

**RAPPORT D'ÉVALUATION DES
POLITIQUES DE SECURITE SOCIALE
AUTONOMIE**

PLFSS 2022

L'article L0111-4 du code de la sécurité sociale prévoit que « sont jointes au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année des annexes présentant, pour les années à venir, les programmes de qualité et d'efficience relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale ; ces programmes comportent un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours ».

Les six rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS), qui prennent la suite des programmes de qualité et d'efficience (PQE), sont ainsi destinés à mesurer la performance des politiques de sécurité sociale et leur impact sur les conditions de vie des Français. Ils se composent de trois parties:

- une synthèse qui rappelle les objectifs assignés aux politiques de sécurité sociale dans chacun des domaines couverts, résume les principaux résultats obtenus, et précise les actions mises en œuvre par le Gouvernement et les acteurs du système de sécurité sociale afin de poursuivre ou d'infléchir ces résultats ;
- des indicateurs de cadrage permettant d'appréhender l'évolution des politiques structurantes de chaque domaine, au regard du contexte économique, sanitaire, social et financier ;
- des indicateurs objectifs/résultats qui détaillent les évolutions observées au regard de chacun des objectifs.

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

SOMMAIRE

SYNTHESE	7
Chiffres clés	13
1. Données de cadrage	15
Dépenses en faveur du soutien à l'autonomie et population couverte	17
1.1. Populations en situation de handicap ou de perte d'autonomie	17
1.2. Dépenses publiques liées au handicap et à la perte d'autonomie	19
1.3. Financement des dépenses d'APA et de PCH	23
Prestations en faveur du soutien à l'autonomie	25
1.4. Prestation de compensation du handicap (PCH) et allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	25
1.5. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	30
1.6. Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	34
1.7. Allocation aux adultes handicapés (AAH)	36
1.8. Pensions d'invalidité	39
1.9. Dispositifs à destination des proches aidants	42
Etablissements et services pour des personnes en perte d'autonomie	44
1.10. Equipements et services accompagnant les enfants et adultes handicapés	44
1.11. Equipements et services accompagnant les personnes âgées de plus de 75 ans	47
1.12. Dispositifs d'hébergement temporaire et d'accueil de jour	50
2. Objectifs / Résultats	54
Objectif n°1 : Assurer un niveau de vie adapté aux personnes en perte d'autonomie	58
2.1. Assurer un niveau de vie adapté aux personnes en situation de handicap	58
2.1.1. Limiter le taux de pauvreté des personnes en situation de handicap	58
2.1.2. Contribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) au pouvoir d'achat de ses bénéficiaires	61
2.2. Assurer aux bénéficiaires de pensions d'invalidité des ressources suffisantes	62
2.3. Assurer un niveau de vie adapté aux personnes âgées en perte d'autonomie	65
2.3.1. Diminuer la part des dépenses restant à la charge des personnes dont la perte d'autonomie est la plus sévère	65
2.3.2. Garantir un reste à charge plus bas aux personnes dont les ressources sont les plus faibles	69
Objectif n°2 : Répondre au besoin d'autonomie des personnes	71
2.4. Favoriser l'accès en milieu ordinaire	71
2.4.1. Favoriser la scolarisation des enfants en situation de handicap	71
2.4.2. Permettre aux personnes en situation de handicap d'être en emploi	73
2.5. Permettre aux personnes en perte d'autonomie de vivre plus souvent à domicile	75
2.5.1. Favoriser le maintien à domicile des bénéficiaires de l'APA	75
2.5.2. Développer des services pour personnes handicapées, enfants et adultes, dans les structures médico-sociales	77
2.5.3. Etendre la part des services pour personnes âgées de plus de 75 ans dans les structures médico-sociales	79
2.6. Adapter les logements pour permettre le maintien à domicile	80
Objectif n°3 : Garantir une offre adaptée sur tout le territoire	81
2.7. Simplifier l'accès aux droits pour les personnes en situation de handicap	81

2.8. Réduire les disparités territoriales de prise en charge des enfants en situation de handicap	83
2.9. Réduire les disparités territoriales de prise en charge des adultes en situation de handicap	85
2.10. Réduire les disparités territoriales de prise en charge de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.....	87
Objectif n°4 : Garantir la pérennité financière des actions portées sur le champ de l'autonomie à moyen terme	90
2.11. Garantir l'équilibre financier de la branche Autonomie.....	90
<i>Liste des sigles utilisés</i>	<i>93</i>

SYNTHESE AUTONOMIE

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

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

Ce rapport, consacré aux politiques de soutien à l'autonomie, a été rénové et étoffé cette année, dans le cadre de la création de la cinquième branche de la sécurité sociale. Il comporte désormais quatre objectifs principaux, afin de donner une vision globale des financements publics et de l'offre de service consacrés à l'autonomie, au-delà des seuls crédits gérés par la nouvelle branche :

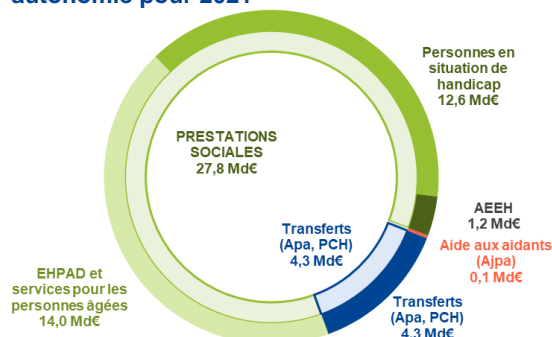
- 1/ assurer un niveau de vie adapté aux personnes en perte d'autonomie ;
- 2/ répondre au besoin d'autonomie des personnes ;
- 3/ garantir une offre adaptée sur tout le territoire ;
- 4/ garantir la pérennité financière des actions portées sur le champ de l'autonomie.

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

En 2020, l'effort national de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées s'élève à 76,6 milliards d'euros, dont un tiers en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et deux tiers à destination des personnes en situation de handicap (*indicateur n°1-2*).

L'effort national de soutien à l'autonomie se compose de la participation au financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des services pour personnes âgées (14 Md) et au financement des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap (enfants et adultes) (12,6 Md). Des transferts sont assurés vers d'autres organismes, principalement sous la forme de concours financiers aux départements, qui assurent notamment le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). La nouvelle branche autonomie finance, depuis début 2021, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), précédemment à la charge de la branche famille. Au total en 2021, les dépenses de la branche s'élèvent à 32,1 milliards d'euros (*graphique 1*).

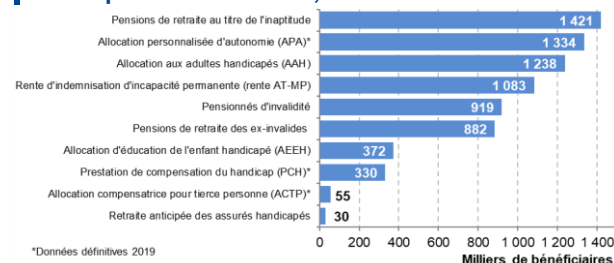
Graphique 1 • Prévisions de dépenses de la branche autonomie pour 2021



Champ : hors charges de gestion courante
Source : PLFSS 2022

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

Graphique 2 • Bénéficiaires des aides et dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, en 2020



Source : indicateur n°1.1

Des réformes structurantes de la branche autonomie de la sécurité sociale

Selon les évaluations les plus récentes de l'Insee, la **population des seniors (60 ans et plus) en perte d'autonomie, estimée à 2,5 millions en 2015, atteindrait près de 4 millions à l'horizon 2050**. Les personnes en perte d'autonomie sévère représenteraient 4,3 % de la population des seniors en 2050 contre 3,7 % en 2015.

L'enjeu de l'accompagnement des situations de perte d'autonomie – et du financement de la politique de soutien à l'autonomie est donc majeur afin de répondre à la hausse des besoins. La création de la branche, outre sa portée symbolique, doit permettre d'apporter les réponses à la hauteur de l'enjeu démographique.

Les rapports remis par Dominique Libault en mars 2019 (« Grand âge et l'autonomie ») et Myriam El Khomri fin

2019 pointaient à la fois les forts besoins de recrutement dans les métiers du grand âge, et le manque d'attractivité de ces métiers, dont les conditions d'exercice sont difficiles et pour lesquels les rémunérations sont faibles.

Depuis, plusieurs réformes ont permis une augmentation des salaires des professionnels accompagnant les personnes âgées ou en situation de handicap, pour un coût cumulé pour la branche autonomie de plus de 2,8 Md€ en 2022 par rapport à 2019.

Dans le contexte de crise sanitaire, le **Ségur de la santé** a d'abord porté une hausse des rémunérations des personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics et privés (pour 345 M€ en 2020, puis 1,9 Md€ et 2,1 Md€ en cumul en 2021 et 2022, respectivement). Plus précisément, les professionnels non médicaux des établissements de santé et des EHPAD publics et privés non lucratifs ont bénéficié d'une **revalorisation de 183 € nets par mois¹**, à laquelle s'ajoute une hausse de 35 € par mois en moyenne pour les personnels au contact des patients (aides-soignants, infirmiers, personnels des filières rééducation et médico-technique).

En 2021, ces revalorisations salariales ont été étendues, dans le cadre de l'accords de méthode de la mission confiée à Michel Laforcade, aux professionnels de SSIAD ne relevant pas de la branche de l'aide à domicile, aux ESSMS publics financés par l'Assurance maladie et aux soignants du secteur privé non lucratif, pour un coût pour la branche autonomie de 50 M€ en 2021 et 470 M€ en cumul en 2022.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En parallèle, l'État finance l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) aux personnes dont la pension d'invalidité ne serait pas suffisante pour leur garantir un minimum de ressources. Cette prestation non contributive, qui complète la pension d'invalidité, est attribuée sous condition d'invalidité, de résidence et de ressources. En 2019, 9,2 % des titulaires d'une pension d'invalidité ont bénéficié de l'ASI (*indicateur n°2-2*).

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, la problématique du niveau de vie relève davantage du système de retraite. Le REPSS retraite comporte notamment des indicateurs sur le niveau des pensions ou du minimum vieillesse. Pour autant, l'un des objectifs des politiques en faveur de l'autonomie, consiste à limiter le reste à la charge de la personne en perte d'autonomie, en

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

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

EHPAD et à domicile dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie, dont 10 % reste en moyenne à la charge de la personne après crédit d'impôt. Ainsi, en moyenne, le reste-à-charge annuel serait de 600 € par an à domicile, et de 12 300 € par an en EHPAD (*indicateur n°2-3*).

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

Assurer un soutien à l'autonomie aux millions de personnes qui en ont besoin est un enjeu de société essentiel. Les réponses apportées s'appuient sur un ensemble de prestations et de services qui doivent permettre la mise en œuvre d'une autonomisation de la personne dans le respect de sa dignité et de sa citoyenneté.

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

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

Le taux de chômage des personnes en situation de handicap reste plus élevé que celui de la population globale, mais la situation s'améliore depuis 2019. Le nombre de demandeurs d'emploi handicapés a diminué de 3,8 % sur 2020, alors qu'on enregistre une augmentation de 5,1 % sur l'ensemble des publics sur l'année 2020. 80 % des salariés en situation de handicap travaillent en milieu ordinaire au cours des huit dernières années disponibles, la part des travailleurs handicapés dans l'effectif salarié total a progressé de 3,0 à 3,5 % (*indicateur n°2-4-2*). Un référent handicap est désormais obligatoire pour les entreprises de plus de 250 personnes et dans chaque centre de formation d'apprentis (CFA). L'emploi accompagné est mobilisé pour sécuriser l'emploi des travailleurs en situation de handicap recrutés et une aide à l'embauche spécifique a été déployée dans le cadre du Plan de relance (85 M€).

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

En 2019, les élèves en situation de handicap sont trois fois plus nombreux qu'en 2004 à être scolarisés dans un établissement ordinaire (*indicateur n°2-4-1*). Par exemple, 79 % des enfants souffrant d'autisme sont scolarisés en milieu ordinaire, dont 81 % à temps plein.

Plus 400 000 enfants en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée 2021. Le Gouvernement a fixé l'objectif de disposer de 10 306 ULIS en 2022 et de 385 classes adaptées à la scolarisation des enfants autistes. 125 500 accompagnants d'élèves en

situation de handicap (AESH) soutiennent la scolarisation 220 000 élèves.

Les enfants handicapés bénéficient de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), assortie ou non d'un complément en fonction des charges supportées par leur famille. En juin 2019, 372 000 enfants bénéficient de l'AEEH. Ce nombre a plus que doublé sur la période 2008-2020, soit une augmentation de 7 % en moyenne annuelle (*indicateur n°1-6*). Depuis le 1^{er} avril 2008, les familles peuvent, tout en conservant l'avantage de l'AEEH de base, exercer un droit d'option entre un complément de l'AEEH et la PCH, afin de bénéficier du dispositif le plus favorable à l'enfant.

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

L'offre d'accueil des personnes en situation de handicap a fortement progressé sous l'effet de programmes pluriannuel de création de places en établissements et services (programme 2008-2012, Plan Belgique et Stratégie Autisme 2018-2022). Depuis 2004, le nombre de places pour les adultes en situation de handicap, qui bénéficient d'un financement partagé entre la CNSA et les départements, a plus que doublé, s'établissant à 6 places pour 1 000 adultes en 2020 (2,6 hors ESAT). Les enfants en situation de handicap disposent de 10 places pour 1 000 enfants (*indicateur n°1-10*).

En 2020, sur le territoire national, l'assurance maladie concourt au financement de près de 370 000 places d'établissements et services pour les enfants et adultes handicapés dont les établissements et services d'aides par le travail (ESAT). Ces structures bénéficient d'un financement partiel ou total de la branche autonomie. Concernant les adultes handicapés, on compte près de 330 000 places d'établissements et services, dont environ 53 % dans les structures médico-sociales financées intégralement par l'assurance maladie en 2020 (*indicateur n°1-11*).

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

La part des services au sein des structures médico-sociales en faveur des personnes handicapées a connu une forte progression depuis 2006. Les services représentent, en 2019, 33 % de l'offre pour les enfants et 19 % pour les adultes (*indicateur n°2-5*). L'enjeu de leur développement est décliné dans les projets régionaux de santé des agences régionales de santé, ainsi que dans les CPOM conclus avec les établissements gestionnaires (*indicateur n°2-5-2*).

Au-delà de la prise en charge des besoins médico-sociaux, la compensation du handicap repose, depuis la loi sur le handicap de 2005, sur la prise en compte du projet de vie global des personnes, au moyen de la prestation de compensation du handicap (PCH). Celle-ci est une aide personnalisée et modulable en fonction des besoins de chaque bénéficiaire et comporte cinq volets (aides humaines, techniques, liées au logement et au véhicule, spécifiques, animalières). Plus de dix ans après la création de la PCH, le nombre total de demandes déposées auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) continue de connaître une évolution dynamique. En 2019, 330 500 personnes en bénéficient,

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

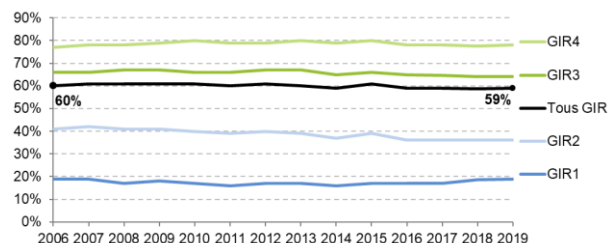
Un accompagnement progressif des personnes âgées dans la perte d'autonomie

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

Pour les personnes âgées, des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie sont développées. Ainsi, la proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile a augmenté de 6 points entre 2003 et 2019 passant de 54 % à 60 %. Le relèvement des plafonds de l'APA pour tous les niveaux de GIR (de 100 € pour le GIR 4 à 400 € pour le GIR 1) en 2016 a permis de renforcer l'accompagnement des personnes dont la perte d'autonomie est la plus sévère (*indicateur n°2-5-1*).

Prolonger cette évolution au cours des prochaines années constitue un enjeu majeur, afin que la proportion de personnes âgées bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie vivant à domicile est stable : 59 % en 2019 (graphique 3, *indicateur n°2-5-1*).

Graphique 3 • Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le degré de dépendance



Source : Drees.

À cet égard, afin de favoriser le maintien à domicile, les plafonds nationaux des plans d'aide ont été augmentés le 1^{er} mars 2016, et l'accessibilité financière de l'aide a été renforcée, permettant de diminuer la participation financière de ceux dont les plans d'aide sont importants et dont les revenus sont les plus faibles (*indicateur n°2-3*).

Soutenir les proches aidants

Par ailleurs, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a contribué à apporter un soutien aux proches aidants qui accompagnent les bénéficiaires de l'APA, par l'instauration d'un « module répit » à compter du 1^{er} mars 2016, et par la mise en place d'un relais en cas d'hospitalisation de l'aidant. Ces dispositions complètent d'autres politiques publiques qui visent à compenser l'incidence de la perte d'autonomie ainsi que la charge qu'elle représente pour les aidants familiaux.

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

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

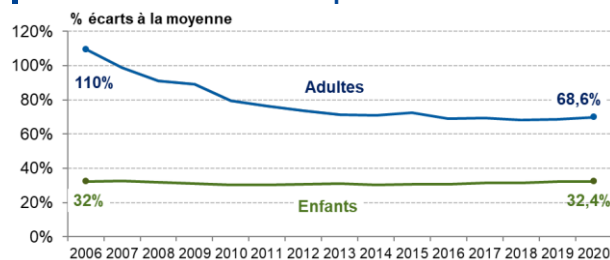
La stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022, en particulier, s'articule autour de six priorités : rompre l'isolement des proches aidants et les soutenir au quotidien dans leur rôle ; ouvrir de nouveaux droits sociaux aux proches aidants et faciliter leurs démarches administratives ; permettre aux aidants de concilier vie personnelle et professionnelle ; accroître et diversifier les solutions de répit ; agir pour la santé des proches aidants ; épauler les jeunes aidants. Dans ce cadre, la LFSS 2020 a prévu la possibilité d'indemnisation du congé proche aidant par l'allocation journalière du proche aidant (AJPA), qui compense une partie de la perte de salaire de l'aidant qui réduit ou interrompt son activité professionnelle pour s'occuper d'un proche bénéficiaire de l'APA ou de la PCH.

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

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

Le graphique 4 montre que des disparités territoriales subsistent, malgré un certain rattrapage de l'offre d'accueil dans les territoires les moins bien dotés (*indicateur n°2-8 et n°2-9*). Ces disparités demeurent plus élevées pour les adultes que pour les enfants en situation de handicap, bien qu'elles tendent à diminuer avec un rééquilibrage par des créations de places en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisés (FAM), ainsi qu'avec le développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Graphique 4 • Écarts départementaux de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés



Champ : hors ESAT.

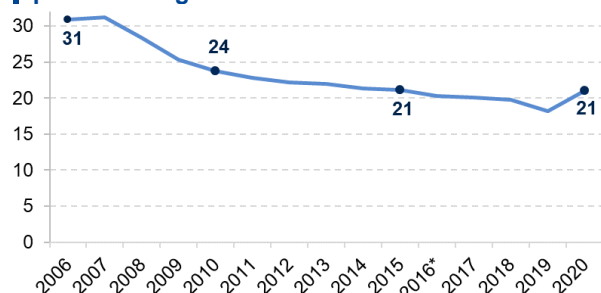
Source : Finess, Insee, traitements CNSA.

L'offre de places en établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées en perte d'autonomie apparaît répartie de façon plus homogène sur le territoire que celle destinée aux personnes handicapées. En 2020, on dénombre 909 600 places dans les structures de service ou d'hébergement pour personnes âgées de plus de 75 ans (en dehors des services d'aide et d'accompagnement à domicile – SAAD). Environ 87 % des places appartiennent à des structures médicalisées et bénéficient à ce titre d'un financement de l'assurance maladie (*indicateur n°1-10*). Les disparités qui subsistent se concentrent toujours sur l'offre en institution (qui représente 80 % de l'offre médico-sociale pour personnes

âgées), tandis que la progression du nombre de places en services de soins réduit les écarts territoriaux. Cependant, les taux d'équipement apparaissent les plus faibles là où les densités d'infirmiers sont les plus fortes ce qui est susceptible de compenser en partie les déséquilibres observés. Enfin pour faciliter l'accès aux structures et simplifier les démarches administratives des usagers, le dossier unique d'admission en EHPAD, prend désormais en compte les volets permanent et temporaire de l'accueil.

Hors SAAD, la part des dispositifs qui favorisent le maintien à domicile des personnes âgées – services de soins infirmiers à domicile, accueil de jour et hébergement temporaire – dans l'ensemble des structures médico-sociales accueillant des personnes âgées s'établit en 2020 à 21 %, en hausse de 5 points depuis 2006 (*indicateur n°2-5-3, cf. graphique 5*).

Graphique 5 • Ecart interdépartemental en matière de nombre de structures médico-sociales pour personnes âgées



Note : L'écart interdépartemental est mesuré par des coefficients de variation. Plus l'écart type relatif est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution de l'écart type signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

Source : Finess, traitements Cnsa.

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

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

Le solde de la CNSA s'est établi à -0,6 Md€ en 2020. Cette dégradation (après un excédent de 0,1 Md€ en 2019) s'explique essentiellement par des dépenses exceptionnelles et des recettes de contributions moindres du fait de la crise sanitaire. La CNSA a toutefois bénéficié de financements en hausse en provenance de la branche maladie pour faire face aux dépenses liées à la pandémie : la dotation au titre de l'ONDAM médicosocial a été augmentée de 2,4 Md€ par rapport à l'objectif initial pour compenser les dépenses supplémentaires d'OGD et limiter le déficit de la CNSA.

En 2021, le déficit de la branche autonomie serait de 0,4 Md€.

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

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

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

La CNSA cofinance, avec les départements, les prestations de compensation du handicap (PCH) et de prise en charge de la perte d'autonomie (APA). Concernant l'APA, la part apportée par la CNSA s'établit à 40,4 % en 2020 (*indicateur n°1-3*). S'agissant de la PCH, le taux de couverture des dépenses par la CNSA s'établit à 28,6 % en 2020, en baisse comparativement au début des années 2010, traduisant le dynamisme des dépenses liées à cette prestation (*indicateur n°2-11*).

Conclusion

En 2020, l'effort national de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées représente 76,6 milliards d'euros. Les moyens mobilisés permettent d'offrir une large palette de services et de prestations concourant à l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap. Il subsiste néanmoins des axes d'amélioration :

- Alors que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie est amené à croître significativement, la réorientation de l'offre vers des accompagnements à domicile plutôt qu'en établissement doit s'inscrire dans la durée (les revalorisations salariales récentes ainsi que la réforme des modalités de financement des services à domicile prévue dans le PLFSS 2022 y contribueront) ;
- Les efforts engagés pour améliorer l'offre d'accueil en établissement des personnes âgées et des personnes handicapées (accroissement du nombre de places et du degré de médicalisation) doivent se poursuivre, en particulier dans les EHPAD, la crise sanitaire ayant à nouveau mis en lumière des marges de progrès pour l'accompagnement des résidents (outre le volet investissement du « Ségur », le renforcement des moyens prévus dans le PLFSS 2022 y contribuera) ;
- À la suite de la création de la cinquième branche, une attention accrue doit être portée à l'équité de traitement sur le territoire, ce qui suppose une harmonisation des pratiques entre les départements pour l'attribution des prestations individuelles telles que l'APA et la PCH. La recherche de la meilleure adéquation des moyens selon les besoins des territoires pour l'offre d'ESMS doit pouvoir s'appuyer sur le développement de SI performants ;
- Enfin, la création d'une branche à part entière de sécurité sociale consacrée à l'autonomie doit conduire à un renforcement du pilotage financier des dépenses (pilotage par la performance des ESMS, recherche d'une meilleure adéquation aux besoins des prestations individuelles, etc.).



76,6 Md€

d'effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie

(+23 % en € constants depuis 2010)

Fiche 1.2



24,9 Md€

de dépenses publiques pour les personnes âgées en perte d'autonomie

(+26 % en € constants depuis 2010)

Fiche 1.2



51,7 Md€

de dépenses publiques pour les personnes en situation de handicap

(+21 % en € constants depuis 2010)

Fiche 1.2



330 000

bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH)

(154 000 en 2010)

Fiche 1.1



1,3 million

bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

(1,2 million en 2010)

Fiche 1.1



59 %

des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile

(61 % en 2010)

Fiche 2.7



28 %

des plans d'aide APA à domicile en GIR 1 sont au plafond

(7% en GIR 4)

Fiche 2.3



0,4 Md€

de déficit de la branche autonomie en 2021

Fiche 2.10

En 2020, les 10 départements les mieux dotés comptent :

1,8

places pour enfants en situation de handicap en établissements ou services médico-sociaux pour 100 enfants

(0,7 pour les 10 départements les moins bien dotés)

Fiche 2.2

17,6

places en établissements médico-sociaux pour 100 personnes âgées

(9,2 pour les 10 départements les moins bien dotés)

Fiche 2.5

1. DONNEES DE CADRAGE

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

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

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

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) vise à compenser les frais d'éducation et de soins apportés aux enfants ou aux adolescents présentant un taux d'incapacité d'au moins 80 %. Lorsque le taux d'incapacité, sans atteindre 80 %, est au moins égal à 50 %, l'AEEH peut être attribuée si l'enfant fréquente un établissement qui assure, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux jeunes handicapés, ou dans le cas où l'état de l'enfant exige le recours à un dispositif adapté ou d'accompagnement ou à des soins dans le cadre des mesures préconisées par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). En 2020, l'AEEH a été versée pour 372 000 enfants de moins de 20 ans en situation de handicap (tous régimes, cf. graphique 1 et indicateur n°1-6). Cette allocation peut éventuellement être complétée par d'autres prestations. Les bénéficiaires peuvent ainsi opter pour un **complément d'AEEH**, dont le montant varie selon le niveau de handicap de l'enfant et ses conséquences financières (dépenses mensuelles liées au handicap, embauche d'un tiers, conséquences sur l'activité professionnelle des parents) ou pour la **prestation de compensation du handicap** si les bénéficiaires sont exposés, du fait du handicap de leur enfant, à des charges relevant effectivement de la prestation de compensation du handicap (cf. infra). Il est également possible de cumuler le complément AEEH avec le 3^{ème} élément de la PCH (prise en charge des frais liés à l'aménagement du logement/véhicule, ou des surcoûts liés au transport).

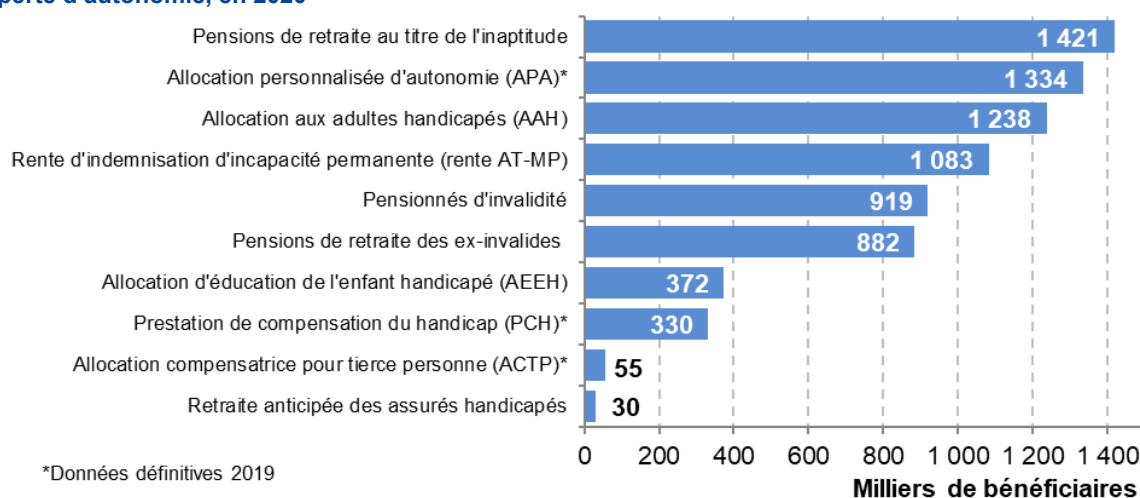
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou la majoration pour tierce personne (adossée aux pensions d'invalidité) viennent en complément de ces

prestations en cas de besoin de l'aide d'une tierce personne. Environ 55 000 personnes ont perçu l'ACTP en 2019. Depuis 2006 et la création de la PCH, l'ACTP n'enregistre plus de nouveau bénéficiaire, les effectifs concernés ont donc baissé de 40 % depuis 2010. La **prestation de compensation du handicap (PCH)** vise comme l'ACTP ou l'AEEH à compenser les conséquences d'un handicap, via un financement partiel du recours aux aides humaines, techniques, animalières ou liées à l'aménagement du logement et du véhicule. A la fin 2019, 330 000 personnes ont un droit ouvert à cette prestation. La PCH est encore dans sa phase de montée en charge, au sens où le rythme de croissance du nombre de ses bénéficiaires est supérieur à celui de la population dans son ensemble ; depuis 2010, son nombre de bénéficiaires a augmenté en moyenne de +9 % par an.

Lorsque, suite à un accident ou une maladie d'origine non professionnelle, la capacité de travail est réduite d'au moins deux tiers, les adultes de 20 ans et plus qui ont déjà cotisé à la sécurité sociale peuvent bénéficier d'une **pension d'invalidité** dont le montant dépend du salaire antérieur et du degré d'incapacité. Si l'invalidité est d'origine professionnelle, les individus peuvent se voir octroyer une **rente d'indemnisation en cas d'incapacité permanente (IP)**. En 2020, 0,9 million de personnes ont reçu une pension d'invalidité et 1,1 million une rente au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière, accordée sous conditions de ressources, qui permet d'assurer un revenu minimum aux adultes de 20 ans et plus présentant un taux d'incapacité d'au moins 80 %. L'AAH peut être versée à des adultes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 80 % ; le demandeur doit, pour cela, être âgé de moins de 60 ans. De plus, la CDAPH doit lui avoir reconnu, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. En 2020, 1,24 million de personnes ont bénéficié de cette allocation (cf. indicateur n°1-6).

Graphique 1 • Bénéficiaires des aides et dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, en 2020



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

Le dispositif de retraite au titre de l'inaptitude au travail ou de l'invalidité permet à certains assurés de bénéficier du taux plein pour la retraite dès l'âge légal.

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

Cela concerne également les personnes reconnues inaptes au travail, c'est-à-dire qui ne sont pas en mesure de poursuivre l'exercice de leur emploi sans nuire gravement à leur santé. Les bénéficiaires de l'AAH, notamment, se voient attribuer automatiquement le taux plein au titre de l'inaptitude. Ces populations représentent

respectivement 0,9 et 1,4 million de bénéficiaires (tous régimes) en 2020. En outre, 30 000 personnes ont bénéficié du **dispositif dérogatoire de retraite anticipée pour les personnes handicapées (RATH)**.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans dont le niveau de perte d'autonomie se situe entre 1 et 4 sur une échelle allant jusqu'à 6, du plus au moins dépendant. Plus de 1,3 million de bénéficiaires de l'APA ont été dénombrés en 2019 (*cf. indicateur n°1-6*).

Tableau 1 • Règles d'attribution des différentes aides

	Conditions d'accès			Type d'aide	Montant variable		Prestations complémentaires	Financier
	Age	Niveau de handicap/taux d'incapacité	Conditions de ressources		selon les ressources	selon l'incapacité		
AEEH	< 20 ans	Taux d'incapacité ≥ 50%	Non	Allocation mensuelle forfaitaire	Oui	Non	Complément d'AEEH ou PCH	Sécurité sociale
ACTP	≥ 20 ans	Taux d'incapacité ≥ 80%	Oui	<i>L'ACTP a été remplacée en 2006 par la PCH mais les personnes qui la percevaient avant peuvent continuer d'en bénéficier.</i>				Département
PCH	< 60 ans	Difficulté absolue pour réaliser 1 activité de la vie courante	Non	Prise en charge de certaines dépenses liées au handicap	Oui	Oui (modulée selon les besoins)	AEEH ou AAH	Département/ CNSA
Pension d'invalidité	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Réduction d'au moins 2/3 la capacité de travail ou de gain.	Non mais condition de durée minimale cotisée	% du salaire annuel moyen (/10 meilleures années)	Non	Oui	Majoration pour tierce personne / Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	Sécurité sociale
Indemnisation en cas d'IP	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Incapacité partielle permanente (IPP) ≥ 25%	Non mais l'incapacité doit être liée à une maladie professionnelle	Taux IPP < 10% : Indemnité forfaitaire en capital Taux IPP ≥ 10% : rente viagère	Non	Oui	Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)/ majoration pour tierce personne (MTP)	Sécurité sociale
AAH	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Taux d'incapacité ≥ 50%	Oui	Allocation mensuelle différencielle	Oui	Non	Complément de ressources / majoration pour la vie autonome	Etat
Pension d'inaptitude	> 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)		Dispositif dérogatoire permettant de partir en retraite au taux plein dès l'âge légal.				Sécurité sociale
RATH	Entre 55 ans et l'âge légal de départ en retraite	Incapacité permanente ≥ 50%	Non mais condition de durée minimale cotisée à la sécurité sociale	Dispositif dérogatoire permettant de partir en retraite au taux plein quelle que soit la durée d'assurance				Sécurité sociale
APA	> 60 ans	Rattachement à l'un des groupes 1 à 4 de la grille AGGIR	Non	Pas de limite de durée.	Oui	Oui	Cumul possible avec d'autres revenus	Département/ CNSA

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

La description des aides présentées dans cet indicateur et détaillées dans le tableau ci-dessus correspond au cas général et ne couvre pas l'ensemble des conditions d'accès aux prestations.

Les données relatives à l'ACTP, la PCH et l'APA sont issues des résultats de l'enquête Aide sociale de la Drees auprès des conseils départementaux. Les effectifs de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP correspondent aux personnes ayant des droits ouverts au titre de la PCH et de l'ACTP et diffèrent du nombre de personnes qui bénéficient effectivement de cette prestation (*cf. précisions méthodologiques du sous-indicateur n°1-4*).

A l'inverse, pour l'APA, l'effectif correspond bien aux personnes qui ont perçu l'APA au mois de décembre.

Les données relatives aux bénéficiaires de l'AAH et de l'AEEH tous régimes ont été fournies par la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et la Mutualité sociale agricole (MSA). Pour l'AEEH, le nombre de bénéficiaires figurant dans le graphique correspond au nombre d'enfants percevant l'allocation.

Pour les effectifs de pensionnés d'invalidité, l'indicateur comptabilise les bénéficiaires de droits propres de moins de 60 ans affichés dans les comptes des différents régimes. Contrairement aux années précédentes, les données ne comprennent ni les bénéficiaires retraités ni les bénéficiaires de pension de conjoints survivants (*cf. indicateur n°1-10*). Ces données sont issues de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2020 hormis pour celles du régime général, qui sont directement fournies par la Cnam.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

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

Les dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées s'élevaient à 76,6 milliards d'euros en 2020, en augmentation de 4,0 % par rapport à 2019. 24,9 Md€ sont consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie et 51,7 Md€ aux personnes en situation de handicap ou d'invalidité (cf. tableaux 1 et 2).

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

Le périmètre retenu dans cet indicateur est celui des dépenses de dispositifs spécifiquement destinés aux personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap. Il inclut donc des dépenses de santé prises en charge en dehors du secteur médico-social (unités de soins de longue durée et une partie des dépenses de soins de ville - cf. *Précisions méthodologiques*) mais exclut les surcoûts pour les établissements hospitaliers. Par ailleurs, ne sont pas considérés ici les restes-à-charge des ménages (cf. indicateur 2-3).

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

En 2020, la moitié des financements publics liés au handicap et à la perte d'autonomie est prise en charge par la sécurité sociale (hors CNSA)

La **sécurité sociale** (hors CNSA) assume 54 % des dépenses publiques dédiées aux personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie (cf. graphique 1).

Sur le champ de la perte d'autonomie, il s'agit exclusivement de financements d'assurance maladie, permettant de couvrir les dépenses de soins des établissements et services médico-sociaux. Sur le champ du handicap, la branche maladie représente 75 % des dépenses de sécurité sociale. En 2017, le financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), auparavant assuré par l'Etat, a été transféré à l'assurance maladie pour un montant de 2 Md€. La participation de la branche famille, uniquement sur le champ du handicap, permet essentiellement le versement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (cf. indicateur 1-6). L'allocation adulte handicapé (AAH), si elle est versée par la CNAF et la MSA, est intégralement financée par l'Etat (cf. indicateur 1-7).

La **caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (CNSA), devenue en 2021 une nouvelle branche de sécurité sociale couvrant le risque autonomie, compte, en 2020, pour 7 % dans l'ensemble des dépenses de protection sociale afférentes aux personnes âgées (16 %

et en situation de handicap (2 %). La part de la CNSA dans les dépenses publiques d'accompagnement, relativement stable sur le champ du handicap, augmente à partir de 2016 sur le champ des personnes âgées, en conséquence de l'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Celle-ci accroît les montants des transferts aux départements dans le cadre de la revalorisation des plans d'aide APA à domicile (cf. indicateur 1-3).

L'**État** représente respectivement 6 % et 32 % de l'ensemble des financements dédiés aux personnes âgées en perte d'autonomie et en situation de handicap. Ceux-ci correspondent majoritairement aux crédits inscrits au programme « Handicap et dépendance » (pour 79 % du total). La participation de l'État comprend en outre le coût des pensions militaires d'invalidité (équivalentes sur ce champ aux pensions d'invalidité versées par l'assurance maladie), ainsi que des crédits relatifs à l'accompagnement scolaire des enfants handicapés et aux actions spécifiques des programmes « Vie scolaire » et « Accès et retour à l'emploi ». Les dépenses fiscales associées à ces autres programmes (hors « handicap et dépendance ») se sont élevées à 3,7 Md€ en 2020. Les exonérations de cotisations qui bénéficient aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes en situation de handicap qui emploient des personnes à domicile et représentaient une moindre recette pour la sécurité sociale jusqu'en 2016, sont depuis 2017 compensées par l'État. Elles se sont établies à 1,7 Md€ en 2020. De plus, depuis 2018, un crédit d'impôt permet de réduire de 50 % le reste à charge des bénéficiaires de l'APA à domicile au titre de l'aide humaine, pour un montant estimé de 461 M€ en 2020. Avant cette date, les bénéficiaires de l'APA à domicile pouvaient bénéficier d'une réduction d'impôt, dont le coût pour l'Etat est estimé à 280 M€ en 2017.

Les dépenses des **départements** représentent 16 % du financement (19 % sur le champ des personnes en perte d'autonomie et 14 % pour les personnes en situation de handicap). Cette part significative dans le financement s'explique par les lois de décentralisation du début des années 1980, qui ont donné aux départements des compétences accrues en matière d'aide sociale. Ce rôle est conforté par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, qui identifie le département comme chef de file de l'action sociale et médico-sociale. Ainsi, les Conseils départementaux ont géré l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) dès leur création. Les dépenses d'APA et de PCH sont présentées nettes des transferts CNSA.

En outre, les départements financent, pour les personnes âgées résidant en établissement, l'aide sociale à l'hébergement – présentée dans cette fiche nette de récupération auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires, de leurs héritiers et sur succession. Pour les personnes en situation de handicap, les départements prennent en charge, sous conditions de ressources, les frais de séjour en établissements ou services. Ceux-ci ne sont pas récupérables sur succession ou sur obligés alimentaires.

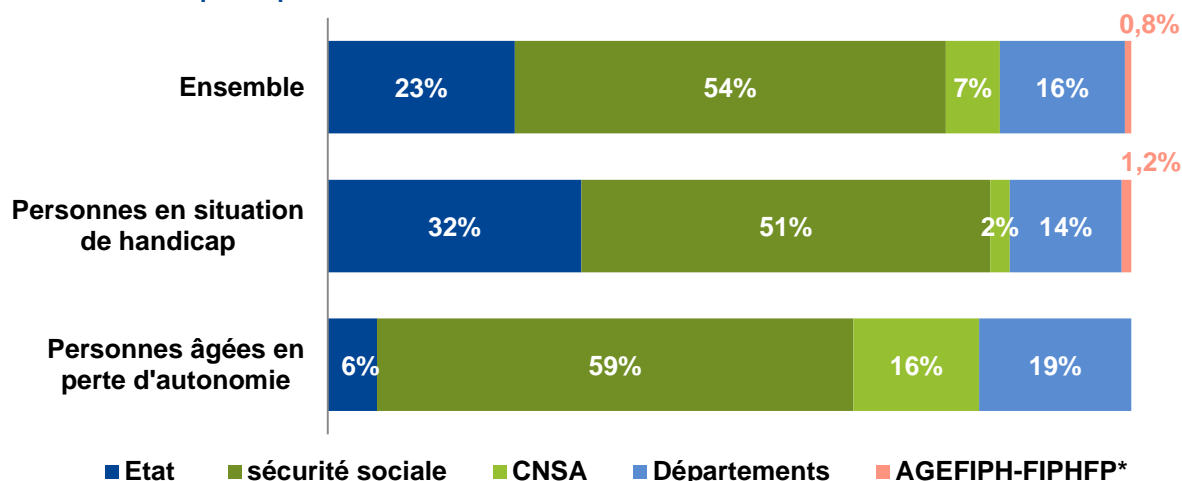
Enfin, l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (**AGEFIPH**) et

le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (**FIPHFP**) interviennent pour promouvoir l'insertion professionnelle des personnes handicapées à hauteur de 1 % des dépenses en faveur de cette population.

Les dépenses de prévention de la fragilité des personnes âgées se sont élevées, en 2019, à 1,6 Md€. Ces dépenses sont assumées aux deux-tiers par la sécurité sociale, il

s'agit de l'action sociale des Caisses de retraite (42 %) et du financement apporté par l'Assurance maladie pour les résidents en EHPAD et bénéficiaires de SSIAD classés en GIR 5 et 6 (cf. *Précisions méthodologiques*). La CNSA couvre 15 % de la dépense, principalement par le versement du forfait autonomie en résidence autonomie et le financement d'actions de prévention via la conférence des financeurs, dispositif phare de la loi d'adaptation de la société au vieillissement en 2015.

Graphique 1 • Répartition des dépenses de protection sociale liées à la prise en charge des personnes en situation de handicap et dépendantes en 2020



*FIPHFP données définitives 2019

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

Tableau 1 • Financements dédiés à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie

Dépenses en faveur des personnes handicapées	Montants 2020 (millions €)	Part, en %
Etat	16 300	32%
Programme "Handicap et dépendance"	12 881	25%
Ressources d'existence (AAH, FSI)	10 819	21%
Incitation à l'activité professionnelle (garantie de ressources des travailleurs handicapés)	1 375	3%
Compensation des conséquences du handicap (dont instituts nationaux, fonds de compensation aux MDPH, FIAH...)	15	0%
Exonérations fiscales	672	1%
Autres programmes	3 419	7%
Inclusion scolaire des élèves en situation de handicap du programme "Vie de l'élève"	1 773	3%
Mesures en faveur de l'emploi des personnes handicapées du programme "Accès et retour à l'emploi"	391	1%
Allocations temporaires d'invalidité du programme "Pensions civiles et militaires de retraite et allocations" temporaires d'invalidité	136	0%
Compensation d'exonérations de cotisations*	1 119	2%
CNSA	1 252	2%
Transferts aux départements (PCH et MDPH)	789	2%
Etablissements et services accueillant des personnes handicapées	347	1%
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement (charges nettes)	34	0%
Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation	64	0%
Dépenses d'animation, prévention et études et autres actions	17	0%
AGEFIPH	503	1%
FIPHFP	107	0%
Sécurité sociale	26 297	51%
Assurance maladie (nette des transferts CNSA)	19 731	38%
ONDAM médicosocial - personnes handicapées	12 012	23%
Pension d'invalidité	7 710	15%
Action sociale du FNASS	8	0%
Branche ATMP	5 308	10%
Rentes d'incapacité permanente	5 308	10%
Branche famille	1 259	2%
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	1 162	2%
Allocation de présence parentale	97	0%
Départements	7 205	14%
Frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés	5 261	10%
Prestations ACTP et PCH	1 944	4%
Total Personnes handicapées	51 665	100%

Dépenses en faveur de la prévention de la fragilité des personnes âgées	Montants 2020 (millions €)	Part, en %
CNSA	234	15%
Actions de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (conférence des financeurs...)	185	12%
Etablissements et services accueillant des personnes âgées (nets des transferts Assurance maladie), GIR 5-6	49	3%
Sécurité sociale	1 135	72%
Assurance maladie	471	30%
ONDAM médicosocial - personnes âgées	467	30%
Unités de soins de longue durée (USLD)	4	0%
Assurance retraite	664	42%
Action sociale	664	42%
Départements	202	13%
Frais de séjour en établissement pour personnes âgées (hors APA, dont aide sociale à l'hébergement)	202	13%
Total Personnes âgées	1 571	100%

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

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

Tableau 2 • Financements dédiés à la prise en charge des personnes en situation de handicap

Dépenses en faveur des personnes handicapées	Montants 2020 (millions €)	Part, en %
Etat	16 300	32%
Programme "Handicap et dépendance"	12 881	25%
Ressources d'existence (AAH, FSI)	10 819	21%
Incitation à l'activité professionnelle (garantie de ressources des travailleurs handicapés)	1 375	3%
Compensation des conséquences du handicap (dont instituts nationaux, fonds de compensation aux MDPH, FIAH...)	15	0%
Exonérations fiscales	672	1%
Autres programmes	3 419	7%
Inclusion scolaire des élèves en situation de handicap du programme "Vie de l'élève"	1 773	3%
Mesures en faveur de l'emploi des personnes handicapées du programme "Accès et retour à l'emploi"	391	1%
Allocations temporaires d'invalidité du programme "Pensions civiles et militaires de retraite et allocations" temporaires d'invalidité"	136	0%
Compensation d'exonérations de cotisations*	1 119	2%
CNSA	1 252	2%
Transferts aux départements (PCH et MDPH)	789	2%
Etablissements et services accueillant des personnes handicapées	347	1%
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement (charges nettes)	34	0%
Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation	64	0%
Dépenses d'animation, prévention et études et autres actions	17	0%
AGEFIPH	503	1%
FIPHP	107	0%
Sécurité sociale	26 297	51%
Assurance maladie (nette des transferts CNSA)	19 731	38%
ONDAM médicosocial - personnes handicapées	12 012	23%
Pension d'invalidité	7 710	15%
Action sociale du FNASS	8	0%
Branche ATMP	5 308	10%
Rentes d'incapacité permanente	5 308	10%
Branche famille	1 259	2%
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	1 162	2%
Allocation de présence parentale	97	0%
Départements	7 205	14%
Frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés	5 261	10%
Prestations ACTP et PCH	1 944	4%
Total Personnes handicapées	51 665	100%

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

Sources: CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHP ; calculs DSS (cf. précisions méthodologiques).

Des financements en hausse de 2,1 % en moyenne par an depuis 10 ans

Les dépenses relatives à l'accompagnement de la perte d'autonomie (hors dépenses de prévention) et du handicap ont respectivement augmenté de +26 % et de +21 % depuis 2010 hors inflation (cf. graphique 2). Cela représente 14 Md€₂₀₂₀ supplémentaires en dix ans.

Plus de la moitié de ces financements supplémentaires ont été pris en charge par la sécurité sociale, hors CNSA (+7,3 Md€₂₀₂₀).

L'État, avec 4,8 Md€₂₀₂₀ supplémentaires depuis 2010, est le second contributeur à la hausse des financements avec une évolution des dépenses de +3,2 % par an depuis 2010, il explique un tiers de la croissance globale. L'augmentation des financements, principalement pour les personnes en situation de handicap, résulte de deux phénomènes. D'abord, une augmentation importante des prestations monétaires (AAH et ASI), en hausse de 3,7 Md€₂₀₂₀ sur la période expliquée par la croissance des effectifs de bénéficiaires et des revalorisations de l'AAH nettement plus dynamiques que l'inflation (cf. indicateur 2-1-2). Ensuite, une forte croissance des financements dédiés à l'inclusion scolaire des élèves en

situation de handicap, qui ont été multipliés par 7 depuis 2010, avec des hausses importantes sur les années les plus récentes : +46 % entre 2017 et 2018 puis de +33 % entre 2018 et 2019 et de +14 % entre 2019 et 2020.

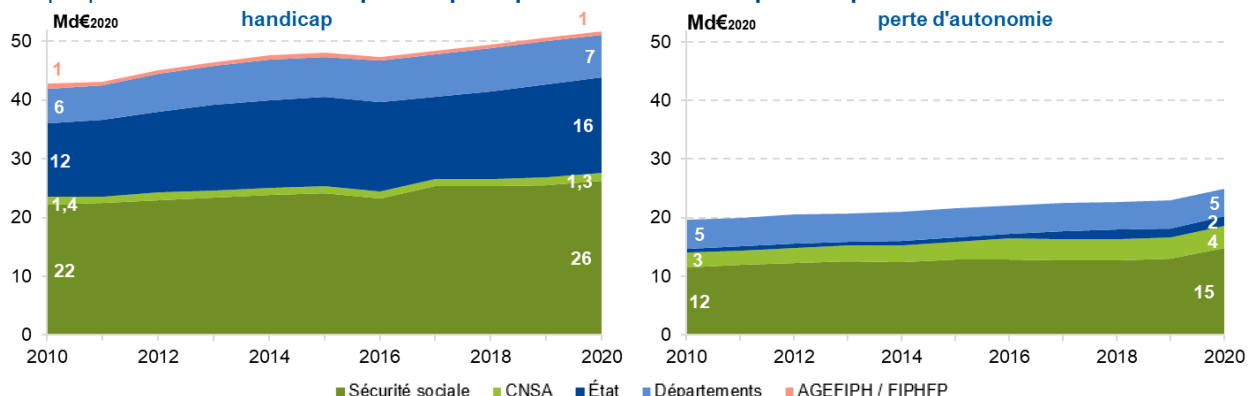
Entre 2010 et 2020, les financements par les départements augmentent de +10 %. Les dépenses liées aux personnes en situation de handicap augmentent de +22 % sur la période, soit +1,3 Md€, ce qui s'explique par la montée en charge de la PCH (cf. indicateur 1-1). Les financements dédiés aux personnes âgées en perte d'autonomie diminuent légèrement, du fait d'une participation de la CNSA en hausse depuis 2016, suite à la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV).

Les mesures exceptionnelles mises en place dans le contexte de crise sanitaire ont conduit à une augmentation des dépenses de 8,4 % entre 2019 et 2020 sur les financements dédiés à l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées. Il s'agit notamment de la compensation des surcoûts auxquels les EHPAD et les SSIAD ont été confrontés dans le cadre de la gestion de crise, ainsi que des pertes de recettes d'hébergement des EHPAD découlant du ralentissement des nouvelles admissions (0,7 Md€) et du versement d'une prise

exceptionnelle aux salariés des établissements sociaux et médico-sociaux au titre de leur engagement dans la crise sanitaire (0,5 Md€). L'année 2020 marque également la première étape de revalorisation des rémunérations des

professionnels des EHPAD dans le cadre du Ségur de la Santé (0,3 Md€). Les dépenses publiques liées au handicap progressent dans une moindre mesure : +4 % entre 2019 et 2020.

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



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

Précisions méthodologiques

Sources des données :

Les sommes allouées à la protection sociale des personnes handicapées et âgées dépendantes qui apparaissent dans les tableaux ci-dessus sont majoritairement issues des documents comptables des organismes financeurs.

Les montants des dépenses d'APA et de PCH des départements proviennent de la CNSA et de la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sur la base des données comptables des départements. Les montants d'aide sociale à l'hébergement et les frais de séjour en établissements et services pour personnes handicapées sont issus des données de l'enquête annuelle relative aux dépenses d'aide sociale des conseils départementaux (Drees).

Les montants des exonérations fiscales prises en charge par l'État sont issus des rapports annuels de financement annexé aux projets de loi de finances, ils couvrent les avantages fiscaux suivants, réductions d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes dépendantes accueillies en établissement spécialisé, au titre de l'invalidité, exonérations de l'APA et de la PCH. NB : dans les précédentes éditions, le coût représentatif de l'application d'un taux de TVA réduit pour les ventes portant sur certains appareillages, ascenseurs et équipements spéciaux pour les handicapés, était également pris en compte parmi les dépenses à la charge de l'État. Cette dépense (0,9 Md€ au titre de 2019 dans le REPS annexé au PLFSS 2021) n'est plus intégrée dans les comptes présentés ici : le taux réduit n'est plus considéré comme un taux dérogatoire. Toute la série du graphique 2 a été réévaluée pour prendre en compte ce nouveau traitement.

Les dépenses d'action sociale de la Cnam retenues ici sont les dépenses en faveur du maintien à domicile des personnes handicapées et celles permettant la création de places dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, en structures de travail protégé (ESAT) et en faveur d'adultes lourdement handicapés (foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisés).

Périmètre :

Le périmètre de cet indicateur est revu pour le PLFSS pour 2021, les données présentées ici ne sont donc pas directement comparables à celles présentées les années antérieures. A titre d'illustration, les rentes d'accidents du travail sont à présent incluses dans le champ.

De plus, le périmètre retenu concernant les financements dédiés à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées se différencie en plusieurs points de celui retenu dans les rapports publiés dans le cadre des travaux sur la réforme de la dépendance (Le compte de la dépendance, publié par la Drees, par exemple). En effet, le champ retenu se restreint aux personnes âgées dépendantes, au sens administratif, c'est-à-dire évaluées en GIR 1 à 4 sur la grille AGGIR, conduisant à diminuer d'1 Md€ le montant total de dépenses allouées. Les GIR sont les groupes iso-ressources, ils correspondent au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il existe 6 GIR, le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Le SSIAD est le service de soins infirmiers à domicile.

Ensuite, les financements consacrés aux personnes handicapées vieillissantes bénéficiant au titre de leur handicap de prestations (PCH...) ou de financements de l'État (demi-part invalidité...) sont inclus dans les dépenses relatives aux personnes handicapées et non dans les dépenses relatives aux personnes dépendantes.

Enfin, les aides personnelles au logement (APL), à domicile et en établissement, sans toutefois que les données relatives au domicile soient connues, sont exclues.

Pour en savoir plus :

Darcillon (2016), « Le compte de la dépendance de 2010 à 2014 », *La protection sociale en France et en Europe*, édition 2016, Drees. Pour une explicitation des choix méthodologiques et une présentation des évolutions historiques, cf. Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2019 (fiche éclairage n° 3.3 : « le financement de la prise en charge de la dépendance ») de septembre 2020 (fiche éclairage n° 3.3 : « dépenses publiques pour le handicap et l'invalidité : 51 Md€ en 2019 ») et de juin 2021 (fiche éclairage n° 3.3 : « les concours de la CNSA au financement de l'APA et de la PCH »).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.3. Financement des dépenses d'APA et de PCH

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) sont gérées par les départements et cofinancées par la CNSA et les départements. Cet indicateur vise à évaluer la part des dépenses relatives à l'APA et à la PCH financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le

restant étant à la charge des départements. En 2020, la CNSA finance 40,1 % des dépenses relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et 29,1 % des dépenses relative à la prestation de compensation du handicap (PCH).

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

Type de prestation (M€)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Dépenses d'APA versées par les départements	5 029	5 183	5 263	5 370	5 385	5 478	5 529	5 692	5 839	5 919	6 033
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA	1 548	1 536	1 622	1 656	1 729	1 776	1 788	2 033	2 266	2 325	2 419
Part des dépenses d'APA financée par la CNSA	30,8%	29,6%	30,8%	30,8%	32,1%	32,4%	32,3%	35,7%	38,8%	39,3%	40,1%
Dépenses de PCH versées par les départements	843	1 078	1 241	1 397	1 511	1 599	1 699	1 810	1 901	2 006	2 118
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de la PCH	510	502	528	545	549	547	555	565	590	605	616
Part des dépenses de PCH financée par la CNSA	60,4%	46,6%	42,5%	39,0%	36,3%	34,2%	32,7%	31,2%	31,0%	30,1%	29,1%

Source : CNSA - comptes de résultat et notifications définitives des concours- chiffres arrondis.

Note : le taux de participation PCH est particulièrement élevé en début de période dû fait de la montée en charge de la prestation

Depuis 2010, la part des dépenses relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) financée par la CNSA évolue favorablement. En 2010, elle s'est établi à un point bas de 29,6 %, suite à une diminution des recettes de la CNSA de 30 M€. En 2011, elle retrouve son niveau de 2009 suite à une dynamique satisfaisante des recettes (+ 4,8 %) et une hausse limitée des dépenses (+ 1,6 %). En 2012, le taux s'est stabilisé à 30,8 %, les dépenses ayant augmenté à un rythme équivalent aux recettes (2 %). En 2013, le taux augmente (32,1 %) en raison du dynamisme des recettes (+ 4,2 %) de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) supérieur à celui des dépenses. Cette dynamique se poursuit en 2014 (32,4 %).

La mise en œuvre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi AVS) s'accompagne de l'affectation au budget de la CNSA d'une fraction fixée (en année pleine) à 70,5 % du produit de la CASA afin de garantir un financement durable et évolutif des mesures nouvelles, liées notamment à la revalorisation des plafonds des plans d'aide et à la diminution du reste à charge des bénéficiaires dont les plans d'aide sont les plus lourds. Conformément aux prévisions, ces recettes ont permis de dynamiser le taux de couverture des dépenses d'APA par la CNSA en 2016 (35,7 %), résultat plus élevé que prévu. Au sein des concours versés par la CNSA, à compter de l'année 2016, l'APA contient la part « historique », dite première part, mais également la seconde part de l'APA. En 2017, l'addition des deux parts du concours APA couvre 38,8 % des dépenses, ce qui constitue une importante progression du taux de couverture de la dépense. Cette évolution découle notamment de la « mesure de faveur » (décret du 13 septembre 2017) qui permet de verser une seconde part du concours APA plus importante que celle issue des modalités de calcul du dispositif initial. Cette nouvelle disposition permet de soutenir les départements les plus avancés dans la mise en œuvre de la réforme dont la montée en puissance se poursuit en 2017, comme traduit dans la progression plus soutenue des dépenses d'APA (+ 2,6 %).

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

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

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

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

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

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

très légèrement. Les évolutions constatées en 2017 se poursuivent en 2018. Avec un taux de progression du concours (+ 2,4 %) soutenant une dépense en augmentation de + 5,5 %, le taux de couverture du concours PCH s'établit à 30,1 % en 2018.

La tendance se poursuit en 2019 pour les dépenses comme pour le montant du concours. Ce dernier, malgré sa progression, n'atteint pas le taux d'évolution des dépenses de PCH générant un léger repli du taux de couverture. En 2020, des mesures de préservation du niveau du concours ont permis d'aboutir à une hausse de 3,3 %.

• Précisions méthodologiques

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

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

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

Pour l'APA première part (taux x2) :

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

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

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

Dnd : part de chaque département dans la charge nouvelle fixée dans le tableau figurant en annexe du décret.

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

Pour la PCH :

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

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

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

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

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

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

La prestation de compensation du handicap (PCH), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, est une aide personnalisée destinée à financer les besoins de compensation des personnes handicapées au regard de leur projet de vie. Cette prestation s'adresse aux personnes confrontées à une difficulté absolue ou deux difficultés graves pour réaliser au moins une activité parmi les 19 activités définies dans le référentiel (annexe 2.5 du Code de l'Action Sociale et des Familles). Ces activités portent sur la mobilité, l'entretien personnel, la communication et les relations avec autrui. Les altérations de fonction doivent être d'une durée d'au moins un an. La PCH peut être accessible à des personnes de plus de 60 ans si elles sont entrées dans ce dispositif avant 60 ans et qu'elles ne choisissent pas d'opter pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) après 60 ans. A partir de 2009, elle est ouverte aux personnes de moins de 20 ans et peut se substituer au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). La PCH a vocation à remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), auparavant le principal dispositif d'aide humaine pour les personnes handicapées délivré par les départements. Cette dernière n'est attribuée sous condition de ressources, qu'aux personnes dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 %. Seules les personnes ayant eu un droit ouvert à l'ACTP avant la création de la PCH peuvent encore en bénéficier.

Les deux allocations ont des critères d'attribution différents. La PCH finance de l'aide en fonction des besoins des personnes, incluant un contrôle d'effectivité. L'ACTP n'est attribuée qu'aux personnes touchant moins de 820 euros par mois (1 620 euros pour les personnes en couple), et son montant mensuel maximum est de 895 euros.

Un nombre de bénéficiaires en hausse de 3,2 % en 2019

Depuis sa mise en place, la PCH a connu une évolution dynamique du nombre de ses bénéficiaires, qui se poursuit encore en 2019. En décembre 2019, 330 500 personnes bénéficient d'un accord pour la PCH en France (hors Mayotte), soit une augmentation de 4,9 % des effectifs en un an, selon l'enquête Aide sociale de la Drees (cf. graphique 1).

A contrario, au cours de l'année 2019, l'ACTP perd encore 6 % de bénéficiaires, leur nombre s'établissant à 55 000 au 31

décembre. Les sorties du dispositif peuvent correspondre à des personnes optant pour l'APA (pour les plus de 60 ans) ou bien optant pour la PCH, à un décès, ou encore aux personnes ne vérifiant plus les critères d'obtention lors du renouvellement de la prestation.

Au total, le nombre de personnes bénéficiant de la PCH ou de l'ACTP croît de 3,2 % en 2019.

Les bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH peuvent choisir de conserver ces prestations après 60 ans ou bien d'opter pour l'APA (cf. indicateur n°1-5). La proportion des personnes de 60 ans et plus parmi les bénéficiaires de l'ACTP a tendance à croître depuis 2006 et est de 38 % au 31 décembre 2019 (cf. graphique 2). Les personnes de 60 ans et plus sont également bien représentées parmi les bénéficiaires de la PCH (27 %). Les moins de 20 ans, quant à eux, sont relativement peu nombreux à bénéficier de l'APA. Ils représentent moins d'un bénéficiaire sur 10 en 2019.

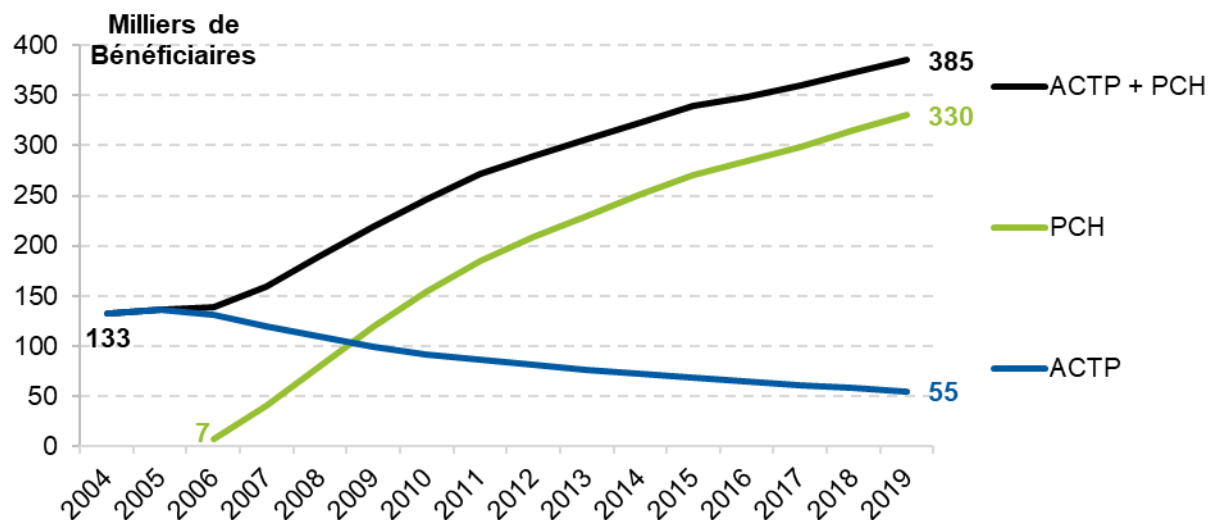
Des disparités territoriales de prévalence de la PCH

En 2019, en France, 4,9 personnes sur 1 000 sont bénéficiaires de la PCH. Elles se répartissent de façon inégale sur le territoire entre 2,0 ‰ et 10,6 ‰ selon les départements (cf. carte).

Les disparités constatées peuvent être liées à plusieurs facteurs :

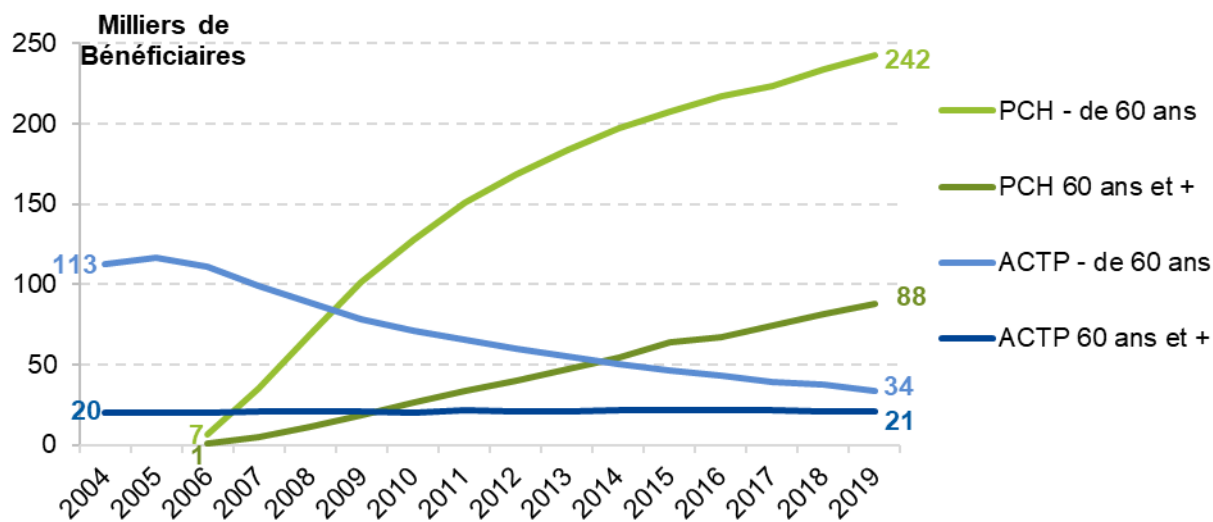
- des différences territorialisées de prévalence du handicap ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative du handicap ;
- la montée en charge de la PCH, qui n'est pas encore achevée et qui peut être plus avancée dans certains départements que dans d'autres ;
- le remplacement de la PCH ou de l'ACTP par l'APA aux âges avancés qui peut être plus ou moins prononcé selon le territoire ;
- des différences dans la répartition par âge de la population : les départements les plus « vieillissants » étant ceux pour lesquels plus de personnes substituent l'APA à la PCH, même si cette substitution est certainement marginale.

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



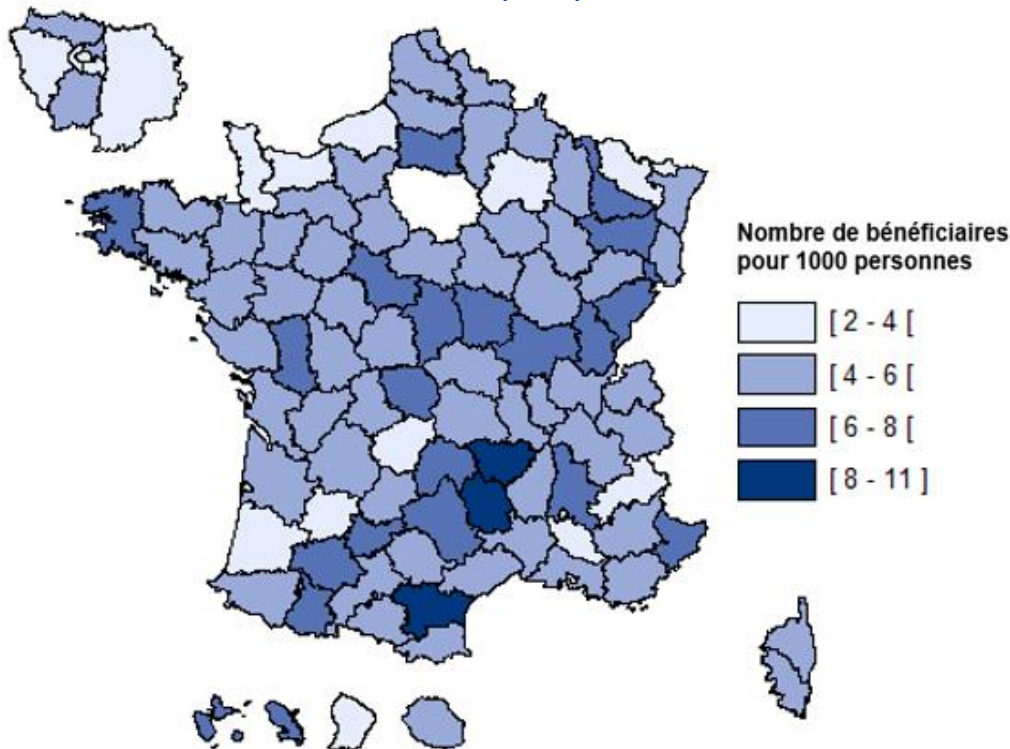
Source : Drees - enquête Aide sociale – données au 31/12 de chaque année.
 Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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



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

Carte • Nombre de bénéficiaires de la PCH par département, au 31 décembre 2019



Sources : Drees - enquête Aide sociale ; Insee – estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2020, arrêtées fin 2020. ©geofla 2019, discrétisation par quantiles.
Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Composition de la prestation de compensation du handicap

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

- les aides humaines,
- les aides techniques,
- l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport,
- les charges spécifiques ou exceptionnelles,
- les aides animalières.

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

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

En 2018, les **aides humaines** représentent plus de la moitié (52,6 %) des attributions. C'est l'élément le plus fréquemment accordé pour le public éligible à la PCH, à la fois pour les personnes qui sont à domicile et pour celles qui sont en établissement, et ce quel que soit l'âge. Viennent ensuite les **charges spécifiques et**

exceptionnelles (17,6 %) plus fréquentes dans les plans de compensation accordés auprès des enfants (26,9 % contre 17,6 % en moyenne); les **aides techniques** (16 %) plus fréquemment accordée à domicile et les aides à **l'aménagement du logement, du véhicule et aux surcoûts de frais de transport** (13,6 %). Les **aides animalières** constituent une très petite portion du total (0,2 %) qui reste identique d'une année à l'autre.

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

Le montant moyen attribué au titre de **l'aide humaine** est de 796 euros en 2018. 50 % des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) attribuent un montant moyen d'aide humaine inférieur à 810 euros et 75 % attribuent un montant moyen inférieur à 1 002 euros. La PCH permet de recourir à des aidants professionnels (prestataire, mandataire, gré à gré) et/ou à des aidants familiaux. Le montant moyen de l'aide humaine peut être expliqué par la configuration de l'aide préconisée par l'équipe pluridisciplinaire, les quatre statuts d'aidants n'étant pas associés aux mêmes tarifs. Ce montant moyen est versé chaque mois sur toute la période d'attribution².

Le montant moyen attribué au titre des **aides techniques** est de 884 euros en 2018. 50 % des MDPH attribuent un montant moyen pour ces aides techniques inférieur à 907 euros; les trois quarts attribuent un montant moyen inférieur à 1 032 euros.

Le montant moyen d'un **aménagement de logement** est de 2 894 €. Celui d'un **aménagement du véhicule** déclaré est évalué à 2 569€.

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

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

- des versements ponctuels correspondent majoritairement à des situations où les surcoûts ne sont liés qu'à des départs en congés,

- des versements mensuels correspondent aux autres situations (surcoûts liés à des transports fréquents et réguliers avec ou sans surcoûts liés à un départ annuel en congés).

Le montant moyen relatif aux aides liées aux **surcoûts des frais de transport** avec versement mensuels s'élève à 154 € en 2018.

Le montant moyen mensuel attribué au titre des charges spécifiques et exceptionnelles est de 281 € en moyenne : les charges spécifiques sont des dépenses mensuelles (64 € en moyenne chaque mois) tandis que les charges exceptionnelles sont ponctuelles (662 €).

Le montant moyen mensuel attribué au titre des **aides animalières** atteint 45 € en moyenne

Tableau 1 • Répartition au sein de la prestation, en nombre d'éléments attribués en 2018

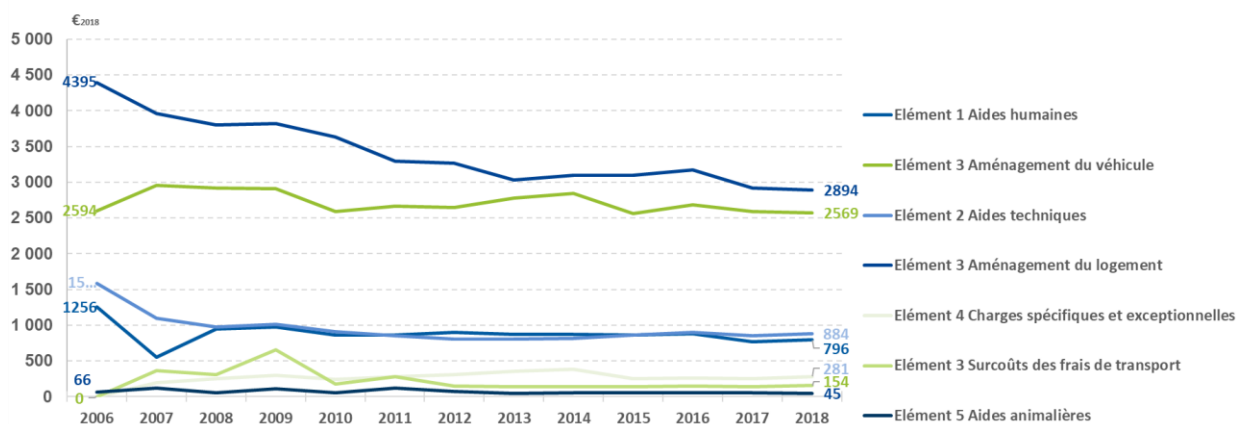
Éléments de la PCH *	Répartition des éléments de la PCH attribués – en %
Aides humaines	52,6%
Aides techniques	16,0%
Aménagement du logement, du véhicule et aux surcoûts de frais de transport	13,6%
Charges spécifiques et exceptionnelles	17,6%
Aides animalières	0,2%

Champ : ensemble des éléments attribués au titre de la PCH en 2018

Source CNSA – Chiffres arrondis - Données 2018. Chiffres définitifs.

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

Graphique 3 • Montants moyens attribués par élément de la PCH



Note : les montants moyens attribués par la CDAPH présentés dans ce graphique ne représentent pas la dépense réelle mais les décisions moyennes prises par les CDAPH pour chaque élément sur une année donnée.

Champ : ensemble des éléments attribués au titre de la PCH en 2018

Source CNSA – Chiffres arrondis - Données 2018. Chiffres définitifs.

• Précisions méthodologiques

Précisions sur le dispositif :

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

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

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

Précisions sur les données :

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

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

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

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

Pour aller plus loin :

- DREES, Etudes et résultats n°1182, février 2021, « Prestation de compensation du handicap : une majorité des paiements financent un aidant familial », Baradji E. et Dauhpin L.
- DREES, coll. Panoramas de la DREES. Diallo CT et Leroux I. (dir.), octobre 2020, L'aide et l'action sociales en France - édition 2020,
- DREES, Etudes et résultats n°1117, juin 2019, « Parcours et profils des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap en 2016 », Baradji E.
- DREES, Les Dossiers de la DREES n°2, juin 2016, Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013, Marquier R.
- DREES, Etudes et résultats n°819, octobre 2012, « Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap ayant des limitations fonctionnelles physiques : profils, aides techniques et aménagements du logement », Espagnacq M.
- DREES, Etudes et résultats n°772, août 2011, « Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes », Dos Santos S., Lo S..

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

1.5. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002, s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus dont le niveau de dépendance, évalué à partir de la grille AGGIR en Groupes Iso-Ressources (GIR), se situe entre 1 et 4 sur une échelle allant jusqu'à 6, du plus au moins dépendant (cf. précisions méthodologiques).

Un nombre de bénéficiaires en hausse de 0,7 % en 2019

En décembre 2019, 1,3 million de personnes âgées dépendantes bénéficient de l'APA en France (hors Mayotte), soit une augmentation de 0,7 % depuis 2018. Parmi ces bénéficiaires, 59 % vivent à domicile et 41 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

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

La montée en charge de l'APA à domicile a été plus rapide que celle en établissement. En effet, jusqu'à fin 2009, la croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a été nettement plus dynamique que celle des bénéficiaires de l'APA en établissement (resp. + 138 % et + 48 % entre 2002 et 2009). À partir de 2010, la croissance de l'APA en établissement est plus forte que celle de l'APA à domicile (entre 1 et 2 points d'écart selon l'année). En 2019, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile croît de 1,1 % et celui de l'APA en établissement est quasi stable (+ 0,2 %) pour atteindre, en fin d'année, respectivement 785 300 et 548 200 bénéficiaires.

Deux éléments peuvent expliquer l'évolution de la répartition par GIR (voir *précisions méthodologiques*) des bénéficiaires de l'APA, dans les années suivant la création de l'APA. D'une part, le maintien à domicile encouragé par les pouvoirs publics (cf. indicateur n°2-5) concerne en premier lieu les personnes en GIR 4, lesquelles représentent 58 % des bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2018. D'autre part, il est probable que beaucoup de bénéficiaires potentiels ainsi que leurs familles n'aient que progressivement réalisé que la nouvelle prestation permettait une prise en charge des « dépendances modérées » (GIR 4), alors que la prestation précédente, la prestation spécifique de dépendance (PSD), était limitée aux GIR 1 à 3.

Depuis 2006, la structure des bénéficiaires par GIR est stable. Fin 2019, 8 % des bénéficiaires de l'APA sont évalués en GIR 1, 28 % en GIR 2, 20 % en GIR 3 et 44 % en GIR 4 (cf. graphique 2).

Trois bénéficiaires sur quatre sont des femmes

Fin 2019, parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 7,5 % bénéficient de l'APA. La proportion de bénéficiaires parmi les femmes (9,8 %) est deux fois plus importante que celle parmi les hommes (4,5 %). Cette différence est de la même ampleur pour l'APA à domicile (5,7 % des femmes contre 2,8 % des hommes), que pour l'APA en établissement (4,2 % des femmes contre 1,7 % des hommes). Au total, près des trois quarts des bénéficiaires de l'APA sont des femmes.

La part des bénéficiaires de l'APA dans la population augmente logiquement avec l'âge. Jusqu'à 79 ans, elle est faible (2 %). Entre 80 et 89 ans, 18 % de la population perçoit l'APA (21 % parmi les femmes et 12 % parmi les hommes). À partir de 90 ans, la moitié de la population en bénéficie (57 % des femmes et 37 % des hommes). Dans l'ensemble, un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus est bénéficiaire de l'APA.

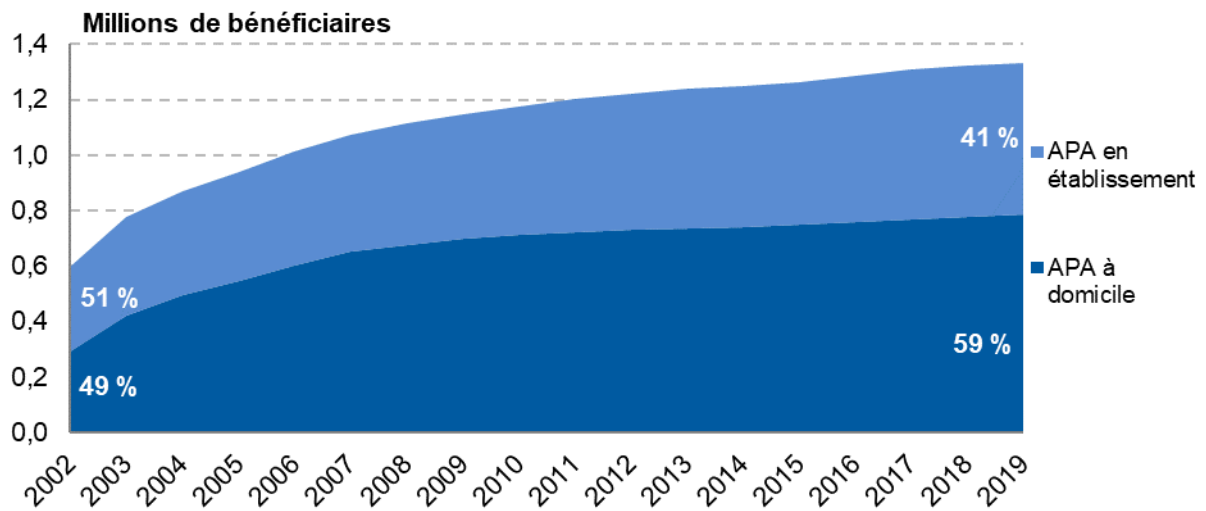
De fortes disparités territoriales de l'APA

Près de 90 % des bénéficiaires de l'APA ont 75 ans ou plus, fin 2019. Sur le territoire, le taux de bénéficiaires de l'APA (total des bénéficiaires de l'APA rapporté, pour chaque département, à la population des personnes âgées de 75 ans ou plus) est variable d'un département à l'autre : entre 12 % et 38 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont bénéficiaires de l'APA (cf. carte 1). Plus de la moitié des départements a un taux compris entre 16 % et 22 %.

En 2019, la dépense moyenne d'APA par bénéficiaire est de 4 600 euros. Sur le territoire, elle varie du simple au double : de 3 800 euros à 8 970 euros en 2019 (cf. carte 2). Néanmoins, près des trois-quarts des départements consacrent une dépense moyenne d'APA par bénéficiaire comprise en 4 200 et 5 200 euros. Seuls 6 départements présentent une dépense par bénéficiaire supérieure ou égale à 5 700 euros.

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

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

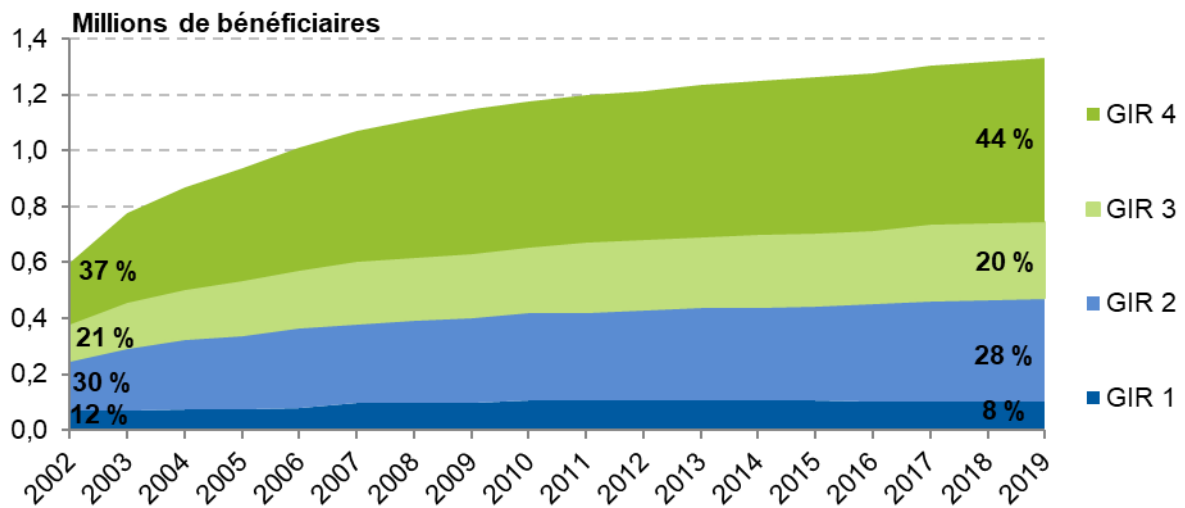


* payés au titre du mois de décembre

Source : DREES, enquête Aide sociale.

Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

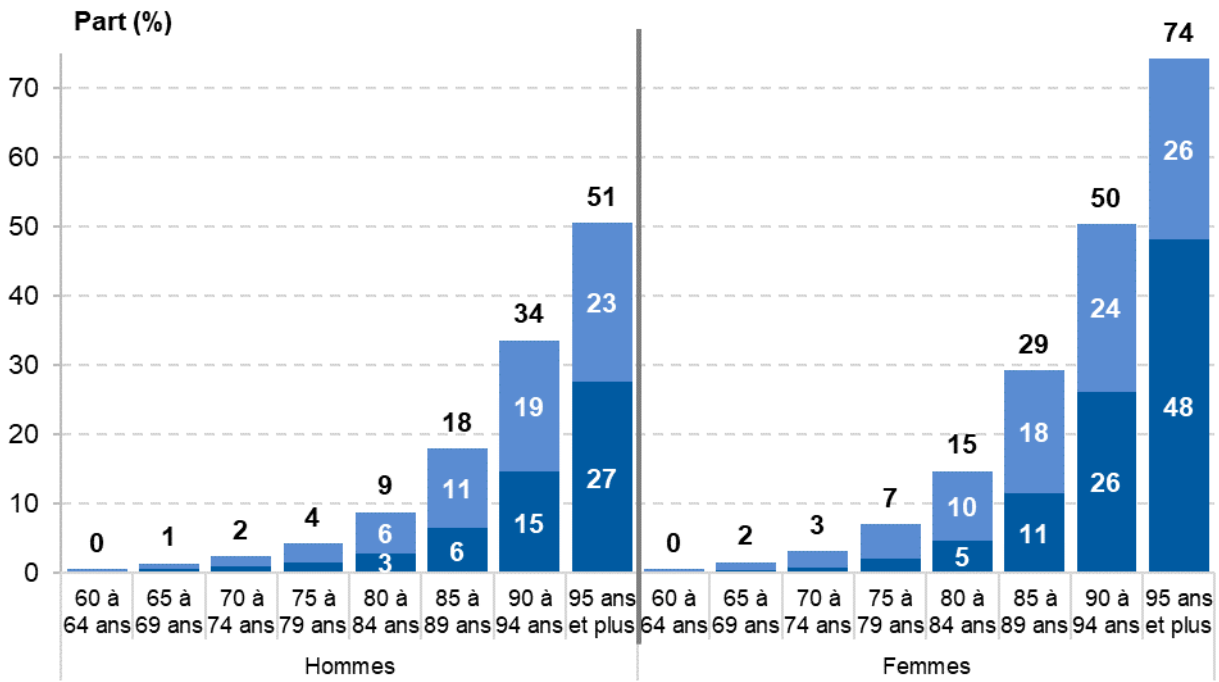


* payés au titre du mois de décembre

Source : DREES, enquête Aide sociale.

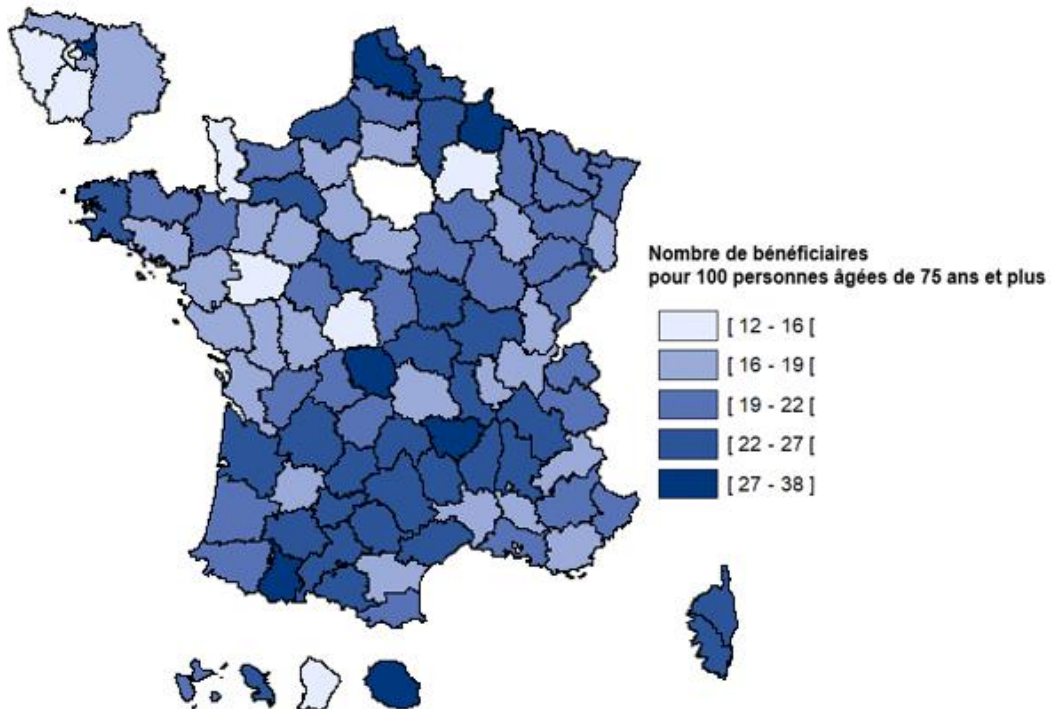
Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Graphique 3 • Part des bénéficiaires de l'APA* dans la population de plus de 60 ans, en 2019



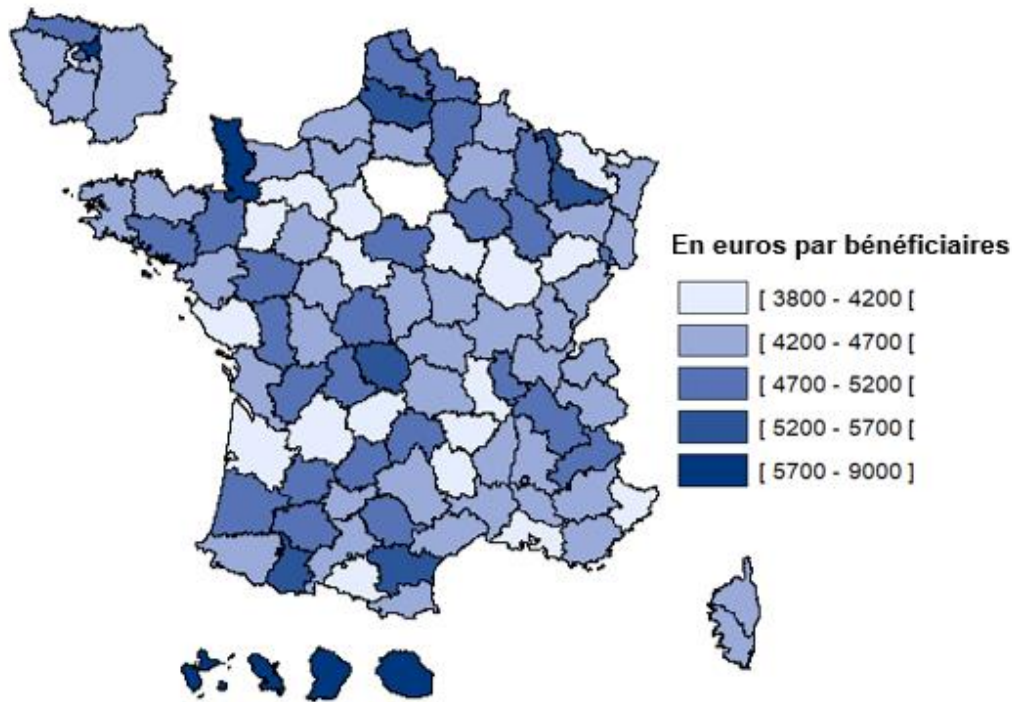
* payés au titre du mois de décembre
 Sources : DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2020 (résultats arrêtés fin 2020).
 Champ : France métropolitaine et DROM (Hors Mayotte).

Carte 1 • Part des bénéficiaires de l'APA* dans la population âgées de 75 ans ou plus, en 2019



* payés au titre du mois de décembre
 Sources : DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2020 (résultats arrêtés fin 2020). ©geoffa 2019, méthode discrétisation par quantiles
 Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Carte 2 • Dépenses d'APA brutes moyennes par bénéficiaire, en 2019



Sources : DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2020 (résultats arrêtés fin 2020). ©geofla 2019, méthode discrétisation par quantiles

Champ : France métropolitaine et DROM (Hors Mayotte).

Note : La dépense moyenne par bénéficiaire des conseils départementaux correspond à la dépense inscrite au compte administratif sur une année, rapportée à un nombre moyen de bénéficiaires. Elle se rapproche de la part des montants consommés financée par les conseils départementaux, mais ne lui est pas exactement égale, du fait des décalages de trésorerie.

• Précisions méthodologiques

Précisions sur le dispositif :

La grille AGGIR (autonomie gérontologique, groupe iso-ressources) évalue la dépendance des personnes âgées en termes de niveau de demande de soins requis (appelé groupe iso-ressources (GIR)).

Elle s'appuie sur le constat d'activités de la vie quotidienne que la personne est en mesure ou non d'effectuer seule. La grille comporte 10 items ou « variables discriminantes » (la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination urinaire et fécale, les transferts, les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du logement et la communication à distance). Un algorithme classe, à partir des combinaisons de réponse, les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie, des plus aux moins dépendants :

- le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants ;
- le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices ;
- le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et, partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ;
- le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement ;
- le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

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

Précisions sur les données :

Les données sur l'APA utilisées ici sont issues de l'enquête Aide sociale, enquête annuelle réalisée par la DREES auprès des conseils territoriaux en charge de l'aide sociale. Les données portant sur le mois de décembre 2019 sont des données en partie estimées. Les bénéficiaires de l'APA sont ici les personnes ayant un droit ouvert et qui ont été payées au titre du mois de décembre.

Pour l'élaboration de la carte 1, le nombre de bénéficiaires de l'APA a été rapporté à l'effectif des personnes âgées de 75 ans et plus au 1^{er} janvier 2020 (données provisoires, arrêtées en janvier 2020).

Pour aller plus loin :

- DREES, coll. Panoramas de la DREES. Diallo CT et Leroux I. (dir.), octobre 2020, L'aide et l'action sociales en France - édition 2020,

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

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

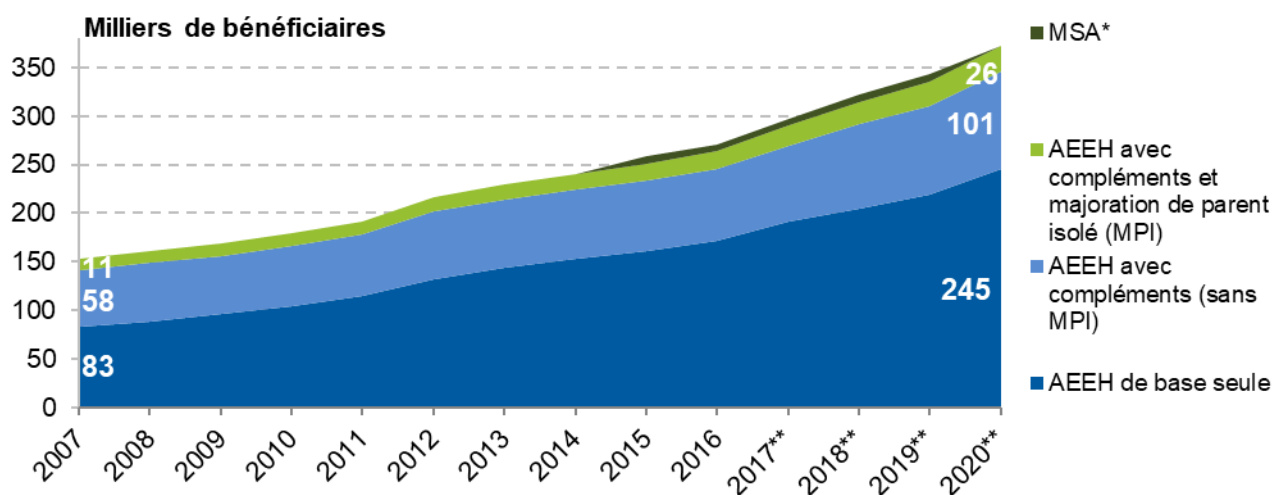
Le suivi du nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) informe à la fois sur l'évolution de la prévalence du handicap chez l'enfant, sa détection, et sur le niveau de la réponse apportée par la collectivité aux familles concernées.

Précisions sur l'AEEH : versée sans condition de ressources aux familles ayant un enfant de moins de 20 ans justifiant d'un certain niveau de handicap, elle est composée d'une allocation de base et d'un complément (parmi six compléments possibles) si les besoins de l'enfant le justifient. Depuis le 1er avril 2008, les bénéficiaires de l'AEEH éligibles à ces compléments peuvent choisir entre le bénéfice de ceux-ci et les différents volets de la prestation de compensation du handicap (PCH), si l'enfant est éligible à cette dernière (cf. indicateur n°1-3). Une majoration pour parents isolés (MPI), créée en 2005, est versée depuis le 1er janvier 2006 aux familles monoparentales allocataires.

Une hausse continue du nombre de bénéficiaires de l'AEEH

En 2020, 372 100 enfants bénéficient de l'AEEH versée. Ce nombre a doublé en 10 ans, soit une augmentation de 7,6 % en moyenne annuelle (cf. graphique 1). Cette tendance à la hausse des effectifs de bénéficiaires traduit en premier lieu une meilleure détection du handicap ainsi qu'un développement des réponses médico-sociales apportées à celui-ci. De plus, les conséquences de certaines pathologies (notamment les troubles de l'attention ou de l'apprentissage) sont désormais reconnues comme occasionnant des limitations d'activités, justifiant leur prise en compte au titre du handicap, la hausse constante traduit aussi une meilleure acceptation du handicap par la famille (Observatoire national de la petite enfance, éditions 2020)¹. La croissance des bénéficiaires a ralenti en 2020 comparativement aux années précédentes (+5,7 % contre +9,3 % en 2019 et +6,4 % en 2018). 11 000 bénéficiaires de l'AEEH « retour au foyer » sont dénombrés.

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



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

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

Depuis 2002, six compléments à l'allocation de base ont été créés, attribués selon un barème reflétant d'une part le coût que représente le handicap de l'enfant pour la famille et d'autre part la perte de revenus induite soit par la cessation ou la réduction d'activité professionnelle des parents soit par le coût supplémentaire lié à l'embauche d'une tierce personne. Un tiers des allocataires de l'AEEH bénéficie de compléments en 2020 (cf. graphique 2).

Le complément de catégorie 1 (attribué à 4 % des enfants bénéficiaires de l'AEEH en 2020) est uniquement lié aux dépenses d'aides techniques entraînées par le handicap de l'enfant.

Lorsque ce handicap rend nécessaire le recours à une personne à temps partiel (tierce personne ou parent), il peut recevoir un complément de type 2 à 4 (c'est le cas de respectivement 16 %, 7 % et 5 % des bénéficiaires de l'AEEH en 2020).

Les compléments de catégorie 5 ou 6 sont accordés quand le handicap de l'enfant rend nécessaire le recours à une

¹La hausse significative du nombre de bénéficiaires entre 2011 et 2012 est due à la prise en compte, pour les bénéficiaires de l'AEEH « retour au foyer », de l'ensemble des aux enfants pour lesquels le droit a été ouvert au 3ème trimestre de l'année civile et non de ceux pour lesquels le droit a été ouvert au mois de décembre. Hors prise en compte de ce changement,

le nombre de bénéficiaires de l'AEEH aurait augmenté de 7,8 %, au lieu de 12,8 %. Par ailleurs, la hausse significative entre 2017 et 2018 est liée au fait que les données communiquées par la Cnaf portent désormais sur juin et non sur décembre comme précédemment. Indépendamment de ce changement méthodologique, l'évolution des effectifs en 2018 est comparable avec celle des années précédentes (+6,5 %).

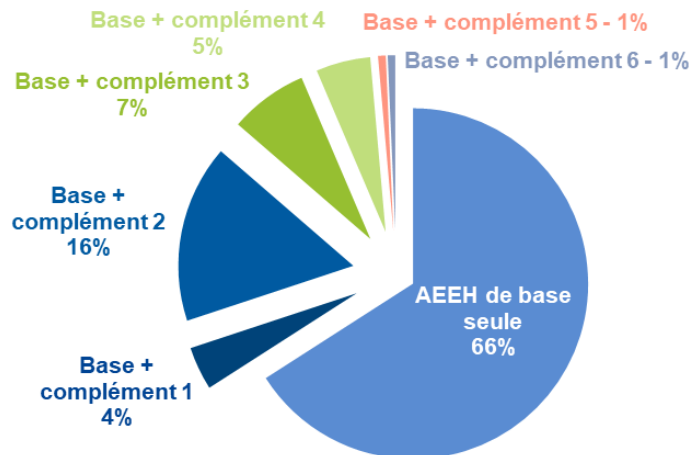
personne à temps plein (environ 2 % des allocataires ont perçu les compléments 5 ou 6 en 2020).

Depuis le 1er janvier 2006, les personnes assumant seules la charge d'un enfant handicapé éligible à l'AAEH avec un complément de catégorie 2 à 6 (attribué en cas de recours à une tierce personne) peuvent bénéficier d'une majoration spécifique pour parent isolé. Ces majorations ont concerné 7,2 % des enfants bénéficiaires de l'AAEH en 2020.

Depuis le 1er avril 2008, si un droit au complément de l'AAEH est reconnu, le bénéficiaire peut choisir entre le

bénéfice de ce complément et la prestation de compensation du handicap (PCH) (cf. indicateur n°1-3). En 2011, le choix de la PCH avait été fait pour environ 5 850 enfants, soit 6 % des bénéficiaires des compléments d'AAEH. À compter de 2012, la ventilation des bénéficiaires de l'AAEH avec un complément ayant fait le choix de la PCH n'est plus détaillée par la Cnaf, car les Caf ne sont pas toujours informées du choix de l'allocataire (la Cnaf estime ainsi que 30 % des bénéficiaires ne seraient pas identifiés dans son système d'information).

Graphique 2 • Répartition des bénéficiaires de l'AAEH par type d'allocation perçue en 2020



Source : données Cnaf (données juin 2020, arrêtées fin décembre) et MSA (à fin décembre)

Champ : France entière.

Note : les familles des enfants bénéficiaires du complément 1 de l'AAEH ne peuvent bénéficier de la MPI.

Tableau 1 • Barème de l'AAEH en vigueur au 1^{er} avril 2021

	AAEH		Majoration parent isolé	
	en % de la BMAF ⁽¹⁾	Montant mensuel au 01/04/2021	en % de la BMAF ⁽¹⁾	Montant mensuel au 01/04/2021
Allocation de base	32%	132,74 €		
Complément 1	24%	99,55 €		
Complément 2	65%	269,63 €	13%	53,93 €
Complément 3	92%	381,63 €	18%	74,67 €
Complément 4	143%	591,39 €	57%	236,44 €
Complément 5	182%	755,83 €	73%	302,81 €
Complément 6	MTP (2)	1 126,41 €	107%	443,85 €

⁽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 414,81 € depuis le 01/04/2021 ;

⁽²⁾ Majoration pour tierce personne.

Note de lecture : Un parent élevant seul son enfant handicapé qui bénéficie d'un complément de type 4 percevra 132,74+591,39+236,44=960,57 € mensuels.

Source : Réglementation (barème en vigueur depuis le 01/04/2021).

Précisions méthodologiques

Sources des données :

Le dénombrement des familles et enfants bénéficiaires de l'AAEH est centralisé par la Cnaf qui le restitue dans ses publications périodiques. Le nombre de familles comptabilisé est nécessairement inférieur à celui du nombre d'enfants, une famille pouvant compter plusieurs enfants handicapés. Les effectifs présentés dans cet indicateur sont le nombre d'enfants.

Les données de bénéficiaires sont produites par la Cnaf et couvrent l'ensemble des régimes de sécurité sociale à l'exception des régimes agricoles sur le champ France entière. Les familles qui bénéficient de l'AAEH versée par la MSA sont incluses dans l'analyse à compter de 2018.

Indications complémentaires sur le dispositif :

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

Pour en savoir plus :

L'accueil du jeune enfant en 2019, données statistiques et recherches qualitatives, Rapport 2020 de l'Observation nationale de la petite enfance. Publications Cnaf.

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

1.7. Allocation aux adultes handicapés (AAH)

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

Le nombre de bénéficiaires de l'AAH est de 1,24 million fin 2020

L'allocation aux adultes handicapés (AAH), créée par la loi du 30 juin 1975, est une aide financière qui permet d'assurer un minimum de ressources aux personnes âgées de 20 ans ou plus (16 ans si le bénéficiaire n'est plus à la charge d'un foyer allocataire des prestations familiales), en situation de handicap ou atteintes d'une maladie chronique ou invalidante. Cette aide est attribuée sous deux types de conditions. D'une part sous certaines conditions médicales (critères d'incapacité), examinées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) constituée dans chaque Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). D'autre part sous certaines conditions administratives (critères d'âge, de résidence et de ressources), étudiées par les organismes payeurs (Cnaf et MSA, cf. précisions méthodologiques). Elle se distingue des autres minima sociaux, en ce qu'elle est une prestation individuelle avec prise en compte des ressources « familiales », qu'elle prend en compte la composition familiale lors de la détermination du niveau de la prestation (sans impact cependant sur le montant lorsqu'il n'y a pas de ressources) et qu'elle interagit avec la prime d'activité. Fin 2020, 1,24 million de foyers bénéficient de l'allocation adultes handicapés (cf. graphique 1)¹. Il s'agit de la première aide en nombre d'allocataires à destination des personnes en situation de handicap. En tenant compte des conjoints et des enfants à charge, l'AAH couvre 2,4 % de la population.

Depuis 2002, l'AAH a connu 3 grandes phases d'évolution. Sur la période 2002-2007, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 1,6 % par an en moyenne, en ralentissement par rapport aux années précédentes, où il progressait en moyenne de 2,5 % par an. La croissance des effectifs s'explique en partie par l'augmentation de la population âgée de 45 à 60 ans (générations du baby-boom), la prévalence du handicap augmentant avec l'âge. L'augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées et donc de la durée de perception de l'AAH contribuent également à la progression des effectifs.

De 2007 à 2012, la progression du nombre de bénéficiaires s'est accélérée, pour s'établir à +4,2 % par an en moyenne. Cela fait suite à de l'assouplissement des conditions d'accès à l'allocation, notamment avec l'augmentation des plafonds d'éligibilité dans le cadre du plan de revalorisation de 25 % de l'AAH sur cette période. En 2011, s'y est ajouté le recul de l'âge minimal de départ à la retraite qui repousse la fin de droit à l'AAH, pour les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 79 %.

Entre 2013 et 2020, le nombre de bénéficiaires de l'AAH progresse moins rapidement. Il a retrouvé une croissance comparable à celle qui était observée avant 2002, soit +2,8 % par an en moyenne. 2019 et 2020 marquent des années avec des évolutions singulières, +5,3 % en 2019 et +1,4 % en 2020.

Ainsi, depuis 10 ans, en raison des évolutions démographiques, du contexte économique, du recul de l'âge moyen de la retraite et des revalorisations successives de la prestation, les effectifs de bénéficiaires ont augmenté de plus d'un tiers, soit 323 000 personnes.

La croissance est essentiellement portée par les bénéficiaires dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 80 % (+90 % depuis 2010), et dans une moindre mesure par les bénéficiaires dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 % (+7 %). En 2020, 52 % des allocataires bénéficient de l'AAH au titre d'une incapacité supérieure à 80 %.

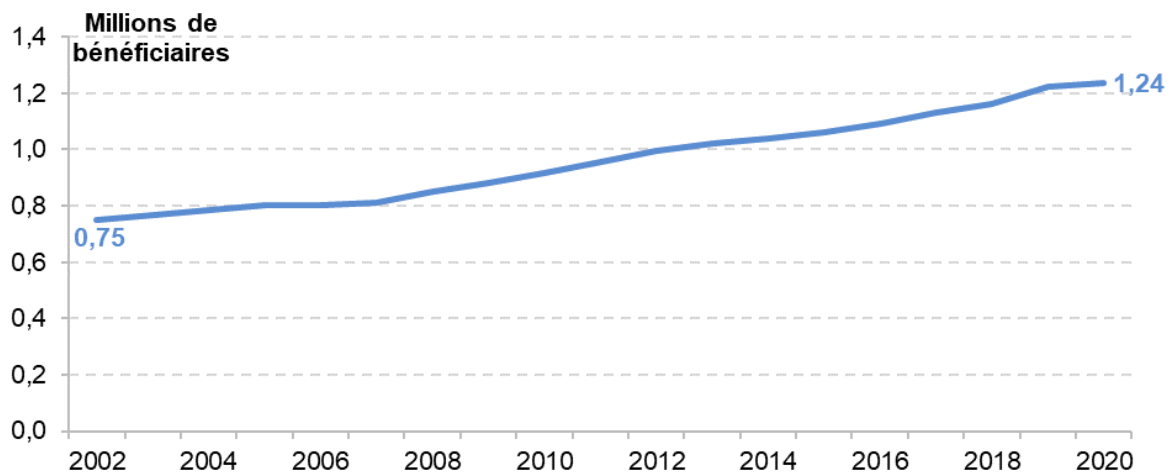
L'AAH est versée à taux plein au bénéficiaire qui ne dispose d'aucune ressource prise en compte après l'application des diverses mesures favorables (certaines catégories de ressources ne sont pas du tout prises en compte, d'autres ne le sont que partiellement). L'AAH au taux partiel complète les ressources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

Près d'un bénéficiaire sur deux est une femme (48 %). 56 % des femmes perçoivent l'AAH à taux plein, contre 62 % des hommes (cf. graphique 2 et précisions méthodologiques).

La situation la plus fréquente est celle d'un homme percevant l'AAH à taux plein, avec un taux d'incapacité supérieur à 80 % (17 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH en 2020). En juin 2020, plus des trois quarts des bénéficiaires de l'AAH par la Cnaf sont des personnes isolées, pour 92 % d'entre elles, sans enfant.

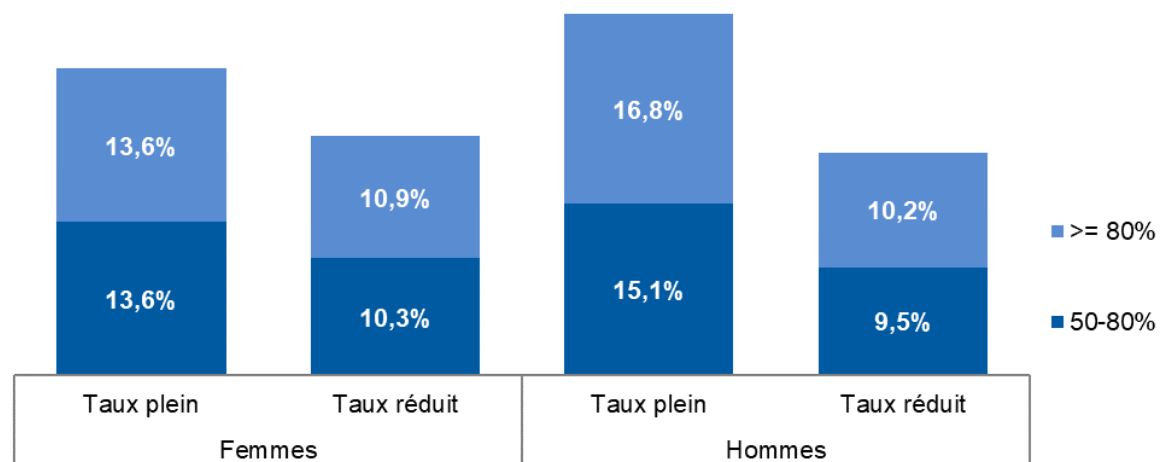
¹ Il est possible que des conjoints soient tous deux bénéficiaires de la prestation. Un seul foyer est alors comptabilisé. Cela concerne environ 26 000 foyers en juin 2020.

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



Sources : Cnaf, MSA.

Graphique 2 • Répartition des bénéficiaires de l'AAH selon le sexe, le taux d'incapacité et le type d'allocation en décembre 2020



Source : Cnaf, MSA. Champ : France entière

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

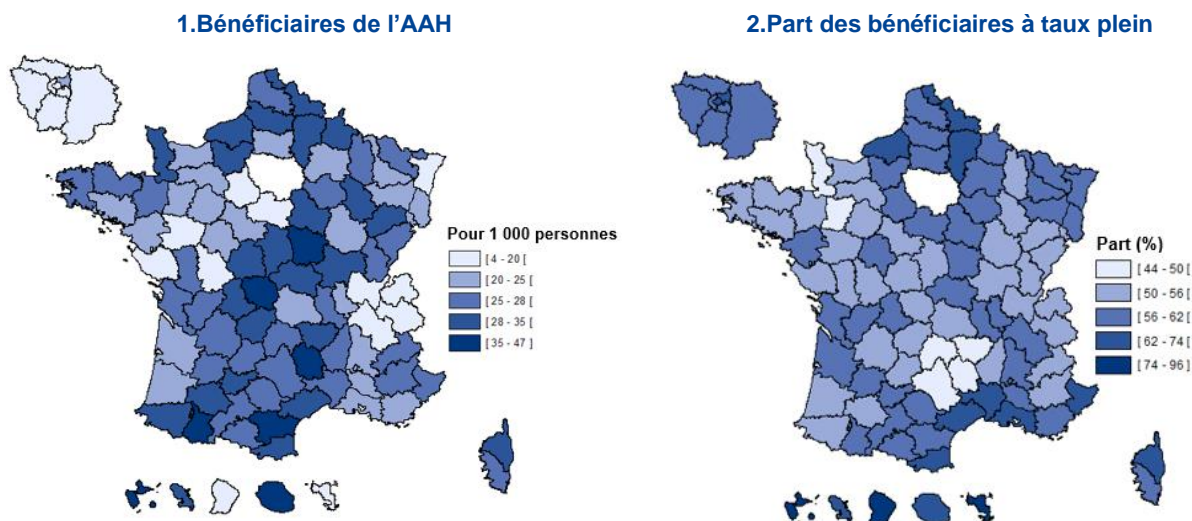
En 2020, 24 personnes âgées de 20 ans ou plus sur 1000, bénéficient de l'AAH sur l'ensemble du territoire. Ce taux varie fortement selon les départements. Il est inférieur à 15 pour 1000 en Haute-Savoie, dans les Yvelines ou à Mayotte, et supérieur à 40 pour 1000 en Lozère, et dans la Nièvre (cf. cartes). Dans des travaux récents, la Drees a montré que les trois quarts des écarts entre départements s'expliquent par des facteurs sociodémographiques (âge, état de santé de la population, comportements à risques), sanitaires (offre d'hébergement dans les établissements dédiés aux personnes handicapées) et économiques (chômage, niveau de vie du territoire)¹.

La proportion de bénéficiaires de l'AAH à taux plein parmi l'ensemble des bénéficiaires, s'établit à 59 % pour la France entière. Elle est la plus faible dans la Lozère, le Cantal, la Mayenne, la Haute-Loire, la Manche, et l'Aveyron (inférieure à 50 %), et dépasse 70 % dans les DROM. Les départements dans lesquels la part des bénéficiaires au taux plein est la plus élevée sont en moyenne davantage marqués par le chômage et de faibles niveaux de vie. Ceci est lié au fonctionnement même de la prestation : l'AAH étant une prestation différentielle, son montant à taux plein n'est versé qu'en l'absence d'autres ressources.

En juin 2020, parmi les bénéficiaires de l'AAH, 81 % n'ont pas d'activité professionnelle, 10 % une activité en milieu ordinaire et 8 % travaillent en établissement et service d'aide par le travail (ESAT).

¹ Drees, Minima sociaux et prestations sociales, ménages aux revenus modestes et redistribution, Panorama de la Drees édition 2020, fiche 28.

Cartes • Répartition des bénéficiaires de l'AAH selon le département, en 2020



Source : Cnaf, MSA. ©geofla 2019

• Précisions méthodologiques

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

Précisions sur le dispositif :

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

Montant de l'AAH. L'AAH est une prestation différentielle, calculée par référence à un montant maximum (le taux plein), fixé par décret. De 900 € par mois depuis novembre 2019, il a été porté à 902,70 € au 1^{er} novembre 2020 puis à 903,60 € au 1^{er} avril 2021. L'AAH peut varier selon la situation professionnelle, les ressources, la situation de famille et le nombre de personnes à charge du bénéficiaire. En présence de ressources, elle est versée à taux réduit. Enfin, l'AAH est attribuée pour des durées variables en fonction du taux de handicap et de sa nature, susceptible ou non d'évolution favorable.

Compléments de l'AAH : Sous certaines conditions liées à l'occupation d'un logement indépendant, l'AAH peut être cumulée avec la majoration pour la vie autonome (MVA) qui s'élève à 104,77 € par mois. Le complément de ressources (CPR) d'un montant de 179,31 €, a été supprimé au 1^{er} décembre 2019. Cependant, les personnes percevant cette aide continuent d'en bénéficier sous réserve de remplir les conditions d'attribution. En juin 2020, 13 % des bénéficiaires de l'AAH percevaient une MVA, et 5 % un CPR.

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.8. Pensions d'invalidité

En 2020, le nombre de pensionnés d'invalidité de droits propres, tous régimes confondus, est estimé à 919 000.

Les pensions de retraites des ex-invalides ainsi que les pensions de droits dérivés ne sont pas intégrés dans les pensionnés présentés ici. Lorsqu'ils atteignent l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite, les bénéficiaires de pensions d'invalidité de la branche maladie voient, en effet, leur allocation convertie en pension d'inaptitude, à destination des ex-invalides. Concernant les fonctionnaires, les agents définitivement inaptes à l'exercice de leurs fonctions bénéficient d'une retraite anticipée pour invalidité. Seuls les fonctionnaires invalides de moins de 60 ans sont, à des fins de comparaison, inclus dans cet indicateur. Ainsi, 883 000 de personnes bénéficient de pensions d'ex-invalidité ou assimilées en 2020 tous régimes confondus.

Cette même année, 210 000 conjoints ou enfants survivants au décès d'un bénéficiaire se voient attribuer une pension de droit dérivé.

Près de neuf bénéficiaires sur dix relèvent du régime général

Le régime général, qui couvre les salariés du privé et les indépendants, compte 825 000 pensionnés, soit 87 % des bénéficiaires (cf. graphique 1). Parmi les salariés, trois principales catégories de pensions existent, selon le degré d'invalidité de la personne (cf. précisions méthodologiques). La 1^{ère} catégorie, correspondant aux personnes capables d'exercer une activité professionnelle, constitue 26 % de l'ensemble des pensionnés d'invalidité en 2020. Les 2^{ème} et 3^{ème} catégories, correspondent aux personnes qui ne peuvent plus exercer d'activité professionnelle et ont besoin ou non d'assistance dans les gestes essentiels de la vie quotidienne. Elles comptent pour respectivement 73 % et 2 % du total des bénéficiaires de pensions d'invalidité.

Le montant versé dépend de la catégorie d'invalidité. Au régime général, il s'échelonne, en moyenne, de 530 euros par mois pour les invalides en mesure d'exercer une activité rémunérée, à 1 830 euros pour les assurés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie quotidienne¹. La pension d'invalidité des

femmes est inférieure à celle des hommes dans l'ensemble des régimes. Ceci s'explique par le fait que le montant de la pension dépend, à catégorie d'invalidité donnée, des salaires perçus auparavant.

Les dépenses totales d'invalidité tous régimes se sont élevées à 7,7 Md€ en 2020. Les dépenses du régime général-salariés représentent 80 % du total, contre 11 % pour les régimes de la fonction publique et 9 % pour l'ensemble des autres régimes (MSA, autres régimes spéciaux et régime général -indépendants) (cf. graphique 2). La faible part des régimes de la fonction publique résulte de différences de règles d'admission en invalidité entre ces régimes et le régime général.

Une augmentation de +3% de bénéficiaires par an depuis 2010

Les effectifs de pensionnés d'invalidité, tous régimes confondus, ont en moyenne progressé de 2,8 % par an depuis 10 ans. Le nombre de pensionnés salariés du régime général a augmenté plus rapidement que celui des autres régimes (+ 2,7 % par an en moyenne), en passant de 600 000 à 785 000 pensionnés, soit une augmentation de 31 % (cf. graphique 3). L'âge moyen de ces bénéficiaires est de 53,2 ans fin 2019, proche de l'âge moyen observé chez les indépendants (53,9 ans) ou chez les salariés agricoles (53,3 ans)¹.

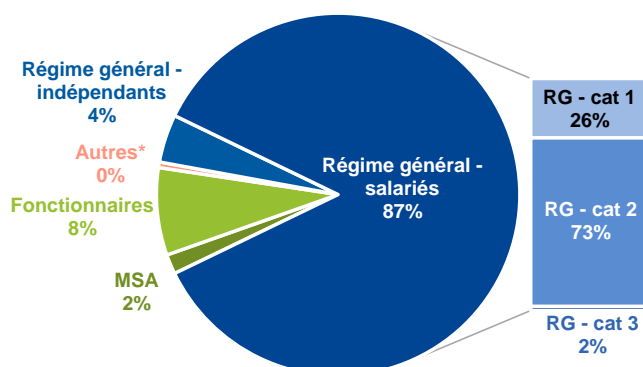
La part des bénéficiaires d'une pension d'invalidité de droit direct dans la population française croît avec l'âge : elle atteint quasiment 9 % à 61 ans, soit juste avant l'âge légal d'ouverture des droits à retraite. À partir de 62 ans, cette part est plus faible, les pensions d'invalidité étant automatiquement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

Les dépenses d'invalidité, tous régimes confondus, ont diminué de 2007 à 2010, puis ont augmenté à partir de 2011 jusqu'en 2020. Elles sont présentées corrigées de l'inflation graphique 4.

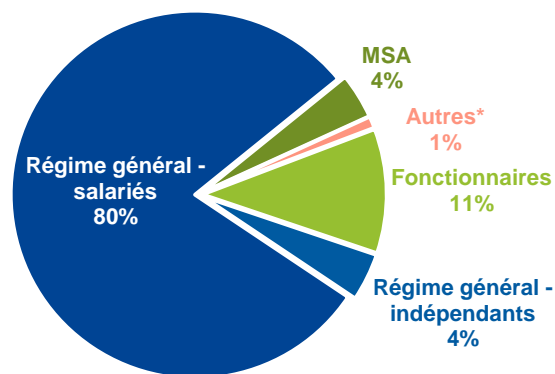
Concernant le régime général, à compter de 2011, la réforme des retraites de 2010 contribue à la hausse des prestations d'invalidité, le recul de l'âge de départ à la retraite se traduisant par un allongement de la durée en invalidité (cf. fiche 3.3 du rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale de juillet 2017).

¹ Cf. « Les Retraités et les Retraites - édition 2021 », fiche 24 Drees.

Graphique 1 • Répartition des pensionnés d'invalidité par régime, en 2020

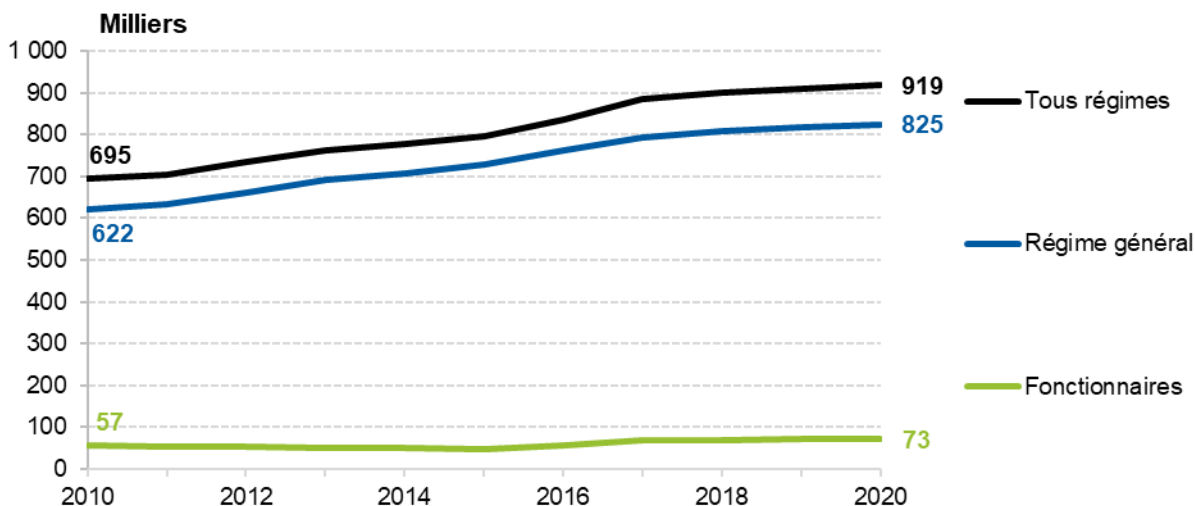


Graphique 2 • Répartition des dépenses d'invalidité en 2020, par régime



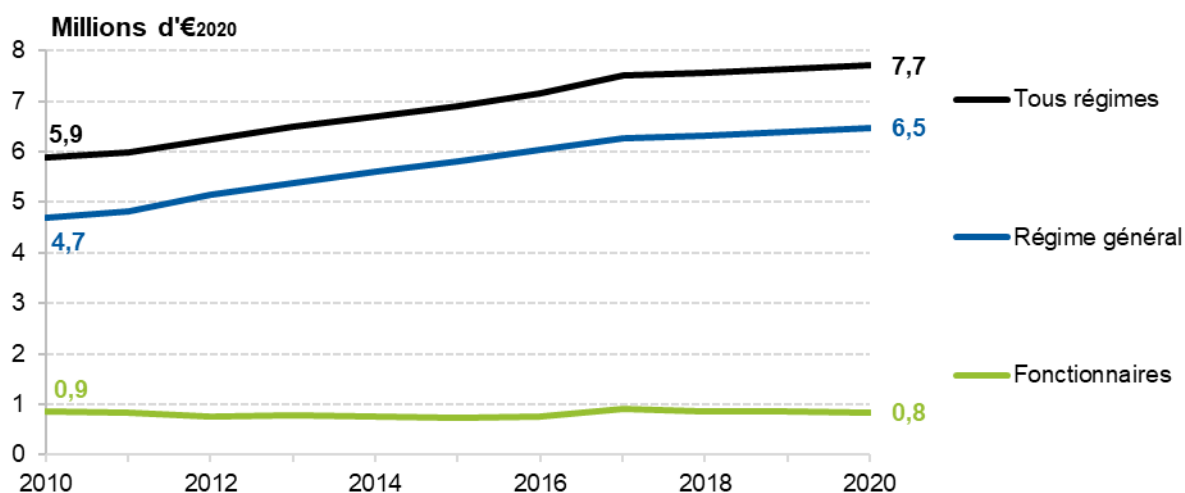
* La liste des régimes pris en compte est détaillée en précisions méthodologiques.
 Note : les catégories d'invalidité sont décrites dans l'encadré relatif aux précisions méthodologiques
 Champ : France entière.
 Sources : CCSS septembre 2021, Cnam (traitement DSS), Drees (estimation DSS).

Graphique 3 • Bénéficiaires de pensions d'invalidité par régimes



Source : CCSS septembre 2021, estimations DSS sur données Cnam, SSI et Drees
 Champ : France entière.
 Note : Le régime général comprend les salariés du privés et les travailleurs indépendants

Graphique 4 • Dépenses d'invalidité par régime



Source : CCSS septembre 2021, Cnam, SSI
 Champ : France entière

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

Les *effectifs* présentés sont identiques à ceux des rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) pour les régimes spéciaux, les fonctionnaires, et la MSA. Pour le régime général, ils sont issus des données fournies annuellement par les services statistiques de la Cnam. La structure des pensionnés d'invalidité par catégorie (du régime général) provient également des données de la Cnam.

Les *montants* de dépenses correspondent à ceux du compte « prestations légales invalidité » de la branche maladie de l'ensemble des régimes étudiés. Ils concernent les dépenses d'invalidité agrégées, pensions et allocations supplémentaires (qui font l'objet d'un indicateur spécifique, cf. indicateur n°2-2) et peuvent aussi mêler les pensions des ex-invalides notamment pour celles relevant des régimes de la fonction publique, de la SNCF, et de la RATP.

NB : dans les précédentes éditions, les bénéficiaires de droits dérivés ainsi que les retraites des ex-invalides étaient également pris en compte, elle n'est plus intégrée dans les pensionnés présentés ici. Toute la série du graphique 3 a été rétropolée pour prendre en compte ce changement de champ.

Ces montants sont identiques à ceux présentés dans les rapports de la CCSS. Ils sont cependant exprimés ici en millions d'euros constants.

Les effectifs et montants qui figurent ici couvrent la France entière.

Précisions sur le dispositif :

La pension d'invalidité est accessible après un accident ou une maladie d'origine non professionnelle, si la capacité de travail ou de gain est réduite d'au moins 2/3 (66%).

Les catégories d'invalidité du régime général peuvent se décomposer de la manière suivante :

- 1^{re} catégorie : « *invalides capables d'exercer une activité rémunérée* » ; le montant de leur pension est égal à 30 % du salaire annuel moyen de base (calculé sur 10 années) qu'ils percevaient antérieurement à la reconnaissance de leur invalidité ;
- 2^e catégorie : « *invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque* » ; le montant de leur pension est égal à 50 % du salaire annuel moyen de base ;
- 3^eme catégorie : « *invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie* » ; le montant de leur pension est égal à 50 % du salaire annuel moyen de base auquel s'ajoute le montant forfaitaire de la majoration pour tierce personne (MTP) ;

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

La catégorie « *Autres* » regroupe :

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.9. Dispositifs à destination des proches aidants

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

8 millions d'aidants de personnes en situation de handicap ou âgées en perte d'autonomie

Environ 8 millions de personnes de 16 ans ou plus occupent la fonction d'aidant en France, pour moitié auprès de personnes en situation de handicap, pour moitié auprès de personnes âgées. Les profils des aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ont récemment été étudiés par la Drees, qui montre que, parmi les 3,9 millions d'aidants, plus de la moitié sont leurs enfants (cf. *tableau 1*). Parmi les aidants, la moitié sont retraités et 60 % sont des femmes. La plupart des aidants résident à proximité de la personne aidée : ainsi, la moitié des enfants non cohabitants vivent au plus à 8 km, l'éloignement médian est moindre pour les aidants familiaux (5 km) et non familiaux (<1 km).

Tableau 1 : répartition et âge des aidants de personnes âgées selon leur lien avec le senior

Lien avec le senior aidé	Effectif, en millions	Part	Âge moyen
Conjoint	1,1	27	73
Enfant cohabitant	0,3	8	51
Enfant non cohabitant	1,8	45	54
Autre aidant familial	0,5	12	55
Autre aidant hors famille	0,3	7	66
Total	3,9	100	60

Source : Dossier de la Drees n°45, 2019, à partir de l'enquête CARE

Si certaines problématiques concernent globalement les aidants, comme le besoin de répit, d'autres varient, notamment selon leur âge. Schématiquement, pour les aidants de la même génération que la personne aidée, qui ont 73 ans en moyenne, les difficultés sont liées à leur propre état de santé. Pour les aidants de la génération suivante (enfants et beaux-enfants notamment), qui ont entre 50 et 55 ans en moyenne, c'est la thématique conciliation de l'aide avec la poursuite d'une activité professionnelle ou avec d'autres obligations familiales qui est mise en avant.

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

De plus, la stratégie nationale « Agir pour les aidants » couvre 2020 à 2022 et s'articule autour de six priorités :

- Rompre l'isolement des proches aidants et les soutenir au quotidien dans leur rôle;
- ouvrir de nouveaux droits sociaux aux proches aidants et faciliter leurs démarches administratives,
- permettre aux aidants de concilier vies personnelle et professionnelle,
- accroître et diversifier les solutions de répit,
- agir pour la santé des proches aidants,
- épauler les jeunes aidants.

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

Trois dispositifs peuvent être distingués.

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

Le congé de proche aidant n'est pas rémunéré par l'employeur (sauf dispositions conventionnelles ou collectives le prévoyant). Toutefois, depuis le 1^{er} octobre 2020, l'aidant, qu'il soit salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant réduisant ou interrompant son activité ou chômeur indemnisé suspendant sa recherche d'emploi pour accompagner un proche, peut percevoir l'**allocation journalière du proche aidant (AJPA)**. L'AJPA est un revenu de remplacement qui compense une partie de la perte de salaire, dans la limite de 22 jours par mois, et de 66 jours au cours du parcours professionnel de l'aidant. L'allocation peut indemniser des jours pris consécutivement, de manière fractionnée ou en complément d'une activité à temps partiel. Elle a pour objectif de répondre à la fois à un besoin de soutien régulier et étalé dans le temps et à un besoin urgent et ponctuel. L'AJPA est fixée à un niveau équivalent à celui de l'allocation journalière de présence parentale : 44 € par jour pour une personne vivant en couple et 52 € pour une personne seule. Elle est versée par les caisses d'allocations familiales et les caisses de la mutualité sociale agricole, sur demande du proche aidant.

Prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, l'indemnisation du congé de proche aidant répond aux recommandations formulées dans le cadre de la concertation sur le grand âge et l'autonomie par le groupe de travail sur les proches aidants et le bénévolat.

Les aidants familiaux bénéficient d'une affiliation gratuite à l'**assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF)**. L'AVPF permet aux personnes qui arrêtent ou réduisent leur activité pour aider un enfant ou un parent en situation de handicap de disposer de trimestres de retraite, et d'un report au compte au niveau du SMIC.

1 000 aidants bénéficiant de l'AJPA par mois dès l'ouverture du dispositif

Le CPA est géré directement au niveau des entreprises. Il ne fait pas l'objet de remontées statistiques permettant d'en évaluer le nombre de bénéficiaires.

Les premières données relatives à l'AJPA sont, elles, disponibles, relatives à 2020 et début 2021 : deux mois après sa mise en place, l'AJPA a bénéficié à près de 1 000 aidants par mois (cf. *tableau 2*). Entre l'automne 2020 et la fin juin 2021, après de 12 000 demandes ont été reçues par la Cnaf, dont 4 000 peuvent ouvrir un droit à l'AJPA. Les principaux motifs de refus sont liés à l'activité professionnelle de l'aidant – les personnes retraitées, qui représentent la moitié des aidants, ne pouvant bénéficier de la prestation. Ainsi, un tiers des demandes ouvre actuellement un droit, dans un contexte de mise en place d'une nouvelle prestation avec donc un effet d'apprentissage auprès des populations cibles.

Les premières données financières montrent un coût du dispositif de l'ordre de 1 M€ par mois entre février et avril 2021.

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

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

Autres dispositifs à destination des aidants

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

D'abord, en finançant en partie l'accueil de jour et l'hébergement temporaire des personnes en perte d'autonomie (cf. indicateur n°1-12). Au-delà, d'autres dispositifs proposant des solutions de répit, particulièrement les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) sont renforcées et développées. Face au constat d'épuisement d'aidants, les PFR apportent aux

aidants un soutien adapté en adéquation avec leurs besoins (information, formation), en recensant les prestations et services disponibles sur le territoire qui leur permette de trouver du répit, en organisant une suppléance de l'aidant à domicile ou en proposant des activités favorisant la vie sociale. Il existe 205 PFR en 2021. En 2018, 200 aidants avaient en moyenne bénéficié d'une prestation dans chaque PFR.

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

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

La CNSA a engagé, en 2019, près de 9 M€ pour soutenir les actions d'aide aux aidants :

- 4,8 M€ d'euros aux associations menant un programme d'action à destination des proches aidants ;
- 1 M€ aux agences régionales de santé, via le fonds d'intervention régionale, pour la formation et l'accompagnement des proches aidants ;
- 3,0 M€ pour soutenir les programmes d'action des départements à destination des aidants.

Dans ce cadre, les formations destinées aux aidants se développent. Ni diplômantes, ni qualifiantes, elles n'ont pas un objectif de professionnalisation, mais permettent aux aidants de participer à des programmes sur leur rôle d'aidant ou sur la maladie affectant leur proche.

Enfin, la CNSA conduit une politique de soutien financier à la recherche, aux études et aux actions innovantes dans l'objectif d'améliorer et de développer les réponses en matière d'accompagnement de l'autonomie des personnes et de leur entourage.

Tableau 2 • Foyers concernés par un droit AJPA selon la personne ouvrant un droit au sein du foyer

	oct-20	nov-20	déc-20	janv-21
Foyers avec un bénéficiaire homme exclusivement	190	250	310	280
Foyers avec un bénéficiaire femme exclusivement	360	560	670	730
Foyers avec les deux membres du couple bénéficiaires	<10	<10	10	10
Foyers bénéficiaires - ensemble	550	820	990	1 010

Source : CNAF

• Précisions méthodologiques

Sources des données : CNSA, DGCS, DSS

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.10. Equipements et services accompagnant les enfants et adultes handicapés

En 2020, on compte en France 161 919 places pour les enfants handicapés dans les structures de services ou d'hébergement médico-sociales.

Ces structures bénéficient toutes d'un financement partiel ou total de l'assurance maladie. Concernant les adultes handicapés, on compte près de 333 149 places, dont environ 53 % dans les structures médico-sociales financées intégralement par l'assurance maladie (cf. graphique 1).

Au total, sur le territoire national, l'assurance maladie concourt au financement de près de 370 037 places pour les enfants et adultes handicapés dont les établissements et services d'aides par le travail (ESAT).

Par ailleurs, il existe une offre en Belgique qui accueille environ 1 500 enfants ressortissants français en situation de handicap répartis dans 24 structures conventionnées et financées à hauteur de 74 M€ par la CNSA. De même, des adultes français sont pris en charge dans des établissements non conventionnés et financés par le centre national des soins à l'étranger (CNSE). Actuellement, ces structures sont en cours de conventionnement et seront intégrées progressivement, à compter du 1^{er} janvier 2022, dans l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la CNSA pour la partie Assurance Maladie. La part des dépenses publiques liées au handicap et à la perte d'autonomie représente 1,1 %.

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

Sur le champ des structures financées par l'assurance maladie, sur la période 2004-2020, le nombre de places installées en France métropolitaine a augmenté de +1,2 % par an en moyenne pour les enfants et +11,0 % pour les adultes suite à l'intégration des ESAT au 1^{er} janvier 2017 (cf. graphique 2). Entre 2019 et 2020, le secteur des adultes enregistre une légère baisse (-0,2 %) à périmètre constant après avoir enregistré une stabilité entre 2018 et 2019. Concernant les enfants handicapés, le développement des places en établissements et services reste modéré (+1,0 %). Cette évolution contrastée entre les deux secteurs s'explique par une politique offensive de l'offre médico-sociale à destination des adultes handicapés. Cette politique fait suite au manque de places par rapport aux enfants et à la constance des situations de jeunes en maintien inadapté (« amendements Creton »¹). Selon une étude de la Drees², près de 6 000 jeunes adultes, âgés de 18 à 30 ans étaient accueillis dans des établissements pour enfants handicapés fin 2010, soit 20 % de plus qu'il y a quatre ans, lors de la précédente enquête. En 2010, ils représentaient 5,6 % des usagers de ces structures, soit un point de plus qu'en 2006.

Le programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées (2008-2012) prévoyait ainsi la création de 12 250 places pour les enfants et 29 200 pour les adultes, soit un total de 41 450 places (auxquelles s'ajoutent

10 000 places d'établissements et services d'aides par le travail – ESAT - financées sur crédits d'État). Le troisième plan Autisme entre 2013 et 2017 a permis l'autorisation de près de 3 130 places ainsi que l'installation d'environ 2 500 places.

En 2020, on observe une forte hausse des services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) (+25,2 %). La capacité en institution des maisons d'accueil spécialisées (MAS), des foyers d'accueil médicalisés (FAM) / Etablissement d'accueil médicalisé (EAM) et des établissements spécialisés d'aide par le travail (ESAT) continue quant à elle de progresser (+1,5 % par rapport à 2019). Ces différentes institutions représentent plus de la moitié des capacités d'accueil du secteur des adultes, tout financeur confondu. On constate en revanche une légère baisse du développement (-0,9 %) des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services d'aide de soins à domicile (SPASAD) sur le secteur adulte. Sur le secteur enfant, les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) baissent de -0,5 % au regard d'une montée en charge des dispositifs PH dont la mesure de l'activité n'est à ce jour pas arrêtée.

Depuis 2004, l'augmentation du taux d'équipement est plus importante sur le secteur des adultes (+5 points, portant le taux d'équipement moyen à 6 places pour 1 000 adultes) que sur le secteur des enfants (+1,5 point, 10 places pour 1 000 enfants). Par ailleurs, la majorité des régions ont vu leur taux d'équipement progresser.

En matière de taux d'occupation³, ce sont les IME et les ITEP qui connaissent les taux les plus élevés sur le secteur enfant (moyennes pondérées et médianes au-dessus de 88 %), les établissements expérimentaux pour adultes handicapés (EEAH), les centres de pré-orientation (CPO), les FAM/EAM et les MAS sur le secteur adulte (moyennes pondérées et médianes au-dessus de 90 %).

L'habitat inclusif : une offre en émergence

L'habitat inclusif constitue une forme "d'habiter" complémentaire au domicile (logement ordinaire) et à l'accueil en établissement (hébergement). Reconnu et soutenu par les pouvoirs publics, il s'agit de petits ensembles de logements indépendants, caractérisés par la volonté de ses habitants de vivre ensemble et par des espaces de vie individuelle associés à des espaces de vie partagée, dans un environnement adapté et sécurisé. Le projet de vie sociale et partagée est défini dans la loi pour l'évolution du logement, de l'aménagement et de la transition numérique (loi ELAN) du 23 novembre 2018. Il fait l'objet d'un financement particulier : le forfait habitat inclusif ou, à compter de 2021 dans certains départements précurseurs, la prestation d'aide à la vie partagée.

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

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

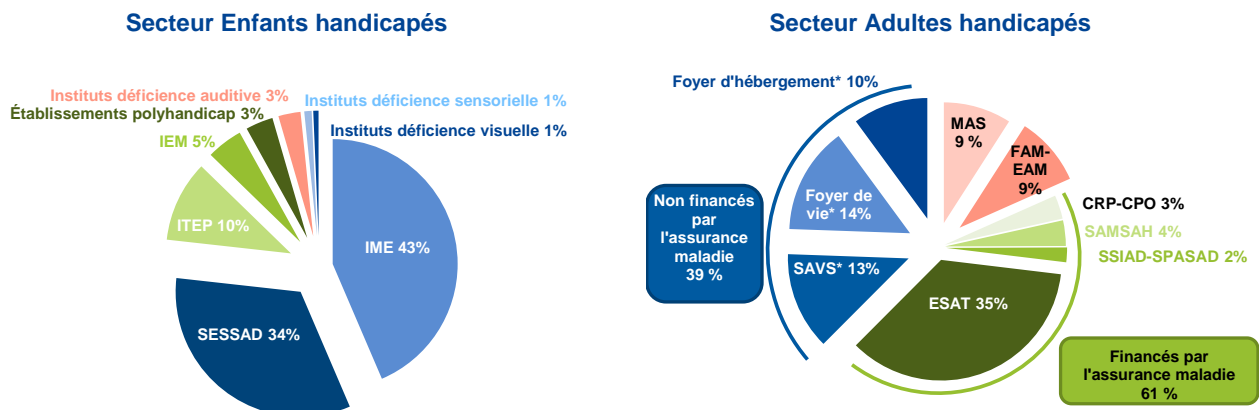
³ Source : CNSA, 2016, Rapport sur la situation des ESMS PH.

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

Près des deux tiers des départements présentent, en 2020, un taux d'équipement supérieur à la moyenne dans le secteur des enfants handicapés. La diminution du taux d'équipement dans certains départements peut avoir plusieurs explications : une démographie particulièrement dynamique dans certains départements, des créations de

places en internat (plus chères et donc moins nombreuses mais répondant à des besoins spécifiques), la montée en charge des dispositifs dans le cadre de la transformation de l'offre PH, ou enfin la baisse progressive des places antérieurement occupées par des enfants en provenance d'autres régions qui ont désormais la capacité d'offrir une solution à proximité du domicile de leurs ressortissants. L'analyse des disparités d'offre de services est traitée dans l'indicateur n°2-8.

Graphique 1 • Répartition des places installées par catégorie d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, en 2020

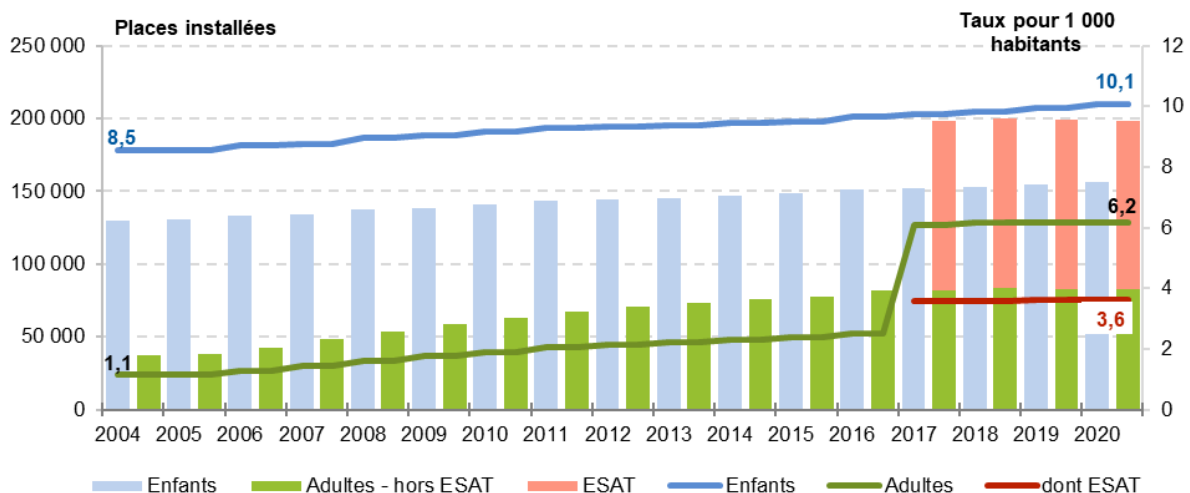


Source : Finess, traitements CNSA. Champ : France entière.

Glossaire : SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile - IME : institut médico-éducatif - ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique - IEM : institut d'éducation motrice - CPO : centre de pré-orientation - CRP : centre de rééducation professionnelle - MAS : maison d'accueil spécialisée - FAM : foyer d'accueil médicalisé - EAM : établissement d'accueil médicalisé - ESAT : établissements et services d'aide par le travail - SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale - SSIAD : service de soins infirmiers à domicile - SPASAD : services d'aide et de soins à domicile - SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées.

*Structures non financées par l'assurance maladie (SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale, foyers de vie et foyer d'hébergement).

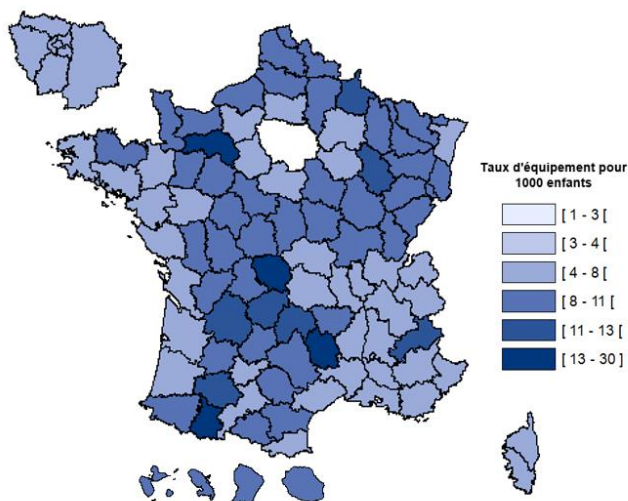
Graphique 2 • Évolution du nombre de places installées et taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie



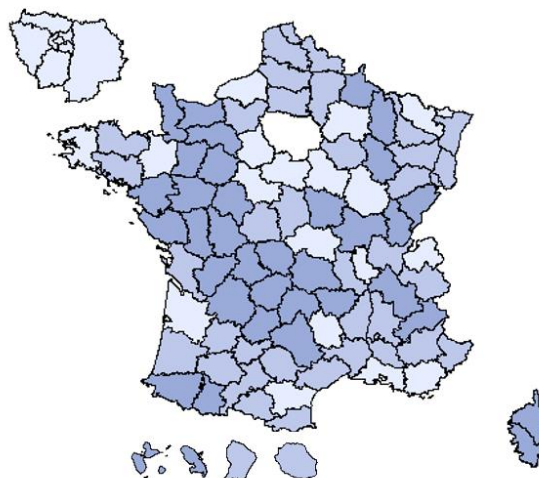
Source : Finess, traitements CNSA, Insee. Champ : France métropolitaine.

Cartes • Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux, par département, en 2020

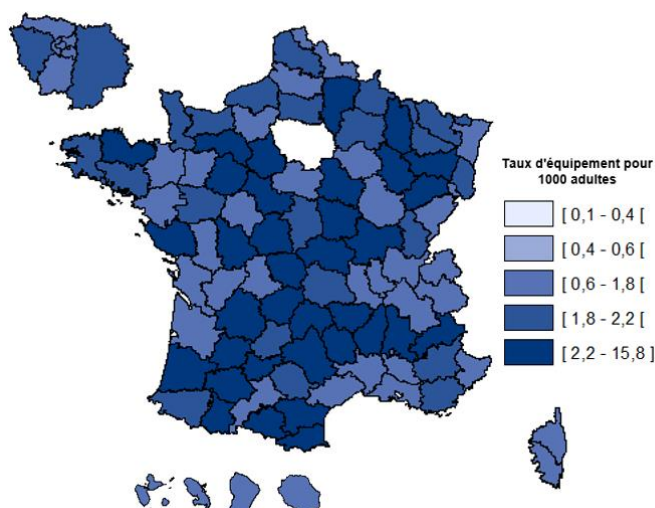
Enfants handicapés (Institutions)



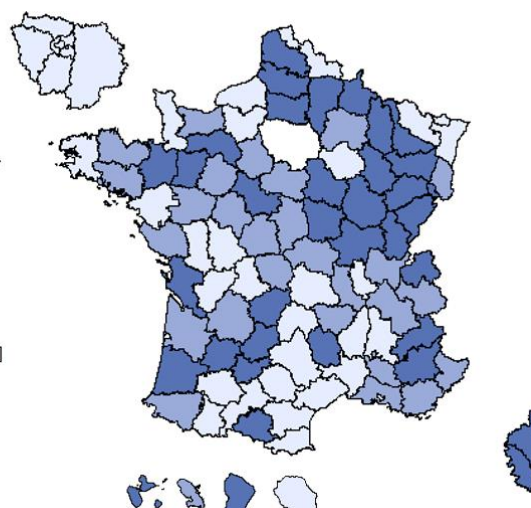
Enfants handicapés (SESSAD)



Adultes handicapés (MAS-FAM)



Adultes handicapés (SA MSAH-SSIAD)



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

• Précisions méthodologiques

Indications complémentaires :

Les lits ou places (hors accueil temporaire en établissement) des structures bénéficiant d'un financement total ou partiel de l'assurance maladie sont :

- *enfants handicapés* : établissements pour déficients mentaux, établissements pour polyhandicapés, établissements pour troubles du comportement, établissements pour handicapés moteurs, établissements pour déficients sensoriels, services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ;
- *adultes handicapés* : maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM) et établissement d'accueil médicalisé (EAM) établissement et services d'aide par le travail (ESAT), établissements et services de réinsertion professionnelle, services de soins à domicile (SSIAD), services d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Construction de l'indicateur :

Les taux d'équipement départementaux sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population estimée par tranche d'âge (0 – 19 ans pour les enfants et 20 – 59 ans pour les adultes), pour chaque année (estimation Insee au 19 janvier 2021), multiplié par 1 000 habitants.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

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

En France, on dénombre près de 909 600 places dans les structures de service ou d'hébergement pour personnes âgées de plus de 75 ans (en dehors des services d'aide et d'accompagnement à domicile – SAAD). Environ 87 % des places appartiennent à des structures médicalisées et bénéficient à ce titre d'un financement de l'assurance maladie. L'offre est majoritairement composée de structures d'hébergement (essentiellement en maisons de retraite médicalisées – EHPAD). En 2020, le taux d'occupation moyen des EHPAD s'élève à 94 %. Il est en diminution de 2,4 points par rapport à 2019, conséquence de la crise sanitaire. En 2018, le taux d'encadrement médian en EHPAD atteindrait 65,0 en équivalent temps plein (ETP) pour 100 résidents d'EHPAD (contre 64,7 ETP en 2017). Les structures de services de soins à domicile (service de soins infirmiers à domicile - SSIAD et services polyvalents d'aide et de soins à domicile - SPASAD) représentent 14 % de l'offre totale (cf. *graphique 1*).

Le nombre de places poursuit sa hausse en 2020

Au total 782 530 lits et places sont installés à fin 2020 pour l'ensemble de l'offre en établissements et services médico-sociaux (cf. *graphique 2*). Cette même année, le nombre de places en établissements et services pour personnes âgées financés par l'assurance maladie a connu un rythme de progression de +0,2 %, inférieur au rythme annuel moyen observé depuis 2006 (+1,4 %). Sur la période 2019-2020, le secteur des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les prises en charge en établissement (hébergeant des personnes âgées -EHPA- ou personnes âgées dépendantes -EHPAD) enregistrent tous deux une légère hausse (respectivement +0,3 % et +0,2 %). La capacité en institution (EHPAD-EHPA) représente 80 % du secteur des personnes âgées financé par l'assurance maladie.

Le nombre de places installées, a augmenté de près de 142 120 sur la période 2006-2020, principalement sous l'impulsion du plan solidarité grand âge (PSGA) 2006-2012 qui prévoyait initialement le financement de 98 000 places nouvelles sur la période (42 500 places en EHPAD, 36 000 places de SSIAD, 19 500 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire).

Le nombre de places effectivement installées au cours de l'année 2020 a été d'environ 1 750 dans le cadre de la dynamique engagée par le PSGA 2006-2012, 8 ans après sa date de fin théorique. Ces installations concernent majoritairement les places d'EHPAD et d'hébergement temporaire.

Pour les établissements et services médico-sociaux non spécifiques à l'accompagnement des malades d'Alzheimer, les places s'installent encore majoritairement grâce aux crédits du PSGA, traduisant des délais d'autorisation et / ou d'installation longs, notamment en « fin de plan ».

Une progression du taux d'équipement en ralentissement depuis 2018

Le taux d'équipement s'établit, en 2020, à plus de 126 lits et places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans. Après une baisse constatée jusqu'en 2007, liée à une progression plus forte de la population âgée que de

l'équipement ainsi que d'un retard d'inscription dans le fichier Finess de la médicalisation des foyers de vie, le taux d'équipement est depuis orienté à la hausse. Cette hausse est le fruit de la progression constante du nombre de places en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées résultant de la politique volontariste de développement du secteur à partir de 2005 : création de la CNSA et évolution importante des moyens financiers alloués en faveur des personnes âgées au titre de l'objectif global des dépenses médico-sociales. Cette progression du nombre de places a permis de stabiliser le taux d'équipement malgré une forte hausse, sur la même période, de la population de référence (personnes âgées de plus de 75 ans) (cf. *carte 1*). En 2020, ce taux régresse de 1 point par rapport à 2019 au regard du poids significatif de la démographie des personnes de 75 ans et plus et des places restant à installer sur les plans dédiés au développement de l'offre à destination des personnes âgées.

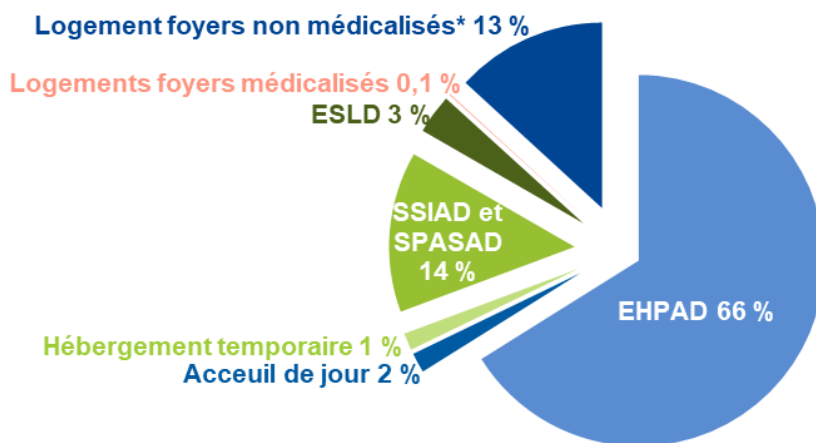
Une baisse significative du volume d'actes infirmiers en 2020

L'activité des infirmiers libéraux intervenant au domicile des personnes âgées dépendantes constitue un élément essentiel de l'offre de soins médicaux à domicile (accompagnement en SSIAD, interventions d'une infirmière libérale). Conséquence du confinement lié à la crise sanitaire à partir de Mars 2020, le volume d'actes infirmiers de soins (AIS) a enregistré une baisse significative au regard de l'exercice 2019 (-11,8 %). Le taux d'évolution tendanciel sur la période 2006-2020 à quant à lui atteint près de + 122 %, soit une progression annuelle moyenne de + 8,7 %. Géographiquement, cette dépense continue d'apparaître très localisée notamment dans le sud de la France (cf. *carte 2*).

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

La dépense en AIS pour les personnes âgées de 75 ans et plus en secteur libéral vient compléter la dépense globale de l'assurance maladie pour la prise en charge de la perte d'autonomie (cf. *indicateur n° 2-5-3* relatif aux écarts interdépartementaux et interrégionaux de dépenses médico-sociales en euros par habitant pour les personnes âgées).

Graphique 1 • Répartition des places installées par catégorie d'établissements et services pour personnes âgées en 2020, financées ou non par l'assurance maladie (hors SAAD)

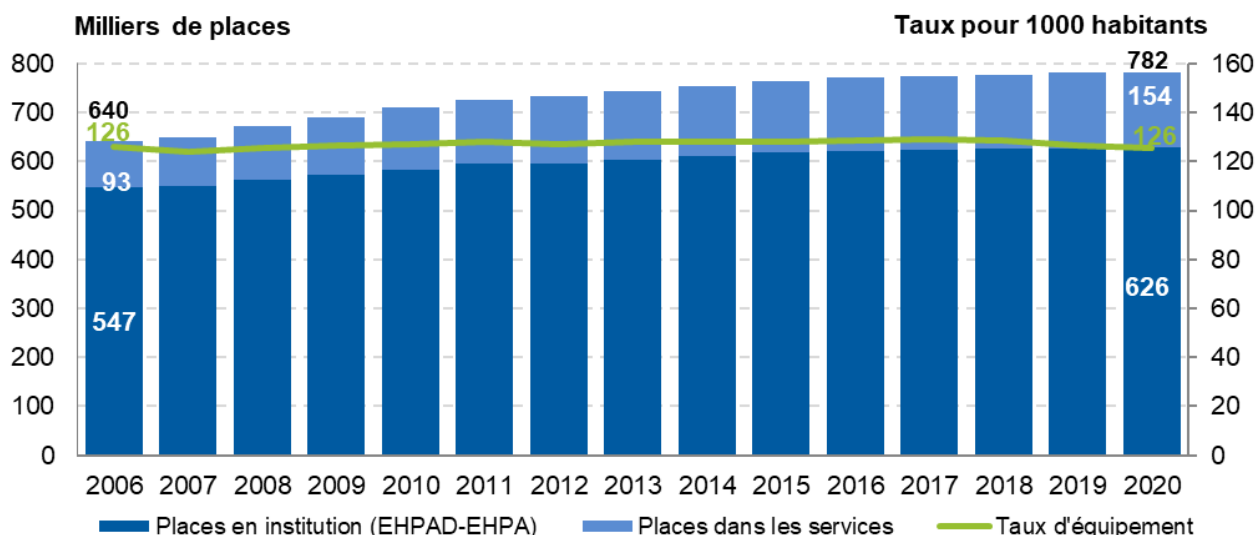


* Les résidences autonomie sont financées par le département sur la base d'un forfait autonomie.

Source : Finess, Drees – SAE, Traitements CNSA. Champ : France entière.

Glossaire : EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – AJ : accueil de jour – HT : hébergement temporaire – SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SSIAD : service de soins infirmiers à domicile – ES LD : Etablissement de soins de longue durée.

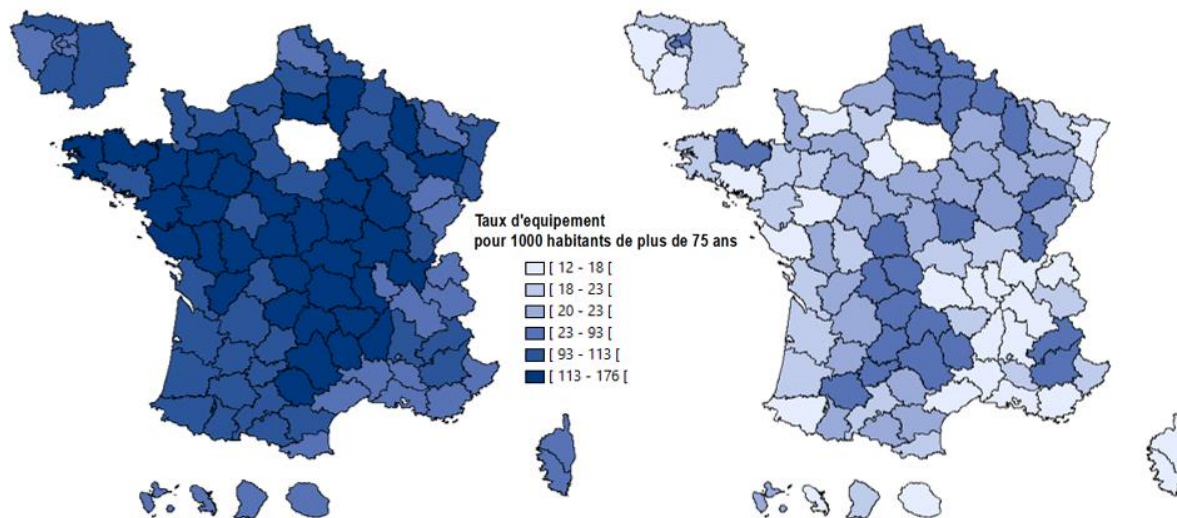
Graphique 2 • Évolution du nombre de places installées et taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie pour les plus de 75 ans



Source : Drees pour données 2006 (enquête EHPA), Finess, traitements CNSA pour données 2007-2020.

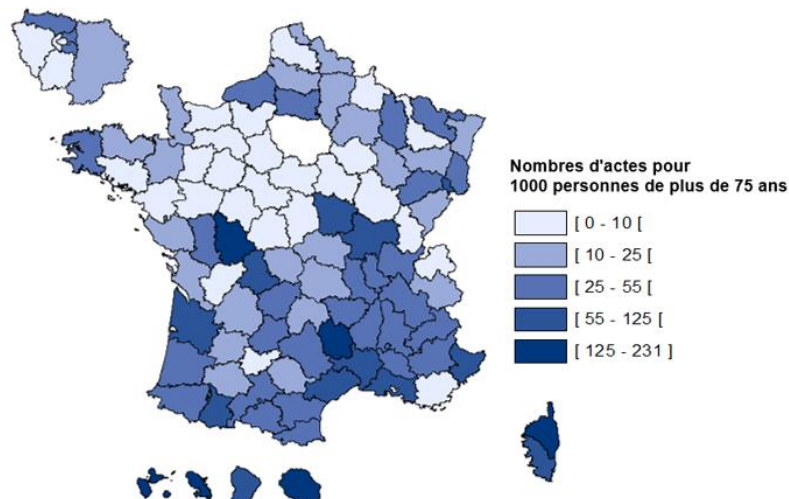
Champ : France métropolitaine.

Carte 1 • Taux d'équipement en établissement et services médico-sociaux en 2020



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

Carte 2 • Nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) en 2020



Source : Cnam, traitements CNSA, Insee. ©geofla 2020, discrétisation par quantile
Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

Le taux d'occupation moyen des EHPAD repose sur les données issues de RESID-EHPAD, pour un échantillon d'environ 5 020 EHPAD – source CNAM-CNSA.

On distingue parmi les structures bénéficiant d'un financement total ou partiel de l'assurance maladie celles qui relèvent :

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

- du champ *sanitaire* (au sein de sous-objectif national des dépenses d'assurance maladie – Ondam hospitalier) : établissement de soins de longue durée (ESLD).

Les données de places sont extraites de Finess (source Drees) et traitées par la CNSA.

Le nombre de lits en unités de soins de longue durée n'est plus renseigné dans Finess depuis 2007 : les chiffres retenus sont ceux de la statistique annuelle des établissements (SAE) pour 2009.

Les taux d'équipement départementaux en 2018 sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population âgée de 75 ans et plus, pour chaque année (estimation Insee au 19 janvier 2021), multipliés par 1 000.

Les données sur les actes infirmiers de soins (AIS) concernent les seuls bénéficiaires âgés de 75 ans et plus. Ces données sont extraites du Système National des Données de Santé (SNDS) : elles sont relatives aux seuls assurés relevant du régime général.

Le nombre d'AIS mesuré en 2020 est rapporté à la population des 75 ans et plus, pour chaque année (estimation Insee au 19 janvier 2021) dans la carte présentée.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

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

« Agir pour les aidants »

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour les personnes âgées, l'accueil de jour (AJ) autonome ou adossé à un EHPAD pour personnes âgées, s'adresse prioritairement aux personnes âgées en perte d'autonomie et/ou présentant une maladie neurodégénérative (Alzheimer et maladies apparentées, Parkinson, sclérose en plaques, etc.) et vivant à domicile.

La majorité des accueils de jour ont d'ailleurs été créés dans le cadre de la mise en œuvre du second plan Alzheimer. L'accueil de jour a pour objectif de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel. Il s'agit de préserver la socialisation des personnes accueillies, avec l'objectif de maintenir, de stimuler, voire de restaurer partiellement leur autonomie et de permettre une qualité de vie à domicile.

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

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

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

Au sein des résidences autonomie et des maisons de retraite, sont réparties 15 800 places en accueil de jour et 13 500 places en hébergement temporaire en 2020 (tableau 1). Le taux d'occupation, sur l'accueil de jour comme sur l'hébergement temporaire, s'établit à 60 %. Parmi les bénéficiaires de ce mode d'accueil, 80 % sont classés dans les GIR 1 à 4, et 20 % dans les GIR 5 ou 6. L'accueil temporaire est financé d'un part, par la CNSA, au titre du soin, et par les assurés, qui peuvent bénéficier pour couvrir ces frais de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, de l'aide sociale à l'hébergement, et éventuellement de l'action sociale des mairies et des départements.

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

	Places	Montants CNSA, en M€
Hébergement temporaire	13 500	140
Accueil de jour	15 800	40

Sources : Drees, DGCS, CNSA

Développement de l'offre d'accueil temporaire PA/PH en 2020 et 2021

L'offre d'accueil temporaire se développe actuellement. Ainsi, en 2020, 17,6 M€ ont été engagés, dont 12 M€ sur le champ PA, 3 M€ sur le champ PH et 2,6 M€ issus de la stratégie nationale pour l'autisme.

Au 31 décembre 2020, au total, 11 % (soit 384 000 €) des crédits ont été autorisés au titre des PH et 89 % (soit 3,1 M€) au titre des PA. Parmi ces crédits, seuls 491 607 € ont été autorisés au titre de projets sous le format d'accueil temporaire (soit 79 % en AJ autonome et rattaché à un EHPAD pour les PA et 21 % en AT pour les PH).

En 2020, près de tous les crédits engagés pour de l'offre en accueil temporaire via la stratégie agir pour les aidants ont été consommés soit 0,4 M€, au sein de trois régions,

(soit 76 % ont été consommés sur le champ PA (en AJ) et 24 % ont été consommés sur le champ PH (en AT). Cela représente 77 % d'offre institutionnelle.

Pour 2021-2025, 68 % des crédits qui ont été programmés sur le total des crédits notifiés. 42 % (soit 4,3 M€) concernent l'offre en accueil séquentiel, accueil temporaire, accueil de jour et hébergement temporaire sur les champs PA/PH. Pour l'offre de répit, seules 9 régions ont décidé de programmer leurs crédits sur le champ PA et 8 sur le champ des PH pour de l'offre en AT. 65 % des crédits concernent de l'offre institutionnelle (par exemples : AJ rattaché à un EHPAD ou AT à un IME) et 35 % concernent l'offre en milieu ordinaire (AJ autonome ou AT pour adultes).

Ainsi, 50 M€ ont été délégués sur les champs des personnes handicapées (PH) et personnes âgées (PA) via les crédits de l'ONDAM pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS). Par ailleurs, 2,6 M€ ont été prévus dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement (Hors champ de cette fiche car fait l'objet d'un suivi particulier au sein de la SNA) afin de poursuivre le renforcement de l'offre de répit.

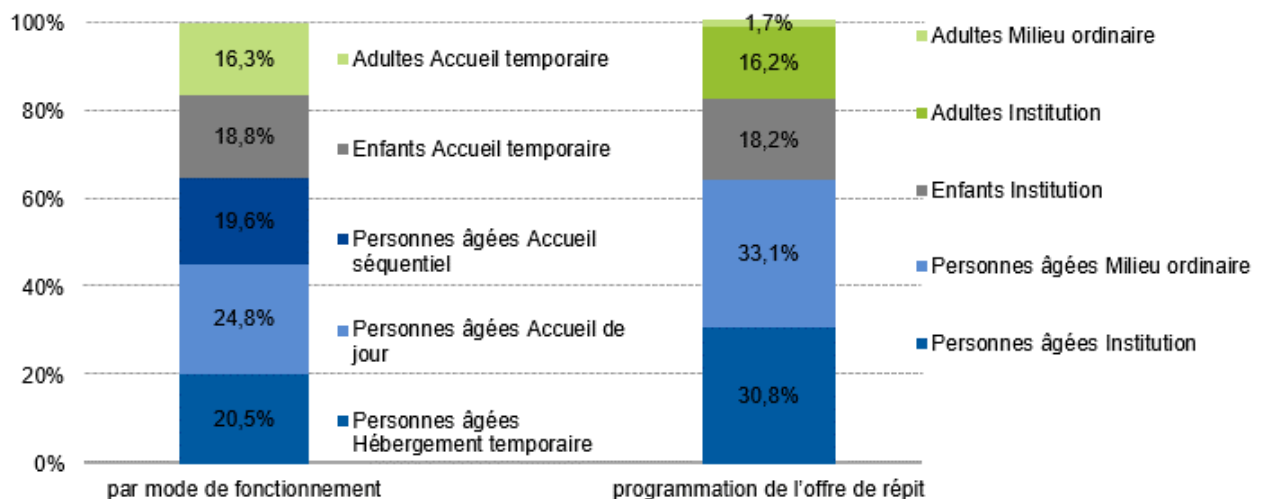
Parallèlement le coût à la place en AT-PA a été revalorisé à 13 000 € pour mieux solvabiliser cette offre et améliorer son recours et des financements complémentaires ont été délégués aux régions afin de proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie en sortie d'urgences ou d'hospitalisation, un hébergement temporaire d'une durée maximale de trente jours financés dans le cadre du Fonds d'intervention régional (FIR), pour 16 M€ en 2021.

En 2023, grâce à la 1^{ère} tranche de crédits de la stratégie agir pour les aidants, les prévisions d'installation en accueil temporaire sont d'un montant de 4,7 M€ sur les deux champs, soit 1,65 M€ sur le champ PH et 3,1 M€ sur le champ PA. 55 % des crédits notifiés pour les aidants sont sur le champ PH et 26 % sur le champ PA.

Perspectives pour la fin 2022

Les ARS ont désormais une visibilité sur l'entièreté de leurs enveloppes rattachées à la stratégie agir pour les aidants. C'est donc à fin 2022 qui sera alors véritablement possible d'analyser l'impact réel de cette stratégie sur le renforcement de l'offre de répit notamment en dispositifs d'hébergements et d'accueil temporaire.

Graphique 1 • Prévisions de crédits à 2023 via la « stratégie agir pour les aidants »



Source : SEPIIA – Données ARS/CNSA

Lecture : en 2023, 18,8 % des crédits sont fléchés pour de l'accueil temporaire pour enfants sur la totalité des crédits programmés cités et 33,1 % des crédits ont été programmés pour de l'offre en milieu ordinaire sur la totalité des crédits destinés au champ PA (soit 64 %).

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

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

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

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

2. OBJECTIFS / RESULTATS

LISTE DES INDICATEURS D'OBJECTIFS/RÉSULTATS

	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
1- Assurer un niveau de vie adapté aux personnes en perte d'autonomie	2-1- Assurer un niveau de vie adapté aux personnes en situation de handicap			
	2-1-1 - Limiter le taux de pauvreté des personnes en situation de handicap	Diminution du taux de pauvreté	DSS	Etat (DGCS, DSS)
	2-1-2 - Contribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) au pouvoir d'achat de ses bénéficiaires	Maintien du pouvoir d'achat de l'AAH	DREES - DSS	Etat (DGCS)
	2-2- Assurer aux bénéficiaires de pensions d'invalidité des ressources suffisantes	Diminution de la part des bénéficiaires de l'ASI	DSS	Etat (DSS), CNAM
	2-3 - Assurer un niveau de vie adapté aux âgées personnes en perte d'autonomie			
	2-3-1 – Diminuer la part des dépenses restant à la charge des personnes dont la perte d'autonomie et la plus sévère	Contenir le reste à charge	DREES - DSS	Etat (DGCS)
	2-3-2 - Garantir un reste à charge plus bas aux personnes dont les ressources sont les plus faibles	Garantir un reste à charge plus bas aux plus fragiles	DREES - DSS	Etat (DGCS)
2 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes	2-4 - Favoriser l'accès en milieu ordinaire			
	2-4-1 - Favoriser la scolarisation des enfants en situation de handicap	Augmenter le taux de scolarisation	CNSA	Etat, CNSA
	2-4-2 - Permettre aux personnes en situation de handicap d'être en emploi	Augmenter le taux d'emploi	CNSA	Etat, CNSA
	2-5 Permettre aux personnes perte d'autonomie de vivre plus souvent à domicile			
	2-5-1 Favoriser le maintien à domicile des bénéficiaires de l'APA	Augmenter la part des bénéficiaires de l'APA vivant à domicile	CNSA	Etat (DGCS), CNSA
	2-5-2 - Développer des services pour personnes handicapées, enfants et adultes, dans les structures médico-sociales	Augmenter le nombre de service	CNSA	Etat (DGCS), CNSA
	2-5-3 - Etendre la part des services pour personnes âgées de plus de 75 ans dans les structures médico-sociales	Augmenter	CNSA	Etat (DGCS), CNSA
	2-5-4 - Adapter les logements pour permettre le maintien à domicile	Augmenter le nombre de logements adaptés	CNSA	Etat, CNAV, Anah
	2-6 - Simplifier l'accès au droit pour les personnes en perte d'autonomie	Diminuer la durée de traitement	CNSA	Etat (DGCS), CNSA

	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
3-Garantir une offre adaptée sur tout le territoire	2-7 – Simplifier l'accès au droits pour les personnes en situation de handicap	Réduire les délais de traitement des demandes	CNSA	Etat (DGCS), CNSA, MDPH
	2-8 - Réduire les disparités territoriales de prise en charge des personnes en situation de handicap	Réduire les disparités	CNSA	Etat (DGCS), CNSA
	2-9 - Réduire les disparités territoriales de prise en charge de la perte d'autonomie chez les personnes âgées	Réduction des écarts	CNSA	Etat (DGCS, DSS), CNSA
4- Garantir la pérennité financière des actions portées sur le champ de l'autonomie à moyen terme	2-10- Garantir l'équilibre financier de la branche Autonomie	Équilibre financier	CNSA/DSS	Etat (DSS), CNSA

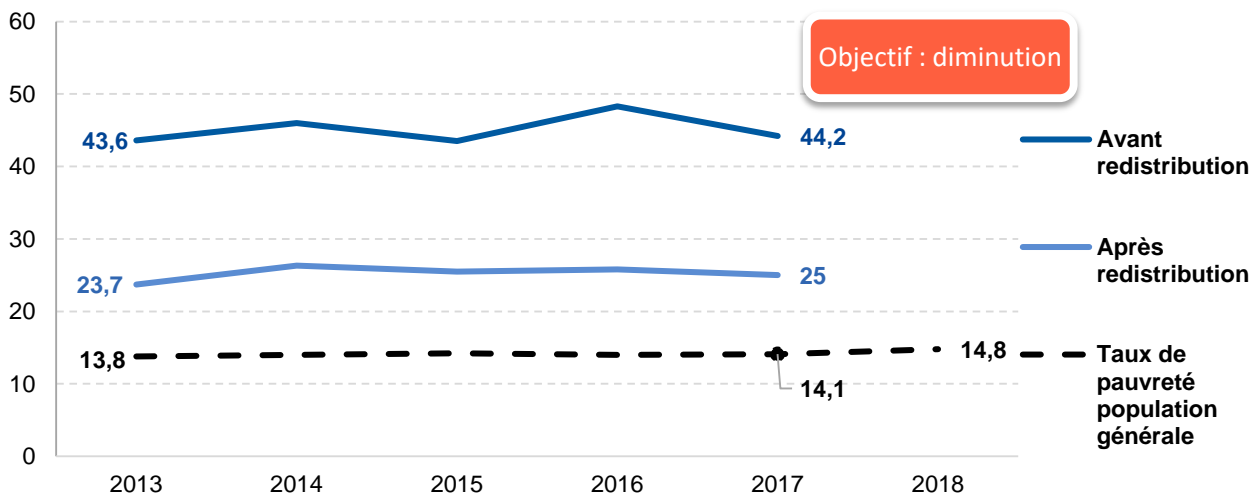
2.1. Assurer un niveau de vie adapté aux personnes en situation de handicap

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

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

Résultats Le taux de pauvreté des personnes en situation de handicap est de 25 % en 2017, soit 11 points de plus que celui de l'ensemble de la population. Le système socio-fiscal permet de réduire de moitié leur taux de pauvreté qui passe de 44 % avant redistribution à 25 % après redistribution (*graphique 1*). Enfin, 27 % des personnes en situation de handicap connaissent au moins 4 restrictions de consommation en 2018 (pauvreté en conditions de vie), contre 10 % pour l'ensemble de la population (*tableau 2*).

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



Champ : France métropolitaine, personnes appartenant à un ménage vivant dans un logement ordinaire, dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Source : Drees, (à partir de données Insee-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2012-2017), Insee

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

- 1) Le taux de pauvreté des adultes en situation de handicap de 15 à 59 ans : au sens monétaire, en considérant le seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian, 25 % des adultes handicapés sont pauvres, contre 14 % de la population générale (*tableau 1*).
- 2) Le niveau de vie médian : il correspond aux ressources dont dispose un ménage pour consommer et épargner rapportées au nombre d'unités de consommation. Le niveau de vie médian des personnes en situation de handicap de 15 à 59 ans équivaut à 84 % de celui de la population du même âge.
- 3) La part des ménages modestes : les ménages modestes correspondent aux 40 % des personnes dont le niveau de vie est le plus faible. En 2017, 58 % des personnes handicapées de moins de 60 ans vivent dans un ménage modeste, contre 38 % de celles n'étant pas en situation de handicap.

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

Tableau 1 • Niveau de vie annuel des personnes en situation de handicap en 2017

	Personnes en situation de handicap	Ensemble de la population
Taux de pauvreté	25%	14%
Niveau de vie médian	1 430 €	1 710 €
Part des personnes dans un ménage modeste	58%	38%

Lecture : en 2017, en France métropolitaine, le taux de pauvreté des personnes en situation de handicap est de 25 % contre 14 % pour l'ensemble de la population du même âge

Champ : France métropolitaine, personnes âgées entre 15 et 59 ans vivant dans un logement ordinaire

Source : Drees

Au-delà de la pauvreté monétaire, la pauvreté des ménages peut être approchée par la pauvreté dite « en conditions de vie », c'est-à-dire par les privations ou le renoncement à certains biens de consommation, services ou équipements pour des raisons financières (cf. précisions méthodologiques).

Les personnes en situation de handicap de 16 à 64 ans vivent dans des ménages nettement plus exposés à la pauvreté en conditions de vie. Près de trois sur dix sont concernées par cette forme de pauvreté, contre environ une sur dix dans l'ensemble de la population (cf. tableau 2). La proportion de personnes en situation de handicap appartenant à un ménage pauvre en conditions de vie est plus élevée quelle que soit la dimension de la pauvreté en conditions de vie considérée. Le fait de ne pas pouvoir payer une semaine de vacances une fois par an (43 % contre 22 % dans l'ensemble de la population), remplacer un meuble hors d'usage (43 % contre 22 %) et dans une moindre mesure s'acheter des vêtements neufs (28 % contre 11 %) par manque de moyen sont les privations les plus souvent citées.

Tableau 2 • Restriction de consommation des ménages des personnes handicapées en 2018

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

Lecture : en 2018, en France métropolitaine, 27 % des personnes en situation de handicap vivent dans un ménage déclarant des restrictions de consommation. Cette part s'élève à 10 % dans l'ensemble de la population.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées entre 16 ans et 64 ans vivant dans un logement ordinaire.

Source : Insee, enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie 2018 - Traitement DREES

Précisions méthodologiques

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

Sont considérées comme étant handicapées les personnes répondant « oui, fortement » à cette question (Baradji, 2021)

Le **niveau de vie** d'un ménage est égal à son revenu disponible divisé par le nombre d'unités de consommation (UC) qu'il contient. Les unités de consommation sont calculées selon l'échelle d'équivalence dite de l'OCDE modifiée, qui attribue 1 UC au premier adulte du ménage, 0,5 UC aux autres personnes âgées de 14 ans et plus et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans. Le **revenu disponible** d'un ménage, considéré ici, comptabilise tous les revenus, y compris les prestations sociales, et est calculé après déduction des impôts directs. Il correspond ainsi aux ressources dont ce ménage dispose pour consommer et épargner.

Les personnes en situation de handicap bénéficient d'aides spécifiques visant à compenser cette situation : la prestation de compensation du handicap (PCH) permet, par exemple, de financer les dépenses d'aménagements, d'accessoires ou d'options rendus nécessaires par le handicap. D'autres aides sont spécifiques à l'aménagement du logement, l'adaptation du véhicule ou facilitent le recours à une tierce personne pour assister la personne en situation de handicap dans les actes de la vie quotidienne (*indicateur n°2-6*). Ces prestations en nature ne sont pas prises en compte dans le calcul du niveau de vie (et donc du taux de pauvreté). Les dépenses spécifiques au handicap ne sont d'ailleurs généralement pas prises en compte dans les dépenses de consommation.

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

Pour en savoir plus

Baradji E., Dauphin L, Eideliman J-S, (2021, février), *Comment vivent les personnes handicapées?* DREES, Dossier de la DREES, n°75.

Diallo, C T, Leroux, I (dir.) (2020), *L'aide et l'action sociales en France - édition 2020*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiche 18.

Levieil, A. (2017, mars), *Le niveau de vie des personnes handicapées : des différences marquées selon les limitations*, DREES, Études et Résultats, 1003

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Drees-DSS

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

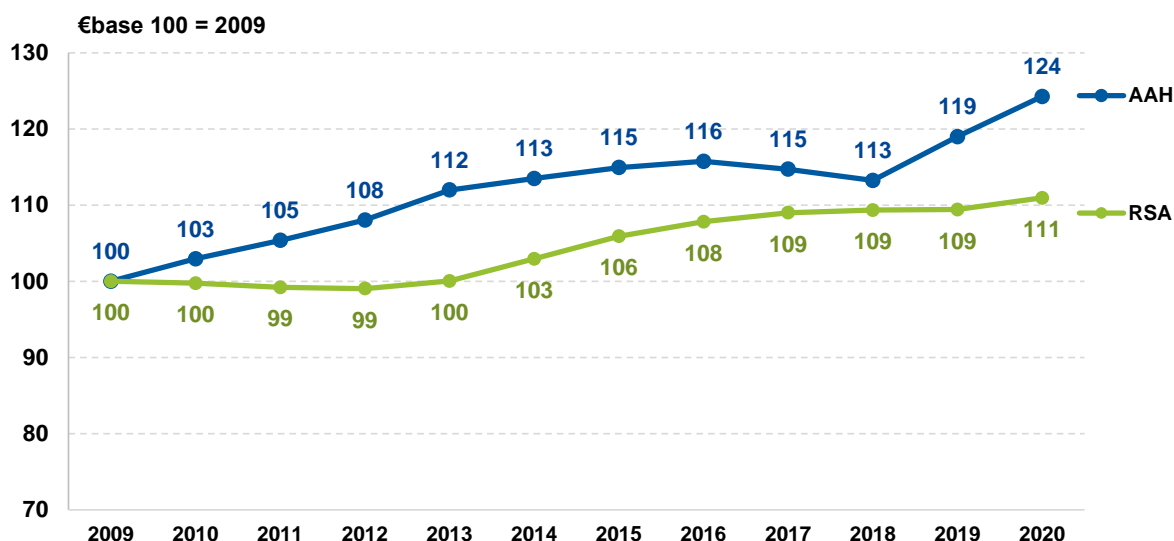
Résultats Le montant de l'AAH a augmenté de 24 % en euros constants depuis 2009

L'indicateur retenu ici est l'évolution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), minimum social spécifique à la population reconnue handicapée. Ce minimum social a été, au cours de la dernière décennie, nettement plus dynamique que le RSA (+24 % en euros constants vs. +11 % entre 2009 et 2020, cf. graphique 1), et plus dynamique que l'inflation.

Or, les revenus des personnes en situation de handicap comprennent plus souvent des prestations sociales non contributives. Ainsi, les minima sociaux représentent 8,7 % de leur revenu disponible, contre 1,9 % en population générale (Drees, Panorama 2020 de l'Aide et de l'Action sociales en France, fiche 18).

L'AAH diminue l'intensité et le taux de pauvreté des personnes en situation de handicap. Bien que son montant soit inférieur au seuil de la pauvreté monétaire, elle peut être cumulée avec d'autres prestations ou avec des revenus d'activité. Par exemple, un bénéficiaire de l'AAH ne disposant d'aucun revenu personnel et dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 % pourra bénéficier de la majoration pour la vie autonome (105 € par mois). Il percevra également les aides au logement. Ainsi, en 2019, son niveau de vie est supérieur au seuil de pauvreté (116 % de celui-ci). A l'inverse, pour un couple sans enfant ne disposant d'aucun revenu personnel, et dont l'un des membres est bénéficiaire de l'AAH avec un taux d'incapacité supérieur à 80 %, le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté (81 % de celui-ci) (Drees, Panorama 2019, minima sociaux et prestations sociales, fiche 4).

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



Lecture : en euros constants, le montant de l'AAH atteignait, en 2010, 103 % de celui constaté en 2009. Il atteignait 112 % en 2013.
 Champ : montants AAH et RSA, en euros constants, base 100 en 2009
 Source : Drees-DSS

Précisions méthodologiques

Voir indicateur 2.1.1.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Drees-DSS

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

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

Précisions sur le dispositif L'ASI est une prestation versée aux personnes invalides titulaires d'une pension de retraite ou d'invalidité qui n'ont pas accès à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) parce qu'elles n'ont pas atteint l'âge légal de départ à la retraite. Cette fiche se concentre sur les bénéficiaires de l'ASI titulaires d'une pension d'invalidité, elle ne couvre pas les bénéficiaires d'une pension de retraite complétée par l'ASI. Versée jusqu'en 2020 par le Fonds spécial d'invalidité (FSI), son versement est à la charge de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) à compter du 1^{er} janvier 2021 (LFSS pour 2021). L'ASI est versée aux assurés sous condition de ressources, son montant correspond à l'écart entre le montant annuel des ressources de l'assuré et le plafond de ressources en vigueur. Le versement maximum est fixé depuis le 1^{er} avril 2021 à 466,37 € par mois pour une personne seule ou lorsqu'une seule personne du ménage la perçoit et 777,29 € par mois lorsque les deux personnes du couple la perçoivent. Son montant maximum est donc inférieur au montant de l'allocation adultes handicapés (AAH – portée à 903,60 € au 1^{er} avril 2021). Les bénéficiaires de l'ASI peuvent, sous certaines conditions, percevoir de l'AAH différentielle. Depuis le 1^{er} janvier 2020, le recouvrement sur succession de l'ASI est supprimé. Cette disposition s'applique également au titre des prestations versées antérieurement à cette date.

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

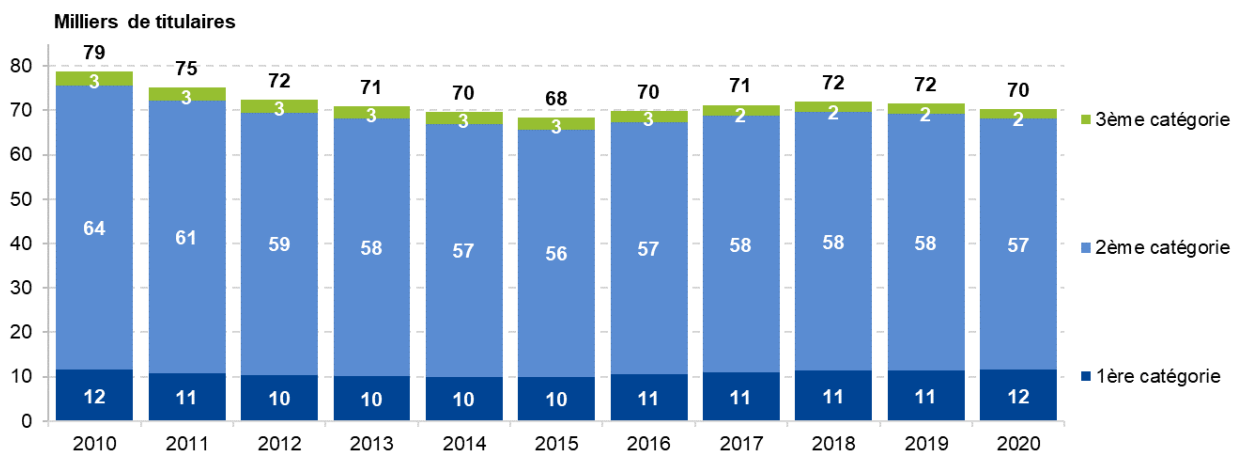
Catégorie 1 : « invalides capables d'exercer une activité rémunérée » ; le montant de la pension correspond à 30 % du salaire moyen annuel de référence ; il ne peut être inférieur à 293,96 € et supérieur à 1 028,40 € par mois depuis le 1^{er} avril 2021 ;

Catégorie 2 : « invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque » ; le montant de la pension correspond dans ce cas à 50 % du salaire moyen annuel de référence et ne peut, là encore, être inférieur à 293,96 € mais peut monter jusqu'à 1 714,00 € mensuels depuis le 1^{er} avril 2021 ;

Catégorie 3 : « invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie » ; le montant de la pension est calculé de façon identique à celui des pensionnés de deuxième catégorie, augmenté au titre de la majoration pour tierce personne (MTP). Le montant de la MTP au 1^{er} avril 2021 a été fixée à 1 126,41 €, ainsi la pension d'invalidité ne peut être inférieure à 1 420,37 € et supérieure à 2 840,41 € par mois depuis 1^{er} avril 2021.

Résultats 79 000 pensionnés d'invalidité percevaient l'ASI en 2010. Ce nombre a diminué jusqu'en 2015, 68 000 personnes en étaient alors bénéficiaires. Entre 2015 et 2018, ce nombre a augmenté de 1 200 personnes par an en moyenne, retrouvant en 2018 un niveau proche de celui observé en 2012. Depuis 2019 la tendance s'inverse, le nombre de pensionnés diminuant de 500 personnes en 2019 puis 1 100 personnes en 2020.

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



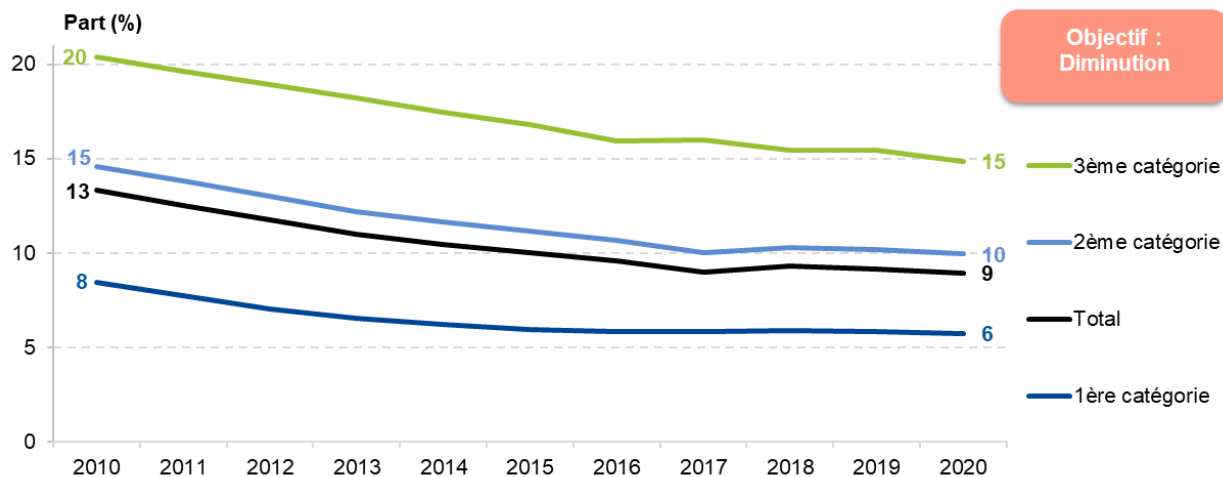
Source : Cnam (DSES) - données France métropolitaine, salariés du régime général, hors travailleurs indépendants.
Lecture : en 2020, le nombre de bénéficiaires de l'ASI de 1^{ère} catégorie s'élève à 11 520 personnes.

En moyenne, 9,0 % des personnes qui perçoivent une pension d'invalidité du régime général bénéficient de l'ASI en 2020. Cette part était en constante diminution entre 2010 et 2017, passant de 13,3 % à 9 %. Cette tendance à la baisse s'observait sur chacune des trois catégories de pension, et de façon relativement uniforme (baisse de 2 à 5 points sur la

période 2010-2017). L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'ASI en 2016 puis en 2017 était moins dynamique que celle des effectifs de pensionnés d'invalidité, poursuivant ainsi la tendance des années précédentes.

Pour la première fois en 2018, la part des bénéficiaires d'une pension d'invalidité recevant l'ASI a légèrement augmenté (+ 0,3 point), en lien avec une hausse des bénéficiaires de l'ASI plus dynamique que celle des pensionnés d'invalidité. Cette hausse est portée principalement par l'augmentation des bénéficiaires de l'ASI au sein des pensionnés de 2^e catégorie. À nouveau, depuis 2019, la part des bénéficiaires de l'ASI parmi les pensionnés d'invalidité diminue.

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



Source : Cnam (DSES) - données France métropolitaine.

Lecture : en 2020, 6 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité de 1^{ère} catégorie perçoivent l'ASI.

Les pensionnés de 1^{ère} catégorie sont moins fréquemment titulaires de l'allocation supplémentaire du FSI (6 % en 2020) que les autres pensionnés, bien que leurs pensions soient par construction plus faibles (*voir les modalités de calcul des pensions en précisions méthodologiques*). En effet, une part des pensionnés de 1^{ère} catégorie est apte à travailler, et dispose en conséquence de ressources d'activité en complément de la pension d'invalidité. Dès lors, puisque l'ASI est une prestation différentielle, cela en réduit le montant. En outre, certains assurés ne répondent pas au critère de ressources qui conditionne l'accès à l'allocation.

Ainsi, l'ASI est plus fréquemment octroyée aux pensionnés de 3^e catégorie que de 2^e catégorie (respectivement 15 % et 10 % en 2020). Cette plus forte proportion d'allocataires du FSI parmi les pensionnés de 3^e catégorie, s'explique principalement par deux facteurs. D'abord, la majoration pour tierce personne (MTP), attachée à la pension de 3^e catégorie, est exclue des ressources prises en compte pour l'accès à l'ASI. Ensuite, le montant moyen des pensions d'invalidité versées aux bénéficiaires d'une pension de 3^e catégorie est inférieur à celui versé aux pensionnés de 2^e catégorie : en moyenne, 477 € par mois (hors MTP) contre 731 € par mois en 2020.

La CNAM, recense 3 200 travailleurs indépendants bénéficiaires de l'ASI en 2020, parmi les 39 200 bénéficiaires d'une pension d'invalidité, soit 8 % - cette part est identique à celle constatée pour 2019 par l'Observatoire statistique des indépendants. La part selon la catégorie varie moins que pour les salariés : 7 % des pensionnés d'invalidité de 1^{ère} catégorie perçoivent l'ASI ; c'est le cas de 9 % des pensionnés de 2^e et 14 % des 3^e catégorie.

Construction de l'indicateur Le nombre de bénéficiaires de l'allocation du FSI est présenté de manière distincte pour chaque catégorie de pension, de 2010 à 2020. Pour chacune d'entre elles, le graphique présente le nombre de bénéficiaires de l'ASI (en moyenne annuelle), et le tableau détaille la part des bénéficiaires de l'ASI parmi l'ensemble des pensionnés d'invalidité. Attention, une revalorisation de l'ASI dégrade l'indicateur alors qu'elle est favorable aux personnes invalides.

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

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

La pension d'invalidité servie ne peut être : inférieure à un montant correspondant à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (293,96 € par mois au 1^{er} janvier 2021) ; supérieure à 30 % du plafond de la sécurité sociale pour les invalides de catégorie 1 ; supérieure à 50 % du plafond de la sécurité sociale pour les invalides de catégories 2 ou 3.

La pension d'invalidité n'est pas un droit définitif, elle peut être réduite, suspendue ou supprimée ; à l'âge légal de départ à la retraite, une pension de vieillesse s'y substitue.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

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

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

L'une des difficultés consiste à mesurer ce reste à charge, les postes de dépense à charge des ménages et les prestations permettant de le réduire étant pluriels. Selon sa situation, la personne bénéficie de différentes aides publiques : aides en nature (financement par les pouvoirs publics d'établissements d'hébergement), aides directes telles que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile ou en établissement, aides au logement, mais aussi des aides indirectes à l'instar des exonérations de cotisations sociales lorsque la personne âgée dépendante emploie une personne à domicile, ou des crédits d'impôt. Le champ couvert par l'indicateur est présenté dans le tableau 1, et décrit plus finement, ainsi que les hypothèses conventionnelles nécessaires à l'élaboration de cet indicateur, dans les précautions méthodologiques. La connaissance du reste à charge effectif des ménages demeure incomplète. A titre d'exemple, le coût moyen d'une heure d'intervention d'un service prestataire dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile est évalué à 20 €, alors que les coûts de production sont, selon le HCFEA, de l'ordre de 24 ou 25 €. Ce différentiel, parfois facturé aux usagers, ne fait pas l'objet de remontées d'informations consolidées, ces surfacturations ne sont donc pas prises en compte à ce stade dans cet indicateur.

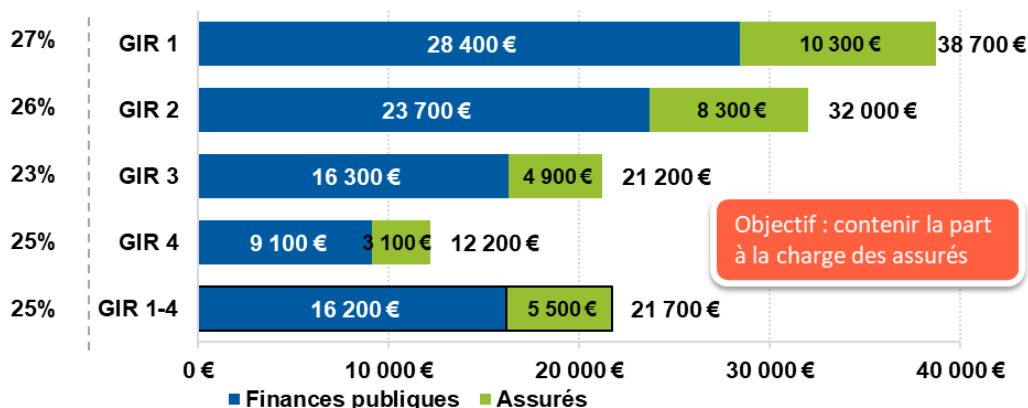
Tableau 1 • Champ couvert par l'indicateur

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

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

Résultats Prenant en compte le champ présenté dans le tableau 1, le taux de couverture de la dépense par les finances publiques apparaît relativement stable par GIR – en moyenne de 75 %, il oscille entre 73 et 75 % selon le GIR (graphique 1). Cette apparente stabilité masque un taux de couverture par les finances publiques qui croît selon le GIR par lieu de vie : ainsi, le reste à charge des personnes classées GIR 1 à domicile est de 3 %, contre 5 % pour les bénéficiaires de l'APA en GIR 4. En EHPAD, le reste à charge des personnes en GIR 1 est de 31 %, soit 12 points de moins qu'en GIR 4 (graphique 2). Cependant, le coût de l'accompagnement est, en moyenne, supérieur en EHPAD, où les personnes dont la perte d'autonomie est la plus sévère sont surreprésentés.

Graphique 1 • Coût du soutien à l'autonomie par personne et par an, selon le niveau de perte d'autonomie
 % à charge des assurés



Note : afin de permettre une meilleure comparabilité avec le domicile, les montants sont présentés hors dépenses de gîte et de couvert, estimées à 90 % du minimum vieillesse (soit 781 € par mois en 2019).

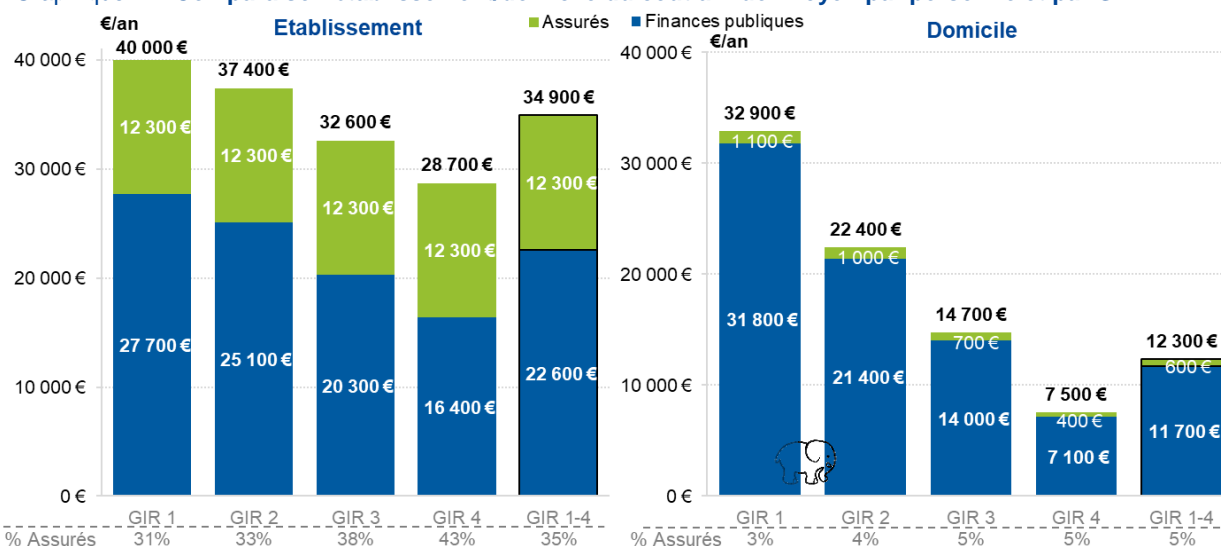
Lecture : le coût d'accompagnement d'un bénéficiaire de l'APA évalué en GIR 1 est, en moyenne par an, de 38 700 €, dont 27 % à la charge des assurés. Champ : France entière. En EHPAD, sont incluses les dépenses au titre des sections tarifaires soin, dépendance et hébergement ; à domicile, le champ couvre l'allocation personnalisée d'autonomie, le crédit d'impôt, et une partie des dépenses de soins des infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes et psychiatres (cf. précautions méthodologiques)

Source : DSS, à partir de données CNAM, INSEE, CNAF, CNSA, Drees et DSS

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

- En EHPAD, le reste à charge des résidents est quasiment forfaitaire. Celui-ci comprend d'abord le tarif hébergement, estimé en moyenne à 66 € par jour, qui ne dépend pas de la sévérité de la perte d'autonomie. Ensuite, les résidents ont à leur charge une partie des frais de la section dépendance, le plus souvent forfaitaire, estimée à 5,8 € par jour (cf. *infra*). Cependant, les coûts de prise en charge, eux, augmentent avec la perte d'autonomie, en particulier ceux liés aux soins, entièrement à la charge des finances publiques.
- A domicile, le taux de participation des bénéficiaires de l'APA dépend de leurs ressources (cf. *infra*), mais les soins infirmiers ou de kinésithérapie sont, le plus souvent, intégralement pris en charge par la branche maladie de la sécurité sociale (cf. précisions méthodologiques). Le recours aux soins augmentant avec la sévérité de la perte d'autonomie, le taux de couverture des dépenses par les finances publiques augmente également.

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



Note : afin de permettre une meilleure comparabilité avec le domicile, les montants sont présentés hors dépenses de gîte et de couvert, estimées à 90 % de du minimum vieillesse (soit 781 € par mois en 2019).

Lecture : le coût d'accompagnement d'un bénéficiaire de l'APA évalué en GIR 1 est, en moyenne par an, de 40 000 € en établissement, et 32 900 € à domicile, dont respectivement 31 et 3 % à la charge des assurés.

Champ : France entière. En EHPAD, sont incluses les dépenses au titre des sections tarifaires soin, dépendance et hébergement ; à domicile, le champ couvre l'allocation personnalisée d'autonomie, le crédit d'impôt, et une partie des dépenses de soins des infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes et psychiatres (cf. précautions méthodologiques)

Source : DSS, à partir de données CNAM, INSEE, CNAF, CNSA, Drees et DSS

Zoom sur l'APA à domicile

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

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

Plus généralement, les montants moyens des plans d'aide APA sont d'autant plus proches des plafonds que la perte d'autonomie est sévère. Ainsi, en GIR 1, ce « taux d'utilisation » est de 61 %, contre 44 % en GIR 4. Tous GIR confondus, il serait proche de 50 % (cf. tableau 2).

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

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

*Données 2017

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

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

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

Note : montants moyens consommés du plan d'aide pondérés par le nombre de bénéficiaires payés au titre du mois de décembre dans chaque département et au sein de chaque GIR. Moyennes calculées sur les départements ayant fourni une information valide sur les montants consommés d'APA dans l'enquête Aide sociale. Le taux d'utilisation correspond au montant moyen consommé rapporté au plafond.

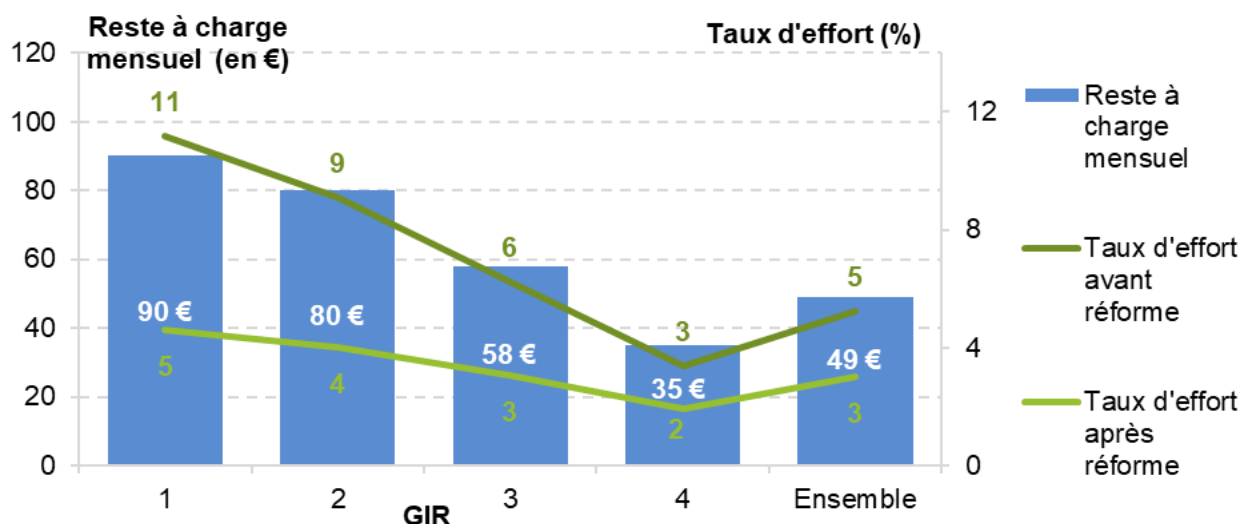
Lecture : fin 2017, le montant moyen du plan d'aide consommé pour les bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 4 est de 294 €.

Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte

Source : Drees (l'Aide et l'action sociales en France, édition 2019, fiche 15), DSS.

Dans de récents travaux, la Drees évalue la part des dépenses de l'APA à domicile restant à la charge des bénéficiaires fin 2019, soit après réforme du barème de l'APA et bascule de la réduction vers le crédit d'impôt. Ainsi, la Drees estime la dépense mensuelle moyenne d'APA à domicile à 484 €, se décomposant de la manière suivante : 385 € par mois d'APA (80 %), 50 € de crédit d'impôt financé par l'Etat (10 %) et 50 € de participation du bénéficiaire (10 %) (cf. précisions méthodologiques). Le montant de participation augmente avec le montant du plan d'aide, et donc avec le niveau de dépendance : il s'établit en moyenne à 90 € en GIR 1, à 80 € en GIR 2, à 58 € en GIR 3 et 35 € en GIR 4 fin 2019 (cf. graphique 2).

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



Note : le reste à charge est défini ici comme la participation aux dépenses inscrites aux plans et qui sont consommées après APA et crédit d'impôt. Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu.

Note : « après réforme » correspond à la situation après loi ASV et transformation de la réduction en crédit d'impôt, « avant réforme » correspond à la situation avant loi ASV et sans la transformation de la réduction en crédit d'impôt,

Champ : France – Bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2019

Source : Remontées individuelles sur l'APA et l'ASH 2017, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix, DREES

Précisions méthodologiques Les résultats présentés reposent sur deux sources.

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

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

Dans une optique de comparaison établissement/domicile, dans le cadre des travaux DSS, sont retranchées les dépenses de « gîte et de couvert » en EHPAD, qui seraient également à la charge des bénéficiaires s'ils résidaient à leur domicile (frais d'alimentation, de logement et d'assurance). Ces dépenses sont conventionnellement estimées à 90 % de du minimum vieillesse (soit 781 € par mois en 2019). Cela conduit à une réduction d'environ un tiers des dépenses d'hébergement restant à la charge des assurés.

L'évaluation présentée porte sur l'année 2019, sur la base des dernières données disponibles. Les revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la Santé en 2020, et les revalorisations complémentaires allouées aux professionnels des secteurs sanitaire et médicosocial en 2021 ne sont pas prises en compte dans les montants commentés dans cette fiche. Ces revalorisations ont concerné les professionnels intervenant en établissement comme à domicile et sont susceptibles de modifier significativement les résultats présentés ici.

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

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

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

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

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

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

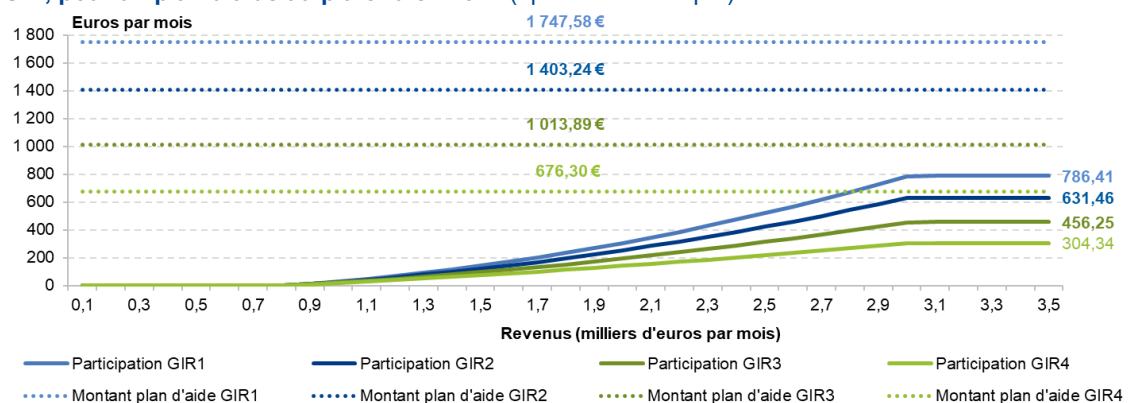
L'APA à domicile, complétée par un crédit d'impôt depuis 2018, prévoit un reste à charge progressif selon le revenu

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

- les bénéficiaires dont les ressources mensuelles sont inférieures ou égales à 0,725 fois le montant mensuel de la majoration pour l'aide constante d'une tierce personne (MTP) soit 816,65 € depuis le 1^{er} avril 2021, sont exonérés de toute participation financière.
- les bénéficiaires dont les ressources mensuelles sont supérieures à 0,725 fois et inférieures ou égales à 2,67 fois le montant mensuel de la majoration pour tierce personne (donc comprises entre 816,65 € et 3 007,51 € par mois en 2021), voient leur participation modulée suivant leurs ressources (R) et le montant du plan d'aide. La participation financière diminue lorsque le revenu augmente et elle augmente avec le niveau de dépendance. Ainsi, les bénéficiaires dont les ressources mensuelles sont supérieures à la borne haute de sortie du ticket modérateur, équivalente à 2,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne (soit 3 007,51 € par mois en 2021), ont un taux de participation égal à 90 % du plan d'aide.

Depuis 2018, la réduction d'impôt permettant une prise en charge des sommes au titre de l'aide humaine des personnes imposables a été transformée en crédit d'impôt. Celui-ci, instauré par la loi de finances pour 2017, couvre 50 % des dépenses restant à charge dans la limite de 12 000€/an (graphique 1). Le recours au crédit d'impôt spécifiquement pour les bénéficiaires de l'APA à domicile est mal connu. En effet, le HCFEA soulignait qu'il est possible que ce dispositif soit mal compris par ses bénéficiaires et que l'avance de trésorerie consenti par eux freinent le recours aux services et donc la dépense fiscale.

Graphique 1 • Montant du plan d'aide laissé à la charge du bénéficiaire, en fonction de son niveau de revenu, par GIR, pour un plan d'aide au plafond en 2021 (après crédit d'impôt)



Source : Calculs DSS

Note de lecture : le plan d'aide plafond en GIR 1 est de 1748 € (courbe bleu foncé, pointillés), le reste à charge du bénéficiaire sera nul pour les plus faibles revenus, et atteint au plus 786 € après crédit d'impôt pour les personnes dont le taux de participation est de 90 %.

A l'inverse, le barème de l'APA en établissement prévoit, outre une participation forfaitaire, un montant à charge de l'assuré dépendant de son revenu. Les seuils étant élevés (2 479 €), environ 10 % des résidents en EHPAD sont éligibles, cette participation est en outre peu appliquée par les départements.

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

Le modèle de microsimulation Autonomix de la Drees permet d'étudier les dépenses et les ressources des personnes âgées dépendantes. Selon ce modèle, la dépense mensuelle moyenne par résident en établissement au titre des sections dépendance et hébergement est d'environ 2 400 € par mois fin 2019. Avec une aide publique à hauteur de 435 € par mois en moyenne (dont 340 € au titre de l'APA, 45 € d'aides au logement et 50 € de réduction d'impôt) le reste à charge des personnes résidant en établissement est estimé à près de 2 000 € par mois. Leur reste à vivre est globalement négatif (- 350 € par mois en moyenne). Les dépenses liées à l'hébergement constituent l'essentiel de leur reste à charge, à hauteur de 1 800 € en moyenne, contre 170 € pour les dépenses de dépendance.

La section « hébergement » est financée à 80 % par les résidents qui peuvent bénéficier de l'aide des départements (aide sociale à l'hébergement, ASH) ou de l'État (allocation logement et réduction d'impôts). Les allocations logement varient selon les ressources du bénéficiaire, la composition du foyer et la zone géographique, la réduction d'impôt a un maximum de 2 500 €/an.

Lorsque les personnes âgées ne disposent pas de moyens suffisants pour couvrir les dépenses liées à l'hébergement, elles peuvent avoir recours à l'aide sociale à l'hébergement (ASH). L'ASH est une prestation « récupérable », le Conseil départemental peut récupérer les sommes versées au titre de l'aide sociale à l'hébergement du vivant ou au décès du bénéficiaire, auprès des obligés alimentaires et sur succession. Sans tenir compte des obligés alimentaires, la DREES estime à un peu moins de 20 % le taux de recours à l'ASH en 2019. Ce taux, de 46 % pour les résidents en EHPAD dont les ressources mensuelles sont inférieures à 940 €, est de 20 % pour les revenus compris entre 940 et 1 420 €. Il diminue ensuite progressivement.

Les taux d'effort, qui diffèrent peu selon le GIR, sont nettement plus élevés au début de la distribution des revenus, avec – avant prise en compte de l'ASH - des dépenses équivalentes au double des ressources des bénéficiaires lorsque celles-ci sont proches du montant de l'ASPA (environ 870 € par mois). Après prise en compte de l'ASH, le taux d'effort est en moyenne de 150 % en début de distribution. Ces taux d'effort supérieurs à 100 % s'expliquent par un taux de recours à l'ASH au plus de 46 %. Les taux d'effort décroissent progressivement à mesure que le niveau de revenu augmente. Le reste à vivre reste ainsi globalement négatif jusqu'à 2 000 € par mois.

Précisions méthodologiques

Cf. indicateur 2-3-1

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

2.4. Favoriser l'accès en milieu ordinaire

2.4.1. Favoriser la scolarisation des enfants en situation de handicap

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

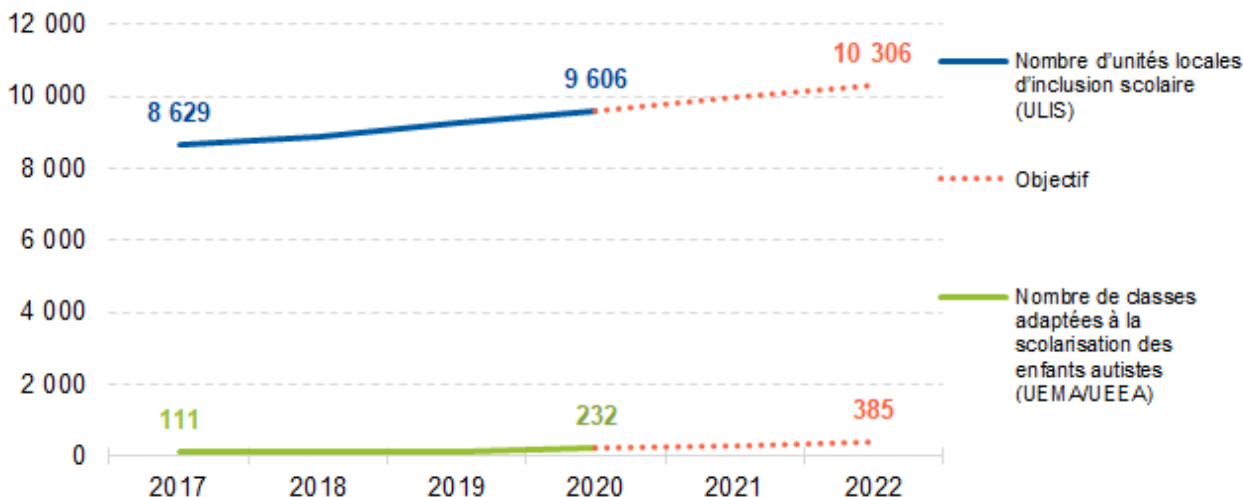
- un meilleur accompagnement des familles;
- un meilleur accueil des élèves au travers d'une offre plus diversifiée et mieux coordonnée;
- une amélioration des conditions de travail des accompagnants.

Pour favoriser la scolarisation des enfants en situation de handicap, les Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) accueillent une dizaine d'élèves en situation de handicap, présentant les mêmes besoins spécifiques, au sein d'une école ou d'un collège. Le jeune scolarisé en ULIS bénéficie d'un suivi individuel dont l'organisation est inscrite dans son projet personnalisé de scolarisation. Il suit les enseignements en classe ordinaire et, lorsque le besoin s'en fait sentir, un enseignement adapté dispensé en petits groupes par un enseignant spécialisé lui est proposé. Par ailleurs, les Unités d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA) et Unités d'enseignement en maternelle autisme (UEMA) accueillent des enfants pour lesquels l'accompagnement par une ULIS ou une aide humaine est insuffisant. Ces enfants ont besoin d'apprentissages et de rééducations adaptés, fondés sur une collaboration quotidienne entre l'éducation nationale et le secteur médico-social.

Résultats Le baromètre de l'action publique fixe comme objectif de disposer de 10 306 ULIS en 2022 et de 385 classes adaptées à la scolarisation des enfants autistes. En 2020, la France compte 9 606 ULIS et 232 classes adaptées (cf. graphique 1). Le nombre d'ULIS a augmenté de 11 % entre 2017 et 2020. Le nombre de classes adaptées a plus que doublé sur la même période. En 2020, 93 % de la cible de 2022 est atteinte concernant les ULIS et l'objectif pour 2022 pour les enfants autistes est atteint à 60 %.

Afin d'assurer la continuité des droits des enfants en situation de handicap pour l'année scolaire 2020-2021, l'ordonnance n°2020-560 du 13 mai 2020 proroge les droits attribués aux enfants en situation de handicap en allant au-delà de ce que prévoyait l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 (prolongation de six mois) pour permettre un accompagnement cohérent sur toute l'année scolaire si la CDAPH n'avait pas pu prendre de décision.

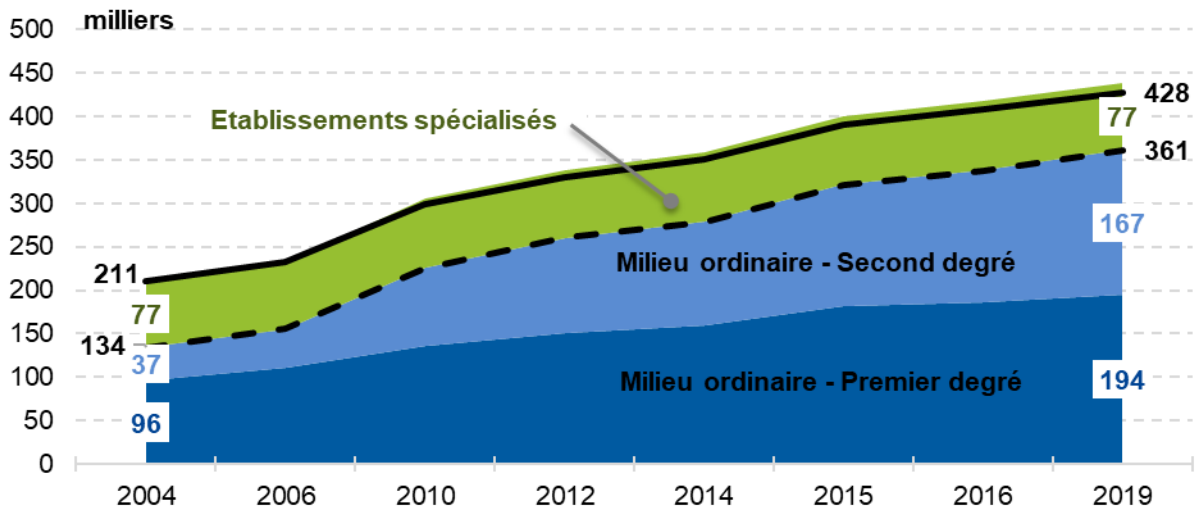
Graphique 1 • Nombre d'unités locales d'inclusion scolaire (ULIS) et de classes adaptées à la scolarisation des enfants autistes



Source : Ulis - Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports – DGESCO.
 Champ : France entière

En 2019, les élèves en situation de handicap sont deux fois plus nombreux qu'en 2004 à être scolarisés, du fait d'une augmentation de leur effectif dans les établissements ordinaires. En effet, alors que le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés dans des établissements spécialisés stagne sur la période, ils sont près de trois fois plus nombreux à être scolarisés dans un établissement ordinaire (cf. graphique 2).

Graphique 2 • Scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap



Source : Publication annuelle de la DEPP et de la SD-SIES « Reperes-et-references-statistiques-2020 »

Champ : France entière

Note : Total hors scolarité partagée à partir de 2008 pour éviter les doubles comptes.

Note de lecture : En 2019, 428 000 enfants et adolescents en situation de handicap sont scolarisés : 361 000 en milieu ordinaire, 77 000 en établissements spécialisés.

Pour aller plus loin :

[Elèves en situation de handicap - Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance - Document de synthèse 2020](#)

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

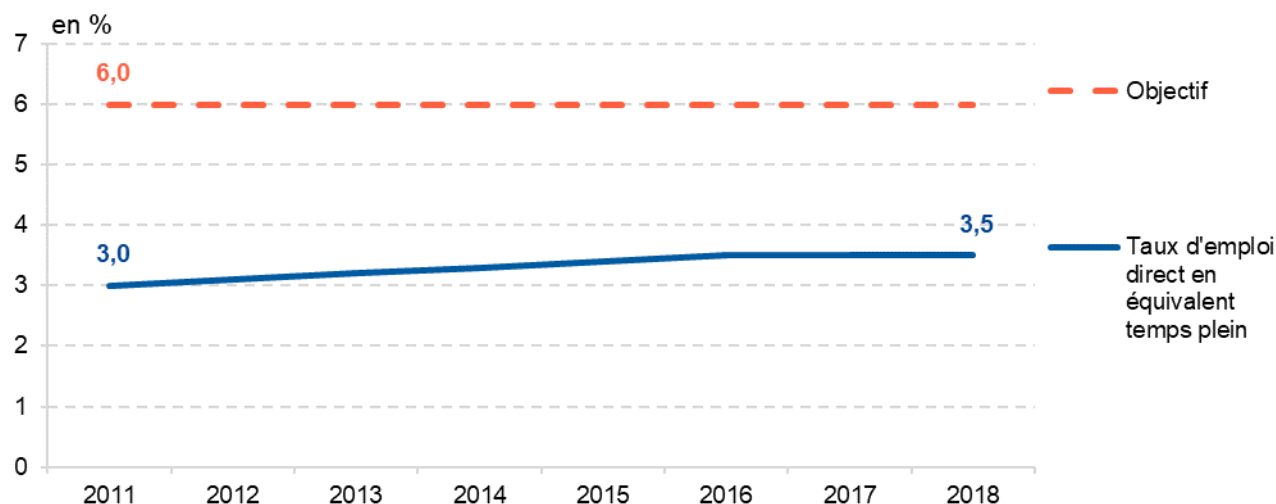
2.4.2. Permettre aux personnes en situation de handicap d'être en emploi

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

Résultats Malgré des plans d'action successifs et une obligation d'emploi des personnes en situation de handicap fixée à 6 %, le taux de chômage des personnes en situation de handicap est plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale. Les personnes en situation de handicap représentent 3,5 % de l'ensemble des salariés en 2018 en équivalent temps plein. 491 200 personnes bénéficiaires de l'OETH ont travaillé en 2018.

En 2019, parmi les 26,8 millions de personnes de 15 à 64 ans en emploi, 3,8 % (soit 1 million de personnes) disposent d'une reconnaissance administrative de leur handicap.

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



Lecture : en 2019, comptés en équivalent temps plein, les travailleurs handicapés employés directement représentent 3,8 % de l'ensemble des effectifs assujettis à l'OETH.

Champ : établissements du secteur privé et établissements publics à caractère industriel et commercial, de 20 salariés ou plus, France (hors Mayotte).

Source : Agefiph-Dares, DOETH ; traitement Dares.

La part des travailleurs en situation de handicap a progressé dans l'ensemble des secteurs d'activité. Elle est plus importante dans les administrations publiques (4,5 %) et plus faible dans le secteur de l'information et de la communication (2,3 %). Les travaux de la DARES montrent que les personnes en situation de handicap sont plus souvent des femmes, des personnes de plus de 50 ans ou plus et qu'elles exercent à temps partiel dans 30 % des cas.

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

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

Champ : établissements du secteur privé et établissements publics à caractère industriel et commercial, de 20 salariés ou plus, France (hors Mayotte).

Source : Agefiph-Dares, DOETH ; traitement Dares.

Lecture : en 2018, le taux d'emploi direct en équivalent temps plein est de 4,5 % dans les établissements sous accord de 100 à 249 salariés.

La publication de la DARES « Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail » publiée en août 2021, décrit de façon précise. En 2019, la population handicapée en emploi. Celle-ci est nettement plus âgée que la moyenne (45 % de la population en situation de handicap de 50-64 ans est en emploi contre 30 % de l'ensemble des 50-64 ans). Les individus en emploi reconnus handicapés sont plus souvent des ouvriers (28 % d'entre eux, contre 20 % pour l'ensemble). En raison d'un niveau de qualification moins élevé que la moyenne et car certaines personnes sont reconnues handicapées à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, risques auxquels sont

davantage exposés les ouvriers. Les personnes handicapées travaillent plus fréquemment à temps partiel et la quotité du temps est souvent moins élevée lorsque la personne est handicapée. Un cinquième des personnes reconnues handicapées à temps partiel ont des horaires représentant au moins l'équivalent de 80 % d'un temps complet, contre un tiers de l'ensemble des actifs à temps partiel.

Construction de l'indicateur

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

Les séries longues de la Dares portent sur le champ du secteur privé et des établissements publics à caractère industriel ou commercial (Epic).

Pour en savoir plus :

[« L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2018. Le taux d'emploi direct en équivalent temps plein stagne pour la deuxième année consécutive »](#), 10 novembre 2020 - DARES RÉSULTATS N°038. Marc Collet

[« Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail »](#), Août 2021, DARES SYNTHÈSE STAT N°37, Dares.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

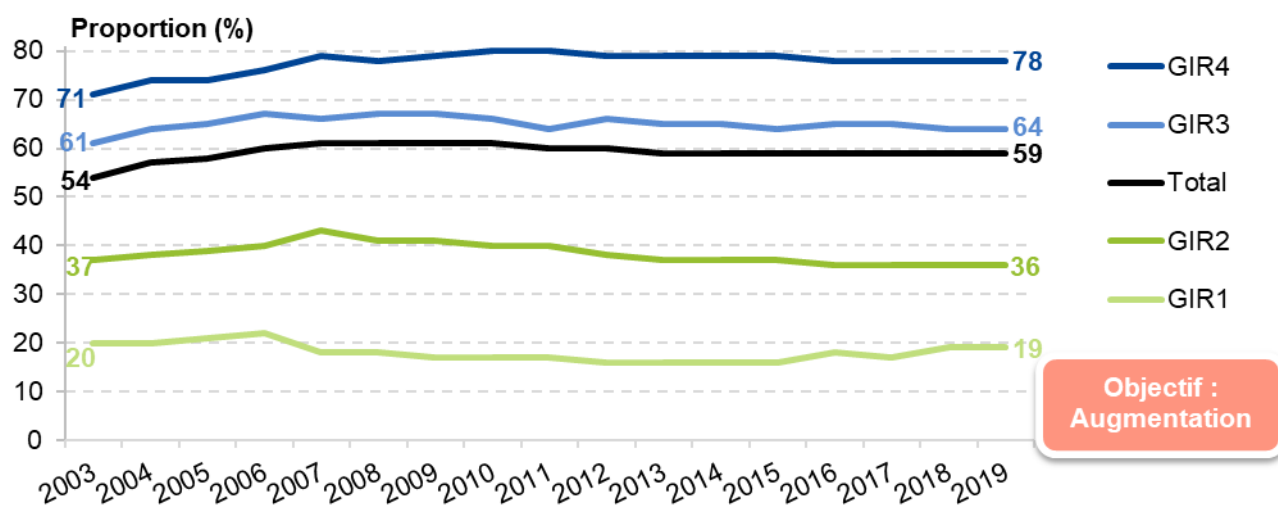
2.5. Permettre aux personnes en perte d'autonomie de vivre plus souvent à domicile

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

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

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

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



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

Cette évolution est liée à la forte hausse du nombre de bénéficiaires vivant à domicile et évalués en GIR 4¹ (+ 64 % entre 2003 et 2007, + 18 % entre 2008 et 2019) lors de la montée en charge de l'APA. Fin 2007, 79 % des bénéficiaires de cette prestation classés en GIR 4 vivaient à domicile, contre 71 % en 2003. Cette forte hausse s'explique par le fait que les personnes appartenant au GIR 4 sont les moins dépendantes, ce qui facilite leur maintien à domicile. De plus, il est probable que beaucoup de bénéficiaires potentiels ainsi que leurs familles n'aient que progressivement réalisé que la nouvelle prestation permettait une prise en charge des « dépendances modérées » (GIR 4), alors que la prestation précédente, la prestation spécifique de dépendance (PSD), était limitée aux GIR 1 à 3. Fin 2019, 78 % personnes évaluées en GIR 4 et percevant l'APA, vivent à domicile.

La part des bénéficiaires vivant à domicile parmi ceux évalués en GIR 1 et 2, lesquels rassemblent les personnes nécessitant une présence importante d'intervenants pour les activités de la vie courante, s'est légèrement infléchie. 36 % des bénéficiaires de l'APA évalués en GIR 2 vivent à domicile en 2019. Le caractère minoritaire des situations de vie à domicile de personnes en GIR 1 tient à la grande difficulté à financer ce type de prises en charge en dehors de concours très élevés de la personne ou de sa famille.

Un des objectifs majeurs du gouvernement est de permettre à chaque personne en perte d'autonomie de continuer à vivre chez elle, dans son lieu de vie habituel (ou dans un autre logement de son choix) à une double condition : qu'elle en exprime le désir, tout d'abord, et que, ensuite, son état de dépendance le lui permette.

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

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

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

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

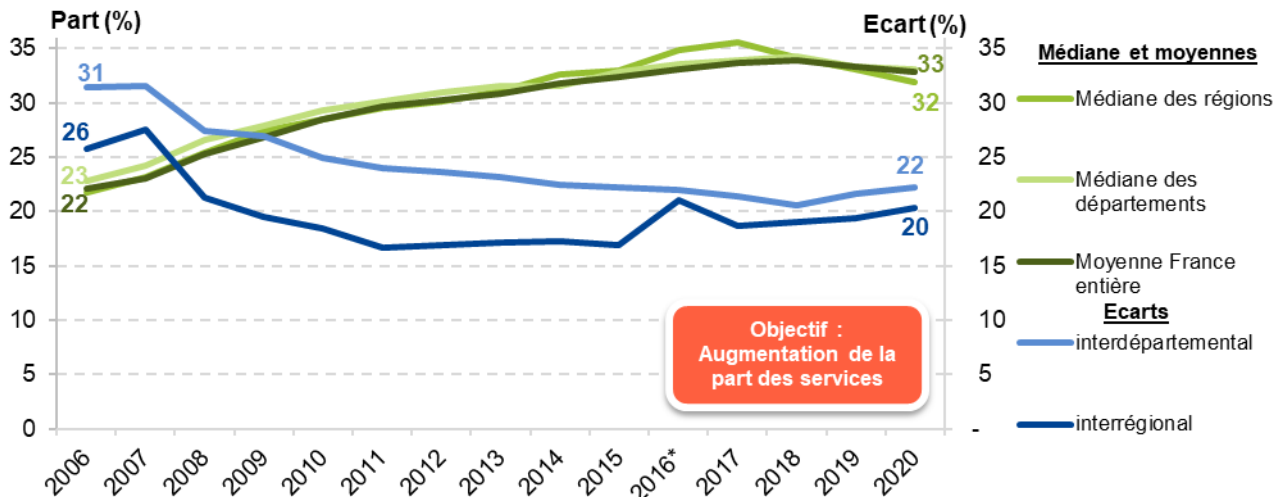
Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

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

Finalité Cet indicateur vise à mesurer la diversification des accompagnements, en repérant la part des places financées par l'assurance maladie dédiées à l'accompagnement des personnes handicapées par des services exerçant au domicile ou, plus largement, en milieu ouvert, y compris en matière d'intégration scolaire ou d'insertion professionnelle.

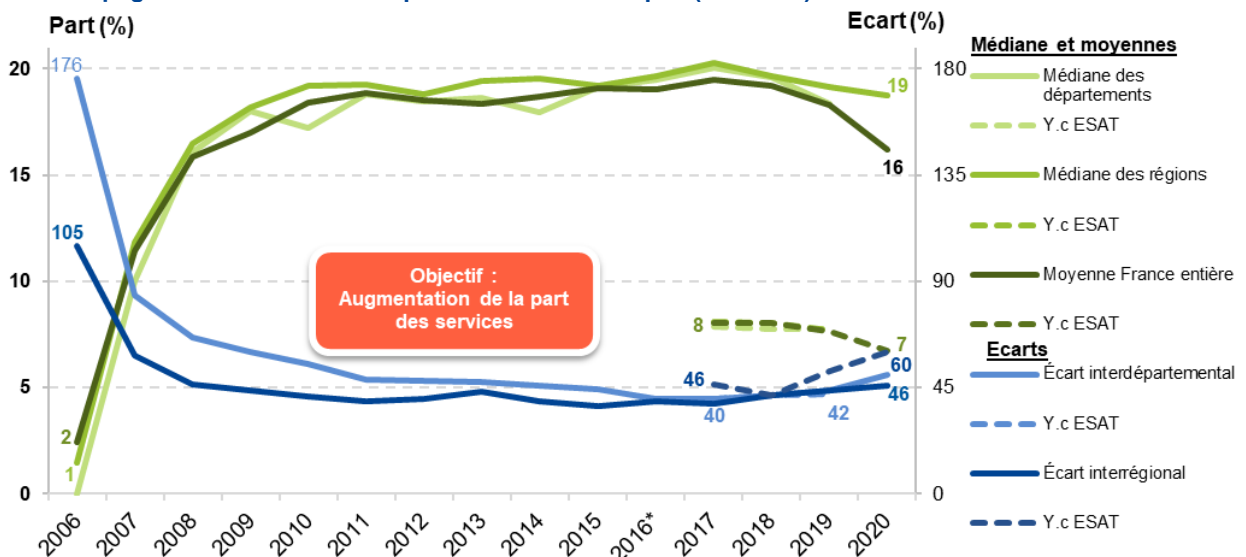
Résultats La part des services dans l'offre totale de places médico-sociales (établissements et services) pour les enfants et les adultes handicapés depuis 2006 est présentée dans les graphiques suivants :

Graphique 1 • Part des places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile pour enfant handicapés



*: valeurs régionales de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale à partir de 2016.
 Note de lecture : En France métropolitaine, en 2020, 33 % des services dans l'offre totale de places médico-sociales concernent les enfants handicapés. Dans la moitié des régions, 32 % des services de places médico-sociales dédiées aux enfants handicapés. On observe une dispersion de la part des places en services accordée aux enfants dans les régions de 20 % autour de la moyenne nationale.
 Champ : France métropolitaine.
 Source : Finess, traitements CNSA.

Graphique 2 • Part des places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)



*: valeurs régionales de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale à partir de 2016.
 Champ : France métropolitaine.
 Source : Finess, traitements CNSA.

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

Ainsi, dans le secteur de l'enfance, 33% des places installées concernent la prise en charge à domicile ou en milieu scolaire (SESSAD), ce qui illustre la priorité gouvernementale de développement de la scolarisation des enfants handicapés. D'une manière générale, on observe une tendance à la baisse des écarts territoriaux tant au niveau régional que départemental depuis 2006. La progression tendancielle de la part des services se confirme avec une augmentation des équipements et une meilleure répartition interdépartementale. Il convient de noter qu'une montée en charge progressive des dispositifs PH s'est produite depuis 2017 et ne peut être mesurée actuellement.

Pour le secteur des adultes, le poids relatif des SAMSAH-SSIAD dans l'offre globale s'élève à 16 % en 2020 (en baisse par rapport à 2019). Après une période de forte montée en charge (il ne représentait que 2 % en 2006), il s'est stabilisé depuis 2010. Cette moyenne recouvre une hétérogénéité importante sur l'ensemble du territoire entre régions comme entre départements. Si les disparités tendent à se réduire, elles restent importantes. Elles s'expliquent notamment par la montée en charge relativement récente et disparate de ce type d'accompagnement sur le territoire. Elles s'expliquent également par la nécessité de coordonner l'action des ARS et des Conseils départementaux pour l'autorisation et l'installation de ces services.

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

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

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

Les écarts interdépartementaux et interrégionaux sont mesurés par des coefficients de variation. Plus l'écart type relatif est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution de l'écart type signifie donc une réduction des écarts territoriaux. (cf. *indicateur n°2-8* pour plus de détails).

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

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

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

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

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

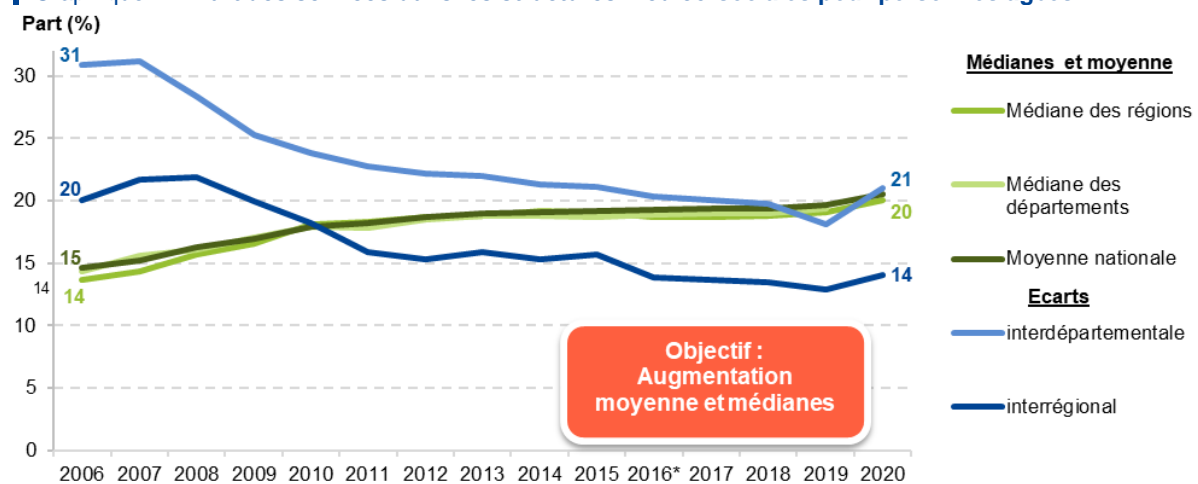
Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

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

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

Résultats L'indicateur retenu pour mesurer la diversification des modes d'accueil des personnes âgées est un indicateur global qui regroupe l'ensemble des services aux personnes âgées. Il peut être décomposé afin de décrire les contributions spécifiques des SSIAD (environ 16 % en 2020 et 2019) et des places d'offre séquentielle (accueil de jour et hébergement temporaire : 3,7 en 2020 et 2019). S'agissant de ce dernier type d'offre, l'augmentation par rapport à 2006 (+ 2,6 %) est à mettre en relation à la fois avec la parution du décret du 11 mai 2007 autorisant la prise en charge des frais de transport journalier des personnes bénéficiant d'un accueil de jour et avec la mise en œuvre du plan maladie neuro-dégénératives (PMND), qui favorisait le développement de ces services.

Graphique 1 • Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes âgées



Source : Finess 2006-2020, traitements CNSA Champ : France métropolitaine.

Note de lecture : en 2020, en France métropolitaine, les places en services représentent en moyenne 21 % des places en établissements et services pour les personnes âgées. La moitié des régions dispose d'au moins 20 % de places en services. On observe, pour les régions, une dispersion de la part des places en services de 14 % autour de la moyenne nationale, elle est de 21 % autour des départements.

La part des services et formules intermédiaires dans l'ensemble des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées s'établit à 21 % en 2020. Après avoir progressé rapidement entre 2006 et 2010, passant de 15 % à 18 %, elle continue depuis d'augmenter mais à un rythme plus modéré (+3 points depuis 2010). Ainsi, l'évolution constatée depuis 2006 est favorable, alors même que l'objectif de diversification de l'offre de services favorisant le maintien à domicile est difficile à mettre en œuvre dans un contexte où la demande sociale de places en institution est soutenue et détermine le choix de la programmation dans de nombreuses régions. La progression de la part des services se traduit par une réduction des disparités territoriales sur la période 2006-2018. En 2018, elles baissent entre les départements ainsi qu'entre les régions puis recommencent à progresser sur la période 2019-2020.

Construction de l'indicateur Il rapporte le nombre de places offertes en services (SSIAD, SPASAD) et en accueil séquentiel (accueil de jour et hébergement temporaire) au nombre de places global (établissements + services) pour personnes âgées. Les écarts interdépartementaux et interrégionaux sont mesurés par des coefficients de variation (cf. indicateur n°2-10 pour plus de détails).

Précisions méthodologiques Les structures accueillant des personnes âgées sont les mêmes que celles définies à l'indicateur n°1-11 (cf. précisions méthodologiques), à savoir les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées financés totalement ou partiellement par l'assurance maladie : maisons de retraite (médicalisées - dont lits en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en sections de cure médicale - ou non médicalisées), logements-foyers et résidences autonomie (médicalisés uniquement), unités de soins de longue durée, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), accueil de jour et hébergement temporaire. Le champ n'intègre pas les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

2.6. Adapter les logements pour permettre le maintien à domicile

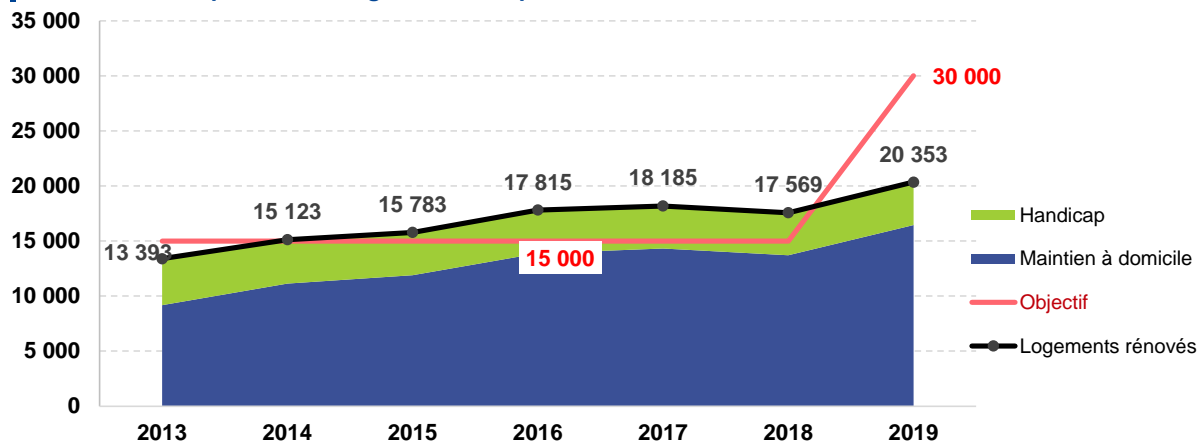
Finalité Progresser dans l'adaptation du logement est un enjeu majeur, humain et économique, pour prévenir la perte d'autonomie, permettre aux personnes âgées de rester à domicile plus longtemps et limiter le risque de chutes, qui entraînent des départs précoces en institution. A ce titre, le logement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

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

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

Au total, 1,42 Md€ ont été accordées en 2020 par l'Anah dont 65,7 M€ liés à l'adaptation des logements à la perte d'autonomie et au handicap, permettant l'adaptation de 20 553 logements en 2019.

Tableau 1 • Adaptation des logements à la perte d'autonomie



Source : rapport d'activité - Anah et Compte du logement de 2013 à 2019

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

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

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

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

Résultats

En 2019, 4,5 millions de décisions et d'avis ont été rendus par les MDPH. Au total, 1,7 million de personnes ont déposé au moins une demande (donc un cinquième a moins de 20 ans), ce qui représente 26 personnes pour 1 000 habitants. Les demandes liées à l'emploi (y compris l'allocation aux adultes handicapés – AAH) restent majoritaires et représentent 40 % de l'ensemble des demandes. Les demandes de cartes de stationnement ou d'invalidité représentent un tiers des demandes déposées. Les demandes liées à la scolarisation représentent 8 % du total des demandes.

Les délais moyens de traitement sont en 2019, toutes demandes confondues, de 4 mois et 21 jours pour les prestations et les orientations pour adultes et de 4 mois et 6 jours pour les prestations ou les orientations destinées aux enfants. Ces délais ont légèrement augmenté entre 2018 et 2019 en raison du déploiement du nouveau système d'information des MDPH, qui concerne plus de 70 MDPH, dont la mise en œuvre a un impact sur les processus internes de fonctionnement de celles-ci.

Les délais de traitement sont très différents selon les droits et les prestations, certaines, comme la prestation de compensation du handicap (PCH) étant plus complexes à instruire dans la mesure où elles peuvent nécessiter l'intervention de plusieurs professionnels extérieurs à la MDPH. En effet, la PCH est une aide individualisée, en nature. Ainsi, le délai moyen observé pour la PCH est de 5,8 mois en 2019, alors qu'il est de 3,6 mois pour l'orientation scolaire (cf. tableau 1).

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

Champ	Prestation	Délai moyen en 2019 en mois	Objectif
Tous âges	Prestation de compensation du handicap	5,8	Réduction de la durée de traitement des demandes
	CMI mention invalidité ou priorité	4,1	
	CMI mention stationnement	3,9	
Enfants	Ensemble des demandes	4,2	
	dont parcours de scolarisation	4,7	
	dont allocation d'éducation de l'enfant handicapé AEEH)	4,2	
	dont aide humaine à la scolarisation	4,1	
	dont orientation en établissement ou service	4,0	
	dont orientation au titre de l'amendement Creton	3,8	
Adultes	Ensemble des demandes	4,7	
	dont complément de ressources	4,8	
	dont orientation ou formation professionnelle	4,7	
	dont allocation aux Adultes handicapés (AAH)	4,7	
	dont reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	4,4	

Source : CNSA, Résultats de l'enquête annuelle adressée aux MDPH.
 Note : Données 2011 non disponibles.

Ces délais sont à nuancer pour plusieurs raisons :

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

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

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

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

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

Le délai moyen de traitement des demandes correspond au nombre de jours écoulés entre la date de dépôt de la demande et la date de la décision relative à chacune de ces demandes. Le délai moyen de traitement des demandes inclut les délais d'attente de pièces complémentaires qui incombent aux demandeurs. Par exemple, pour l'AEEH, la recevabilité de la demande nécessite un formulaire de demande dûment rempli, un certificat médical de moins de 6 mois, un justificatif de domicile et une pièce d'identité. L'indicateur présenté majore donc le délai moyen de traitement réel des demandes.

Précisions méthodologiques Les résultats sont déclaratifs. Chaque année, la CNSA adresse aux MDPH un questionnaire relatif à l'activité de la MDPH qui par prestation, orientation et droit, permet entre autres d'obtenir les volumes de demandes, de premières demandes, de décisions et d'accords par type de prestations et droits. Ce questionnaire aborde également quelques items relatifs à l'organisation et/ou au fonctionnement. Tous les items ne sont pas exploitables compte tenu des taux de réponse ou de la qualité du contenu. Le délai moyen de traitement est une information demandée. Habituellement, la CNSA diffuse cette information toutes prestations/orientations confondues pour éviter les biais dus aux instructions conjointes de prestation(s) et/ou orientation(s) et/ou droit(s).

Précisions sur les dispositifs

Les prestations présentées font l'objet d'indicateurs dédiés, décrivant leurs bénéficiaires et leur fonctionnement :

- pour la PCH, indicateur n°1-4
- pour l'AEEH, indicateur n°1-6
- pour l'AAH, indicateur n°1-7

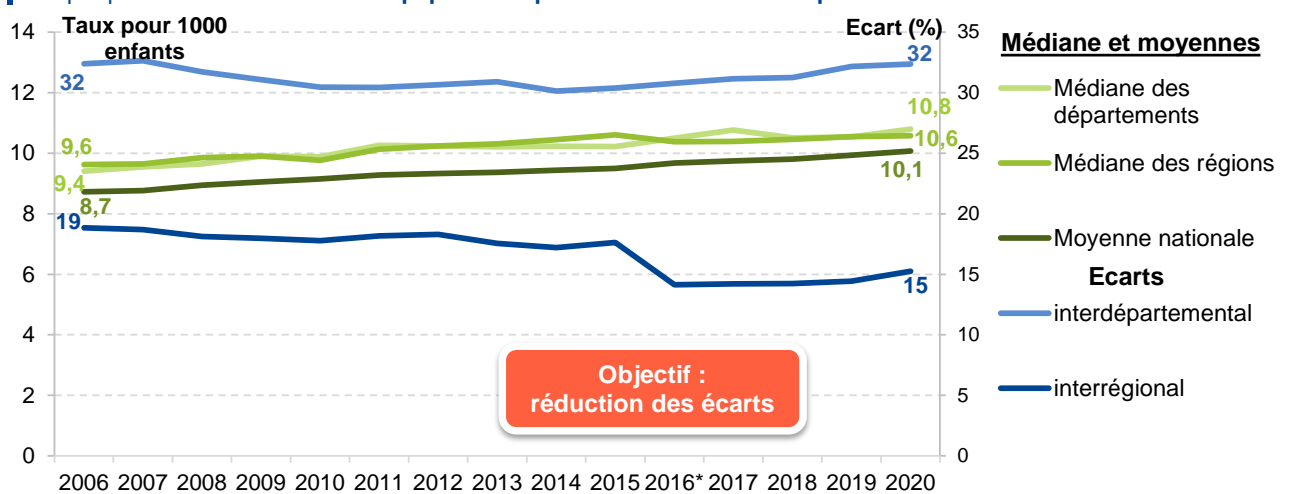
Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

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

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

Résultats. En 2020, les disparités repartent à la hausse : l'écart interrégional de taux d'équipement pour les enfants en situation de handicap passe 14 à 15 %. Les écarts en termes de dépenses diminuent de 0,5 point en 2020.

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

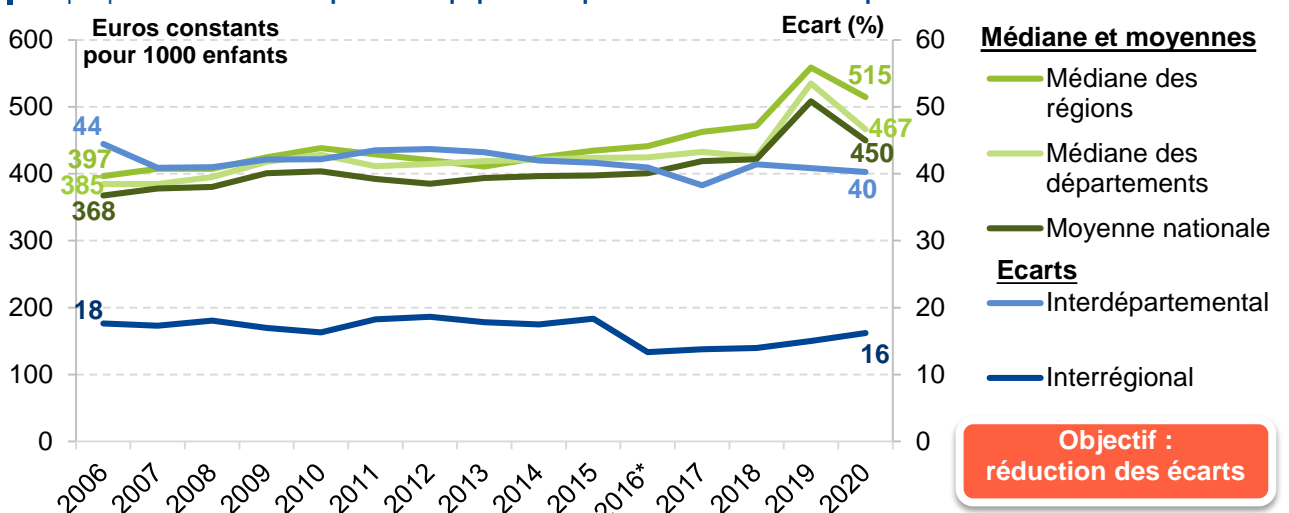


* Rupture de série : valeurs de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale entrée en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2016

Source : Finess 2006-2020, traitements CNSA. Champ : France métropolitaine.

Note de lecture : en 2020, en France métropolitaine, on compte en moyenne 10,1 places en établissements et services pour 1 000 enfants. La moitié des départements dispose d'au moins 10,8 places pour 1 000 enfants. On observe une dispersion des taux d'équipement de 15 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 32 % pour les départements.

Graphique 2 • Ecarts de dépense d'équipements pour les enfants handicapés



* Rupture de série : valeurs de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale entrée en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2016

Source : CNSA/CNAM, dépenses de l'assurance maladie concernant les ESMS pour les personnes handicapées, en euros pour 1 000 enfants.

Champ : France métropolitaine.

Note de lecture : en 2020, l'effort financier moyen de l'assurance maladie sur le champ des ESMS est de 450 € pour 1 000 enfants ; la moitié des départements dépense au moins 467 € pour 1 000 enfants. On observe une dispersion de la dépense en euros pour 1 000 enfants de 16 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 40 % si l'on considère les départements.

Analyse des disparités de capacités d'accueil Les écarts interdépartementaux se sont stabilisés sur la période 2006-2020. Après une hausse modérée des écarts entre 2019 et 2020, la dispersion des écarts est d'environ 32,3 % autour de la moyenne. Les écarts interrégionaux diminuent entre 2006 et 2015 (- 1,2 point) et entre 2016 et 2017 (- 0,1 point). La légère hausse des écarts entre 2010 et 2012 s'explique notamment par une progression des disparités de l'offre de service pour enfants (SESSAD). Les écarts se sont ensuite réduits avec une dispersion de 14 % suite à la réforme territoriale de 2016. En 2020, les 10 départements les mieux dotés comptent 1,77 places en ESMS pour 100 enfants handicapés contre 0,74 pour les 10 départements les moins bien dotés. En 2020, les disparités repartent à la hausse et passent de 14 à 15 %.

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

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

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

Le périmètre retenu est la France métropolitaine (*i.e.* hors départements et régions d'Outre-mer) car, de par leur spécificité, les DROM étant à la fois des régions et des départements (région avec un seul département), il n'est pas possible de calculer de variance intra-régionale. Les indicateurs portent sur le périmètre des établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés financés par la CNSA (identique à celui retenu dans l'indicateur n°1-10).

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

La *dépense en euros pour 1 000 enfants* est calculée en rapportant les versements aux établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées effectués sur ces territoires (données Agence comptable de la Cnam) à la population par tranche d'âge (0-19 ans pour les enfants handicapés – source estimation Insee pour chaque année au 19 janvier 2021) multiplié par 1 000.

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

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

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

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

Les SAAD (Services d'aide et d'accompagnement à domicile) ne sont pas pris en compte, faute de données disponibles (*cf. indicateurs n°1-10 et 1-11*). Ainsi, la représentation de l'offre est partielle.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

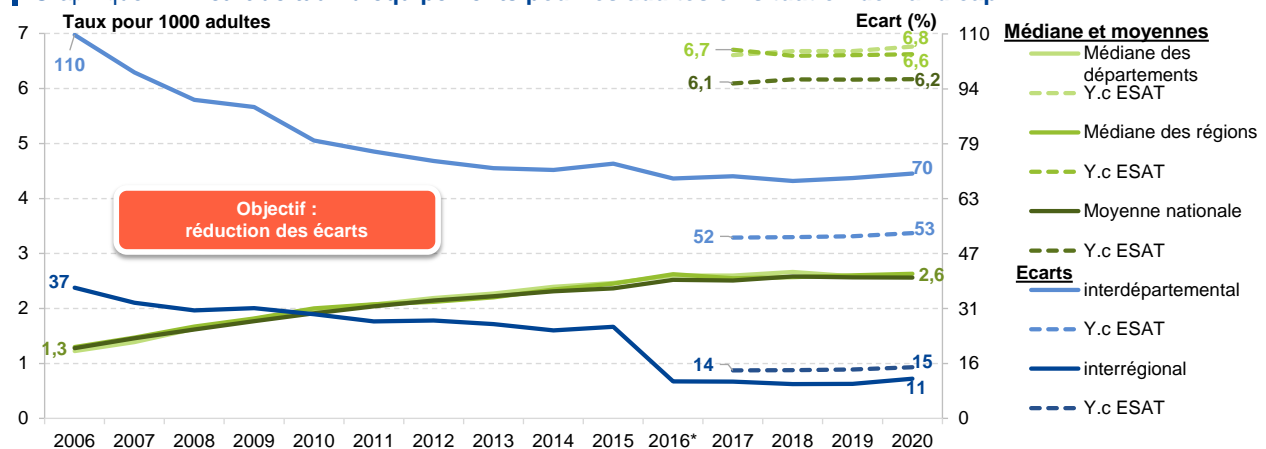
2.9. Réduire les disparités territoriales de prise en charge des adultes en situation de handicap

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

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

Résultats Les disparités d'équipement sont stables depuis 2016 au niveau interrégional comme interdépartemental (11 % et 70 % en 2020). Les écarts de dépense se réduisent et atteignent 88,5 % en moyenne nationale en 2020.

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



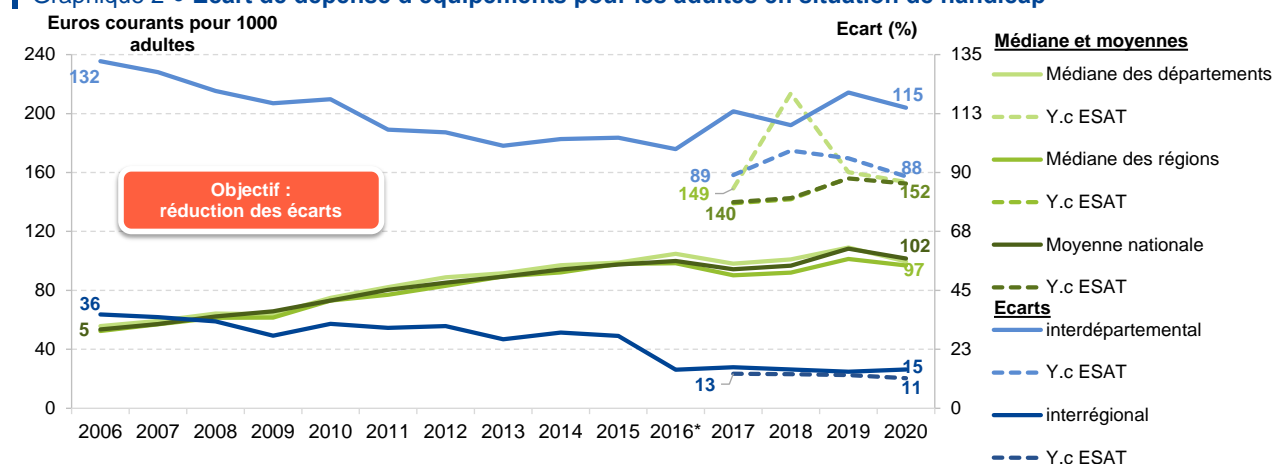
Source : Finess, traitements CNSA, Insee.

Champ : France métropolitaine.

* Rupture de série : valeurs de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale entrée en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2016.

Note de lecture : en 2020 hors ESAT, en France métropolitaine, on compte en moyenne 2,6 places en établissements et services pour 1 000 adultes ; la moitié des départements dispose d'au moins 2,6 places pour 1 000 adultes. On observe une dispersion des taux d'équipement de 11 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 70 % si l'on considère les départements. Plus le coefficient de variation est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

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



Sources : CNSA/Cnam, dépenses de l'assurance maladie concernant les ESMS pour les personnes handicapées, Insee.

Champ : France métropolitaine.

* Rupture de série : valeurs de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale entrée en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2016.

Note de lecture : en 2020, hors ESAT, l'effort financier moyen de l'assurance maladie sur le champ des ESMS est de 102 € pour 1 000 adultes ; la moitié des départements dépense au moins 100 € pour 1 000 adultes. On observe une dispersion de la dépense en euros pour 1 000 adultes de 15 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 115 % si l'on considère les départements. Plus l'écart type relatif est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution de l'écart type signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

Analyse des disparités de capacités d'accueil Les indicateurs de dispersion mettent en évidence une situation inégalement répartie des structures pour adultes handicapés, même si la tendance observée depuis 2006 est à la réduction des écarts interdépartementaux et interrégionaux. La diminution des écarts d'équipement entre départements est particulièrement notable : les écarts à la moyenne nationale sont passés de 110 % à 71 % entre 2006 et 2014. Ceci peut s'expliquer par une situation historiquement très hétérogène sur ce secteur, la priorité mise sur le développement des places pour adultes dans les plans nationaux permettant progressivement de rééquilibrer l'offre au profit des territoires faiblement équipés. En 2015, la tendance s'interrompt et se caractérise par une hausse respective de 1,8 et 1,0 point des disparités départementales et régionales. Les disparités entre départements se concentrent significativement sur l'offre en institution, à savoir les maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé (MAS-FAM ou EAM). Les disparités sont stables depuis 2016 sur ces deux maillages pour atteindre 11 % au niveau interrégional et 70 % au niveau interdépartemental en 2020. C'est entre les départements que les disparités sont les plus grandes : la décomposition de la variance totale sur le secteur des adultes handicapés en 2020 montre que 97 % de la variance des taux d'équipement s'explique par une grande hétérogénéité à l'intérieur même des régions.

L'évolution des écarts territoriaux depuis 2006 ne repose pas sur les mêmes leviers d'action s'agissant des enfants handicapés et des adultes. Pour les adultes handicapés, le rééquilibrage s'opère progressivement, étant donné le point de départ initial, par des créations de places en MAS-FAM, ainsi que le développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et des services de soins infirmiers à domicile (SAMSAH-SSIAD).

Analyse des disparités financières Cet indicateur de dispersion met en évidence une situation très contrastée, avec une dépense en euros courants pour 1 000 habitants plus dispersée sur le secteur des adultes handicapés que sur celui des enfants. Par ailleurs, on observe plus globalement sur l'ensemble du secteur des personnes handicapées une grande hétérogénéité entre les départements. Les écarts interrégionaux et interdépartementaux se sont globalement réduits sur la période 2006-2020. Toutefois, en 2015, les écarts enregistrent une progression par rapport à 2014. Cette évolution à la hausse des écarts entre régions se caractérise par l'offre en services pour adultes. De 2017 à 2020, suite notamment à l'intégration des ESAT, la tendance s'inverse à la baisse et permet de réduire les écarts entre départements qui atteignent 88,5 % en moyenne nationale en 2020. Cette réduction des écarts interdépartementaux est particulièrement marquée entre 2019 et 2020 (-6,9 points), conséquence de l'allocation de crédits exceptionnels Covid. Les disparités entre régions ont davantage diminué que celles entre départements, ce qui s'explique d'une part par l'implantation récente de dispositifs innovants permettant d'obtenir des solutions de proximité sur le territoire, et d'autre part par la diversité de l'offre du secteur caractérisée par des coûts à la place maîtrisée budgétairement.

Construction de l'indicateur Les disparités d'équipement et financières concernant les établissements et services pour personnes handicapées sont mesurées par les coefficients de variation des taux d'équipement et de la dépense pour 1 000 adultes. Le coefficient de variation correspond à l'écart-type des taux d'équipement pour 1 000 adultes, mesuré alternativement entre les départements et les régions, rapporté à la moyenne globale de la France métropolitaine et exprimé en pourcentage. L'écart type est la mesure de dispersion la plus couramment utilisée en statistique pour mesurer la dispersion de valeurs autour de la moyenne. Le périmètre retenu est la France métropolitaine car, de par leur spécificité, les DROM étant à la fois des régions et des départements (région avec un seul département), il n'est pas possible de calculer de variance intra-régionale. Les indicateurs portent sur le périmètre des établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés financés par la CNSA (identique à celui retenu dans l'indicateur n°1-7).

Le taux d'équipement pour 1 000 adultes est calculé en rapportant le nombre total de places en établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées de ces territoires (données comptables Cnam) à la population par tranche d'âge (20-59 ans pour les adultes handicapés – source estimation Insee pour chaque année au 19 janvier 2021) multiplié par 1 000.

La dépense en euros pour 1 000 adultes est calculée en rapportant les versements aux établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées effectués sur ces territoires (données comptables Cnam) à la population par tranche d'âge (20-59 ans pour les adultes handicapés – source estimation Insee pour chaque année au 19 janvier 2021) multiplié par 1 000. Il s'agit donc d'une dépense effective, comptablement enregistrée dans les comptes de l'assurance maladie.

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

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

Les SAAD (Services d'aide et d'accompagnement à domicile) ne sont pas pris en compte, faute de données disponibles (cf. indicateurs n°1-10 et 1-11). Ainsi, la représentation de l'offre est partielle.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

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

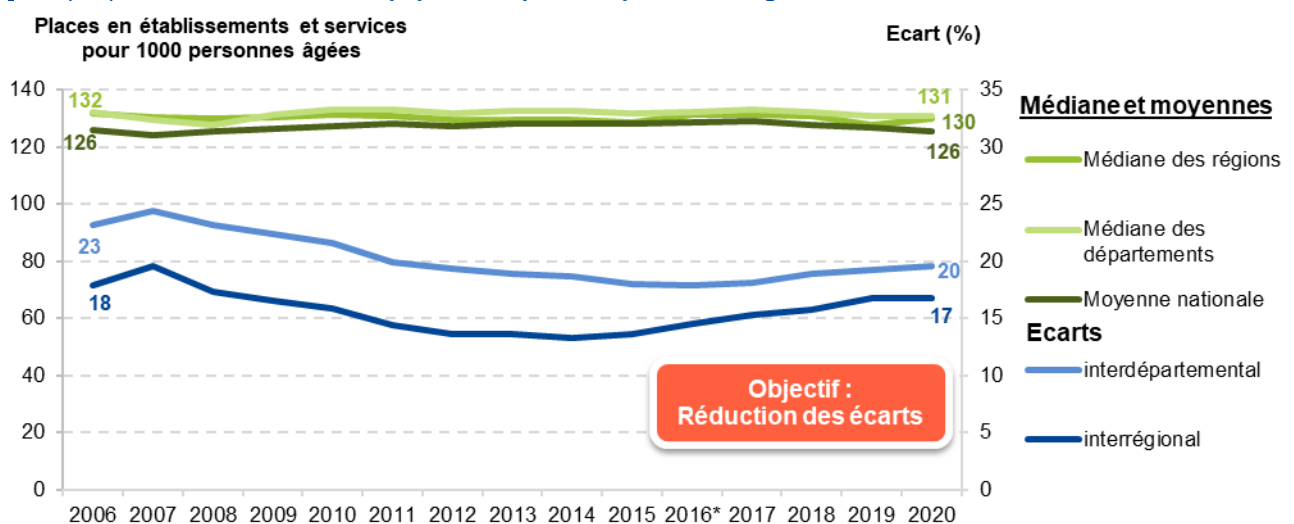
Finalité Cet indicateur contribue à mesurer les disparités en matière de prise en charge de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, à partir de l'équipement et de la dépense d'assurance maladie en euros par habitant :

- L'analyse en offre de places médico-sociales : elle concerne à la fois le niveau de l'offre en établissements et services médico-sociaux et en unité de soins de longue durée (USLD) ;
- L'analyse financière : la dépense de l'assurance maladie en euros par habitant pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Celle-ci permet notamment de mesurer le poids de dépenses externes à la CNSA (soins de ville – dépense d'actes infirmiers de soins (AIS) dispensée en secteur libéral à des personnes de 75 ans et plus et pris en charge par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie - et hôpital – dépense d'USLD). L'indicateur permet ainsi une appréciation plus décloisonnée de l'équipement « Personnes âgées ».

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

Résultats En 2020, les écarts ont enregistré une hausse significative (+8,3 points par rapport à 2019) expliquée par le contexte sanitaire qui a marqué plus de départements que d'autres. Cela s'est traduit par des financements massifs pour les régions les plus affectées. En termes de financement, les écarts inter-régionaux ont diminué de manière très significative en raison des crédits exceptionnels alloués dans le cadre du COVID ainsi que pour le Ségur de la Santé.

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

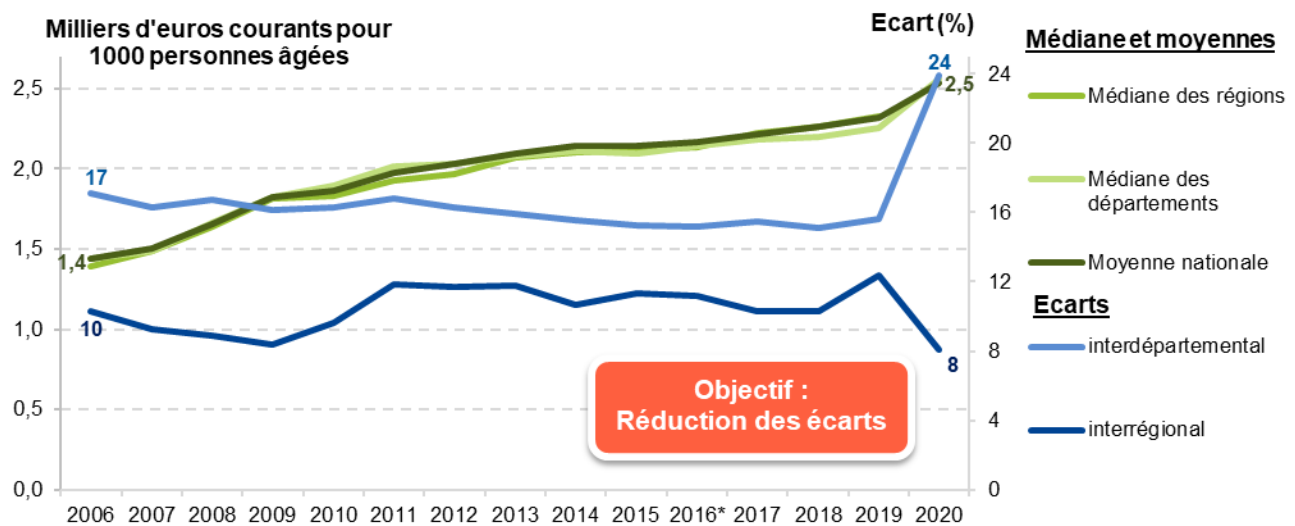


Source : traitement CNSA sur données Drees (FINESS) Champ : France métropolitaine.

*: valeurs régionales de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale à partir de 2016.

Note de lecture : en 2020, en France métropolitaine, on compte en moyenne 12,6 places en établissements et services pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; la moitié des départements dispose d'au moins 131 places pour 1 000 personnes âgées. On observe pour les régions une dispersion des taux d'équipement de 17 % autour de la moyenne nationale. Si l'on considère les départements, cette dispersion est de 20 %.

Graphique 2 • Disparités territoriales des dépenses d'assurance maladie en faveur des personnes âgées



Source : CNSA/Cnam - dépenses assurance maladie en euros pour 1 000 personnes âgées.

Champ : France métropolitaine.

*: valeurs régionales de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale à partir de 2016.

Note de lecture : en 2020, en France métropolitaine, on dépense en moyenne 2 538 € pour 1 000 personnes âgées : la moitié des départements enregistre une dépense d'au moins 2 558 € pour 1 000 personnes âgées. Sur ce secteur on observe pour les régions une dispersion de la dépense pour 1 000 personnes âgées de 8 % autour de la moyenne nationale. Si l'on considère les départements, cette dispersion est de 24 %.

Analyse des disparités de capacités d'accueil L'offre médico-sociale d'équipement pour personnes âgées est historiquement peu dispersée, par rapport au constat fait dans le secteur du handicap, notamment dans le secteur des adultes (cf. indicateur n°2-7 et n°2-8). Les écarts observés entre les départements résultent en grande partie d'une hétérogénéité entre régions. Depuis 2007, les écarts interdépartementaux enregistraient une baisse constante ; ils ont été réduits de près de 5,2 points sur la période 2007-2019 pour repartir en légère hausse (+1 point) en 2020. Les disparités qui subsistent se concentrent sur l'offre en institutions, par rapport à l'offre de services. La tendance à la baisse se prolonge favorablement jusqu'en 2018 puis repart légèrement à la hausse en 2019 et 2020. D'une part l'évolution démographique des personnes âgées, d'autre part la saisonnalité des installations de capacités nouvelles dans certaines régions où l'offre de création (nombre de promoteurs) est tendue, ou encore les délais de création de places nouvelles en EHPAD, en accueil de jour ou en hébergement temporaire (AJ-HT) sont autant de facteurs pouvant contribuer à améliorer ou détériorer la situation de certaines régions, et affecter en conséquence la mesure des écarts.

Analyse des disparités financières La mesure financière des écarts territoriaux exprimée en euros pour 1 000 personnes âgées met en évidence : une diminution certaine des écarts interdépartementaux sur l'ensemble de la période 2006-2019 (-1,5 point) mais irrégulière (augmentation respectivement de + 0,4 point en 2008, + 0,5 point en 2011, - 0,3 point en 2017, + 0,3 point en 2018 et - 0,5 point en 2019). En 2020, les écarts ont enregistré une hausse significative (+8,3 points par rapport à 2019) expliquée par le contexte sanitaire qui a marqué plus de départements que d'autres. Cela s'est traduit par des financements massifs pour les régions les plus affectées. Une baisse est constatée pour les écarts interrégionaux de manière régulière sur la période 2006-2009 (- 1,9 point) mais les écarts connaissent une tendance à la hausse (+ 2,9 points) de 2009 à 2015 en dépit d'une légère baisse entre 2013 et 2014. Cette tendance diminue entre 2016 et 2019 (- 1,1 point), période marquée par la réforme territoriale. La période 2011-2018 fait apparaître une évolution favorable pour les écarts interdépartementaux et plus soutenue à l'échelle interrégionale. 2019 et 2020 sont quant à elles marquées par une légère progression de ces écarts territoriaux. En 2020, les 10 départements les mieux dotés comptent 17,59 places en ESMS pour 100 personnes âgées de plus de 75 ans contre 9,08 pour les 10 départements les moins bien dotés. Il est important de noter que le département de Lozère est considéré comme atypique car extrêmement bien doté du fait notamment de sa vocation historique à accueillir des personnes en situation de handicap et de son faible nombre d'habitants. En 2020, les écarts inter-régionaux ont diminué de manière très significative en raison des crédits exceptionnels alloués dans le cadre du COVID ainsi que pour le Ségur de la Santé.

Ce constat traduit l'analyse conjuguée de l'offre médico-sociale et de l'offre « complémentaire », c'est-à-dire le secteur libéral (à travers les actes infirmiers de soins - AIS - réalisés sur les personnes âgées de 75 ans et plus) et l'offre en USLD. Il faut ainsi souligner le poids des dépenses de ville qui génèrent de fortes variations inter-régionales : les dépenses d'AIS sont en effet fortement localisées régionalement sur le bassin méditerranéen et l'arc atlantique (voir l'indicateur n°1-11).

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

Les indicateurs portent sur le périmètre des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées financés totalement ou partiellement par l'assurance maladie (*identique à celui retenu dans l'indicateur n°1-11*) et relèvent :

- du champ médico-social : maisons de retraite (médicalisées - dont lits en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en sections de cure médicale - ou non médicalisées), ex-logements-foyers (médicalisés uniquement), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), accueil de jour et hébergement temporaire [*en équipement et en dépense*]
- du champ sanitaire : unités de soins de longue durée (USLD) [*en équipement et en dépense*]
- du champ soins de ville: actes infirmiers de soins (AIS) pour les personnes âgées de 75 ans et plus [*en dépense*]

Le *taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus* est calculé en rapportant le nombre total de places en établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées de ces territoires (données Agence comptable Cnam) à la population des 75 ans et plus, estimée par l'Insee pour chaque année au 14 janvier 2020 et multiplié par 1 000.

La *dépense en euros pour 1 000 personnes âgées* est calculée en rapportant la dépense d'assurance maladie relative à la prise en charge de la perte d'autonomie en faveur des personnes âgées (données Cnam) à la population âgée de 75 ans et plus (source Insee estimée chaque année au 19 janvier 2021).

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

La dépense d'assurance maladie concerne l'ensemble des dépenses relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie (source : Cnam) soit les versements aux établissements et services médico-sociaux financés par la CNSA (EHPAD, EHPA, AJ-HT, SSIAD, SPASAD), la dépense en USLD et la dépense relative aux AIS réalisés en secteur libéral sur les personnes âgées de 75 ans plus. La réforme territoriale, prise en compte dans le calcul des indicateurs à partir de 2016, a eu un impact exclusivement sur les régions.

Les SAAD (Services d'aide et d'accompagnement à domicile) ne sont pas pris en compte, faute de données disponibles (*cf. indicateurs n° 1-10 et 1-11*). Ainsi, la représentation de l'offre est partielle.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

2.11. Garantir l'équilibre financier de la branche Autonomie

Finalité Cet indicateur vise à mesurer le l'adéquation des fonds alloués à la CNSA pour répondre au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux. Il compare les recettes comptables (produits constatés) de la CNSA obtenues à ce titre aux dépenses réalisées (charges constatées).

Résultats Le tableau suivant présente l'adéquation des recettes aux dépenses de la CNSA relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux. Outre le taux d'utilisation global des fonds, sont successivement présentés les taux d'adéquation des produits aux charges finançant les établissements accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

Tableau 1 • **Equilibre financier de la branche Autonomie**

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Objectif
Ensemble	Solde / Recettes	5,0%	3,8%	2,8%	0,0%	-0,6%	1,2%	0,6%	1,1%	0,5%	-0,9%	-0,8%	-0,1%	0,2%	0,0%	-1,6%	Equilibre financier
	Recettes (Md €)	12,1	13	14,2	15,2	16,3	17	17,7	18,4	18,8	19,0	19,3	21,4	22,0	22,5	25,3	
	Dépenses (Md €)	11,5	12,5	13,8	15,2	16,4	16,8	17,6	18,2	18,7	19,2	19,4	21,4	21,9	22,5	25,7	
Personnes en situation de handicap	Solde / Recettes	1,4%	0,0%	0,0%	1,3%	-1,2%	0,0%	0,0%	-1,1%	0,0%	-1,4%	-0,9%	0,0%	0,3%	-0,3%	-1,0%	Equilibre financier
	Recettes (Md €)	6,9	7,3	7,7	8	8,3	8,5	8,8	9	9,3	9,4	9,5	11,3	11,6	11,7	12,3	
	Dépenses (Md €)	6,8	7,3	7,7	7,9	8,4	8,5	8,8	9,1	9,3	9,5	9,6	11,3	11,6	11,8	12,4	
Personnes âgées	Solde / Recettes	9,6%	8,8%	4,7%	-2,8%	1,2%	2,4%	2,2%	1,1%	0,0%	-0,4%	-0,7%	-0,2%	0,1%	0,4%	-2,2%	Equilibre financier
	Recettes (Md €)	5,2	5,7	6,4	7,1	8,1	8,5	9	9,3	9,5	9,6	9,8	10,1	10,4	10,8	13,0	
	Dépenses (Md €)	4,7	5,2	6,1	7,3	8	8,3	8,8	9,2	9,5	9,7	9,8	10,1	10,4	10,7	13,2	

Source : Comptes de résultat de la CNSA.

Jusqu'en 2008, les produits constatés pour le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux étaient supérieurs aux charges enregistrées. A partir de 2009, le risque de sous consommation de l'objectif global de dépenses (OGD) a été réduit, ce qui explique le déficit constaté en 2010 avec un solde de -0,1 Md€, soit 0,6 % des recettes de 2010.

De 2011 à 2017, le niveau des recettes de la CNSA est proche de celui des dépenses relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux. Le solde de la branche s'approche de 0 et le taux d'adéquation des recettes aux dépenses (recettes/dépenses) était proche de 100 %. Cette période s'est caractérisée par des tendances contraires sur les secteurs : une sous-consommation de l'OGD personnes âgées et un dépassement de l'OGD personnes handicapées. L'augmentation importante des dépenses en 2017 sur le champ des personnes en situation de handicap (+18 %) s'explique par le transfert de la gestion des ESAT dans l'OGD.

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

L'exercice 2020 a été très fortement marqué par la crise sanitaire. Les mesures de soutien économique aux établissements et services médico-sociaux, les mesures salariales mises en œuvre au cours de l'année et le Ségur de la santé ont fait augmenter l'OGD de plus de 13,6 % par rapport à 2019, soit une hausse de plus de 3 Md€ (+2,3 Md€ sur l'année). Cette augmentation a été réalisée en plusieurs étapes, tenant compte de l'évolution de la situation :

- Une hausse de 3,80 % de l'OGD est relative à la mise en œuvre de nouvelles mesures (d'actualisation et salariales) dont la prime Grand âge et la prime d'attractivité en Ile-de-France ;
- Pour compenser les surcoûts, pertes de recettes en EHPAD et AJ autonomes, ainsi que les primes annoncées dans le cadre de la lutte contre la crise sanitaire, l'OGD a augmenté de 1,25 Md€ en juin ;
- Afin d'augmenter la période de compensation des pertes de recettes et des surcoûts liés à la crise, ainsi que pour financer la mise en œuvre des revalorisations salariales du Ségur de la santé pour les EHPAD de la fonction publique hospitalière, une nouvelle augmentation de 475 M€ a eu lieu en octobre ;
- Enfin, afin de couvrir les surcoûts et pertes de recettes de la 2ème vague et financer la mise en œuvre des revalorisations salariales du Ségur de la santé dans les ESMS privés et de la fonction publique territoriale, l'OGD a connu une dernière augmentation de 442 M€ en décembre.

En 2020, l'ONDAM a également été augmenté de 2,4 Md€ en couverture de ces dépenses. Parallèlement, et toujours en raison de la crise sanitaire, le rendement des recettes affectées à la CNSA a été moins important que prévu. Dans la mesure du possible, elles ont été affectées au soutien des concours versés par la CNSA notamment en contribution aux allocations APA et PCH. Les recettes affectées au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux ont été réduites. Ces évolutions expliquent le taux d'adéquation plus faible cette année.

Construction de l'indicateur

La première section du budget de la CNSA est consacrée au financement des établissements ou services médico-sociaux : elle est elle-même subdivisée en deux sous-sections, la première traite des établissements accueillant des personnes handicapées et la seconde concerne les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Ce sont ces deux sous-sections qui sont prises en compte pour le calcul de l'indicateur. Le taux d'adéquation des recettes aux dépenses de la CNSA relatif au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux est obtenu en rapportant les produits aux charges relevant de la première section.

Figurent au numérateur la contribution solidarité autonomie, les droits tabacs (jusqu'en 2016), les prélèvements sociaux sur les revenus du capital (depuis 2017), la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (depuis 2018), les transferts des régimes d'assurance maladie (ONDAM) au titre du médico-social et les éventuels produits exceptionnels ou excédents des années précédentes (non provisionnés antérieurement). Les reprises sur provisions sont exclues de ces produits.

Le dénominateur comprend les dépenses d'assurance maladie au titre de l'OGD, les charges liées au financement de divers organismes : les groupes d'entraide mutuelle (GEM), l'agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM) jusqu'en 2017, l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le financement des nouvelles Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA, devenues Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie en 2016) ainsi que l'atténuation de recettes par rapport aux recettes constatées. Sont exclues des charges, les contributions de la section 1 aux sections 4, 5 et 6, ces dernières étant consacrées respectivement à « La promotion des actions innovantes et à la formation et à la professionnalisation des métiers du secteur », aux « Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie » et aux « Frais de gestion de la caisse » et les charges liées aux frais de collecte.

Précisions méthodologiques Les données utilisées pour la réalisation de cet indicateur sont issues, pour la période de 2006 à 2020, des différents comptes de résultat de la CNSA tels qu'approuvés par son Conseil.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNSA

LISTE DES SIGLES UTILISES

A

AAH	Allocation pour adulte handicapé
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH	Allocation éducation de l'enfant handicapé
AGEFIP H	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources
AIS	Acte infirmier de soins
AIVQ	Activité instrumentale de la vie quotidienne
AJ	Accueil de jour
ALD	Affection de longue durée
ALS	Allocation logement à caractère social
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANESM	Agence nationale d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APL	Aide personnalisée au logement
ARS	Agence régionale de santé
ASG	Assistant de soin en gérontologie
ASH	Aide sociale à l'hébergement
ASI	Allocation supplémentaire d'invalidité
ASPA	Allocation supplémentaire aux personnes âgées
ASV	Allocation supplémentaire du minimum vieillesse
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVQ	Activité essentielle vie quotidienne

B

BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
BNA	Base de données Nationale française Alzheimer

C

CAF	Caisse d'allocations familiales
CANSS M	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CASA	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CAVIMA C	Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes
CCIP	Chambre de commerce et d'industrie de Paris
CCSS	Commission des comptes de la Sécurité sociale
CDAPH	Commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CIM	Classification internationale des maladies
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRP	Compte de résultat principal
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CREST	Centre de recherche en économie et statistique de l'INSEE
CRPCE N	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée

D

DCRTP	Dotation de compensation de la réforme de la taxe
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DMTO	Droits de mutation à titre onéreux
DOM	Département d'outre-mer
DROM	Département et région d'outre-mer
DPAE	Déclaration préalable à l'embauche
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSES	Direction de la stratégie, des études et des statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale

E

EAM	Etablissement d'accueil médicalisé
EANM	Etablissement Accueil Non Médicalisé
EEAH	Ecole des Enfants et Adolescents Hospitalisés
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ESAT	Établissement et services d'aide par le travail
ESLD	Etablissement de soins de longue durée
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ETP	Éducation thérapeutique du patient

F

FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FIAH	Fonds interministériel pour l'accessibilité aux personnes handicapées
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FIR	Fonds d'intervention régional
FNGIR	Fonds national de garantie individuelle des ressources
FSI	Fonds spécial d'invalidité
FSPOEI E	Fonds spécial de pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État

G

GEM Groupe d'entraide mutuelle
GIR Groupe iso-ressources niveau de dépendance

H

HAPI Harmonisation et partage d'information
HAS Haute autorité de santé
HSI Enquête Handicap Santé Institution (personnes âgées vivant en institution)
HSM Enquête Handicap Santé Ménage (personnes âgées vivant en ménages ordinaires)
HT Hébergement temporaire

I

IEG Industrie électrique et gazière
IEM Institut d'Education Motrice
IME Institut d'Education Motrice
INSEE Institut national de la statistique et des études économiques
IP Incapacité permanente
ITEP Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
MAA Maladies d'Alzheimer et maladies apparentées

L

LFSS Loi de financement de la Sécurité sociale

M

MAIA Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie (anciennement Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer)
MAS Maison d'accueil spécialisée
MDPH Maison départementale des personnes handicapées
MMP manifestation morbide principale
MP Maladie professionnelle
MPI Majoration parent isolé
MSA Mutualité sociale agricole
MTP Majoration pour tierce personne
MVA Majoration pour la vie autonome

O

OGD Objectif global de dépenses
ONDAM Objectif national de dépenses d'assurance maladie

P

PACA Provence-Alpes-Côte d'Azur
PAERPA Parcours santé des aînés
PAI Plans d'aide à l'investissement
PAQUID PAQUID - Cohorte de sujets de plus de 65 ans
PCH Prestation de compensation du handicap
PLFSS Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMND Plan national des maladies neuro-dégénératives
PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information
PQE Programmes de qualité et d'efficacité
PRIAC Programme interdépartemental d'accompagnement des personnes âgées et handicapées
PSD Prestation spécifique dépendance
PSGA Plan solidarité grand âge

R

RATH Retraite anticipée des travailleurs handicapés
RATP Régie autonome des transports parisiens
REPSS Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale
RIM-P Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie
RMI Revenu minimum d'insertion
RSA Revenu de solidarité active
RUM Résumé d'unité médicale

S

SAAD Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAE Statistique annuelle des établissements de santé
SAM Salaire annuel moyen
SAMSA Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS Service d'accompagnement à la vie sociale
SEP Sclérose en plaques
SESSAD Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SGMAS Secrétariat général des ministères des affaires sociales
SNCF Société nationale des chemins de fer
SNDS Système National des Données de Santé
SNIIRA Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie
M
SPASAD Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD Service de soins infirmiers à domicile
SSR Soins de suite et de réadaptation
STATIS Statistiques et indicateurs de la santé et du social
S

T

TM Ticket modérateur
TVA Taxe sur la valeur ajoutée

U

UCC	Unité cognitivo-comportementale
UHR	Unité d'hébergement renforcée
USLD	Unité de soins longue durée

V

VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
-----	-------------------------------------