant à renforcer la qualité des prises en charge de deux personnes en situation de perte d’autonomie : investissement dans les ESMS, prévention, formation des professionnels, modernisation de l’aide à domicile, recherche, etc.

### Graphique 3 • Répartition des dépenses de la branche autonomie en 2022 (% et Md€)



Note : ESMS : établissements et services médicosociaux (financement OGD) – PA : personnes âgées – PH : personnes en situation de handicap  
 Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2023

Pour financer les dépenses consécutives à la création de la branche autonomie, la CNSA a perçu, entre 2021 et 2023, 1,93 point de CSG toutes assiettes (à l’exception des jeux) contre 0,23 point de CSG prélevée sur l’assiette des seuls revenus d’activité auparavant. Avant l’affectation de cette fraction de CSG, ses dépenses étaient en grande partie financées par un transfert de l’assurance maladie.

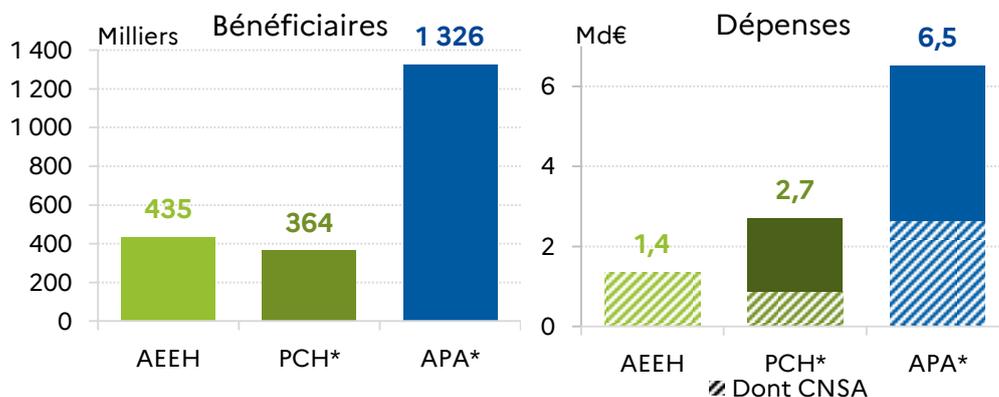
Les recettes brutes de CSG affectées à la CNSA devraient s’élever à un montant évalué à 32,6 Md€ en 2023 (prévision retenue lors de la préparation du PLFSS pour 2024, sur la base des projections présentées lors de la Commission des comptes de la sécurité sociale), contre 31,2 Md€ en 2022 et 29,0 Md€ en 2021. La CNSA reçoit intégralement le rendement de la contribution solidarité autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle solidarité autonomie (CASA), représentant respectivement 2,3 et 0,8 Md€ en 2022. La CNSA perçoit en outre une fraction de la taxe sur les salaires, de 0,7 Md€ en 2022.

Le montant net de l’ensemble des recettes de la CNSA, y compris au titre du soutien à l’investissement, atteindrait 36,8 Md€ en 2023, en hausse par rapport à 2022, où il s’était établi à 35,4 Md€. En 2024, la CNSA bénéficiera d’un transfert de 0,15 pt de CSG supplémentaire, ses recettes devraient s’élever à 41,2 Md€ (prévisions PLFSS 2024).

## 1. Les dépenses de prestations sociales de la branche autonomie

La branche autonomie finance en intégralité, depuis 2021, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et l'allocation journalière de proche aidant (AJPA), et cofinance avec les conseils départementaux la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (cf. graphique 4).

**Graphique 4 • Bénéficiaires (en milliers) et dépenses (en milliards) des prestations sociales de la branche autonomie en 2022**



Champ : Pour les bénéficiaires d'APA et de PCH les données sont relatives à la fin 2021. Concernant les dépenses d'APA et de PCH, elles sont présentées hors dotation qualité. Les concours d'APA et de PCH se limitent à l'APA 1, l'APA 2 et la PCH.

Source: Cnaf, MSA, DGFIP et CNSA, traitement DSS/SDEPF/6C

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

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

L'AEEH est versée sans conditions de ressources, le montant de base s'élève à 142,7 € par mois depuis le 1<sup>er</sup> avril 2023 (cf. tableau 3). Elle peut être augmentée d'un complément d'AEEH, dont le montant varie selon le niveau de handicap de l'enfant et ses conséquences financières, ou, sous conditions, par la PCH.

En 2022, l'AEEH a été versée au titre de 435 000 enfants. Cet effectif a doublé en 10 ans. Cette progression dynamique traduit une meilleure détection et une reconnaissance élargie<sup>1</sup> du handicap. Les dépenses d'AEEH enregistrées en 2022 atteignent 1,4 Md€.

**Tableau 3 • Barème de l'AEEH**

	AEEH		Majoration parent isolé	
	en % de la BMAF <sup>(1)</sup>	Montant mensuel au 01/04/2023	en % de la BMAF <sup>(1)</sup>	Montant mensuel au 01/04/2023
<b>Allocation de base</b>	<b>32%</b>	<b>142,70 €</b>	-	-
Complément 1	24%	107,02 €	-	-
Complément 2	65%	289,85 €	13%	57,97 €
Complément 3	92%	410,26 €	18%	80,27 €
Complément 4	143%	635,76 €	57%	254,18 €
Complément 5	182%	812,53 €	73%	325,53 €
Complément 6	MTP <sup>(2)</sup>	1 210,91 €	107%	477,15 €

(1) La BMAF est la base mensuelle de calcul des allocations familiales qui sert à fixer le montant des prestations familiales, elle est fixée à 445,93 € depuis le 01/04/2023.

(2) Majoration pour tierce personne.

Source : réglementation (barème en vigueur depuis le 01/04/2023)

<sup>1</sup> Observatoire national de la petite enfance, édition 2021.

## 1.2. La prestation de compensation du handicap (PCH)

La **PCH** est une prestation individualisée visant à couvrir les surcoûts liés au handicap dans la vie quotidienne, elle est à ce titre considérée comme une prestation en nature. Elle s'adresse aux personnes confrontées à une difficulté absolue ou deux difficultés graves en termes de mobilité, d'entretien personnel, de communication et de relations avec autrui. Cette prestation bénéficie aux personnes qui remplissent les conditions d'attribution avant leur 60<sup>ème</sup> anniversaire, mais peut continuer d'être perçue au-delà. La PCH est ouverte, depuis 2008, aux personnes de moins de 20 ans en articulation avec l'AEH.

Lors d'une demande de PCH, un professionnel de MDPH fixe un taux d'incapacité. Un plan d'aide est ensuite établi par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) au sein des MDPH. Le montant du plan d'aide dépend du degré d'autonomie, de l'âge, des ressources et du lieu de résidence (domicile ou établissement). Le plan d'aide est constitué de cinq volets distincts. Parmi les bénéficiaires percevant la PCH un mois donné, 90% reçoivent un financement pour de l'aide humaine. Cette dernière n'est pas plafonnée lorsque le bénéficiaire recourt à un intervenant. En revanche, un plafond s'applique pour les aidants familiaux, fixé à 1 392 € par mois en 2023. Les autres volets du plan d'aide comportent des plafonds fixés au niveau national et actualisés chaque année (cf. tableau 4).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, les conditions d'accès à la PCH ont été assouplies et son bénéfice a été élargi aux besoins liés à l'exercice de la parentalité des personnes en situation de handicap (cf. encadré 2). En 2021, 364 500 personnes ont bénéficié de la PCH, soit une augmentation moyenne de 7% par an depuis 10 ans, un peu moins dynamique en fin de période (hausse moyenne de 5% par an entre 2016 et 2021). Depuis sa mise en place en 2006, les ouvertures de droit à la PCH connaissent en effet une évolution très dynamique. La PCH représente 2,7 Md€ en 2022. Elle est cofinancée par la CNSA (cf. encadré 3) qui couvre, cette même année, 33% des dépenses, soit 0,9 Md€, tandis que les financements des départements se sont élevés à 1,8 Md€.

Tableau 4 • Barème de la PCH

Éléments de la PCH	Aide humaine	Aides techniques	Aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés au transport			Charges spécifiques et exceptionnelles		Aides animalières
			logement	véhicule	surcoûts de frais de transport	spécifiques	exceptionnelles	
Plafonds	/	13 200 €/10 ans	10 000 €/10 ans	10 000 €/10 ans (ou 24 000 €/10 ans*)		100 €/mois	6 000 €/10 ans	6 000 €/10 ans

\* Pour les trajets entre domicile - travail ou domicile - ESMS : soit en cas de transport par un tiers, soit déplacement aller/retour > 50 km

Source : réglementation (barème en vigueur depuis le 01/09/2023)

La **PCH parentalité** est une prestation complémentaire accessible aux parents bénéficiaires de la PCH. Elle permet de couvrir les besoins d'aides humaines et matérielles nécessaires pour élever un enfant. Le montant du forfait s'élève à 900 € par mois lorsque l'enfant a moins de 3 ans et 450 € par mois lorsque l'enfant est âgé de 3 à 7 ans. Pour les familles monoparentales le forfait est majoré et atteint respectivement 1 350 € et 675 € (cf. tableau 5).

Le bilan de la mise en place de cette nouvelle aide, remis au CNCPH en janvier 2022, a montré que les MDPH avaient attribué en 2021 plus de 9 000 forfaits d'aide à la parentalité (4 900 forfaits « aide humaine » et 4 400 forfaits « aide technique »). La dynamique s'est poursuivie en 2022, avec un nombre de bénéficiaires de la PCH ayant une notification d'aide humaine en progrès de + 2,1% selon les données recueillies auprès d'une soixantaine de départements (cf. encadré 2).

Tableau 5 • Barème de la PCH parentalité

âge du plus jeune des enfants :		Naissance	De la naissance jusqu'aux 3 ans de l'enfant	Des 3 ans de l'enfant à la veille de ses 7 ans
PCH parentalité - montant du forfait aide humaine	Le parent vit en couple		900 €\ mois	450 €\ mois
	Le parent vit seul (famille monoparentale)		1350 €\ mois	675 €\ mois
PCH parentalité - montant du forfait aide technique		1 400 €	1 200 €	1 000 €

Source : réglementation (barème en vigueur).

## Encadré 2 • Les mesures récentes visant à améliorer la compensation du handicap

La PCH a connu plusieurs évolutions majeures depuis 2020 destinées à la fois à en simplifier l'accès et à mieux soutenir l'autonomie des personnes en situation de handicap.

D'abord, la condition d'âge interdisant à une personne ayant droit à la PCH avant ses 60 ans d'en solliciter le bénéfice après 75 ans a été supprimée par décret du 31 décembre 2020. Depuis le 1er janvier 2021, il est donc possible de demander la PCH au-delà de 75 ans. Ensuite, ce décret a élargi la liste des besoins couverts par la PCH à ceux liés à la préparation des repas et à la vaisselle. En intégrant les temps liés à ces activités dans l'aide à l'alimentation financée par la PCH, il a permis de simplifier les démarches aux personnes en leur évitant de solliciter pour l'avant et l'après repas une aide différente de celle pour s'alimenter. Par ailleurs, ce même décret a répondu à une demande très forte et ancienne des personnes en situation de handicap et de leurs représentants en permettant le financement par la PCH d'aides nécessaires à l'exercice de la parentalité.

L'accès à la PCH a également été simplifié par la capacité reconnue depuis le 1er janvier 2022 aux MDPH d'ouvrir le droit à la PCH sans limitation de durée pour les personnes dont le handicap n'est pas susceptible d'évolution favorable (décret du 27 octobre 2021).

De plus, et conformément à l'engagement du 6ème comité interministériel du handicap de mieux reconnaître et accompagner les besoins spécifiques des personnes sourdaveugles, dont le handicap, rare, est caractérisé par la combinaison d'une déficience visuelle et d'une déficience auditive, qui affecte la vie sociale, la communication, l'accès à l'information, les capacités d'orientation et la mobilité, un décret du 19 avril 2022 a organisé la mise en place de forfaits surdi-cécité, applicables à compter du 1er janvier 2023. Ces nouveaux forfaits d'aide humaine, destinés spécifiquement aux personnes sourdaveugles, correspondent à 3 niveaux d'accompagnement de 30, 50 et 80 heures par mois, attribués par les maisons départementales des personnes handicapées

Enfin, des travaux soutenus ont préparé, tout au long de l'année 2022, l'élargissement de l'accès à la PCH pour les personnes vivant avec des altérations de fonction cognitive, mentale ou psychiques ou des troubles du neurodéveloppement, conformément à l'engagement du Président de la République dans le cadre de la Conférence Nationale du Handicap de 2020. Le décret du 19 avril 2022 permet de matérialiser ces avancées en élargissant, à compter du 1er janvier 2023, les conditions d'accès à la prestation afin de mieux prendre en compte les difficultés spécifiques rencontrées par ces personnes. Il complète également la liste des actes essentiels pris en compte pour l'éligibilité à l'aide humaine et intègre le « soutien à l'autonomie » comme une modalité nouvelle d'aide humaine afin de répondre aux besoins d'assistance spécifiques aux personnes concernées, et leur permettre d'accéder à la juste compensation de leur handicap dans leur quotidien, incluant l'accès à la PCH parentalité ou celui à l'habitat inclusif.

Pour favoriser la pleine appropriation de ces nouveaux droits par les professionnels des MDPH et leur effectivité pour les personnes, la CNSA a préparé et diffusé des documents d'information et de communication. Un guide à destination des équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées pour la mise en œuvre du décret d'avril 2022 a été construit avec l'appui des associations concernées. Sa diffusion a été complétée d'une série de webinaires qui ont mobilisé quelques 1 300 professionnels de MDPH. L'appui aux professionnels se prolonge dans le cadre du suivi de la montée en charge de la prestation. Des déplacements dans une dizaine de MDPH ont permis d'identifier, pour les lever, les potentiels freins dans la mise en œuvre. Les évolutions informatiques des logiciels des MDPH ont été réalisées.

Source : CNSA

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

L'allocation personnalisée d'autonomie s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus. Il s'agit d'une aide financière destinée à couvrir, en totalité ou en partie, les dépenses nécessaires au maintien à domicile ou à l'accueil en établissement. Elle est attribuée sous condition de perte d'autonomie. 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 lui attribuant un groupe iso-ressources (GIR) de 1 à 6 (par ordre inverse de gravité). Seules les personnes classées dans les GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA.

Lors d'une demande d'APA à domicile, les équipes médicosociales départementales établissent un plan d'aide individualisé : elles fixent un nombre mensuel d'heures d'intervention humaine et prévoient des aides techniques et aménagements en fonction du degré et de la nature de perte d'autonomie de la personne et de ses besoins. Les plafonds des plans sont indexés sur la majoration pour tierce personne et sont donc revalorisés annuellement au 1er janvier (cf. tableau 6). La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) en 2015 a revalorisé les plafonds nationaux des plans d'aide. Ainsi, le montant plafond du GIR 1 (personnes en perte d'autonomie la plus sévère) a augmenté de 31% entre 2015 et 2016. Ceci a permis de nettement diminuer, de près de moitié, le nombre de plans saturés, de 22% en 2011 à 12% en 2017. La LFSS 2021 a instauré un tarif minimum pour les heures prestataires d'aide à domicile et, afin de contenir le nombre de plans APA saturés, les plafonds ont été augmentés au 1er janvier 2022.

Tableau 6 • Barème de l'APA à domicile

Plafonds	2015 (avant réforme)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
GIR 1	1 312,67 €	1 714,79 €	1 719,93 €	1 737,14 €	1 742,34 €	1 747,58 €	1 749,31 €	1 807,89 €	1 914,04 €
GIR 2	1 125,14 €	1 376,91 €	1 381,04 €	1 394,86 €	1 399,03 €	1 403,24 €	1 404,63 €	1 462,08 €	1 547,93 €
GIR 3	843,86 €	994,87 €	997,85 €	1 007,83 €	1 010,85 €	1 013,89 €	1 014,90 €	1 056,57 €	1 118,61 €
GIR 4	562,57 €	663,61 €	665,60 €	672,26 €	674,27 €	676,30 €	676,97 €	705,13 €	746,54 €

Source : législation

Une fois le plan défini, une participation financière peut ou non être à la charge du bénéficiaire, en fonction de ses revenus : en 2023, elle est nulle pour un revenu inférieur à 878 € par mois et atteint 90% pour des revenus supérieurs à 3 233 € par mois. Ce reste-à-charge peut être solvabilisé par l'Etat à hauteur de 50% dans le cadre du crédit d'impôt. En 2017, le montant moyen de l'APA à domicile était de 550 € par mois et 87% du financement concernait de l'aide humaine.

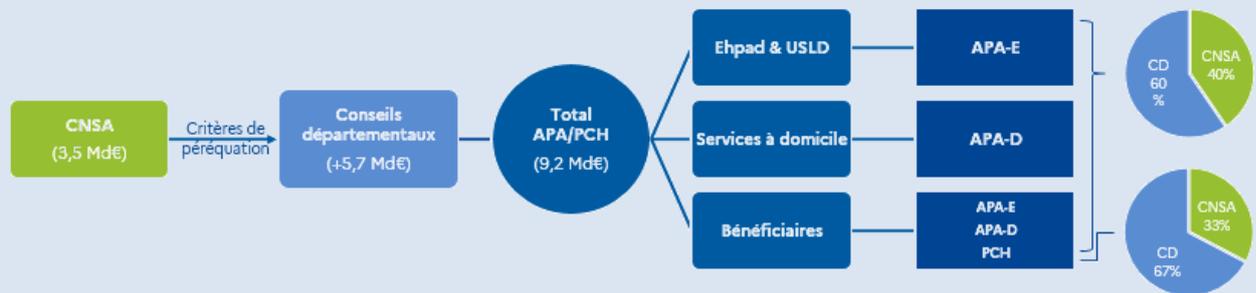
**L'APA en établissement (APA-E)** permet de couvrir une partie du « tarif dépendance » des établissements médicosociaux d'hébergement (EHPAD et USLD), qui est l'une des 3 composantes de leur tarification. Son montant dépend du degré d'autonomie. Le tarif dépendance s'établit en moyenne à 20,8€ par jour pour les résidents en GIR 1-2, et à 13,2€ pour ceux en GIR 3-4 en 2020. Comme à domicile, le bénéficiaire s'acquitte d'une participation. Celle-ci est assise sur un montant forfaitaire, quels que soient le GIR et le niveau des ressources, et s'établit en moyenne à 5,8 € par jour en 2021. Une participation supplémentaire pour les bénéficiaires dont les ressources sont supérieures à 2 676 € par mois peut s'ajouter, mais elle est en pratique peu appliquée (Drees 2015, Etudes & Résultats n° 909).

1,3 million de personnes ont bénéficié de l'APA en 2020, dont près de 60% résident à domicile. La part des bénéficiaires de l'APA dans la population augmente logiquement avec l'âge : jusqu'à 79 ans, elle reste modérée (2%), mais elle atteint près de 20% pour la classe d'âge des 80-89 ans. À partir de 90 ans, plus de la moitié de la population en bénéficie. La dépense totale d'APA s'établit à 6,5 Md€ en 2022. La CNSA en finance par le concours APA 1 et 2, environ 40%, soit 2,6 Md€, et les conseils départementaux 3,9 Md€. La CNSA couvre en outre le financement intégral de la mise en place du tarif plancher à 22€ (1<sup>er</sup> janvier 2022) et de son rehaussement à 23€ (1<sup>er</sup> janvier 2023), ce qui minore d'autant les dépenses à charge des conseils départementaux.

Encadré 3 • Modalités de financement de l'APA et de la PCH

La CNSA consacre une part fixe de ses recettes (CSA, CSG, CASA) au financement de l'APA et de la PCH, respectivement 7,7% et 2,0% en 2023. A cela s'ajoute le financement de la PCH parentalité. L'affectation en 2024 d'une fraction supplémentaire de 0,15 point de CSG à la branche autonomie afin de financer des dépenses nouvelles conduit, tout en conservant les concours au niveau qu'ils auraient atteint sans cette mesure, à diminuer légèrement la part des recettes de la CNSA consacrées aux transferts aux collectivités.

La répartition des concours de la CNSA entre les départements repose sur des critères de péréquation qui tiennent compte de la part des personnes éligibles à chacune de ces prestations au regard de la condition d'âge, du potentiel fiscal du département, du nombre de bénéficiaires de la PCH ou des dépenses d'APA et du nombre de bénéficiaires du RSA.



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

Source : DSS/SDEPF/6C sur données CNSA & DGFIP – 2022

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

L'allocation journalière de proche aidant (AJPA), créée par la LFSS pour 2020, assure un revenu complémentaire aux personnes qui recourent au congé de proche aidant et arrêtent de travailler ponctuellement ou réduisent leur activité pour s'occuper d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie liée à l'âge, d'une particulière gravité. Elle vise à compenser une partie de la perte de salaire consécutive à la prise de ce congé, ce dernier n'étant pas rémunéré par l'employeur.

Le montant de l'AJPA est le même que celui de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), soit 31 € par demi-journée et 62 € par journée pleine. L'AJPA est revalorisée au niveau du SMIC depuis le 1er janvier 2022. Le versement de l'allocation est limité à 66 jours sur la carrière du salarié, ce qui correspond à 3 mois d'indemnisation.

Les dépenses d'AJPA à l'issue de sa montée en charge sont estimées à 0,1 Md€.

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

En 2022, les établissements et services médicosociaux offrent 1,4 million de places, dont 1,3 million font l'objet d'un financement partiel de la part de la branche autonomie (cf. schéma 3 et encadré 4).

Le financement de ces établissements ou services, dans le cadre de l'OGD, s'est établi à 28,2 Md€ en 2022, dont 14,3 Md€ pour des établissements ou services à destination des personnes âgées en perte d'autonomie (PA) et 13,9 Md€ pour ceux accueillant des personnes en situation de handicap (PH). L'OGD PA est en faible évolution comparativement à 2021, où il s'élevait à 14,2 Md€, en raison de la fin des dotations exceptionnelles liées à la crise sanitaire couvrant les surcoûts et des pertes de recettes. Hors crise, l'OGD PA augmente de 5,7%. L'OGD PH est, quant à lui, en hausse de 10,9%<sup>2</sup>.

Ces montants financent des ESMS divers, offrant de larges possibilités d'accompagnement selon les caractéristiques des personnes : enfants ou adultes, exerçant une activité professionnelle ou non, ayant besoin ou non d'une assistance pour certains actes essentiels de la vie courante. Ainsi, une même personne peut bénéficier de plusieurs de ces ESMS : par exemple, un adulte handicapé peut être accueilli à la fois dans un foyer d'hébergement et travailler dans un ESAT.

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

---

<sup>2</sup> Les dépenses relevant du champ de l'ONDAM varient selon l'approche, économique d'une part, et comptable de l'autre. Les légers écarts entre ces deux agrégats proviennent du fait que, dans l'approche comptable retracée ici, les charges de l'année N sont établies définitivement lors de la clôture des comptes en mars N+1, en intégrant des provisions pour les dépenses encore incertaines, tandis que, dans l'approche économique, le montant d'ONDAM est actualisé ultérieurement en fonction des derniers constats sur les dépenses de l'année N.

**Schéma 3 • 1,4 million de places d'accueil des personnes en perte d'autonomie en 2022**

Enfants (< 20 ans)	Adultes d'âge actif (20-60 ans)	Personnes âgées (> 60 ans)
<p>✓ IME - Instituts médico-éducatifs</p> <p>Etablissements pour enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle, ils proposent une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique équilibrée. - <b>74 000 places</b></p>	<p>✓ ESAT - établissements et services d'aide par le travail</p> <p>Etablissements offrant des activités productives et une prise en charge médico-sociale aux PSH dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide. - <b>119 000 places</b></p>	<p>✓ EHPAD - Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</p> <p>Lieux d'hébergement médicalisés et collectifs qui assurent la prise en charge globale de la personne âgée. - <b>591 000 places</b></p>
<p>✓ SESSAD - services d'éducation spéciale et de soins à domicile</p> <p>Services intervenant au sein des différents lieux de vie de l'enfant (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs). Ils apportent un soutien éducatif et thérapeutique individualisé. - <b>54 000 places</b></p>	<p>✓ MAS - maisons d'accueil spécialisées ✓ FAM - foyers d'accueil médicalisés</p> <p>Etablissements accueillant des personnes lourdement handicapées nécessitant une surveillance médicale et des soins constants. - <b>64 000 places</b></p>	<p>✓ Résidences autonomie</p> <p>Établissements proposant un accueil en logement regroupé aux personnes âgées, assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. - <b>121 000 places</b></p>
<p>✓ ITEP - Institut thérapeutique éducatif et pédagogique</p> <p>Etablissement pour enfants ou adolescents présentant des troubles du comportement importants, sans déficience intellectuelle. - <b>19 000 places</b></p>	<p>✓ SAVS - services d'accompagnement à la vie sociale ✓ SAMSAH - services d'accompagnement médico-social</p> <p>Services concourant au maintien à domicile des PSH et à la préservation de leur autonomie ainsi que de leurs activités sociales. - <b>57 000 places</b></p>	<p>× USLD – Unités de soins de longue durée</p> <p>Établissements rattachés à des hôpitaux qui assurent un hébergement de longue durée aux personnes âgées dont l'état de santé nécessite des soins médicaux lourds et une surveillance médicale constante. - <b>31 000 places</b></p>
<p>✓ IEM - Institut d'Education Motrice ou Etablissement pour déficients moteurs</p> <p>Etablissements pour enfants présentant une déficience motrice importante entraînant une restriction extrême de leur autonomie. Certains IEM sont spécialisés dans l'accueil des enfants polyhandicapés. - <b>8 000 places</b></p>	<p>× FH - Foyer d'hébergement</p> <p>Etablissement permettant d'héberger des travailleurs PSH en provenance d'ESAT, d'entreprises adaptées ou encore du milieu ordinaire. - <b>56 000 places</b></p>	<p>× EHPA - Établissements d'hébergement pour personnes âgées</p> <p>Établissements collectifs non médicalisés destinés à héberger des personnes âgées disposant encore d'une bonne autonomie physique. - <b>4 000 places</b></p>
<p>✓ Etablissements d'éducation spéciale pour déficients</p> <p>Instituts pour déficients visuels, les instituts pour déficients auditifs et les instituts d'éducation sensorielle pour sourds et aveugles. - <b>8 000 places</b></p>	<p>× FV - Foyers occupationnels ou foyers de vie</p> <p>Etablissement pour PSH ne pouvant pas travailler, mais qui ont une certaine autonomie physique ou intellectuelle. - <b>39 000 places</b></p>	<p>✓ Accueil de jour et hébergement temporaire</p> <p>Etablissements permettant un accueil temporaire (transversal : enfants, adultes, PA/PH) - <b>30 000 places</b></p>
<p>✓ EEAP - Etablissement pour enfant ou adolescent polyhandicapé</p> <p>Etablissements qui assurent une prise en charge éducative, pédagogique et thérapeutique adaptée à l'ensemble des besoins de chaque jeune lorsque l'intégration scolaire en milieu ordinaire n'est pas envisagée. - <b>6 000 places</b></p>	<p>✓ CRP - centre de rééducation professionnelle ✓ CPO - centre de pré-orientation</p> <p>Etablissement dispensant une formation qualifiante en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle (CRP) ou contribuant à l'orientation professionnelle des PSH qui rencontrent des difficultés d'insertion dans le milieu du travail (CPO). - <b>11 000 places</b></p>	
<p>✓ CMPP - centre médico-psycho-pédagogique</p> <p>Etablissements qui assurent un diagnostic et un traitement en cure ambulatoire des enfants et jeunes de 3 à 18 ans atteints de troubles neuropsychologiques ou de troubles du comportement. - <b>11 000 places</b></p>		
<p>✓ CAMPS - centre d'accueil médico-social précoce</p> <p>Etablissements qui assurent le dépistage précoce et le traitement en cure ambulatoire des enfants de moins de 6 ans présentant un risque de handicap ou atteints d'un handicap sensoriel ou moteur en vue de prévenir ou réduire l'aggravation du handicap. - <b>16 000 places</b></p>		
<p>✓ SSIAD - service de soins infirmiers à domicile ✓ SPASAD - services polyvalents d'aide et de soins à domicile</p> <p>Services concourant au maintien à domicile des personnes en prodiguant une offre de soins. - <b>135 000 places</b></p>		
<p>✓ SAAD - service d'aide à domicile</p> <p>Personnes concourant au maintien à domicile des personnes en accompagnant les personnes dans les actes ordinaires de la vie.</p>		
<p>× Infirmiers libéraux et centre de soins infirmiers</p> <p>Personnes concourant au maintien à domicile des personnes en prodiguant une offre de soins.</p>		

✓ : Champ de la branche autonomie, totalement ou partiellement  
 × : Hors champ de la branche autonomie

Source : chiffres-clé CNSA 2023, d'après le fichier national des établissements sanitaires et sociaux à la fin 2022

### Encadré 4 • Organisation des ESMS

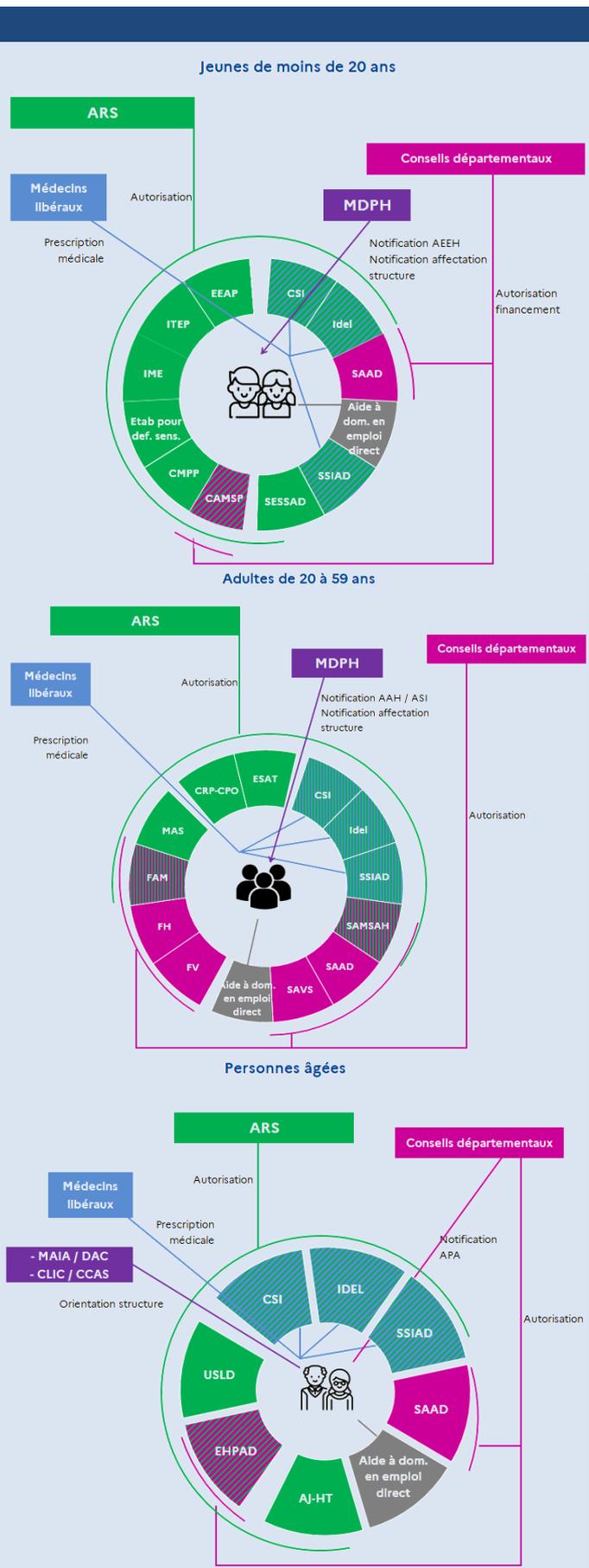
Divers acteurs contribuent à l'accompagnement de la perte d'autonomie.

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

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

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

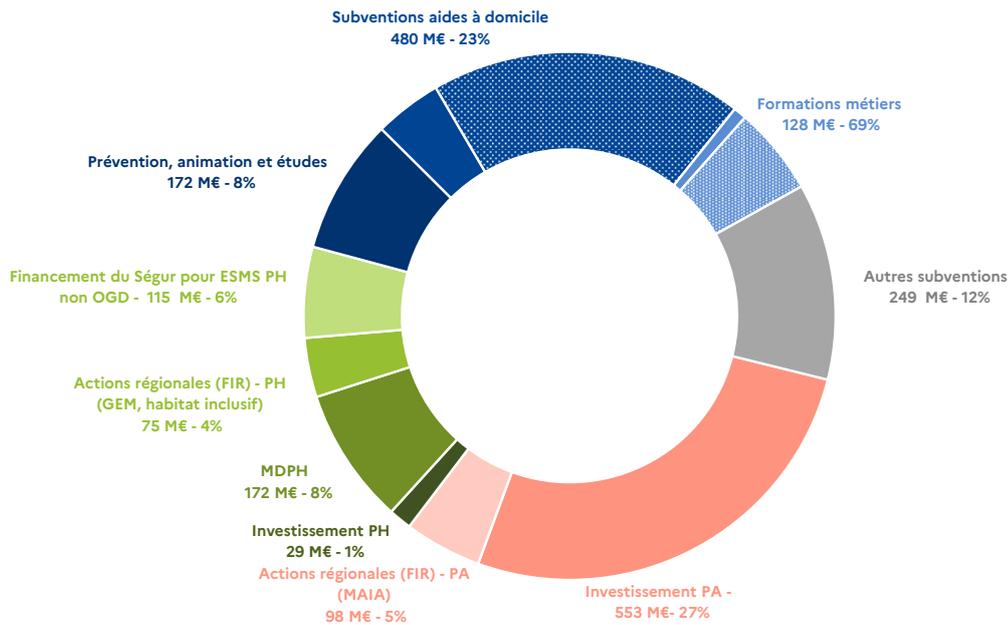
Enfin, les centres communaux d'action sociale (CCAS) sont un guichet de proximité, permettant d'orienter vers les interlocuteurs adaptés. Concernant les soins de ville, les démarches administratives sont réduites, puisque les bénéficiaires ont besoin uniquement d'une prescription médicale.



### 3. Les autres dépenses de la branche autonomie

Outre le financement des établissements médicosociaux et les concours aux départements au titre de l'APA et de la PCH, la CNSA contribue au fonctionnement des MDPH. Elle finance des expérimentations régionales et des initiatives locales visant à améliorer la qualité, la continuité et la complétude des services au public confronté à la perte d'autonomie (formation des professionnels, modernisation de l'aide à domicile - cf. encadré 5 - aide aux proches aidants, subventions aux associations, etc.). Enfin, la CNSA finance des investissements pour la création de places et la modernisation de l'offre de prise en charge, dans le domaine du numérique notamment. Au total, ces dépenses se sont élevées à 2,1 Md€ en 2022 (cf. graphique 5).

Graphique 5 • Répartition des 2,1 Md€ de financements de la CNSA en 2022, en sus de l'OGD et des concours APA 1, APA 2 et PCH aux départements



Note : les parties en pointillés correspondent à des concours, les concours du tarif plancher, de la dotation complémentaire et de l'article 47 dans les subventions d'aide à domicile et le concours article 43 dans les formations métiers

Source : Données comptables sous-jacentes aux rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2023

**La CNSA participe pour près de 172 M€ au financement du réseau décentralisé des MDPH et à son animation.** La CNSA contribue aux actions visant à simplifier (en lien avec les services de l'État) les démarches pour les usagers et à améliorer la qualité de l'offre de service des MDPH, avec la mise en œuvre de la « réponse accompagnée pour tous ». Par la mise en œuvre d'un système d'information harmonisé des MDPH, l'animation du réseau et l'appui apporté aux professionnels, elle contribue à la convergence des pratiques et à l'équité de traitement (cf. encadré 6). Elle publie depuis octobre 2020 un baromètre trimestriel comportant des indicateurs portant notamment sur les délais de traitement et l'attribution de droits sans limitation de durée.

## Encadré 5 • Le développement des réformes tarifaires pour soutenir la qualité de l'offre

Face aux enjeux de la société inclusive et du virage domiciliaire, c'est-à-dire la capacité à proposer des accompagnements plus individualisés et modulaires, en proximité du lieu de vie (de travail, d'étude, etc.) de la personne, les transformations profondes attendues de l'offre d'accompagnement et de soins peuvent buter sur des modèles de financement inadéquats, conçus autour de prises en charge prenant pas ou mal en compte les spécificités des personnes accompagnées, de leur environnement ou de leurs souhaits de vie. La Cour des comptes notait en ce sens, dans le rapport sur l'application des lois de financement pour 2021 dédié à l'étude de réformes du financement d'établissements de santé ou médico-sociaux, à quel point les progrès de ces chantiers étaient indispensables aux stratégies d'organisation de l'offre.

En réponse à ce besoin, la COG 2022-2026 de la CNSA intègre plusieurs chantiers d'ampleur visant tout à la fois à renforcer l'efficacité de la dépense en ESMS et soutenir ces évolutions. L'objectif des réformes du financement de l'offre est, à la fois, de sécuriser le financement des structures, et, à travers elles, des professionnels impliqués, en sorte de garantir la continuité et la qualité des prises en charge, tout en favorisant leur adaptation à la diversité des profils et des accompagnements.

En 2022, la CNSA a, en premier lieu, accompagné la réforme du financement des services d'aides et d'accompagnement à domicile issue de l'article 44 de la LFSS pour 2022. Ce nouveau modèle capitalise sur un exercice de préfiguration, mené, avec son concours, à partir de 2019, avec une soixantaine de départements. Il associait un tarif de référence minimal (fixé à 22€ par heure en 2022, et à 23€ depuis début 2023) complété d'une dotation complémentaire de 3€ par heure attribuée dans le cadre d'un CPOM en contrepartie d'actions de qualité (mise en place en 2022). La CNSA a compensé intégralement les départements pour le surcoût associé à la mise en place de ce tarif plancher en mobilisant une enveloppe de 187 M€ en 2022. Ce nouveau tarif a permis de revaloriser 60% des heures financées par les départements. La dotation complémentaire est attribuée par les départements aux SAAD selon des modalités similaires à la préfiguration, c'est-à-dire après sélection par appel à candidature et conclusion d'un CPOM. La dotation complémentaire permet par exemple le financement en sus d'interventions auprès de publics spécifiques, dans des zones difficiles d'accès ou à des horaires atypiques. Elle doit également permettre de financer des actions de qualité de vie au travail, de lutte contre l'isolement des personnes accompagnées et de soutien à leurs aidants. 57 collectivités avaient prévu de mettre en place la dotation complémentaire dès le 1er septembre 2022, pour un montant prévisionnel de 33 M€ sur les 4 derniers mois de l'année, compensés intégralement par la CNSA. Pour 2023, 92 départements ont planifié de déployer cette dotation en direction de 1 800 SAAD, (102 millions d'heures d'aide).

La CNSA s'est également fortement engagée dans la préparation de la réforme de tarification des SSIAD/SPASSAD dont les bases ont été posées par la LFSS pour 2022 pour une entrée en vigueur au 1er janvier 2023. Cette réforme vise à adapter le financement des 1 965 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et 197 services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASSAD) aux besoins individuels de leurs quelques 134 000 patients, en sorte de leur permettre de mieux accompagner les personnes nécessitant des prises en charge en soins plus importantes, et d'assurer une continuité des interventions en soirée, durant les week-ends, ainsi qu'une couverture géographique étendue. Elle doit concourir à favoriser le maintien à domicile des personnes en améliorant la qualité des soins et en prévenant les hospitalisations. La réforme assure aussi une meilleure équité des financements en tenant compte de déterminants objectifs (besoins en soins et niveau d'autonomie), pour réduire les disparités de financements historiques entre les structures. Le nouveau modèle tarifaire repose sur une dotation globale de soins, composée d'un forfait global de soins auquel viennent s'ajouter une dotation de coordination, pour les services assurant à la fois des prestations d'aide et de soins et, le cas échéant, des financements complémentaires ceux assurant certaines missions développées par certains services (dispositifs spécifiques tels que les Equipes Spécialisées Alzheimer, astreinte infirmière de nuit en appui des EHPAD, temps de psychologue...). Le financement des SSIAD avec la nouvelle tarification s'élève ainsi à 2,1 Md€, dont 134 M€ de financements complémentaires. 95% de ces crédits sont dédiés aux interventions auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le déploiement de cette réforme s'accompagne d'un surcroît de financement de 229 M€ sur 5 ans, permettant, l'augmentation des forfaits des SSIAD et le gel de 2 ans du forfait global de soins pour les services qui verraient leur dotation baisser du fait de la réforme. A l'horizon 2027, à activité constante et toutes choses égales par ailleurs, près de 80% des services devraient voir leur financement progresser de plus de 5% sous l'effet de cette réforme.

En complément, 25 000 places de SSIAD seront créées à horizon 2030 pour renforcer l'offre à domicile actuelle : une autorisation d'engagement d'un montant de 400 M€ a été notifiée en 2023 pour permettre cette création de places de SSIAD, soit une moyenne de 16 000 euros par places en SSIAD. Ce coût à la place tient compte des revalorisations salariales et de l'application de la réforme tarifaire à ces créations de places.

Enfin, la CNSA reste pleinement engagée dans la conduite de la réforme du financement des établissements et services pour personnes handicapées « Serafin-PH » dans l'objectif d'une entrée en vigueur priorisant les 3 700 ESMS accompagnant les enfants en situation de handicap, à horizon 2025, conformément aux orientations fixées par le comité Stratégique du 13 février 2023. Dans cette perspective, les travaux se sont renforcés à partir d'une task force, mise en place depuis mars 2023, destinée à construire un modèle et des forfaits reposant sur des modélisations statistiques robustes, tout en demeurant ancrées dans une connaissance métier, afin de prendre suffisamment en compte les transformations de l'offre en cours. Le développement du modèle de financement des structures accompagnant les enfants en situation de handicap s'appuie sur des tests menés sur les IME, ITEP, SESSAD ; les travaux menés pour évaluer les discriminants de coûts capitalisent sur les études nationales de coûts et l'expérimentation conduite jusqu'alors, ainsi que sur une série d'entretiens auprès de professionnels du secteur pour travailler le volet « dotation complémentaire ». Les étapes restent nombreuses pour avancer vers un modèle opérationnel en concertation étroite avec les fédérations concernées.

Source : CNSA

## Encadré 6 • L'accompagnement des MDPH dans l'amélioration de la qualité de service aux usagers

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

En 2022, 4,8 millions de décisions et d'avis ont été rendus par les MDPH. Au total, un peu moins de 1,7 million de personnes ont déposé au moins une demande (dont 22% de moins de 20 ans), soit 2,5% de la population française. Chez les adultes, les prestations et les orientations liées à l'emploi sont les plus fréquemment accordées. Elles représentent près de 60% des accords (RQTH, AAH, orientations ou formations professionnelles). Viennent ensuite les cartes (stationnement, invalidité et priorité) pour plus de 30%. Chez les enfants, les accords relatifs à l'AEEH et à l'aide humaine à la scolarisation sont majoritaires (respectivement 27% et 18%).

Les délais moyens de traitement des demandes sont de 4 mois et 16 jours pour les prestations et les orientations pour adultes et de 4 mois et 5 jours pour les prestations ou les orientations destinées aux enfants. Ces délais de traitement moyens masquent de fortes disparités territoriales, et selon le type de prestations prioritairement sollicitées. Leur suivi régulier est organisé au travers du baromètre des MDPH, déployé depuis fin 2020 dans le cadre de la feuille de route « MDPH 2022 » et actualisé trimestriellement sur le site de la CNSA. La réduction de ces délais reste l'attente principale des usagers des MDPH comme relevé par l'enquête annuelle de satisfaction conduite auprès d'eux (66 500 répondants en 2022).

L'amélioration de la qualité de service des MDPH est au cœur de l'accord de méthode conclu entre l'État et l'Assemblée des Départements de France (ADF) dans le cadre de la conférence nationale du handicap du 11 février 2020. Ses progrès mobilisent un ensemble cohérent de 38 actions décrites dans la feuille de route « MDPH 2022 ». La CNSA en pilote la déclinaison territoriale dans le cadre de conventions pluriannuelles avec les MDPH et les Conseils départementaux. Les MDPH ont bénéficié pour sa mise en œuvre d'un renfort de leurs moyens, avec, depuis 2021, l'augmentation de 15 millions d'euros du concours versé par la CNSA. Ses modalités de répartition ont par ailleurs été réformées pour mieux prendre en compte leur activité. Un appui spécifique des 20 MDPH rencontrant le plus de difficulté a également été mis en œuvre progressivement par la CNSA à compter de 2021. Il a permis une réingénierie de leurs processus de traitement des demandes et le recrutement de personnels de renfort afin de traiter les dossiers en attente. L'objectif est de parvenir à une réduction pérenne des délais de traitement. L'ensemble des actions prévues font l'objet d'une convention entre la CNSA, le Département et la MDPH de chaque territoire concerné.

Le soutien aux professionnels des MDPH s'est également renforcé avec la proposition par la CNSA de nouveaux cycles de formation sur les fondamentaux de leurs métiers, avec l'appui logistique du Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT). 10 000 participations à des formations ont été dénombrées courant 2022, en mode synchrone ou asynchrone. Le taux de satisfaction est de plus de 80%. De même, des travaux d'harmonisation des outils de pilotage de l'activité des MDPH ont été engagés ; ils s'appuient sur la mise en place d'un centre partagé de donnée dont l'enrichissement doit contribuer à l'amélioration de la connaissance des besoins des personnes. Ces actions s'inscrivent dans le cadre du programme SI MDPH, piloté par la CNSA, pour harmoniser le traitement des demandes et renforcer l'équité entre les territoires. Installé dans 100% des MDPH, le système d'information harmonisé des MDPH a vu son périmètre s'élargir avec la mise à disposition, en 2022, d'une seconde version désormais déployée, en tout ou partie, dans l'ensemble des MDPH. Il contribue à la sécurisation et la fiabilisation des processus dans les territoires, pour la certification de l'identité des personnes, par exemple, avec le recours au service national opéré par la CNAV (SNGI) ou l'automatisation des échanges avec les CAF dans le cadre du renouvellement des droits à l'AAH ou l'AEEH. Ce programme permet également d'offrir de nouveaux services aux usagers, comme la capacité de déposer en ligne sa demande. 88 MDPH recourent pour cela au téléservice national proposé par la CNSA, interconnecté avec leur SI pour 43 d'entre elles, permettant alors aux demandeurs de suivre leur demande en ligne, et évitant une nouvelle saisie des données aux agents chargés de l'instruction.

Les conclusions de la CNH de 2023, les enseignements des missions d'appui et les objectifs de la COG entre l'Etat et la CNSA vont servir de fondement pour la construction à l'automne 2023 d'une nouvelle feuille de route opérationnelle pour les MDPH, la feuille de route MDPH 2027. L'ensemble de ces actions actuelles et à venir pour la consolidation de l'action des MDPH ont vocation à s'intégrer dans la feuille de route plus globale du service public départemental de l'autonomie dont elles portent les missions d'accueil, d'information, d'évaluation et d'accompagnement à destination des publics en situation de handicap et leurs proches aidants.

Source : CNSA

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

- Elle soutient notamment le développement de **MAIA** (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie) sur le territoire. Il s'agit d'une méthode de travail partagée au service de la continuité des parcours des personnes ayant recours aux aides et/ou aux soins d'un territoire. Elle associe les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une organisation innovante : l'intégration des services d'aide et de soins. Plus précisément, le travail d'intégration est impulsé et porté au niveau local par un acteur identifié comme légitime pour mobiliser un partenariat. Près de 350 dispositifs MAIA sont financés par la CNSA, mais dans un cadre rénové puisqu'ils sont désormais entrés dans le processus de convergence des dispositifs d'appui à la coordination, conformément à l'article 23 de la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS).
- La CNSA appuie aussi le développement des groupes d'entraide mutuelle (**GEM**), organisés sous forme associative et constitués de personnes ayant des troubles de santé ou des situations de handicap similaires les mettant en situation de vulnérabilité et de fragilité ; les GEM offrent un espace pour se soutenir mutuellement dans les difficultés rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne. Les 656 GEM existants à fin 2020 permettent à leurs membres, à travers des activités partagées entre pairs, de sortir de l'isolement, de gagner en autonomie et d'améliorer leur insertion sociale, voire professionnelle.
- Enfin, la CNSA contribue, via une participation aux financements du FIR, au développement de **l'habitat inclusif**, qui se développe ces dernières années, comme alternative à l'hébergement permanent en institution, et à d'autres dispositifs et projets tels que le **financement des CREAI** ou encore le **déploiement du système d'information de suivi des orientations** dans le champ du handicap.

En 2022, le montant de la participation de la CNSA aux dépenses du FIR a atteint 173 M€.

**L'aide à l'investissement pour la modernisation et la création de places dans les ESMS est une mission pérenne de la CNSA** (cf. encadré 7).

Grâce aux subventions du plan d'aide à l'investissement (PAI) et dans le cadre du déploiement du Ségur, 241 M€ ont été mobilisés en 2022 par la CNSA pour soutenir la rénovation de 178 EHPAD. La Corse et l'Outre-Mer bénéficient également d'un plan d'aide à l'investissement dédié à hauteur de 75 M€ d'ici 2024, pour soutenir à la fois le rattrapage de leur sous-équipement, mais également la diversification de l'offre d'accompagnement. Dans le cadre du plan d'investissement numérique du Ségur de la santé, 125 M€ ont été mobilisés en 2022 et consommés à plus de 92%. Depuis son lancement, 420 projets sur toutes les régions couvrant 11 400 ESMS dont 25 projets au niveau national ont été soutenus. 12 M€ ont par ailleurs été dédiés en 2022 au renforcement des ressources humaines en ARS, en groupements régionaux d'appui au développement de l'e-santé (GRADeS) et dans les collectifs SI qui se sont progressivement constitués dans les territoires, afin de piloter et d'accompagner la dynamique numérique dans les territoires.

En 2022, les dépenses de la CNSA au titre de l'investissement se sont élevées à 582 M€, 95% pour des ESMS prenant en charge des personnes âgées.

## Encadré 7 • L'investissement pour la modernisation et l'adaptation de l'offre des ESMS

L'aide publique à l'investissement dans le secteur médico-social revêt une importance particulière pour soutenir l'adaptation d'une offre d'accompagnement répondant à la diversité des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap. Elle permet ainsi d'accompagner les établissements et services médicosociaux dans leurs investissements. Grâce aux subventions du plan d'aide à l'investissement (PAI), la CNSA permet aux ESMS, par des aides en capital, de diminuer le recours à l'emprunt et de limiter l'impact des frais financiers et des charges d'amortissement qui peuvent ensuite se répercuter sur le montant des tarifs, qu'ils soient acquittés par l'assurance maladie dans le secteur du handicap ou par l'usager dans le secteur des personnes âgées.

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

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

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

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

La capacité d'intervention de la branche a été substantiellement renforcée en 2021 avec l'appui des crédits du plan de relance finançant le volet de soutien à l'investissement du Ségur de la santé. Il dote la CNSA de 2,1 Md€ sur une durée de 5 ans pour le secteur médicosocial, dont 600 M€ sur le volet numérique. Il permet de disposer d'une visibilité pluriannuelle sur des montants de crédits 2 à 3 fois plus élevés que ceux des PAI antérieurs, grâce auxquels les établissements dédiés aux personnes âgées pourront se moderniser, se rénover et accueillir leurs résidents dans les meilleures conditions. Il doit permettre, par exemple, qu'un quart des places en EHPAD soient rendues plus confortables, plus accessibles et conformes à la réglementation énergétique, avec des conditions de travail améliorées pour les personnels.

En lien avec le Laboratoire des Solutions de Demain regroupant divers acteurs du secteur des personnes âgées, le Ségur a été l'occasion de préciser les enjeux auxquels l'aide à l'investissement devait répondre pour les EHPAD : la garantie du sentiment d'être chez soi, l'ouverture des établissements sur l'extérieur, la facilitation de la prise en soins, l'assurance de la viabilité économique des projets et la recherche de la qualité de la conception par des études préalables solides. Ces exigences reprises dans une instruction du 25 avril 2022 doivent renforcer le pouvoir transformateur du PAI. Pour accompagner les acteurs dans l'intégration de ces exigences à leurs projets de construction ou de réhabilitation, de nouveaux outils à destination des organismes gestionnaires ont été élaborés en lien avec l'ANAP et le Laboratoire des solutions de demain tels qu'un guide de dimensionnement surfacique et un autodiagnostic...

Au global et dans le cadre du déploiement du Ségur, 241 M€ ont été mobilisés en 2022 par la CNSA pour soutenir la rénovation de 178 EHPAD. La Corse et l'Outre-Mer bénéficient également d'un plan d'aide à l'investissement dédié à hauteur de 75 M€ d'ici 2024, pour soutenir à la fois le rattrapage de leur sous-équipement, mais également la diversification de l'offre d'accompagnement.

En 2022, la CNSA a également porté la 2ème et dernière édition du plan d'aide à l'investissement du quotidien, prévue par le Ségur pour un montant global de 250 M€ avec l'appui opérationnel des ARS. Il s'est élevé à hauteur de 136 M€ et a été consommé à hauteur de 125 M€ (contre 114 M€ en 2021).

Enfin, dans le cadre financier du Ségur, après que la CNSA ait lancé en 2021 un appel à projets dotés de 3 M€ permettant le développement de 25 tiers-lieux dans les EHPAD, lieux co-construits et co-animés par les habitants des EHPAD, les voisins et les acteurs de la vie locale, une enveloppe globale de 8 M€ a été notifiée aux ARS jusque 2024 pour en poursuivre le financement. En 2022, 20 projets ont pu ainsi être financés.

De même, les résultats de l'appel à manifestation d'intérêt lancé fin 2021 en lien avec la DGOS et l'ANAP pour financer de 2021 à 2024, à hauteur de 8 M€, le recrutement sur l'ensemble du territoire de conseillers et coordinateurs en transition énergétique en écologique en santé (CTEES) a permis le recrutement en 2022 de 20 conseillers et coordinateurs sur les 31 prévus dans un premier temps pour couvrir près de 2 100 établissements.

En complément, les crédits du Ségur ont permis de soutenir la modernisation et le développement de l'habitat intermédiaire. Pour les résidences autonomes, la CNSA a abondé à hauteur de 23 M€ le PAI de la CNAV (réhabilitation des résidences autonomie, création de tiers lieux et financement de prestations intellectuelles) qui s'est de ce fait élevé à 33 M€ en 2022. 106 établissements ont pu bénéficier de l'enveloppe gérée par l'Assurance retraite. L'Initiative pour le développement des résidences autonomie a permis également de soutenir la création de 2 900 places neuves pour un montant de 15 M€. Par ailleurs, l'appel à manifestation d'intérêt pour l'investissement au profit des habitats inclusifs lancé en 2022 a permis de soutenir 116 projets à hauteur de 8 M€.

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

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

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

En 2022, 125 M€ ont été mobilisés et consommés à plus de 92%. Depuis le début du plan d'investissement numérique, 420 projets sur toutes les régions couvrant 11 400 ESMS dont 25 projets au niveau national ont été soutenus. 12 M€ ont par ailleurs été dédiés en 2022 au renforcement des ressources humaines en ARS, en groupements régionaux d'appui au développement de l'e-santé (GRADEs) et dans les collectifs SI qui se sont progressivement constitués dans les territoires, afin de piloter et d'accompagner la dynamique numérique dans les territoires. Enfin, l'innovation pour assurer l'amélioration continue des organisations et des services : 3 M€ a été orienté vers ces objectifs. Depuis 2021, pour permettre un pilotage global par la Délégation du numérique en santé, les crédits d'investissement du Ségur dédiés au numérique médico-social sont suivis dans le Fonds pour la modernisation et l'innovation en santé, créé par la LFSS pour 2021.

Au-delà du soutien à l'investissement pour la modernisation de l'offre, la CNSA est la première branche de la sécurité sociale à engager une démarche quantifiée de planification écologique pour atteindre les objectifs de décarbonation de l'Accord de Paris. Ainsi, la caisse a initié en 2023 un partenariat avec le shift project et l'EN3S pour :

- Phase I : Calculer l'empreinte carbone des opérateurs de la branche autonomie (établissements et services dont à domicile) : Été 2023, V0 de l'empreinte carbone : elle a été rendue publique le 26 septembre 2023.
- Phase II : Scénarios de décarbonation (rythme d'atteinte des objectifs de l'accord de Paris; en lien avec les objectifs de la branche tels que le virage domiciliaire) à la maille départementale : début 2024

L'objectif est de quantifier en 2024 le coût de la décarbonation globale pour la branche et l'impact sur les modèles économiques des établissements médico-sociaux et des services à domicile s'occupant de personnes âgées ou en situation de handicap.

Source : CNSA

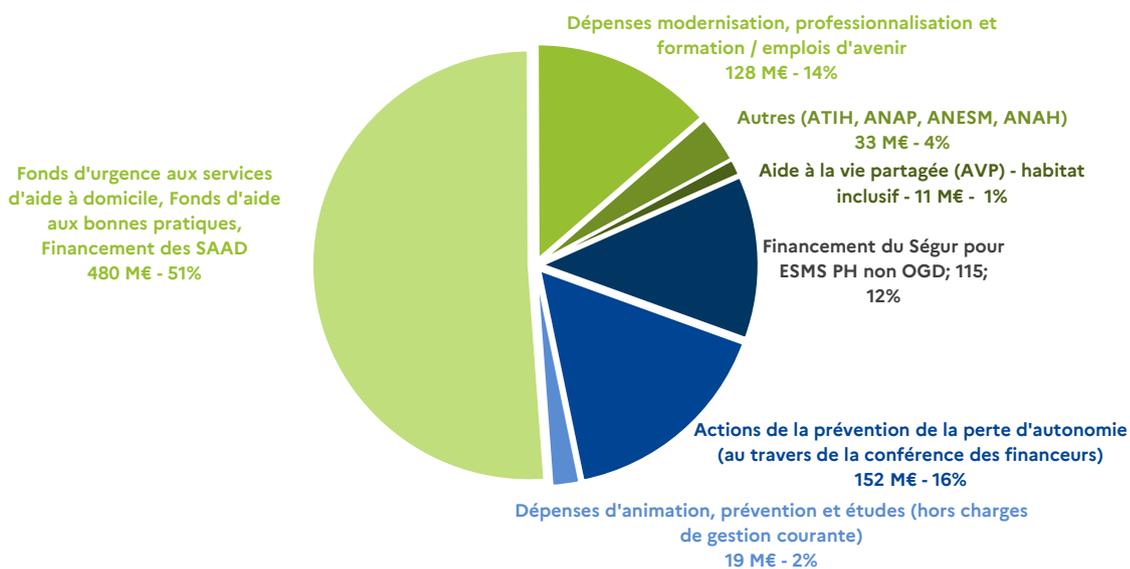
**La modernisation et la professionnalisation de l'aide à domicile et des métiers du secteur médicosocial** font partie des missions de la CNSA, elle y consacre 0,1 Md€ en 2022. Une politique de partenariat est développée avec les départements, les opérateurs de l'aide à domicile et les organismes paritaires agréés de compétence (OPCO). La CNSA participe notamment au financement des revalorisations salariales des établissements sociaux et médicosociaux financés par les conseils départementaux (article 43 de la LFSS 2022).

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

En 2022 a lieu une refonte importante du financement des services à domicile (SAAD) afin de leur permettre d'offrir des services mieux adaptés aux besoins des personnes en perte d'autonomie, la CNSA participe fortement à cette refonte à la hauteur de 0,4 Md€ en 2022 (cf. encadré 8). Afin de conforter le financement des services et de renforcer d'attractivité des métiers d'aide à domicile, un financement minimal de 22€ par heure pour les SAAD prestataires est imposé pour les interventions à domicile dans le cadre des plans APA et PCH (187 M€ en 2022). Ce montant a été porté à 23€ dès début 2023, et est à présent indexé sur l'inflation. La CNSA participe aussi aux revalorisations salariales dans les SAAD FPT et des suites de l'avenant 43 de la convention collective BAD pour les SAAD privés non lucratif pour un total de 175 M€ (article 47 de la LFSS 2021). Enfin, pour favoriser une démarche qualité dans la prise en charge des SAAD une dotation complémentaire de 3€ par heure est instauré dont l'entrée en vigueur commence l'année 2022 (30 M€ de financement CNSA).

**Plus largement, les subventions versées par la CNSA pour l'amélioration de la qualité des prises en charge médicosociales se sont élevées à 0,9 M€** (cf. graphique 6).

Graphique 6 • Répartition des 938 M€ de subventions versées par la CNSA en 2022



Source : Données comptables sous-jacentes aux rapports à la CCSS de septembre 2023

La CNSA ne participe pas directement à la gestion des prestations et des services médicosociaux. Il s'agit en effet d'une entité nationale légère pilotant plusieurs réseaux, qui travaille en lien étroit avec les territoires et les parties prenantes des politiques de l'autonomie. Les effectifs de la CNSA sont donc réduits au regard de ses dépenses (147 agents) et ses charges de personnel sont en conséquence contenues, de l'ordre de 14 M€ en 2022. Ses autres charges de gestion courante sont essentiellement des dépenses informatiques, d'animation, de prévention et d'études (cf. encadré 9). Elles se sont établies à 178 M€ en 2021.

## Encadré 8 • Le soutien aux professionnels du secteur et le renforcement de l'attractivité des métiers

Le soutien aux métiers et professionnels de l'autonomie est une mission renforcée pour la CNSA depuis le passage à la 5ème branche. Elle vise à contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels.

Cette mission se traduit par :

- Le soutien à la formation professionnelle, l'amélioration de la qualité de vie au travail en établissements et services médico-sociaux à travers un partenariat avec les OPCO et OPCA du secteur de l'autonomie (OPCO santé, ANFH, OPCO EP et OPCO cohésion sociale). L'année 2022 a été marquée par le renouvellement des conventions de la CNSA avec l'ensemble des OPCO mobilisant une enveloppe de plus de 116 M€ sur quatre ans avec un objectif cible de plus de 60 000 parcours de formation professionnalisante ou qualifiante par an. Ces conventions s'inscrivent pleinement dans le cadre posé par le plan pour les métiers de l'autonomie et le plan de relance. Elles visent à soutenir une offre de formation mieux adaptée, notamment aux enjeux de transformation de l'offre et des prises en charge, et plus nombreuse, mais aussi favorisant la prévention des risques professionnels, la lutte contre la sinistralité et l'amélioration de la qualité de vie au travail. L'année 2022 a également été marquée par le lancement d'une réflexion pour rénover les modalités de soutien de la CNSA aux départements sur leur politique de modernisation et de professionnalisation, en complémentarité de la mobilisation des OPCO.
- Le soutien à la qualité des organisations et du management en ESMS, traduite notamment par une étude évaluative sur le fonctionnement en équipes locales autonomes dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile, et le soutien au déploiement du programme l'MANO, issu d'une initiative régionale du gérontopôle Nouvelle Aquitaine de parcours de formation proposant plusieurs approches managériales différentes.
- Le soutien à l'attractivité des métiers à travers le suivi de 19 projets de plateforme des métiers de l'autonomie, couvrant 21 départements et une métropole - 15 plateformes étant « mono-départementales » (Aveyron, Calvados, Finistère, Gironde, Haute-Garonne, Loire-Atlantique, Loiret, Lot, Nièvre, Orne, Pas-de-Calais, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Yonne et Corse), 3 opérant sur deux départements (plateformes de Meurthe-et-Moselle et de la Meuse, de Seine-et-Marne et de l'Essonne, des Yvelines et des Hauts-de-Seine) et 1 sur le territoire de la métropole de Lyon. Ces plateformes issues d'un appel à projet lancé en 2021, conformément à une préconisation du rapport El Khomri, proposent une palette de services portés par des acteurs complémentaires de l'emploi et des politiques de l'autonomie en direction des demandeurs d'emploi, des salariés des SAAD et des ESMS ainsi que des employeurs. Chaque plateforme dispose d'une organisation spécifique et de ressources propres ; elles enrichissent progressivement leurs partenariats depuis leur création avec des démarrages d'actions échelonnés entre fin 2021 et mars 2022. La CNSA suit la mise en œuvre de ces expérimentations dans le cadre d'une évaluation débutée à compter d'avril 2023. Les premiers résultats intermédiaires sont attendus fin 2023.
- L'année 2022 est également marquée par la poursuite des revalorisations salariales pour les professionnels du secteur médico-social et de la filière socio-éducative décidées lors du Ségur de la santé et ses suites (cf. encadré 13).
- Enfin, la caisse a accompagné le déploiement de mesures de revalorisation du financement des SAAD qui participent à l'amélioration de la qualité des services et métiers en fonction des politiques départementales.

Outre le concours dédié au cofinancement de la revalorisation des professionnels de la BAD, évoqué ci-dessus, 3 concours en particulier contribuent à cet objectif :

→ Les deux concours relatifs au financement de la réforme des SAAD : mise en œuvre du tarif plancher (22 € en 2022 pour un total de 187 M€ cette même année) et dotation complémentaire (3 € de l'heure en 2022 pour un total de 33 M€). La fixation d'un tarif plancher garantit un niveau minimal de ressources pour le SAAD avec pour objectif d'améliorer leur situation financière et donner ainsi des marges supplémentaires aux services pour améliorer la qualité de services et des conditions de travail. Une enquête est en cours pour évaluer les premiers effets de cette mesure. La dotation complémentaire consiste à attribuer un financement complémentaire pour répondre à l'un des six axes d'amélioration suivants : accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités ; intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés ; contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire ; apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées ; améliorer la qualité de vie au travail des intervenants ; lutter contre l'isolement des personnes accompagnées ».

→ En 2022, 41 collectivités ont bénéficié des crédits pour la fin de la préfiguration du nouveau modèle de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) initié en 2019. Les engagements financiers visent à soutenir des objectifs spécifiques concernant les personnes prises en charge, l'amplitude horaire d'intervention des services et les caractéristiques du territoire d'intervention. Le montant de contribution CNSA atteint 175 M€ en 2022.

Source : CNSA

## Encadré 9 • Le soutien à l'autonomie par la prévention et la lutte contre l'isolement

La prévention de la perte d'autonomie et la lutte contre l'isolement constituent des enjeux majeurs de la feuille de route de la CNSA soutenue par un budget pluriannuel de plus de 1 Md€ inscrits dans la convention d'objectif et de gestion de la caisse. Concrètement, la CNSA a pour rôle de « contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage d'une politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement » (loi d'adaptation de la société au vieillissement, 2015).

Cette action passe par la participation à l'animation des 101 conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) installées conformément à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ainsi que le versement de concours aux Conseils départementaux pour le financement de leurs programmes coordonnés d'actions individuelles et collectives de prévention définis par le cadre de ces conférences (en complément des prestations légales ou réglementaires servies par chacun de ses membres). Les concours de la CNSA financent le « forfait autonomie » versé aux résidences autonomies pour mener des actions au bénéfice de leurs résidents ou d'autres personnes concernées, et les « autres actions de prévention ». Ils s'établissaient en 2021 à 152 M€ : 116 M€ pour les autres actions de prévention et 36 M€ au titre du forfait autonomie. La consommation de ces concours est en constante progression depuis plusieurs années (+ 20 points entre 2016 et 2022 pour le forfait autonomie et + 35 points pour autres actions de prévention).

En 2021, les financements coordonnés de prévention ont permis de soutenir des actions à destination de plus de 2,4 millions de personnes dont 123 400 de proches aidants et au moins 91 700 résidents d'EHPAD. Les concours versés par la CNSA ont permis de financer près de 208 000 aides et actions au profit de plus de 1,5 million de participants. Les données pour 2022 sont en cours de transmission à la CNSA par les Conseils départementaux et seront analysées au 4ème trimestre 2023.

Parmi les actions phares de 2022, les CFPPA ont été identifiées comme les partenaires naturels du plan national anti-chute des personnes âgées annoncé le 21 février 2022. En 2021, la thématique « activité physique adaptée/prévention du risque de chute » avait déjà mobilisé 214 000 bénéficiaires pour 14 200 actions financées sur le concours autres actions de prévention, et 64 600 bénéficiaires pour 17 400 actions financées sur le forfait autonomie.

Pour aller plus loin dans l'accompagnement des CFPPA et favoriser des choix d'actions probantes en matière de prévention de la perte d'autonomie, la CNSA s'est vue confier, dans le cadre de sa COG 2022-2026, la responsabilité de préfigurer et mettre en place un « Centre de ressources et de preuves dédié à la prévention de la perte d'autonomie » tel que prévu par la stratégie nationale « Vieillir en bonne santé 2020-2022 ». La mission de préfiguration a été lancée en décembre 2022, associant largement les acteurs territoriaux et nationaux. Elle a permis d'identifier trois axes de travail prioritaires : atteindre ceux qui en ont le plus besoin, agir sur l'offre de prévention dans une visée d'impact, outiller les décisions de financement. La gouvernance du centre intègre l'expression de besoins des utilisateurs et la pluralité des expertises, au travers un Comité d'orientation réunissant des experts scientifiques, des financeurs et des administrations centrales installé en fin de 1er semestre 2023.

Enfin, la politique de lutte contre l'isolement se structure et se renforce progressivement. La CNSA met en œuvre l'engagement 11 de sa COG 2022-2026 qui prévoit l'accompagnement des acteurs locaux de la politique de lutte contre l'isolement. Un plan d'action a été déployé, autour de trois volets principaux :

- L'animation du réseau des acteurs locaux par la structuration et l'animation d'un réseau national des référents départementaux de la lutte contre l'isolement ;
- La capitalisation, l'essaimage des bonnes pratiques et la production et diffusion d'outils méthodologiques, notamment à travers avec un partenariat avec l'Observatoire de l'Action Sociale pour expertiser des actions de lutte contre l'isolement en vue de leur essaimage sur le territoire ;
- La communication et l'information des partenaires et du grand public via le portail Pour les personnes âgées et un programme court « Ensemble pour l'autonomie » diffusé sur France Télévisions d'août à octobre 2022 consacré entre autres aux résidences avec services pour seniors, à l'habitat inclusif et à l'accueil de jour, présentés comme solutions pour sortir de l'isolement.

Le financement d'actions de maintien du lien social représente un peu moins d'un quart des budgets « autres actions de prévention » et « forfait autonomie » des CFPPA.

Toutes ces actions ont été soutenues par une communication nationale dynamique. On peut notamment citer les campagnes de communication du portail Pour les personnes âgées et les actions de communication auprès du grand public, et plus particulièrement à destination des personnes âgées et des aidants, menées sur les thèmes de la prévention des chutes et de la lutte contre l'isolement.

Source : CNSA

### 3 - Les dépenses incluses dans le périmètre de la branche autonomie s'élèveraient à 38 Md€ en 2023 et 40 Md€ en 2024

Les dépenses incluses dans le périmètre de la branche autonomie s'établiraient à 37,9 Md€ en 2023 et 39,9 Md€ en 2024, soit des hausses respectives de 7,7% et 5,3% (cf. tableau 7).

Tableau 7 • Dépenses de la branche autonomie en 2023 et 2024 (en Md€)

	2023 (p)		2024 (p)	
	en M€	Evol (%)	en M€	Evol (%)
<b>DEPENSES PREVISIONNELLES SUR LE PERIMETRE DE LA BRANCHE AUTONOMIE</b>	<b>37,9</b>	<b>7,7%</b>	<b>39,9</b>	<b>5,3%</b>
<b>FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICOSOCIAUX (OGD)</b>	<b>30,2</b>	<b>7%</b>	<b>31,5</b>	<b>4%</b>
Personnes âgées	15,5	9%	16,3	5%
Personnes handicapées	14,7	5%	15,2	3%
<b>PRESTATIONS SOCIALES</b>	<b>5,3</b>	<b>8%</b>	<b>5,8</b>	<b>10%</b>
APA	2,8	5%	2,9	4%
PCH	0,9	4%	0,9	3%
AEEH	1,5	7%	1,6	9%
Aide aux aidants	0,0	++	0,0	++
AVPF	0,1	++	0,3	++
<b>AUTRES</b>	<b>2,4</b>	<b>17%</b>	<b>2,7</b>	<b>9%</b>
Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH)	0,2	5%	0,2	0%
Subventions d'investissement	0,4	-28%	0,3	-21%
Financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)	0,9	86%	1,0	18%
Subventions fonctionnement / Dépenses d'animation, prévention et études	0,6	17%	0,6	1%
Subventions aux fonds et organismes (dont FIR)	0,2	++	0,2	-4%
Charges de gestion courante et autres charges	0,2	8%	0,4	74%

Sources : DSS/SDEPF/6C, Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2023 pour l'année 2023, Annexe B du PLFSS pour l'année 2024

Les **dépenses prévisionnelles au titre du financement des établissements ou services sociaux ou médicosociaux** (ESMS) atteindraient 30,2 Md€ en 2023, en progression de 7% par rapport à 2022 et 31,5 Md€ en 2024, en hausse de 4% (cf. partie I.4 consacrée à l'objectif global de dépenses).

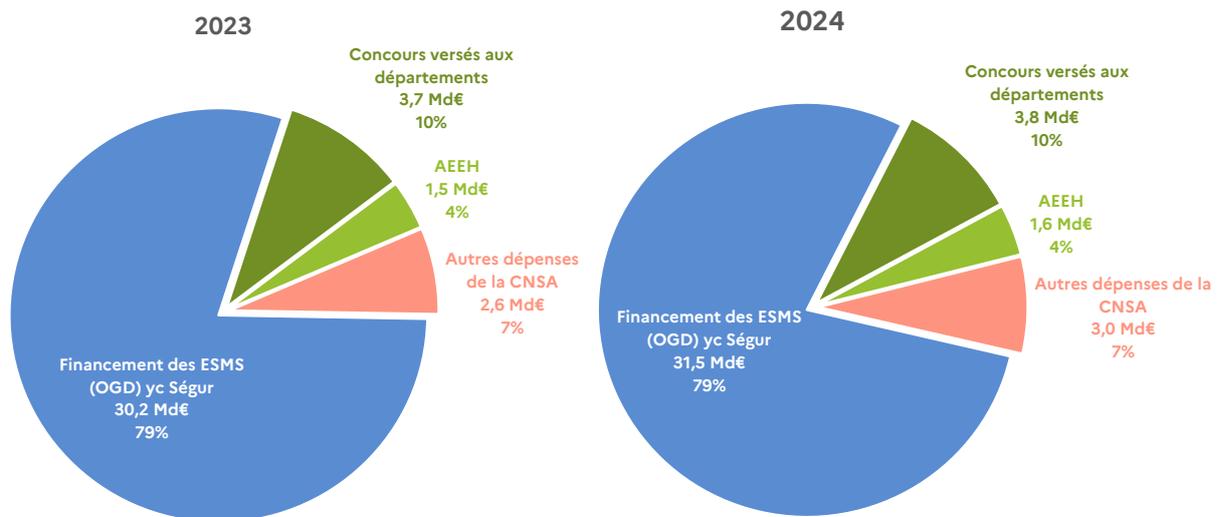
Ces hausses résultent principalement des revalorisations salariales mises en œuvre dans le cadre du Ségur de la santé et de ses extensions (cf. encadré 10). De plus, le PLFSS pour 2024 prévoit, sur le champ des personnes âgées, de renforcer les moyens mis à la disposition des EHPAD et d'améliorer l'accompagnement des personnes, pour un coût total de près de 0,35 Md€ (actualisation des « coupes PATHOS », augmentation du taux d'encadrement en EHPAD, déploiement de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation). Près de 0,12 Md€ permettront de développer et transformer l'offre à domicile, notamment sur le champ des SSIAD.

Concernant les personnes en situation de handicap, le PLFSS pour 2024 prévoit 0,17 Md€ de crédits pour créer de nouvelles places, dans la poursuite des précédents plans et pour répondre aux objectifs de développement de l'offre annoncés lors de la conférence nationale du handicap (CNH) d'avril 2023. Plusieurs autres mesures sont prévues pour développer diverses solutions, dont 0,11 Md€ destinés à développer l'offre pour le public atteint de troubles du spectre de l'autisme.

Les concours de la CNSA au titre de l'APA et de la PCH, augmenteraient en 2023 et 2024 sous l'effet de la dynamique des recettes de la branche et de la montée en charge de mesures intégralement financées par la CNSA sous forme de nouveaux concours. Ainsi, **l'instauration d'un tarif national minimal de référence par heure** (23€ en 2023 puis indexé ensuite sur le taux d'évolution de la majoration pour tierce personne à partir de l'année 2024) pour l'ensemble des services à domicile et de la **dotation complémentaire**, par la LFSS pour 2022, majorent les concours aux départements. Les dépenses de la branche au titre de l'APA et de la PCH, qui évoluent, hors mesures nouvelles, comme les recettes de la CNSA, atteindraient en conséquence 3,8 Md€ en 2024, contre 3,7 Md€ l'année précédente, soit 10% des dépenses de la branche autonomie ces années-là (cf. graphique 7). Les dépenses d'AEEH, dont la hausse sur la période est portée par l'augmentation du nombre de bénéficiaires, s'établiraient à 1,5 Md€ en 2023 et 1,6 Md€ en 2024. Au total, **les dépenses de prestations de la branche autonomie** (APA, PCH, AJPA et AEEH) augmenteraient de 8% en 2023 pour s'établir à 5,3 Md€ et de 10% en 2024 pour s'établir à 5,8 Md€.

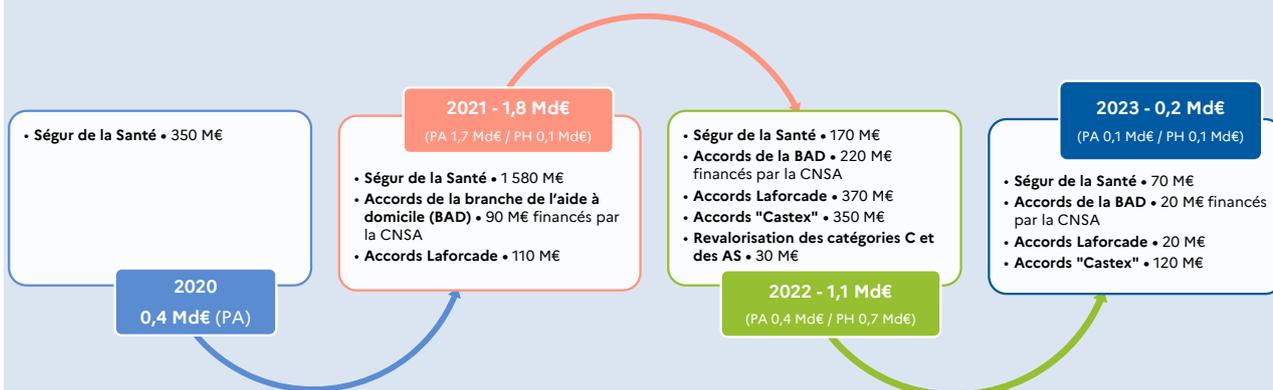
En 2023, le déploiement d'un grand plan de relance de l'investissement se poursuit dans les établissements sanitaires et médicosociaux à la suite du Ségur de la santé, intégré au plan France Relance pour 1,5 Md€ qui se décomposent en 1,25 Md€ consacrés au financement de la construction ou rénovation de places d'hébergement pour personnes âgées et 0,25 Md€ consacrés au financement de l'aide à l'équipement en vue d'améliorer les conditions d'accueil des personnes âgées. Ces montants font l'objet d'un remboursement par la Facilité pour la reprise et la résilience (FRR) de l'Union européenne. Le pilotage opérationnel du dispositif sera assuré par la CNSA via le PAI intégré depuis 2022 au 5<sup>ème</sup> sous-objectif de l'ONDAM. A ce titre, 0,3 Md€ ont ainsi été délégués en 2023 et 0,3 Md€ le seront en 2024. Par ailleurs un volet numérique médico-social est également intégré au Ségur de la santé pour un montant total de 0,6 Md€. Son pilotage opérationnel est assuré par le Fond pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS). Il fait également l'objet d'un remboursement par la FRR de l'Union européenne. A ce titre, 0,2 Md€ ont ainsi été délégués en 2023 et 0,1 Md€ le seront en 2024.

Graphique 7 • Répartition des dépenses de la branche autonomie en 2023 et 2024



Sources : DSS/SDEPF/6C, Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2023 pour l'année 2023, Annexe A du PLFSS pour l'année 2024

## Encadré 10 • Les revalorisations salariales dans le secteur médicosocial



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

- La mesure dite « socle du Ségur » prévoyait la revalorisation des rémunérations des professionnels non médicaux des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics et privés, pour 0,4 Md€ en 2020, 1,6 M€ en 2021, 0,2 Md€ en 2022 et 0,07 Md€ supplémentaires en 2023.
- Les revalorisations résultant des protocoles d’accord dits « Laforcade » ont étendu la mesure à d’autres personnels non médicaux des établissements et services sociaux et médicosociaux (ESMS) qui n’en avaient pas bénéficié jusqu’alors, pour 0,1 Md€ en 2021, 0,4 Md€ supplémentaires en 2022, et 0,02 Md€ en 2023.
- L’agrément de l’avenant 43 à la convention collective de la branche de l’aide à domicile (BAD) prévoit des revalorisations des professionnels intervenant à domicile. La branche autonomie y contribue, pour un montant de 0,09 Md€ en 2021, 0,2 Md€ en 2022 et 0,02 Md€ en 2023.
- De nouvelles revalorisations des catégories C et des aides-soignants sont financées par la CNSA, pour 30 M€ en 2022.
- Enfin, par l’annonce du Premier ministre Jean Castex le 18 février 2022, conjointe avec l’Assemblée des départements de France, les revalorisations ont été étendues aux travailleurs de la filière socioéducative, notamment des ESMS PH et aux services d’aide à domicile publics pour 0,4 Md€ en 2022 et 0,1 Md€ supplémentaires en 2023.

Ainsi, en 2023, le montant alloué des revalorisations salariales des personnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux intervenues depuis 2020 représente plus de 3,5 Md€.

Au total, près de 700 000 salariés qui ont bénéficié d’une revalorisation de 183 € nets mensuels, dont 500 000 environ au titre du Ségur et de la mission dite Laforcade, et 200 000 suite aux annonces de la conférence des métiers de l’accompagnement social et médico-social du 18 février 2022. Au sein de la branche de l’aide à domicile, 209 000 professionnels ont également bénéficié des revalorisations prévues par l’avenant 43 de la convention collective, avec le concours de la branche en application de l’article 47 de la loi de financement social pour 2021.

Par ailleurs, les mêmes personnels ont bénéficié de la revalorisation de 3,5 % du point d’indice (ou de mesures équivalentes dans le secteur privé) de juillet 2022, et bénéficient également des mesures de revalorisation annoncées le 12 juin dernier pour la fonction publique et des mesures comparables dans le privé non lucratif. Cela représente, en 2023, près de 1 Md€\*.

	2020			Supplément 2021 par rapport à 2020			Supplément 2022 par rapport à 2021			Supplément 2023 par rapport à 2022			Total 2023		
	Total	PA	PH	Total	PA	PH	Total	PA	PH	Total	PA	PH	Total	PA	PH
Ensemble des revalorisations	350	350		1 780	1 670	100	1 140	440	700	230	90	140	3 500	2 550	940
Ségur de la santé	350	350		1 580	1 570	10	170	140	30	70	60	10	2 170	2 120	50
Revalorisations salariales	350	350		1 520	1 520								1 870	1 870	
Attractivité - revalorisation des grilles				10	10	0	120	100	20	10	10		140	110	20
Intéressement collectif				50	40	10	50	40	10	60	50	10	160	140	30
PM				10	10	0							10	10	
Extension du Ségur de la santé				200	100	100	940	270	670	160	30	120	1 300	400	890
Branche de l'aide à domicile - avenant 43 (impact OGD - SSIAD)				20	20		50	50					70	70	
Branche de l'aide à domicile - avenant 43 (impact hors OGD - APA, PCH, AEEH)				70	60	10	170	140	30	20	20	0	260	210	50
Accords Laforcade				110	20	80	370	60	310	20		10	500	90	410
Conférence des métiers dit "Castex"							350	20	320	120	10	110	470	30	430
Prolongation du Ségur							30	20	10	0	0	0	30	20	10

\*Les revalorisations liées à la hausse du point d’indice et son extension dans le secteur privé ne sont pas intégrées au tableau.

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

### 1. Un objectif global de dépenses permettant de fixer les recettes attribuées aux établissements et services médicosociaux (ESMS)

Le financement des prestations des ESMS pour personnes âgées en perte d'autonomie et pour les personnes en situation de handicap à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un « objectif global de dépenses » (OGD). Cet objectif, fixé chaque année par arrêté ministériel, était défini jusqu'en 2020, avant la création de la branche autonomie, à partir d'une contribution de l'assurance maladie qui figure au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté en LFSS, d'une fraction des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), de la contribution additionnelle solidarité autonomie (CASA), de la CSG et le cas échéant, d'une part des réserves de la CNSA.

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

### 2. L'OGD devrait atteindre 30,2 Md€ en 2023, après s'être élevé à 28,2Md€ en 2022

En 2022, le taux de reconduction de l'OGD, c'est-à-dire l'augmentation tendancielle des dépenses attendues appliquée à la base de référence et hors mesures nouvelles, s'élevait à +2,1%, soit un niveau de dépenses supplémentaires de 0,6 Md€, dont 0,27 Md€ pour le volet personnes âgées en perte d'autonomie et 0,29 Md€ pour le volet personnes en situation de handicap. Ce taux intègre les mesures liées au dégel du point d'indice de fonction publique de +3,5% applicable au 1<sup>er</sup> juillet 2022 et sa transposition dans le secteur privé.

A cela s'ajoutent près de 1,4 Md€ de mesures nouvelles. Parmi elles, 73% résultent ainsi de la hausse des rémunérations dans les ESMS, conséquence des extensions du Ségur de la Santé. Des crédits supplémentaires ont été alloués à hauteur de 0,9 Md€ pour financer :

- La mesure socle du Ségur de la santé, la mesure d'intéressement collectif dans les secteurs personnes âgées (PA) et personnes en situation de handicap (PSH), la mesure attractivité sur le champ PA, et la mesure de revalorisation concernant le personnel médical des EHPAD public pour un montant de 0,2 Md€ ;
- Les mesures d'extension du complément de traitement indiciaire (CTI), suite aux négociations menées par la mission Laforcade, par les protocoles d'accords du 11 février 2021 et 28 mai 2021, et l'application de ces accords aux ESMS du secteur privé, pour un montant total de 0,4 Md€ ;
- Les mesures de revalorisation issues de l'arrêté du 28 juillet 2021 portant extension d'avenants à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) pour un montant de 0,05 Md€.
- Les mesures d'extension du complément de traitement indiciaire (CTI) aux professionnels de la filière socio-éducative et aux médecins exerçant en ESMS, suite à la conférence des métiers de février 2022, pour un montant de 0,4 Md€.

De plus, 7% des mesures nouvelles allouées portent sur l'actualisation des dotations soins des EHPAD et permettent d'améliorer l'accompagnement dans ces établissements. Enfin, 5% ont été fléchées sur les créations de places pour le secteur du handicap, dans la poursuite des mesures annoncées le 14 février 2020 par le Président de la République dans le cadre de la Conférence Nationale du Handicap (CNH). Ces créations traduisent les promesses d'équité et d'universalité de la nouvelle branche : plus de 0,1 Md€ ont ainsi été consacrés à l'accélération du déploiement de solutions d'accueil et d'accompagnement adaptées. La stratégie nationale autisme et le plan de prévention des départs en Belgique (cf. encadré 12) ont également bénéficié d'un nouvel effort financier, notamment sur la scolarisation et les parcours d'intervention précoce des enfants.

## Encadré 11 • La réforme de tarification des SSIAD

La réforme du financement des SSIAD et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) s'est concrétisée avec la publication de deux décrets et trois arrêtés publiés au Journal officiel les 29 et 30 avril 2023 lesquels posent les jalons de cette réforme qui vise à donner à ces services davantage de moyens financiers lorsqu'ils accompagnent des personnes avec des prises en soins plus importantes. L'objectif de la réforme est de passer d'une dotation soins forfaitaire « historique », invariable quelle que soit l'activité du service, à une dotation qui tient compte du profil des personnes accompagnées par les structures. Ce nouveau modèle de financement concernera à terme tous les services autonomie à domicile pour permettre une meilleure équité des financements.

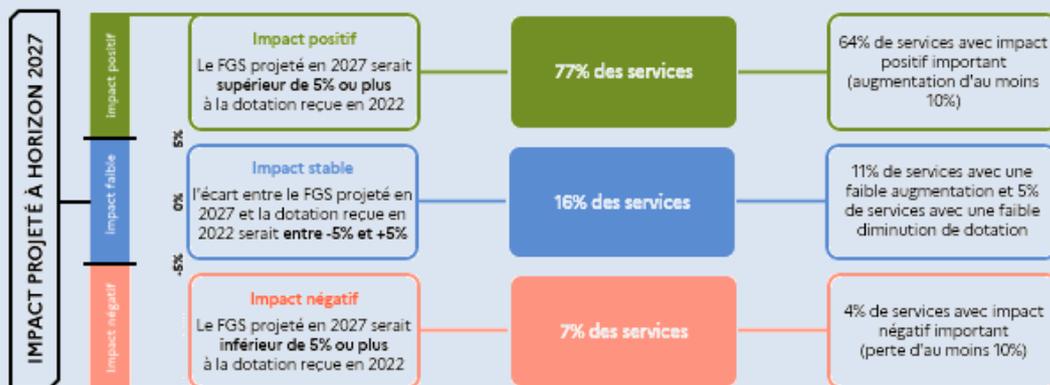
Ce nouveau modèle de financement repose sur une équation tarifaire à deux composantes :

1. **une part socle** incluant les frais de la structure et le transport,
2. **une part variable**, relative aux interventions effectuées au domicile des personnes accompagnées. Cette dernière comprend 9 forfaits d'intervention par semaine, basés sur 3 variables : le groupe iso-ressources (GIR), l'intervention d'un infirmier diplômé d'État (IDE), et l'intervention pendant le week-end.

**A ces deux composantes s'ajoutent des financements complémentaires.**

Cette réforme entrera progressivement en application sur la période 2023 à 2027. Elle a pour objectif de mieux répartir les dotations sur le territoire et de mieux prendre en compte des besoins de prise en charge des personnes âgées.

Dans cette phase transitoire, les recettes des services seront sécurisées en 2023 et 2024. Ainsi les impacts négatifs liés à la réforme (7% des services concernés) seront neutralisés.



Cette convergence s'accompagne par ailleurs de moyens supplémentaires de 0,2 Md€ au titre des mesures nouvelles sur 5 ans, qui viennent s'ajouter à l'enveloppe de financement historique des SSIAD et SPASAD. Ainsi d'une part, à horizon 2017, les calculs projetés à activité constante, c'est-à-dire sur la base de l'activité connue, réalisée en 2022 ou en 2019 selon le plus avantageux, montrent que **trois quart des services vont voir leur financement augmenter**.

## Encadré 12 • Le conventionnement des établissements médicosociaux belges accueillant des adultes français en situation de handicap

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

La coopération pour l'accueil des français en situation de handicap en Wallonie est régie par l'accord cadre franco-wallon du 21 décembre 2011 autour de la préoccupation commune d'assurer un meilleur accompagnement et une prise en charge de qualité. A cet effet, l'accord prévoit la possibilité pour les autorités françaises compétentes de conventionner avec chacun des établissements wallons. Une telle démarche a été mise en œuvre en 2015 pour les enfants, fixant les exigences de qualité d'accompagnement et arrêtant à environ 1 500 le nombre de places, financées à compter de cette date sur l'OGD. Pour les adultes, la LFSS pour 2020 a prévu la mise en place d'un conventionnement et élargi le périmètre de l'OGD aux établissements wallons conventionnés. Le 21 janvier 2021, lors de la réunion de la commission mixte paritaire prévue par l'accord cadre franco-wallon de 2011, un moratoire sur la capacité d'accueil des adultes handicapés français au 28 février 2021 a été annoncé par la Secrétaire d'État en charge des personnes handicapées, en concertation avec son homologue wallon. La démarche de conventionnement menée par la cellule des affaires internationales de l'ARS Hauts-de-France comporte deux phases : la signature d'une convention transfrontalière d'objectif pour arrêter la capacité maximale désormais financée par l'assurance maladie au nombre de places occupées au 28 février 2021 dans chaque établissement et le déploiement du conventionnement sur le plan qualitatif et budgétaire. A l'issue de la première phase, la capacité conventionnée a été arrêtée à près de 4 300 places, dont environ 2 600 places relevant d'une orientation en maison d'accueil spécialisée (MAS) et 1 700 places avec une orientation en foyer d'accueil médicalisé (FAM).

La seconde phase qualitative et budgétaire, qui s'appuie sur des visites sur site par les services de l'ARS se déroulera jusqu'en 2022. Parmi les 171 établissements wallons concernés, plus de 100 établissements auront fait l'objet d'une visite en 2021 pour une entrée en vigueur de la convention qualitative et budgétaire au 1er janvier 2022 (couvrant 96% des personnes orientées en MAS et 61% des places avec une orientation FAM). Cette première étape se traduira par un transfert de 0,2 Md€ des dépenses prises en charge par le Centre national des soins à l'étranger (6ième sous-objectif de l'ONDAM) vers l'OGD.

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

Source : SGMCAS et ARS Hauts de France

En 2023, le taux de reconduction de l'OGD s'élève à +2,29%, pour les volets personnes âgées et personnes en situation de handicap, compte tenu des diverses mesures de l'inflation et de la revalorisation du point d'indice dans la fonction publique et sa transposition au secteur privé dans le cadre d'accords de branche ou d'entreprise, qui représente 0,7 Md€ en 2022 et 2023.

A cela s'ajoutent des mesures nouvelles. La fin de la montée en charge du Ségur et de ses extensions représente 0,2 Md€. En outre, sur le champ des personnes âgées, l'augmentation des dotations soins, suite à l'actualisation des « coupes PATHOS », représente 0,1 Md€, qui permettent de prendre en compte l'augmentation du besoin en soin des résidents d'EHPAD. De plus, 0,1 Md€ sont dédiés à la hausse du taux d'encadrement en EHPAD, du déploiement des EHPAD centres territoriaux de ressources et de la création de pôles d'activité et de soins adaptés (PASA). L'année 2023 a été marquée par la mise en œuvre de la tarification des SSIAD (cf. encadré 11), financé à hauteur de 0,04 Md€, et la constitution des nouveaux services autonomie à domicile (SAD), dont la coordination est financée à hauteur de 0,02 Md€. Par ailleurs, 0,06 Md€ ont été prévus pour financer les créations de places de SSIAD et une autorisation d'engagement de 0,4 Md€ a été ouverte en 2023.

Pour le handicap, 0,1 Md€ ont été alloués pour financer les engagements pris lors du Comité interministériel du handicap (CIH) de juillet 2021 et dans la stratégie nationale autisme 2018-2022. Au sein de ce financement, plus de la moitié a soutenu des actions sur l'autisme (PCO, unités résidentielles...).

### 3. Un objectif global fixé à plus de 31 Md€ en 2024

Les mesures nouvelles financées dans le cadre de la construction OGD 2024 représentent 1,3 Md€. Ainsi, l'OGD 2024 s'élève à 31,5 Md€, soit une progression de 4,0% par rapport à 2023.

Une partie est portée par le taux de reconduction, tenant compte de l'évolution spontanée des charges. Il est fixé, pour 2023, à +0,86% pour l'ensemble des volets PA et PSH, avant prise en compte de l'effet année pleine de la revalorisation du point d'indice annoncée en 2023. En intégrant cet effet (0,3 Md€), les taux de reconduction s'élèvent à +1,51% sur l'ensemble des volets PA et PSH.

Les autres mesures nouvelles financées en 2024 s'élèvent à 0,8 Md€ sur les champs PA et PSH.

Sur le champ des personnes âgées, 0,35 Md€ sont alloués à l'amélioration de l'accompagnement de nos aînés en EHPAD avec un renforcement de l'encadrement dans ces structures et des moyens supplémentaires pour l'actualisation des coupes PATHOS. Cette mesure correspond au financement d'environ 6 000 ETP. En outre, 0,12 Md€ sont alloués au renforcement du virage domiciliaire, finançant principalement la montée en charge de la réforme de la tarification des SSIAD (prévue sur 5 ans) et la création de services ainsi que de nouveaux centres de ressources territoriaux. Enfin, est prévu le financement des primes pour le travail de nuit, les dimanches et les jours fériés ainsi que le financement de la hausse du taux de cotisation à la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL, cf. tableau 8).

Le PLFSS pour 2024 comporte plusieurs mesures annoncées lors de la CNH du 26 avril 2023, et a défini les orientations pour les années à venir. A horizon 2030, le besoin de solutions est estimé à 50 000 (cf. encadré 13). Ainsi, 0,03 Md€ pour l'inclusion scolaire, 0,04 M€ pour le repérage et l'accompagnement précoce (actions ciblées sur les CAMSP et les PCO en lien avec la création du service de repérage précoce dans le PLFSS 2024) et 0,2 Md€ dès 2024 pour le développement de diverses solutions pour les enfants et les adultes en situation de handicap et l'installation des places programmées en région.

**Tableau 8 • Mesures nouvelles 2024 (en M€)**

	Personnes âgées	Personnes en situation de handicap	Ensemble des mesures nouvelles de l'OGD 2024
Mesures salariales et augmentation taux CNRACL	138	126	264
EHPAD	358	-	358
Domicile	120	3	123
Inclusion scolaire	-	31	31
Repérage et accompagnement précoce	-	44	44
Développement et transformation de l'offre PSH	-	170	170
Autres mesures	-	21	21
<b>Total MN</b>	<b>616</b>	<b>396</b>	<b>1 011</b>

Source : DSS/SD1/1A

**Encadré 13 • Les mesures de la CNH**

La dernière conférence nationale du handicap (CNH), qui s’est tenue le 26 avril 2023, a défini les orientations et les moyens alloués pour les années à venir. Elle a notamment prévu des mesures en faveur du repérage et de l’accompagnement précoce pour les enfants et le renforcement des équipes mobiles médicosociales. Elle a, en outre, prévu le déploiement de places d’accueil en CAMSP. Enfin, elle vise un meilleur accompagnement de publics spécifiques, comme les personnes handicapées vieillissantes et les enfants atteints de troubles du spectre de l’autisme. L’offre d’accompagnement médico-sociale souffre d’un sous-équipement généralisé. Dans l’ensemble des territoires, des tensions mettent en difficultés les personnes en situation de handicap et leurs aidants, pouvant entraîner des ruptures de parcours. Il est estimé un besoin de création de solutions d’environ 50 000.

Un plan de développement de l’offre créé par la CNH vise, à horizon 2030, à déployer pour les enfants la création d’une offre complémentaire de SESSAD, à améliorer le parcours des enfants via le renforcement des PCO et la création d’un service public de repérage précoce qui s’appuie principalement sur les CAMSP. Dans certains territoires, des places seront créées pour prévenir les départs en Belgique. Des solutions d’accompagnement pour les enfants en situation de handicap relevant de l’ASE seront déployées.

Une offre pour permettre aux jeunes adultes maintenus dans des structures pour enfants (environ 10 000 personnes au titre de l’amendement Creton) sera créée pour donner accès à un accompagnement plus adapté. D’autres types d’accompagnement seront également renforcés pour les adultes handicapés (polyhandicap, trouble du spectre de l’autisme, troubles du neuro-développement et troubles psychiques).

Enfin, en matière d’inclusion, des dispositifs seront déployés pour fluidifier les parcours d’élèves en situation de handicap en leur permettant un appui du médico-social directement sur le lieu de scolarisation évitant ainsi tout décrochage.

**Mesures CNH :**

Offre médico-sociale	<b>Développer l'offre médico-sociale pour répondre aux besoins des personnes en créant 50 000 solutions et en transformant l'offre existante</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer 50 000 solutions nouvelles ;</li> <li>• Permettre un rattrapage dans les territoires où l'offre est insuffisante ;</li> <li>• Développer des solutions nouvelles en s'appuyant sur une logique de transformation.</li> </ul>
	<b>Mettre en place un plan d'aide à l'investissement pour la transformation de l'offre</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir les opérations de modernisation et l'adaptation de l'offre médico-sociale en EHPAD.</li> </ul>
	<b>Faciliter la sortie des jeunes de la filière spécialisée</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner les enfants et adolescents accueillis en ESMS dans la définition et la mise en œuvre de leur projet de vie, avec des professionnels dédiés (facilitateurs) ;</li> <li>• Permettre d’accompagner ces publics vers des parcours de vie les plus inclusifs possible.</li> </ul>
Simplification et accès aux droits	<b>Relever le plafond du temps d'aide à l'alimentation au sein de la PCH</b>
	<b>Augmenter la couverture par la PCH des charges liées à l'emploi direct</b>
	<b>Renforcer l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes par les MDPH</b>
	<b>Rendre automatique le droit à la carte mobilité inclusion</b>
Accès à la santé	<b>Créer un service du repérage de l'accompagnement précoce pour les enfants de 0 à 6 ans</b>
	<b>Améliorer la prise en charge des fauteuils roulants, des prothèses sportives et des aides à la communication</b>
	<b>Mieux accompagner les personnes dans l'accès et l'usage des aides technique</b>
	<b>Permettre aux personnes d'accéder et d'utiliser la Communication Alternative Améliorée (CAA)</b>
	<b>Réduire le reste à charge après PCH aide technique</b>
Citoyenneté	<b>Déployer les 30 minutes d'activités physiques quotidiennes</b>
	<b>S'appuyer sur l'expertise des personnes en situation de handicap</b>

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

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

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

En raison du caractère multifactoriel de la perte d'autonomie (cf. encadré 14), les aides apportées et les professions mobilisées pour le soutien à l'autonomie sont multiples. Le financement des actions en faveur de ce domaine d'action est donc segmenté : plusieurs prestations de protection sociale ainsi que des avantages sociaux et fiscaux y concourent, induisant l'intervention de divers acteurs tels que l'État, les collectivités territoriales et la sécurité sociale. Ainsi, la branche autonomie de la sécurité sociale ne couvre pas l'ensemble des dépenses en faveur du soutien à l'autonomie.

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

L'effort national retrace uniquement les dépenses publiques en faveur de l'autonomie, et n'inclut donc pas les dépenses supportées par les personnes concernées par la perte d'autonomie ou par leur entourage, qui s'élevaient à 7,5 Md€ en 2020 (cf. partie II.2, encadré 18). Sur le champ des personnes en situation de handicap, la plupart des prestations n'induisent pas de reste-à-charge des personnes accompagnées, mais aucune estimation récente n'est disponible.

## Encadré 14 • La perte d'autonomie, un phénomène multifactoriel difficilement mesurable

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

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

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

En 2021, 7,6 millions de personnes déclarent une limitation sévère ou une restriction dans les activités quotidiennes, soit 14% de la population : 3,4 millions de personnes déclarent avoir des restrictions d'activité dans la vie de tous les jours et 6,8 millions déclarent au moins une limitation fonctionnelle, 2,5 millions de personnes cumulent une restriction d'activité et une limitation fonctionnelle sévère. La proportion de personnes handicapées augmente avec l'âge : avant 60 ans, 9% ont une limitation fonctionnelle sévère ou déclarent une forte restriction d'activité, contre 25% parmi les personnes de 60 ans ou plus. (Drees 2023, Etudes & Résultats n° 1254)

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

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

Les prestations sociales individuelles incluses dans le périmètre de l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie sont l'AAEH, l'AAH, la PCH et l'ACTP, les pensions d'invalidité, l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), les rentes d'incapacité permanente et l'APA (cf. partie I.1.2 et encadré 15 ci-dessous). Le montant et la nature de ces dernières dépendent de l'âge, du statut socioprofessionnel de la personne et de l'origine du handicap (cf. schéma 4 et tableau 9). Elles sont financées par la sécurité sociale (intégralement : AEEH, rentes d'incapacité permanente, en très grande majorité : prestations d'invalidité, ou partiellement : PCH et APA), par l'État (AAH) ou par les départements (partiellement, dans le cas de la PCH et de l'APA, cf. partie I). Par ailleurs, le périmètre inclut l'aide sociale à l'hébergement, versée par les Conseils départementaux pour prendre en charge tout ou partie des frais liés à l'hébergement d'une personne en établissement médicosocial.

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

Enfants (< 20 ans)	Adultes d'âge actif (20-60 ans)	Personnes âgées (> 60 ans)	Aidants
<p>✓ AEEH – Allocation d'éducation de l'enfant handicapé</p> <p>Compenser les frais d'éducation et de soins – <b>0,4 M de bénéficiaires / 1,4 Md€ / CNSA</b></p>	<p>× AAH – Allocation adulte handicapé</p> <p>Assurer un revenu minimum <b>1,3 M de bénéficiaires / 11,1 Md€ / Etat</b></p> <p>× Pension d'invalidité × Rentes d'incapacité permanente</p> <p>Compenser la baisse des ressources résultant d'une diminution de la capacité de travail suite à un accident ou une maladie PI : <b>0,9 M de bénéficiaires / 8,4 Md€ / CNAM</b> rentes : <b>1,1 M de bénéficiaires / 5,4 Md€ / branche AT-MP</b></p> <p>× ASI – Allocation supplémentaire d'invalidité</p> <p>Compenser un revenu bas aux personnes invalides <b>0,08 M de bénéficiaires / 0,3 Md€ / Etat</b></p> <p>× ACTP – Allocation compensatrice pour tierce personne</p> <p>Compenser les conséquences financières d'un handicap nécessitant le recours à une tierce personne <b>0,05 M de bénéficiaires / 0,3 Md€ / CD</b></p> <p>× ASH – aide sociale à l'hébergement</p> <p>Prendre en charge tout ou partie des frais liés à l'hébergement en établissement ou chez un accueillant familial - <b>0,2 M de bénéficiaires / 7,5 Md€ / CD</b></p>	<p>✓ APA – allocation personnalisée d'autonomie</p> <p>Aider les personnes âgées qui rencontrent des difficultés pour accomplir les gestes essentiels de la vie quotidienne <b>1,3 M de bénéficiaires / 6,6 Md€ / CNSA &amp; CD</b></p>	<p>✓ AJPA – Allocation journalière du proche aidant</p> <p>Compenser la perte de revenus engendrée par une réduction ponctuelle d'activité pour s'occuper d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie d'une particulière gravité <b>&lt; 0,003 M de bénéficiaires / 0,01 Md€ / CNSA</b></p>
<p>✓ PCH – prestation de compensation du handicap</p> <p>Compenser les conséquences financières du handicap (recours à une aide humaine, une aide technique ou animale, aménagement du logement ou du véhicule) * <b>0,4 M de bénéficiaires / 2,7 Md€ / CNSA &amp; CD</b></p>			

✓ : Champ de la branche autonomie  
 × : Hors champ de la branche autonomie  
**lecture : bénéficiaires / dépenses par an / financeur**

\*cette prestation peut être perçue après 60ans à condition que la personne ait pu y prétendre en âge actif

Note : Bénéficiaires et montants de 2022 sauf pour l'APA, la PCH et l'ACTP bénéficiaires de 2021

Source : DSS / SDEPF / 6C

### Tableau 9 • Conditions d'accès aux prestations handicap, invalidité et perte d'autonomie

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

Source : DSS / SDEPF / 6C

## Encadré 15 • Les prestations et dépenses prises en compte dans l'ENSA non incluses dans le périmètre de la branche autonomie

L'**allocation aux adultes handicapés (AAH)** est une aide financière, accordée sous conditions de ressources, qui permet d'assurer un revenu minimum aux adultes de 20 ans et plus présentant un taux d'incapacité d'au moins 80%. L'AAH peut être versée à des adultes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 80% si son handicap induit une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. En 2022, 1,3 million de personnes ont bénéficié de cette allocation. Les bénéficiaires de l'AAH qui ne disposent pas d'autre revenu, dont le taux d'incapacité est d'au moins 80% et occupant un logement autonome peuvent bénéficier en complément de leur aide au logement d'une majoration pour la vie autonome (MVA), permettant de financer d'éventuels surcoûts du logement liés au handicap.

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

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

L'**allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)**, créée par la loi du 30 juin 1975 et destinée à compenser financièrement les conséquences du handicap est, depuis 2006, progressivement remplacée par la prestation de compensation du handicap (PCH). Financée par les départements, elle est encore perçue par près de 50 000 personnes fin 2021.

L'**aide sociale à l'hébergement (ASH)** est également exclue du périmètre de la branche autonomie. Elle permet de prendre en charge tout ou partie des frais liés à l'hébergement d'une personne âgée en établissement ou chez un accueillant familial. L'ASH est une prestation récupérable, c'est-à-dire qu'elle peut être récupérée sur la succession du bénéficiaire sous certaines conditions 0,1 million de personnes âgées bénéficient de l'ASH en 2021 (la DREES estime à 27% le taux de recours à l'ASH en 2018).

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

L'**Agence nationale de l'habitat (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. 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, 87 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 27 000 logements, soit près de 7 000 de plus qu'en 2020. Les dépenses de l'Anah ne sont pas intégrées à l'ENSA.

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

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

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

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

**Selon la définition retenue ici, l'effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie s'élève à 85 Md€ en 2022, dont 28 Md€ sont consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie et 57 Md€ aux personnes en situation de handicap ou d'invalidité.**

Les dépenses de prévention de la fragilité des personnes âgées ne sont pas incluses dans le périmètre de l'ENSA (cf. encadré 16 et encadré 17).

### Encadré 16 • Les dépenses publiques de prévention de la fragilité des personnes âgées

Les **dépenses de prévention de la fragilité des personnes âgées** ne sont pas incluses dans le périmètre de l'ENSA. Les financements publics qui y sont consacrés peuvent être évalués, selon la DSS, à 1,5 Md€ en 2022. Ces dépenses sont assumées aux neuf dixièmes par la sécurité sociale. La branche autonomie (CNSA) assure près de la moitié de cette dépense, principalement par le financement des EHPAD ou SSIAD accueillant des résidents classés en GIR 5 et 6 (38%), le versement du forfait autonomie en résidence autonomie et le financement d'actions de prévention via la Conférence des financeurs. Enfin, les caisses de retraite mettent en œuvre une politique d'action sociale visant à prévenir la perte d'autonomie (39%, cf. encadré 17). Le périmètre retenu ci-après n'inclut pas l'action sociale extralégale des collectivités territoriales, majoritairement mise en œuvre par les communes et complexe à chiffrer.

Dépenses en faveur de la prévention de la fragilité des personnes âgées	Montants 2022 (millions €)	Part, en %
<b>Sécurité sociale</b>	<b>1 140</b>	<b>86%</b>
<b>Branche autonomie - CNSA</b>	<b>560</b>	<b>42%</b>
<i>ONDAM médicosocial - personnes âgées, GIR 5-6</i>	560	42%
<i>Actions de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (conférence des financeurs...)</i>	0	0%
<b>Branche maladie - assurance maladie</b>	<b>5</b>	<b>0%</b>
<i>Unités de soins de longue durée (USLD)</i>	5	0%
<b>Assurance retraite</b>	<b>570</b>	<b>39%</b>
<i>Action sociale</i>	570	39%
<b>Départements</b>	<b>190</b>	<b>14%</b>
<i>Frais de séjour en établissement pour personnes âgées (hors APA, dont aide sociale à l'hébergement)</i>	190	14%
<b>Total Personnes âgées</b>	<b>1 330</b>	<b>100%</b>

#### Les actions de prévention de la CNSA

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

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

## Encadré 17 • L'action sociale des caisses de retraite

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

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

la prévention relative aux comportements et aux modes de vie (alimentation, sommeil, mobilité et prévention des chutes, aide à la vie quotidienne...);

la lutte contre l'isolement, la solitude et la précarité ;

la prévention, en lien avec l'environnement de la personne et, notamment, le logement.

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

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

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

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

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

Des prestations individuelles extra-légales permettant à des personnes âgées de bénéficier d'aides à domicile (portage de repas ou services de téléassistance) ;

Des adaptations du logement, en lien le cas échéant avec des ergothérapeutes ;

Des actions collectives de prévention, dans le cadre de l'inter-régime.

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

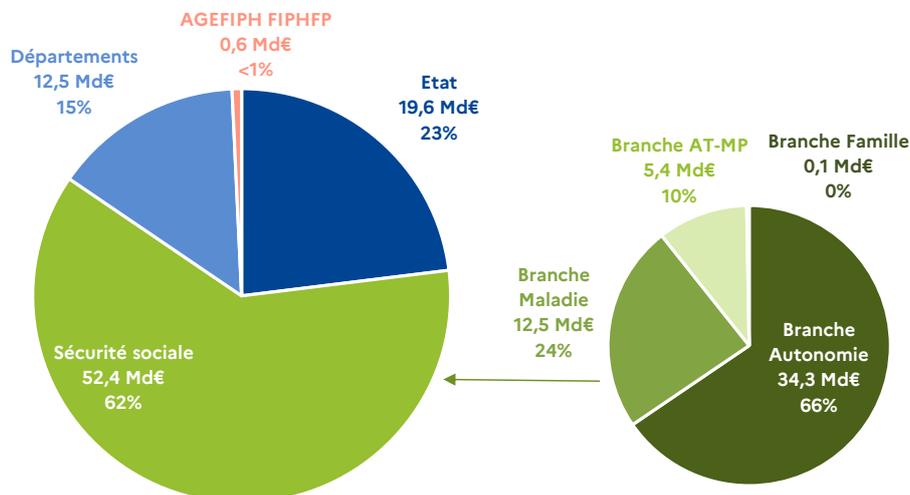
## 2 - L'effort national en faveur du soutien à l'autonomie (ENSA) atteint 85 Md€ en 2022

### 1. En 2022, la sécurité sociale couvre 60 % de l'ENSA, dont 40 % pour la seule la branche autonomie

La **sécurité sociale** finance 52 Md€ de dépenses en faveur du soutien à l'autonomie, soit 62% des dépenses publiques consolidées dans l'ENSA (cf. tableau 10 et graphique 8).

- La **branche autonomie** concentre les deux tiers des dépenses de sécurité sociale dans le champ de l'autonomie. La couverture des dépenses des établissements et services médico-sociaux (ESMS) à la charge de la CNSA représente environ un tiers des financements publics en faveur du soutien à l'autonomie. Les concours aux départements pour le co-financement de l'APA, de la PCH ou encore des MDPH constituent le second poste de dépense de la branche autonomie, avant l'AEEH, désormais financée par la branche autonomie.
- L'**assurance maladie**, seconde contributrice, couvre 15% de l'ensemble des dépenses en faveur de l'autonomie, principalement au titre des pensions d'invalidité, des soins de ville et des unités de soins de longue durée (USLD).
- La **branche AT-MP** contribue à l'ENSA à hauteur de 5 Md€, soit 6% des dépenses de sécurité sociale en faveur de l'autonomie. Sa contribution est intégralement constituée de dépenses de prestations sociales au titre des rentes d'incapacité permanente.
- Avec le transfert du financement de l'AEEH à la CNSA, la participation de la **branche famille** se réduit en 2022 et 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.

Graphique 8 • Répartition de l'ENSA par financeurs en 2022



Note : les montants relatifs à la branche autonomie diffèrent de ceux présentés dans la première partie, du fait de l'exclusion, dans l'ENSA, des dépenses de prévention de la fragilité et des prises en charge de GIR 5 et 6 (cf. encadré 16).

Source : DSS/SDEPF/6C sur données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP

Tableau 10 • Répartition de l'ENSA en 2022, par financeurs et principaux postes de dépenses

	Montants 2022 (en Md€)	Répartition
<b>Sécurité sociale</b>	<b>52,4</b>	<b>62%</b>
<b>Branche autonomie</b>	<b>34,3</b>	<b>40%</b>
<i>ONDAM médicosocial</i>	27,6	32%
<i>Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)</i>	1,4	2%
<i>Transferts aux départements (APA, PCH et MDPH)</i>	3,8	4%
<i>Autres dépenses</i>	1,4	2%
<b>Branche maladie</b>	<b>12,5</b>	<b>15%</b>
<i>USLD</i>	1,3	1%
<i>Dépenses de soins et de prévention hors Ondam</i>	2,8	3%
<i>Pensions d'invalidité et allocation supplémentaire d'invalidité</i>	8,4	10%
<b>Branche Famille</b>	<b>0,1</b>	<b>0%</b>
<i>Allocation de présence parentale (AJPP)</i>	0,1	0%
<b>Branche AT-MP</b>	<b>5,4</b>	<b>6%</b>
<i>Rentes d'incapacité permanente</i>	5,4	6%
<b>Etat</b>	<b>19,6</b>	<b>23%</b>
AAH	11,9	14%
Dépenses du programme "Handicap et Dépendance" hors AAH	2,5	3%
Compensation d'exonérations de cotisations*	1,9	2%
Autres	3,3	4%
<b>Départements</b>	<b>12,5</b>	<b>15%</b>
Prestations (PCH + APA) nettes des concours de la CNSA	6,0	7%
Frais de séjour en ESMS (dont ASH)	6,5	8%
<b>AGEFIPH</b>	<b>0,5</b>	<b>1%</b>
<b>FIPHFP</b>	<b>0,1</b>	<b>0%</b>
<b>Total ENSA</b>	<b>85,1</b>	<b>100%</b>

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

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

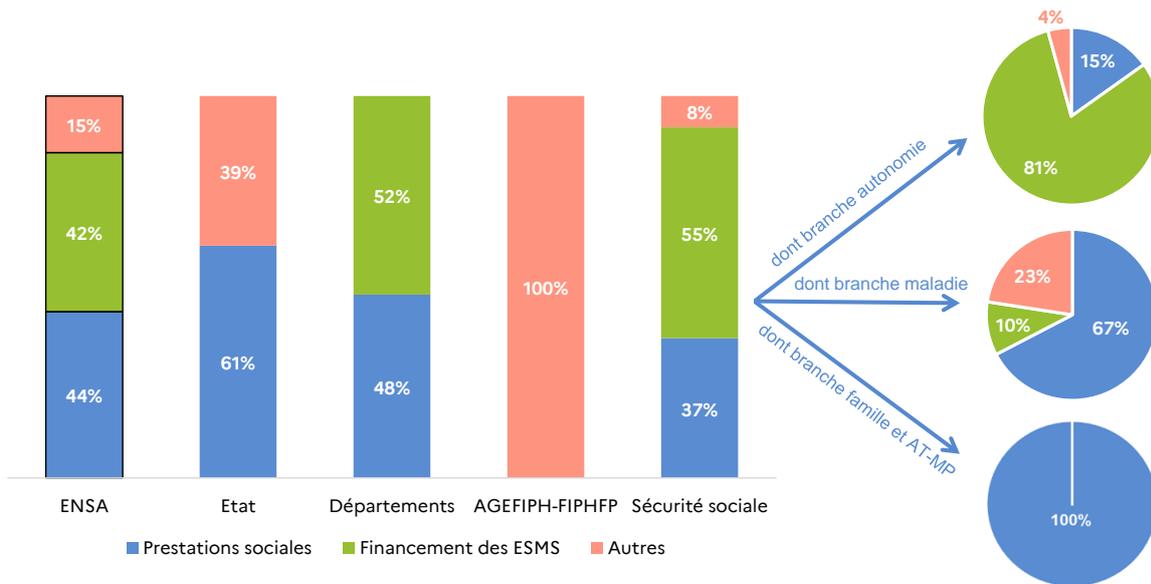
Les montants relatifs à la branche autonomie diffèrent de ceux présentés dans la première partie, du fait de l'exclusion, dans l'ENSA, des dépenses de prévention de la fragilité et des prises en charge de GIR 5 et 6 (cf. encadré 16).

Source : DSS/SDEPF/6C sur données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP

**L'État** est le deuxième contributeur, et finance près du quart des dépenses de l'ENSA, soit 20 Md€. La majorité de ces financements sont des dépenses de prestations sociales (60%), correspondant à l'allocation pour les adultes en situation de handicap (AAH), servie par les caisses d'allocations familiales (CAF) mais comptabilisée dans le budget de l'État au titre du programme 157 « Handicap et dépendance ». Ses autres contributions à l'ENSA sont les avantages fiscaux qui bénéficient aux personnes en situation de handicap ou confrontées à la perte d'autonomie, et des subventions de fonctionnement de structures contribuant à la prise en charge de ce public, notamment pour l'inclusion scolaire et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap.

Les **départements**, chefs de file de l'action sociale, sont chargés de la définition et de la mise en œuvre des politiques d'action sociale sur leur territoire mais également de la coordination avec l'ensemble des acteurs amenés à intervenir en la matière, en particulier dans le champ de l'accompagnement à l'autonomie. Leurs dépenses s'élèvent à 13 Md€, et couvrent ainsi 15% du financement. La moitié des dépenses des conseils départementaux est constituée de l'allocation des prestations individuelles de compensation sur leur territoire (APA et PCH). Leurs autres dépenses sont orientées vers le fonctionnement des ESMS, notamment sur le volet hébergement.

Graphique 9 • Répartition de l'ENSA 2022, par financeurs et nature de la dépense



Source : DSS/SDEPF/6Csur données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP

## 2. En 2022, l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie des personnes âgées atteint 28 Md€

Sur le volet de l'ENSA consacré au soutien à l'autonomie des personnes âgées, les dépenses, tous financeurs confondus, s'établissent à 28 Md€ (cf. tableau 11).

La sécurité sociale concentre 77% de ces dépenses publiques, avec 21 Md€ en 2022, assumées par les branches autonomie et maladie (cf. graphique 10 et tableau 11).

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

- L'ONDAM médicosocial pour personnes âgées s'établit à 14 Md€ en 2022, principalement mobilisés au titre des dépenses de « soins » des Ehpad et secondairement pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale. La branche autonomie finance aussi les MAIA à la hauteur de 0,1 M€. Ces montants diffèrent de ceux présentés dans la première partie, du fait de l'exclusion, dans l'ENSA, des dépenses de prévention de la fragilité et des prises en charge de GIR 5 et 6 (cf. encadré 16).
- Les concours financiers aux départements au titre de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) représentent 12% des dépenses de Sécurité sociale et se sont élevées à 2,6 Md€ en 2022.
- Les autres dépenses (investissement, plans d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement pour l'essentiel) se sont élevées à 0,9 Md€.

L'assurance maladie concentre les 15% de dépenses de sécurité sociale restantes pour un total de 4 Md€ :

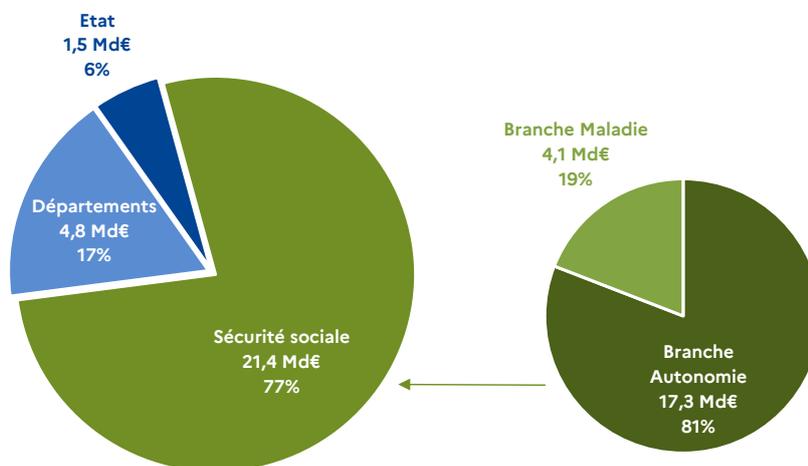
- Les prises en charge en unités de soins de longue durée (USLD) représentent 1,3 Md€. Ces unités, adossées à un établissement hospitalier, disposent de moyens médicaux plus importants que les EHPAD, car les résidents y sont en moyenne davantage dépendants : selon la Drees, en 2019, 34% des 30 000 personnes accueillies en USLD étaient en GIR 1. Le nombre moyen d'équivalent temps-plein (ETP) en USLD est équivalent au nombre de places installées alors que le taux d'encadrement moyen en EHPAD est de 66 ETP pour 100 places en 2019 (cf. DREES – EHPA 2019).
- En outre, les dépenses des soins de ville s'adressant quasi-exclusivement à des personnes en perte d'autonomie s'établissent à 2,6 Md€. Il s'agit d'actes infirmiers de soins (AIS) qui comprennent l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. Les soins de ville comprennent aussi les actes de kinésithérapie et d'orthophonie, la rééducation (physique ou du langage) étant une composante importante de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Les dépenses au titre de l'accompagnement psychiatrique sont également prises en compte.

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

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

L'État concentre 6 % des dépenses, essentiellement au travers de mesures fiscales : exonérations de TVA et crédits ou réductions d'impôt sur le revenu.

Graphique 10 • Répartition du volet « Personnes âgées en perte d'autonomie » de l'ENSA par financeurs, en 2022



Source : DSS/SDEPF/6C sur données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees et DSS

Tableau 11 • Dépenses de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Dépenses en faveur des personnes âgées confrontées à la perte d'autonomie	Montants 2022 (Md €)	Part, en %
<b>Sécurité sociale</b>	<b>21,4</b>	<b>77%</b>
<b>Branche autonomie - CNSA</b>	<b>17,3</b>	<b>62%</b>
ONDAM médicosocial - personnes âgées	13,7	49%
Transferts aux départements (APA)	2,6	10%
MAIA	0,1	0%
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement	0,5	2%
Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation	0,4	1%
Dépenses d'animation, prévention et études et autres actions	0,0	0%
<b>Branche maladie - CNAM</b>	<b>4,1</b>	<b>15%</b>
Unités de soins de longue durée (USLD)	1,3	5%
Dépenses de soins de ville en direction de personnes âgées dépendantes à domicile	2,6	9%
Fonds d'intervention régional (PAERPA, consultations mémoire, équipes mobiles gériatrie)	0,2	1%
<b>Départements</b>	<b>4,8</b>	<b>17%</b>
Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA, à domicile et en établissements) nette des transferts de la CNSA	3,9	14%
Frais de séjour en établissement pour personnes âgées (hors APA, dont aide sociale à l'hébergement)	0,9	3%
<b>Etat</b>	<b>1,5</b>	<b>5%</b>
Crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile dans le cadre de l'APA	0,5	2%
Programme "Handicap et Dépendance"	0,4	1%
Programme "Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi"	0,0	0%
Compensation d'exonérations de cotisations*	0,6	2%
<b>Total Personnes âgées</b>	<b>27,7</b>	<b>100%</b>

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

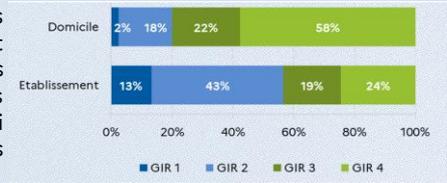
Les montants relatifs à la branche autonomie diffèrent de ceux présentés dans la première partie, du fait de l'exclusion, dans l'ENSA, des dépenses de prévention de la fragilité et des prises en charge de GIR 5 et 6 (cf. encadré 16).

Source : DSS/SDEPF/6C sur données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees et DSS

### Encadré 18 • Coût et reste à charge selon le GIR et le lieu de résidence

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

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



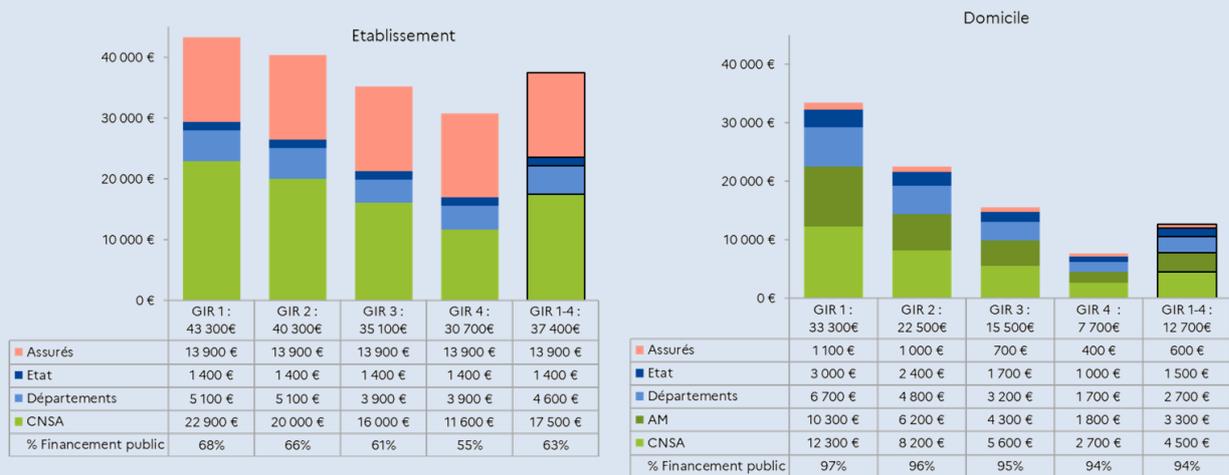
Les dépenses moyennes publiques et privées pour une personne âgée en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) sont évaluées à 21 900 € par an en 2020, tous niveaux de dépendance confondus. Le coût moyen des prises en charge est trois fois plus important en établissement qu'à domicile, il est estimé à 37 400 € et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

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

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

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

#### Coût annuel par personne, par GIR et par financeur



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

Dans une optique de comparaison établissement/domicile, les dépenses de « gîte et de couvert » de la section hébergement (nourriture, frais de logement et d'assurance) ont été retranchées de la facture des EHPAD, dans la mesure où elles seraient également à la charge des bénéficiaires s'ils résidaient à leur domicile. Ces dépenses sont conventionnellement estimées à 90% du minimum vieillesse (soit 813 € par mois en 2020). Cela conduit à une réduction de près de la moitié des dépenses d'hébergement restant à la charge des assurés qui atteignent in fine 5,7 Md€ selon cette convention. Ainsi, en établissement, le reste à charge laissé aux résidents représente alors plus d'un tiers des coûts totaux et atteint 7 Md€, soit en moyenne 13 900 € par an et par personne. Cela correspond essentiellement aux dépenses d'hébergement (82%) et au reste à charge légal au titre de l'APA (18% soit 1,2 Md€). Les montants sont forfaitaires et ne varient pas selon les GIR. A domicile, la participation du bénéficiaire est comprise dans le plan d'aide APA, elle varie en fonction du GIR de 1 100 € en GIR 1 contre 400 € en GIR 4. Elle est évaluée à 0,5 Md€ en 2020 ce qui porte à 7,5 Md€ la participation totale des assurés, domicile et établissement confondus. Les mesures adoptées entre 2020 et 2022 augmenteraient le coût de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie de 15% à terme, comme présenté dans le Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2022.

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

### 3. En 2022, l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap (ENSA-PH) atteint 57 Md€

Tous financeurs publics confondus, les dépenses au titre de la prise en charge du handicap et de l'invalidité prises en compte dans l'ENSA s'élèvent à 57 Md€ en 2021 (cf. tableau 12). Ce montant n'est pas directement comparable à l'ENSA dans son volet « personnes âgées », notamment car certaines aides financières versées aux personnes en situation de handicap (comme les minima sociaux et les pensions d'invalidité) sont prises en compte ci-après, alors que le bénéfice des pensions de retraite et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ne sont pas intégrées sur le volet PA, car considérées comme relevant du risque vieillesse. De plus, ces comptes du handicap intègrent des aides à l'emploi et à la scolarité qui n'ont pas d'équivalent sur les plus âgés.

La **sécurité sociale** est le principal financeur de l'ENSA-PH, elle **concentre 54% des financements** orientés vers ces populations, soit 31 Md€ (cf. graphique 11).

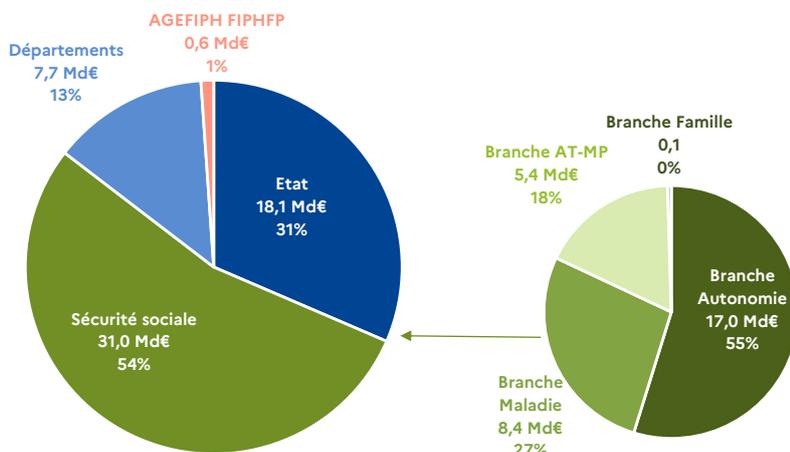
- La **branche autonomie** couvre plus de la moitié des financements en provenance de la sécurité sociale, avec une dépense totale de 17 Md€. Ces dépenses sont pour l'essentiel orientées vers l'ONDAM médicosocial qui finance les ESMS (14 Md€) et le financement de prestations (AEEH pour 1,4 Md€ et PCH pour 0,9 Md€).
- La **branche maladie** contribue par le versement des pensions d'invalidité (8 Md€), soit 15% des dépenses de la sécurité sociale en faveur des personnes en situation de handicap.
- La **branche accident du travail et maladies professionnelles (AT-MP)**, via le versement des rentes d'incapacité permanente, contribue à hauteur de 5% des dépenses de sécurité sociale.
- Les prestations à la charge de la **branche famille (AJPP)** représentent 0,3% des dépenses de sécurité sociale depuis le transfert du financement de l'AEEH à la CNSA.

L'**État**, qui contribue à hauteur d'un tiers (soit 18 Md€ en 2022) de l'ENSA en faveur des personnes en situation de handicap ou d'invalidité, finance principalement des ressources d'existence (AAH pour 12 Md€), des compléments de ressources (l'aide au poste au titre de la garantie de rémunération des travailleurs handicapés pour 1,4 Md€) et l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap (2 Md€) : 490 000 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en France à la rentrée 2021 pour 85% d'entre eux en milieu ordinaire. Enfin, l'État prend en charge des exonérations de cotisations pour 1 Md€.

Les **départements** couvrent 13% des dépenses (8 Md€), dont la majorité en frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés via l'aide sociale à l'hébergement (ASH, -6 Md€ en 2022). Les départements financent aussi des prestations pour un total de 2 Md€ en 2022, ils couvrent entièrement l'ACTP et cofinancent la PCH.

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

Graphique 11 • Répartition du volet « Personnes en situation de handicap ou d'invalidité » de l'ENSA par financeurs, en 2022



Source : DSS/SDEPF/GCsur données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP

Tableau 12 • Dépenses de soutien à l'autonomie des personnes handicapées, en 2022

Dépenses en faveur des personnes en situation de handicap	Montants 2022 (Md €)	Part, en %
<b>Sécurité sociale</b>	<b>31,0</b>	<b>54%</b>
<b>Branche autonomie - CNSA</b>	<b>17,0</b>	<b>30%</b>
ONDAM médicosocial - personnes en situation de handicap	13,9	24%
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	1,4	2%
Transferts aux départements (PCH et MDPH)	1,2	2%
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement (charges nettes)	0,0	0%
Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation	0,3	0%
Dépenses d'animation, prévention et études et autres actions	0,2	0%
<b>Branche maladie - CNAM</b>	<b>8,4</b>	<b>15%</b>
Pension d'invalidité et allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	8,4	15%
Action sociale du FNASS	0,0	0%
<b>Branche ATMP</b>	<b>5,4</b>	<b>9%</b>
Rentes d'incapacité permanente	5,4	9%
<b>Branche famille</b>	<b>0,1</b>	<b>0%</b>
Allocation de présence parentale	0,1	0%
<b>Etat</b>	<b>18,1</b>	<b>31%</b>
<b>Programme "Handicap et dépendance"</b>	<b>14,1</b>	<b>25%</b>
dont ressources d'existence (allocation adulte handicapé : AAH)	11,9	21%
dont incitation à l'activité professionnelle (garantie de ressources des travailleurs handicapés)	1,4	3%
Compensation des conséquences du handicap (dont instituts nationaux, fonds de compensation aux MDPH, FIAH...)	0,0	0%
dont exonérations et réductions d'impôts	0,7	1%
<b>Autres programmes</b>	<b>2,7</b>	<b>5%</b>
dont inclusion scolaire des élèves en situation de handicap du programme "Vie de l'élève"	2,2	4%
dont mesures en faveur de l'emploi des personnes handicapées du programme "Accès et retour à l'emploi"	0,4	1%
dont allocations temporaires d'invalidité	0,1	0%
<b>Compensation d'exonérations de cotisations*</b>	<b>1,3</b>	<b>2%</b>
<b>Départements</b>	<b>7,7</b>	<b>13%</b>
Frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés	5,6	10%
Prestations ACTP et PCH	2,1	4%
AGEFIPH	0,5	1%
FIPHFP	0,1	0%
<b>Total Personnes en situation de handicap</b>	<b>57,4</b>	<b>100%</b>

Source : DSS/SDEPF/6C sur données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP

#### 4. Les dépenses publiques couvertes par l'ENSA ont augmenté de 2,6 % par an depuis 2010

Les dépenses incluses dans le champ de l'ENSA ont augmenté de 20 Md€<sub>2022</sub> entre 2010 et 2022, passant de 62,4 Md€<sub>2022</sub> à 85,1 Md€<sub>2022</sub>, soit une hausse de 33% en euros constants 2022 (cf. graphique 12).

**La sécurité sociale (y compris branche autonomie<sup>3</sup>), dont les dépenses ont augmenté de 32% sur la période, soit une croissance annuelle moyenne de 2,3 %, a le plus contribué à la hausse de l'ENSA, avec un accroissement des financements à sa charge de 12,7 Md€<sub>2022</sub> soit 60 % des financements supplémentaires. L'augmentation des dépenses de sécurité sociale explique ainsi la moitié de la progression de l'ENSA (20 points sur les 35% de hausse de l'ENSA). Cette hausse a en majeure partie été orientée vers le financement des EHPAD.**

**L'État est le second acteur ayant le plus contribué à la hausse de l'ENSA, après la sécurité sociale. Ses dépenses ont augmenté de 74% sur la période (+ 4,7 % par an en moyenne), passant de 11,3 Md€<sub>2022</sub> à 19,6 Md€<sub>2022</sub>, et expliquant 13 points de la hausse globale de 35% de l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie sur la dernière décennie (cf. tableau 13). Cette hausse est portée par l'instauration des exonérations de cotisations pour l'aide à domicile pour personne fragile transféré à l'Etat en 2017 (auparavant compensé par la Sécurité sociale).**

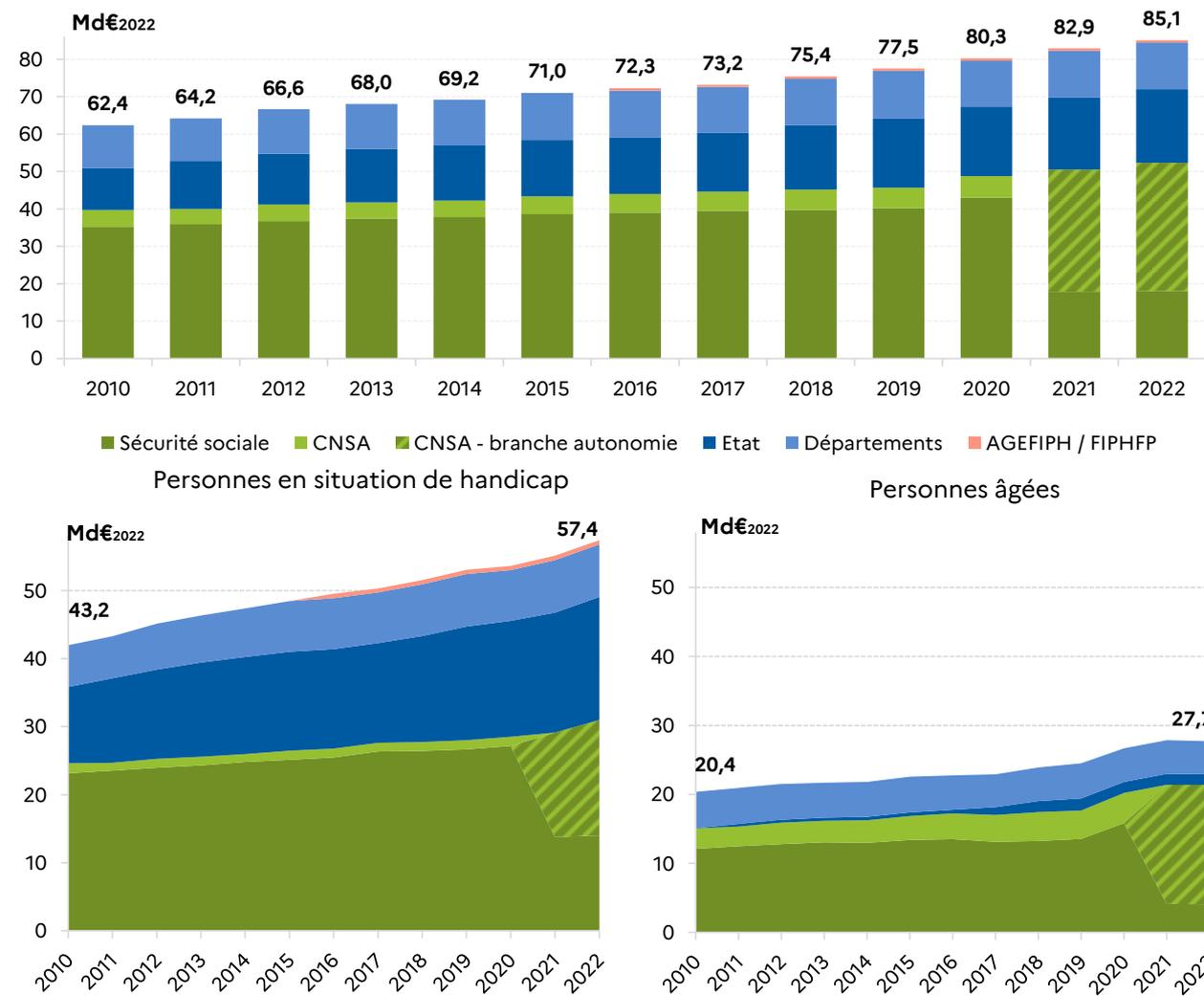
<sup>3</sup> A des fins de comparaison, les dépenses couvertes par la Cnsa antérieurement à la création de la branche en 2021 sont incluses dans l'agrégat sécurité sociale sur toute la période.

Tableau 13 • Évolution des dépenses de l'ENSA entre 2010 et 2022 (Md€ constants 2022)

	2010	2022	Ecart en Md€	Répartition des financements supplémentaires	Evolution en %	Evolution annuelle moyenne en %	Contribution à la croissance
Sécurité sociale	39,7	52,4	12,7	56%	32%	2,3%	20 pts
Etat	11,3	19,6	8,3	37%	74%	4,7%	13 pts
Départements	11,4	12,5	1,1	5%	10%	0,8%	2 pts
AGEFIPH / FIPHFP	0,0	0,6	0,6	3%	++	++	1 pts
Ensemble	62,4	85,1	22,8	100%	36%	2,6%	36 pts

Source : DSS/SDEPF/6C sur données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP

Graphique 12 • Évolution des dépenses de l'ENSA entre 2010 et 2022, en Md€2022



Source : DSS/SDEPF/6C sur données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP

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

De plus, les financements consacrés à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap sont orientés à la hausse sur la période, ils ont été multiplié par 8 depuis 2010 pour atteindre 2,2 Md€ en 2022. Ils sont particulièrement dynamiques depuis 2017, et ont été multiplié par 2,5 en quatre ans, malgré un ralentissement depuis 2020 (+46% en 2018, +32% en 2019, +14% en 2020 et en 2021 et +10% en 2022).

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

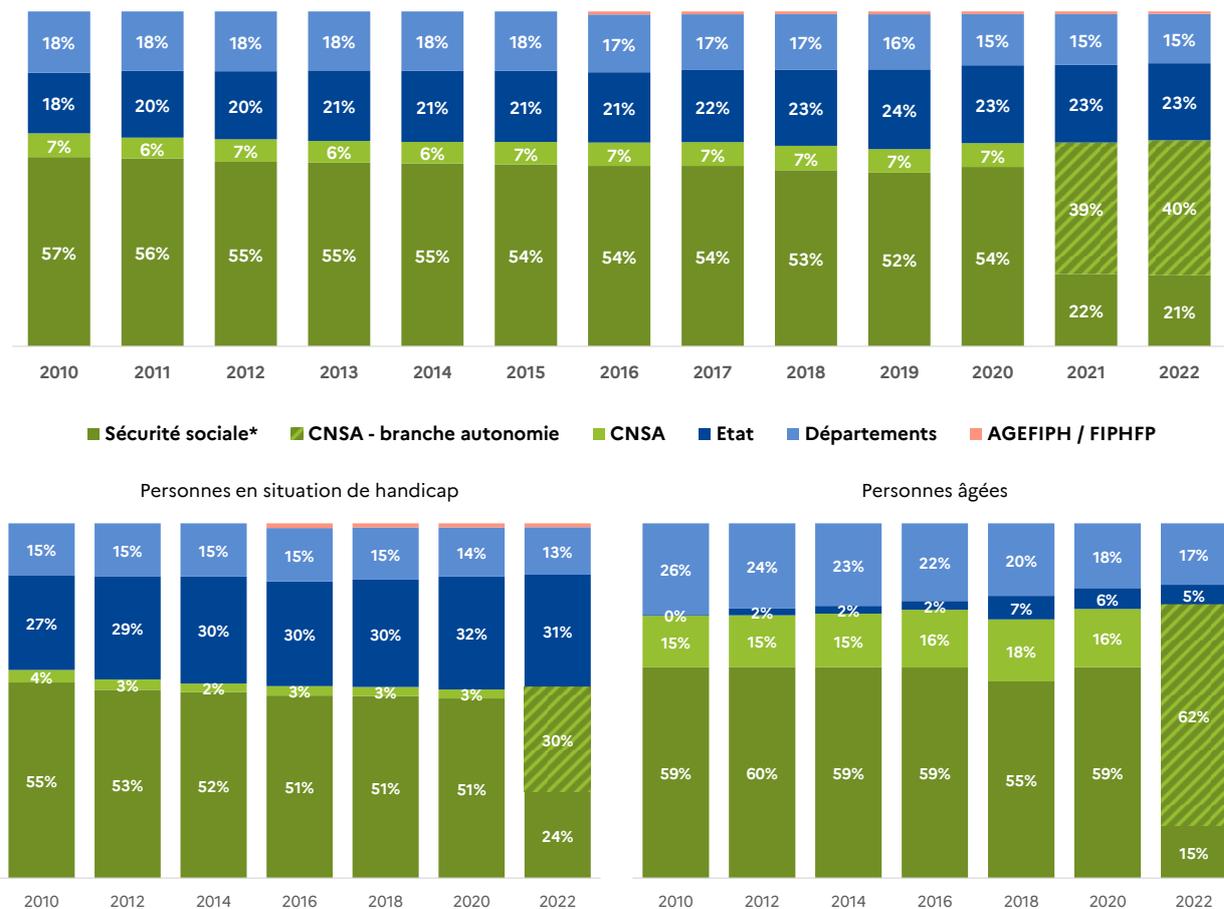
**Les financements en provenance des départements ont augmenté de 10% entre 2010 et 2022 (+1 Md€<sub>2022</sub>),** contribuant pour 2 points à la hausse globale de l'ENSA sur la période. Cette progression s'explique essentiellement par l'augmentation des financements dédiés aux personnes en situation de handicap (+26% soit 1,6 Md€<sub>2022</sub>), du fait du dynamisme de la PCH. Les financements dédiés aux personnes âgées en perte d'autonomie ont à l'inverse légèrement diminué, du fait d'une participation de la CNSA en hausse, notamment depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 (ASV).

En conséquence, **la part de la dépense publique prise en charge par chaque financeur a légèrement évolué entre 2010 et 2022** (cf. graphique 13) : la part des départements s'est réduite, passant de 18% à 15% de l'ensemble des dépenses, tandis que celles de l'État a augmenté de 3 points, pour atteindre 23% en 2021. La part de la CNSA et de la sécurité sociale est restée stable sur la dernière décennie (autour de 62%).

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

2022 marque un fort ralentissement étape de l'augmentation des financements dédiés à l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées dont la croissance a été particulièrement importante en 2020 et 2021 en conséquences des mesures exceptionnelles mises en place dans le contexte de crise sanitaire +14% entre 2019 et 2021. Les dépenses publiques liées au handicap progressent de +4% en 2022.

Graphique 13 • Évolution 2010-2022 de la répartition par financeur de l'ENSA



Source : DSS/SDEPF/6C sur données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP







**GOVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*