

Rapport de la branche Autonomie de la Sécurité sociale 2024



Introduction

Depuis la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, le soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap constitue pour la Nation un nouveau risque social, dont la prise en charge universelle et solidaire doit être assurée par la sécurité sociale.

Pour couvrir ce nouveau risque, une branche Autonomie a été créée au sein de la sécurité sociale, à l'instar des branches historiques que sont les branches Maladie, Vieillesse, Famille et celle consacrée aux Accidents du travail et maladies professionnelles. Comme ces dernières, cette nouvelle branche dispose de recettes, principalement une part de la contribution sociale généralisée (CSG), et de dépenses qui lui sont propres.

Au niveau national, sa gestion a été confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public chargé depuis 2004 de contribuer au financement et au pilotage de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Au niveau territorial, la branche s'appuie sur les acteurs responsables de la mise en œuvre des politiques d'autonomie que sont les agences régionales de santé (ARS), les conseils départementaux (CD) et les maisons départementales pour les personnes handicapées (MPDH) ou maisons de l'autonomie (MDA). La création d'une cinquième branche de sécurité sociale ne s'est pas accompagnée, à la différence des autres branches historiques, de la création d'un réseau de caisses locales.

Les enjeux associés à la création d'une branche Autonomie de la sécurité sociale sont inscrits au préambule de la convention d'objectifs et de gestion 2022 - 2026 entre l'Etat et la CNSA, « Fonder la branche Autonomie » :

- un enjeu d'équité territoriale dans l'accès aux droits et dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie ;
- un enjeu de simplification des dispositifs et de meilleure lisibilité pour les personnes concernées, notamment par la mise en œuvre d'une logique de parcours ;
- un enjeu d'efficience dans la réponse aux besoins et la délivrance des prestations ;
- un enjeu de transparence avec l'examen annuel de la politique de l'autonomie et des conditions de son financement à long terme dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

Pour atteindre ces objectifs, la CNSA a engagé une transformation profonde de son organisation et de ses liens avec ses partenaires territoriaux. Antérieurement contributrice au financement de la prévention et de l'accompagnement de la perte

d'autonomie et du handicap, elle est désormais gestionnaire du risque avec une responsabilité renforcée sur la prévision pluriannuelle des besoins de financement, prenant en compte l'évolution démographique et la transformation de l'offre. Ses missions en matière de soutien à l'attractivité des métiers de l'autonomie et aux proches aidants ont par ailleurs été renforcées. Son champ d'intervention et son budget, qui atteindrait 40 milliards d'euros en 2024, en font le premier financeur des dépenses de soutien à l'autonomie au niveau national (avec plus de 40 % du total des dépenses).

Parmi les missions qui lui sont confiées à l'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale, la CNSA est chargée de piloter et d'assurer l'animation et la coordination des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques de soutien à l'autonomie et assure à ce titre la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations. Dans ce but, la convention d'objectifs et de gestion en cours s'est engagée au renforcement de la connaissance des besoins et des solutions, au titre du pilotage de la qualité des accompagnements par la CNSA et les acteurs territoriaux, notamment par la publication annuelle d'un rapport décrivant les droits à prestation ouverts aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, ainsi que l'offre en établissements et services.

Grâce à la structuration d'une nouvelle direction de la prospective et des études disposant d'un pôle d'analyses et de productions statistiques, la CNSA publie cette année une première édition du rapport de la branche Autonomie, avec l'objectif de mettre en visibilité les données relatives aux politiques d'autonomie disponibles en 2024.

Ce rapport présente des données nationales et territoriales relatives au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ainsi qu'à l'appui à leurs proches aidants (Partie A), d'une part, des données relatives à l'offre en établissements et de services et à sa transformation dans une logique domiciliaire, inclusive et de parcours (Partie B), d'autre part.

Le rapport de la branche Autonomie a vocation à s'enrichir au fil des éditions, pour constituer un outil de pilotage pour l'ensemble des acteurs de la branche. Dans les prochaines années, l'objectif sera de proposer de nouvelles données territoriales à la maille départementale et régionale ainsi qu'une analyse des disparités et des enjeux d'équité territoriale. La collecte de données devrait être renforcée par l'enrichissement des systèmes d'information existants, dont celui de l'offre (SIDOBA), ainsi que la création de nouveaux systèmes d'information, particulièrement attendus dans le périmètre de gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie.

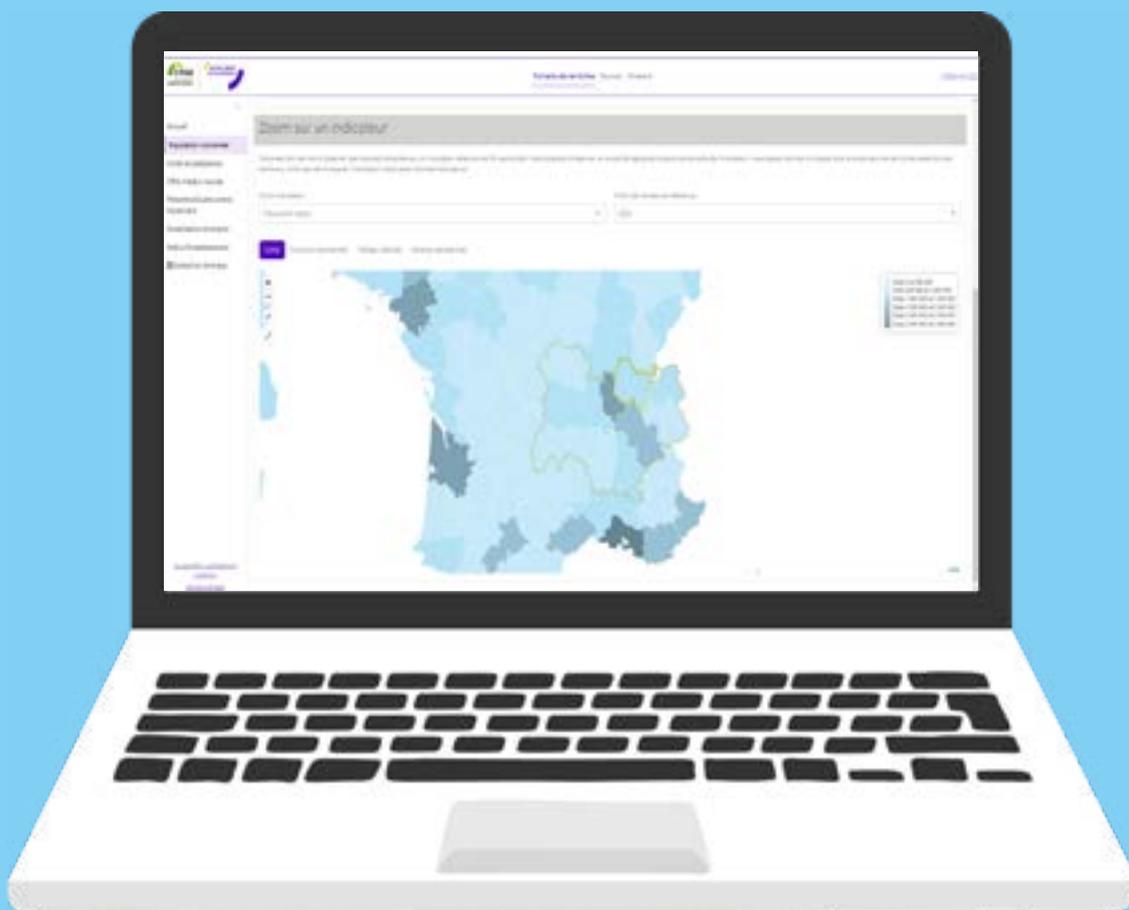
Les principales données sur l'autonomie à la maille départementale et régionale sur le site des « portraits de territoires »

Le présent rapport dit « de branche » a un objectif de mise en visibilité des actions de la branche Autonomie et des données utiles à son pilotage.

Pour un lecteur intéressé par les données de l'autonomie, différents outils de mise à disposition existent, auxquels se référer. A ce titre, il est particulièrement invité à consulter les travaux de la Drees, dont les Panoramas « [Le handicap en Chiffres - édition 2024](#) » et « [L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - édition 2024](#) » ; également, le [Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale consacré à l'autonomie](#) ainsi que l'annexe n°7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 « [Dépenses de la branche autonomie et effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie](#) ».

En 2023, un nouveau portail, administré par la CNSA, a vu le jour, appelé « portraits des territoires ». Ce portail a vocation à rassembler en un même lieu les données pertinentes sur le périmètre de l'autonomie, quel que soit le producteur de celles-ci. S'y retrouvent une grande partie des données du présent rapport, présentées à l'échelle départementale et régulièrement mises à jour.

Ce portail est directement accessible via le lien suivant : <https://cnsa-apps.shinyapps.io/portraits-des-territoires/>



Sommaire

I. Soutenir l'autonomie des personnes âgées, handicapées et leurs aidants	
Quels sont les publics concernés par la politique de l'autonomie ?	11
Une répartition départementale inégale des personnes âgées en France	11
Une répartition géographique plus homogène des personnes en situation de handicap	13
Le vieillissement de la population devrait se poursuivre jusque dans les années 2050	15
La prévalence future de la perte d'autonomie présente des incertitudes	17
Une absence de modèle de projections de la population en situation de handicap	18
Prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées	19
Mieux repérer la fragilité des personnes âgées pour prévenir plus efficacement la perte d'autonomie	20
Une observation de la fragilité sociale des personnes âgées	21
Une approche territorialisée de la prévention de la perte d'autonomie	23
L'appui d'un centre national de ressources et de preuves pour une efficacité accrue des actions de prévention soutenues par la branche	26
Compenser la perte d'autonomie ou le handicap : les prestations, droits et orientations	28
Soutenir les aidants	54
Les proches aidants : un acteur essentiel de l'accompagnement	54
Les différents profils de proches aidants	56
Des conséquences négatives sur la santé des proches aidants, des charges ressenties différenciées	57
Une progressive reconnaissance du rôle des aidants dans les politiques publiques	58
L'accès aux modes de garde, à la scolarisation et à l'enseignement supérieur	62
L'accès aux modes de garde et d'accueil : une évolution non documentée en l'absence de séries statistiques	62
L'accès à la scolarisation : une progression nette associée à un décloisonnement des ressources de l'Education nationale et médico-sociales	65
L'accès à l'enseignement supérieur : la croissance des effectifs étudiants en situation de handicap s'accélère	69
II. Caractériser l'offre et sa transformation pour proposer des parcours adaptés	
L'offre en établissements et services médico-sociaux (ESMS)	76
Les ESMS accompagnant les personnes en situation de handicap	76

Les établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes âgées	80
Les enjeux financiers de l'offre	82
Une vue d'ensemble du financement de l'offre médico-sociale	82
Les financements en appui de l'offre pour les personnes en situation de handicap	87
Des financements en appui aux solutions en milieu ordinaire	89
Des modèles tarifaires et des plans d'investissement pour soutenir et infléchir l'offre	94
Une transformation et adaptation continue de l'offre, avec un objectif de maximiser le « vivre chez soi »	103
Renforcer l'appui au domicile et les parcours en milieu ordinaire sous toutes leurs formes	104
L'ouverture des établissements sur leur environnement et le changement de regard sur les établissements	108
Renforcer la prise en charge technique et médicale : l'adaptation de l'offre aux situations les plus complexes et le renforcement de la permanence des soins	114
Renforcer l'attractivité des métiers de l'autonomie	117
L'attractivité des métiers de l'autonomie en question	117
700 000 professionnels travaillent dans les établissements et services médico-sociaux	119
Les indicateurs de tensions des ressources humaines dans les ESMS	124
Glossaire	132
Table des Figures	136
Notes	140

I. Soutenir l'autonomie des personnes âgées, handicapées et leurs aidants



Quels sont les publics concernés par la politique de l'autonomie ?

La politique de l'autonomie s'adresse aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants. L'ambition de soutien à l'autonomie est transverse et concerne toute personne en risque ou en présence d'une limitation de son autonomie, que celle-ci soit temporaire ou définitive, liée à l'âge ou à une situation de handicap. L'accès aux aides et aux dispositifs est toutefois différencié en fonction de deux grandes catégories de public :

Les personnes en situation de handicap : la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit cette situation comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Les personnes âgées : la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement en France considère comme âgée toute personne de 60 ans et plus. Cette définition est cependant différente des définitions statistiques d'Eurostat et de l'Insee, qui considèrent comme personne âgée toute personne de 65 ans et plus, tandis que l'OMS a récemment défini la personne âgée comme étant une personne ayant dépassé l'espérance de vie attendue à sa naissance (dans son cadre de référence [Integrated care for older people](#)). En pratique, le présent rapport mobilisera essentiellement deux définitions : la population de 60 ans et plus (définition légale) et la population de 75 ans et plus (la plus susceptible d'avoir recours aux dispositifs existants).

Une répartition départementale inégale des personnes âgées en France

Au 1er janvier 2024, plus de 18 millions de personnes ont 60 ans et plus et 7 millions de personnes ont 75 ans et plus en France, ce qui représente respectivement 27,8 % et 10,4 % de la population totale.

La répartition départementale de cette population met en évidence une importante hétérogénéité sur le territoire, la population âgée étant principalement présente dans les départements les plus peuplés, notamment le département du Nord, les Bouches-du-Rhône et Paris.

18 millions de personnes de 60 ans et plus en 2024

Cette vision est cependant incomplète car elle ne rend pas compte de la part que cette population peut représenter à l'échelle d'un département. L'analyse de cette donnée (Figure 1 et Figure 2) met en évidence d'importantes disparités de vieillissement des territoires.

D'un côté, les départements du Centre, tels que la Creuse et le Lot, affichent une proportion particulièrement élevée de personnes âgées au sein de leur population départementale, de plus de 40 %.

De l'autre, les départements d'Ile-de-France présentent une part des personnes âgées dans leur population nettement plus faible, comme en Seine-Saint-Denis (18,1 %) ou le Val-d'Oise (20,5 %). C'est dans les départements d'Outre-Mer de Mayotte et de Guyane Française que la proportion de personnes âgées est la plus faible, respectivement de 4,3 % et de 10,7 %.

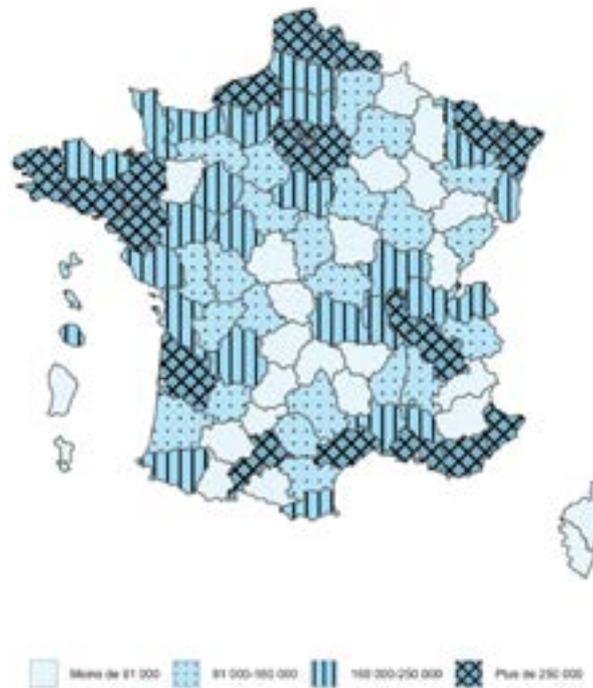


Figure 1 – Nombre de personnes de 60 ans et plus

Lecture : Plus de 250 000 personnes âgées de 60 ans et plus résident dans le département du Nord.

Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en France

Source : Insee, 2024

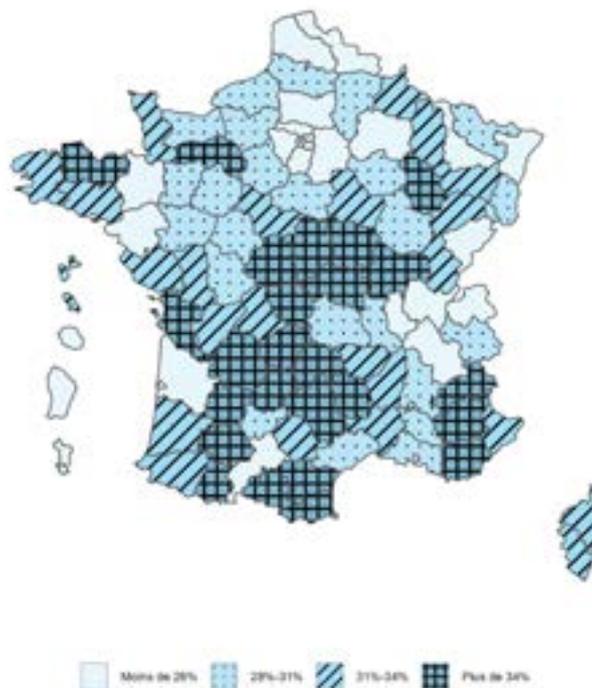


Figure 2 - Part de la population de 60 ans et plus

Lecture : Les personnes âgées de 60 ans et plus constituent plus de 34 % de la population du département dans la Creuse et dans le Lot

Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en France

Source : Insee, 2024.

Une répartition géographique plus homogène des personnes en situation de handicap

Deux approches différentes peuvent être adoptées pour estimer le nombre de personnes en situation de handicap :

- Une approche « déclarative » (par enquête), qui repose principalement sur la mobilisation d'un indicateur international de restriction d'activité dit « GALI » (pour global activity limitation indicator ou indicateur global de restriction d'activité) et consiste à demander aux personnes interrogées si elles ressentent une restriction d'activité et de qualifier la gravité de cette restriction.
- Une approche « administrative », qui consiste à comptabiliser le nombre de personnes ayant une reconnaissance administrative de handicap, définie par le bénéfice d'une prestation ou disposition à ce titre.

Entre 1,7 et 3,1 millions de personnes en situation de handicap

La première approche fournit une estimation haute de la population concernée : elle traduit le nombre de personnes qui au moment où la question leur a été posée ressentait une restriction d'activité.

A l'inverse, la deuxième approche fournit une estimation basse en raison du possible non-recours à certaines prestations.

Selon l'approche retenue, la population en situation de handicap serait comprise entre 1 762 600 personnes (au sens d'une reconnaissance administrative, restreinte ici au bénéfice soit de l'allocation aux adultes handicapés, soit de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé au dernier trimestre de 2023) et 3 104 500 personnes (au sens des personnes entre 5 et 59 ans se déclarant en limitation sévère d'activité en 2021).

D'un point de vue départemental, en s'appuyant sur les données d'enquête, on observe une répartition de la population en situation de handicap moins inégale que pour les personnes âgées (Figure 3). Ainsi, la part de la population en situation de handicap serait comprise entre 4,3 % (Yvelines) et 13,2 % (Mayotte) en 2021.

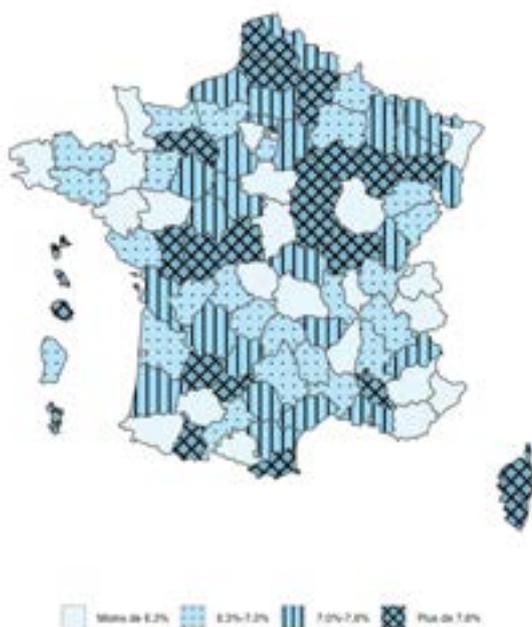


Figure 3 - Part de la population en situation de handicap

Lecture : Dans le département de la Nièvre, la part des personnes se déclarant en situation de handicap atteint 10,8 %.

Champ : Personnes entre 5 et 59 ans se déclarant en situation de handicap au sens du GALI

Source : Drees, 2021.

Quels handicaps sont les plus présents en France ?

Tous les 4 ans, la Drees réalise une enquête auprès des établissements et services pour personnes handicapées ([ES-Handicap](#)), les dernières données ayant été collectées en 2022. Cette enquête fournit notamment des éléments d'éclairage importants sur les types de handicap présents chez les personnes accompagnées.

Parmi les adultes accompagnés, on observe que la situation de handicap la plus fréquente est la déficience intellectuelle. C'est le cas de plus de la moitié des personnes accompagnées (52 %, dont 8 % une forme profonde et sévère). 28 % des personnes accompagnées présentent des troubles du psychisme, du comportement ou de la communication, 8 % une déficience motrice et 4 % un polyhandicap.

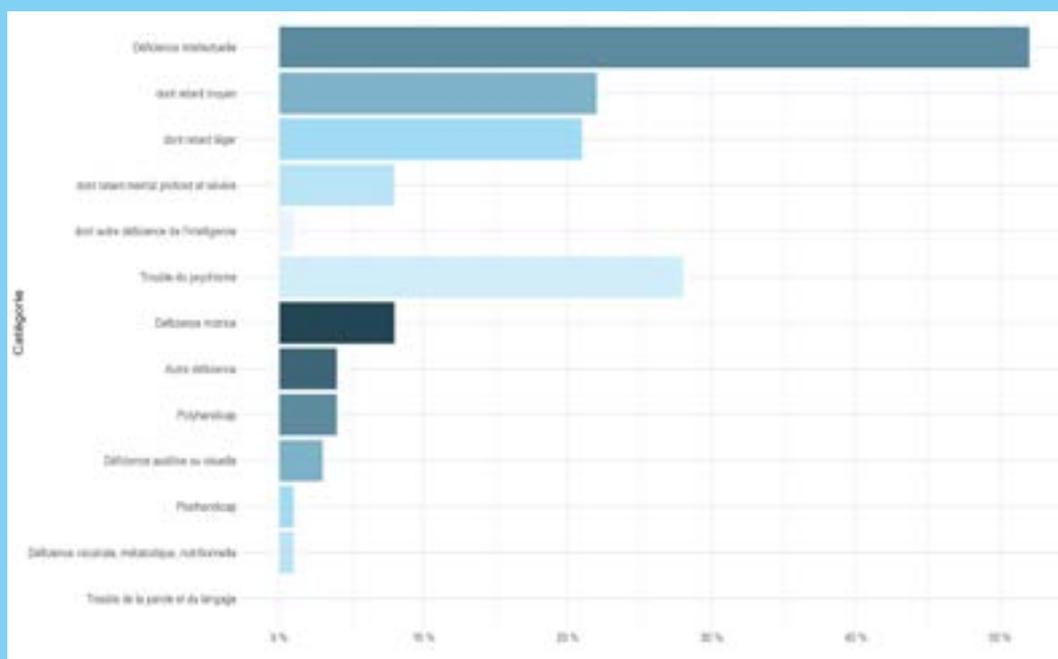


Figure 4 - Déficience principale des adultes accompagnés (en pourcentage)

Lecture : En France métropolitaine, 52 % des adultes handicapés accompagnés en ESMS ont une déficience intellectuelle comme déficience principale

Champ : Personnes accompagnées dans les structures pour adultes handicapés au 31/12/2022 en France métropolitaine et DROM

Source : Drees, enquête ES-Handicap, 2022

Le vieillissement de la population devrait se poursuivre jusque dans les années 2050

Le nombre de personnes âgées en France – et leur part dans la population – est en hausse depuis le début des années 2000. Trois causes sont identifiées et se cumulent : la baisse durable de la natalité est à l'origine d'un « vieillissement par le bas » de la pyramide des âges¹ ; le progrès de l'espérance de vie produit un « vieillissement par le haut » de la pyramide des âges ; conjoncturellement, les générations issues du baby-boom, nées entre 1946 et 1974, arrivent progressivement aux âges avancés².

Ces dix dernières années, la population de 60 ans et plus a augmenté de 18,9 % en 10 ans, contre une augmentation de 4,3 % pour l'ensemble de la population sur la même période. Selon les projections de l'Insee, cette augmentation devrait se poursuivre à un rythme relativement constant jusqu'au début des années 2050, particulièrement portée par la hausse des 75 ans ou plus (Figure 5).

En 2050, plus de 11,3 millions de personnes seraient âgées de 75 ans ou plus contre moins de 5 millions en 2005. La part des personnes âgées de 75 ans et plus, qui s'établissait à 8 % de la population en 2005, atteindrait 12,5 % en 2030 et 15,3 % en 2050, faisant alors part égale avec celle des personnes âgées de 60 à 74 ans.

Cette hausse de la population âgée ne devrait pas se réaliser de façon uniforme dans les territoires. Pour évaluer ces disparités, il est possible de mobiliser le modèle Livia³ de la Drees, pour des estimations du vieillissement de la population à l'horizon 2030 par département.

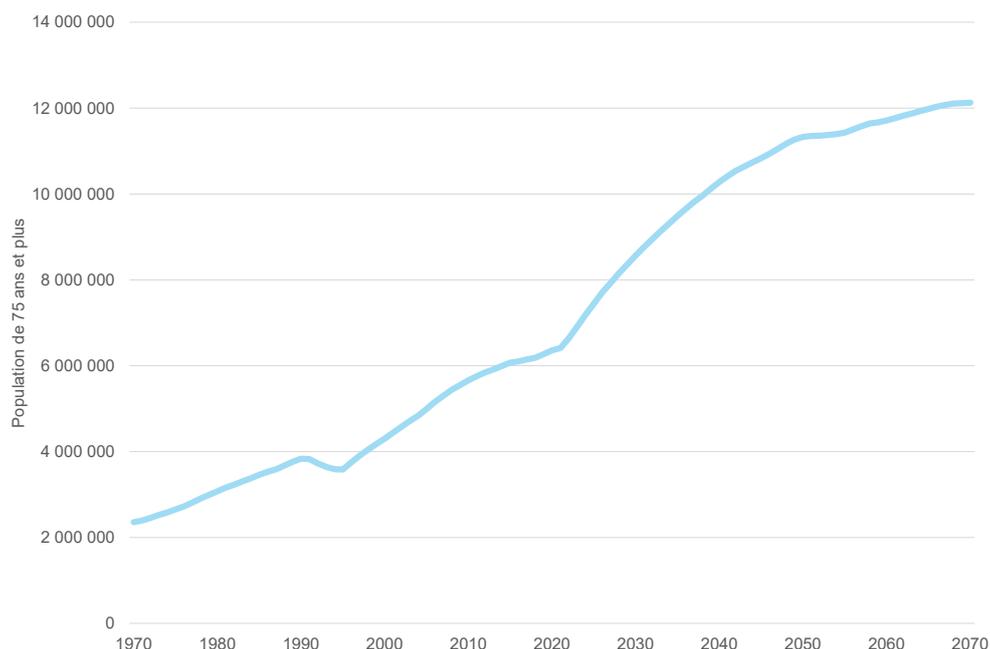


Figure 5 - Evolution de la population âgée de 75 ans et plus entre 1991 et 2070

Lecture : En 2050, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus est estimé à 11,3 millions

Champ : Projections sur les personnes âgées de 75 ans et plus

Source : Insee, 2021

Un défi démographique futur différent selon les départements

Des écarts importants seraient ainsi notés entre les territoires (Figure 6) : alors que dans l'Ain, par exemple, la population des 75 ans et plus augmenterait d'ici à 2030 de plus de 24 % par rapport à 2024, l'évolution serait nettement plus faible dans le Rhône avec une croissance attendue de l'ordre de 14 %. De façon générale, la population des 75 ans et plus connaîtrait une croissance nettement plus modérée dans les

départements du Sud de la France (Côte d'Azur notamment) et du Centre que dans les autres départements.

La hausse de la population âgée s'accompagne d'un défi important s'agissant du soutien à l'autonomie. Ceci serait encore plus vrai à horizon 2030, la hausse de la population âgée étant principalement tirée par la hausse des 75 ans et plus, seuil d'âge à partir duquel la prévalence de la perte d'autonomie tend à augmenter.

L'Insee avait estimé, sur des données collectées fin 2017, que la prévalence de la perte d'autonomie « de 2 % entre 70 et 74 ans (...) passe à 6 % pour les 75 à 79 ans, 13 % pour les 80 à 84 ans, plus d'un quart pour les 85 à 89 ans, près de la moitié pour les 90 à 94 ans et les trois quarts pour les 95 ans ou plus »⁴.

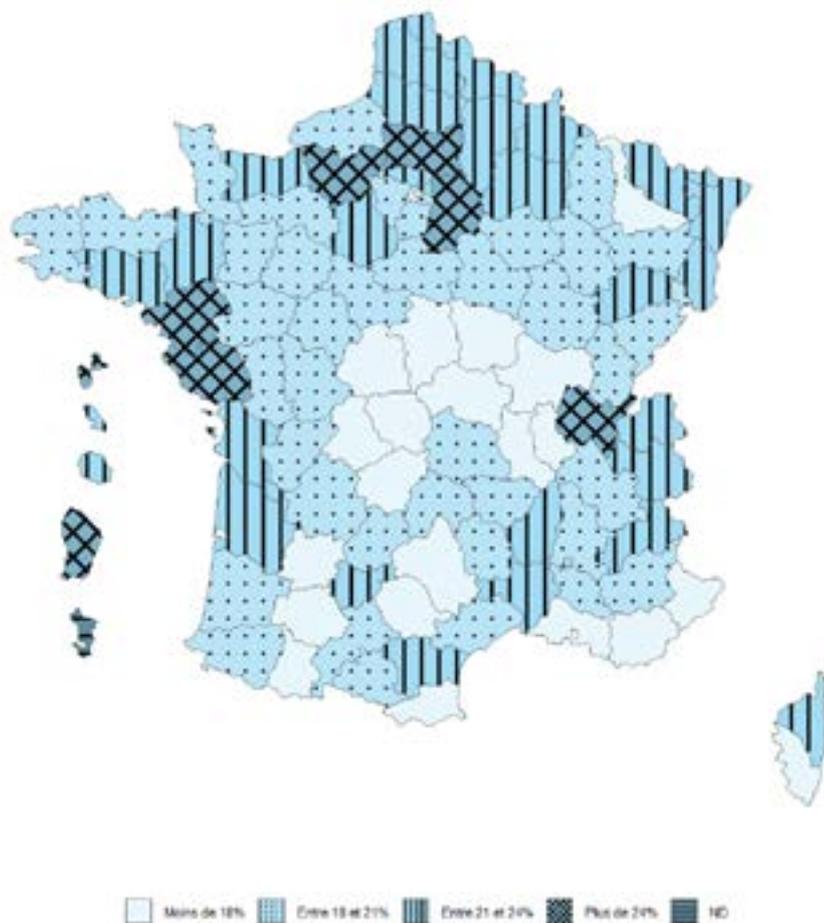


Figure 6 - Evolution de la population de 75 ans et plus entre 2024 et 2030, par département (en %)

Lecture : Dans la Creuse, le nombre de personnes de 75 ans et plus augmenterait de presque 20 % entre 2024 et 2030 selon les projections de la Drees.

Champ : Personnes âgées de 75 ans et plus

Source : Livia - Drees, 2024.

Note : Les projections de la population de 75 ans et plus ont été calculées grâce au modèle Livia de la Drees.

La prévalence future de la perte d'autonomie présente des incertitudes

La prévalence future de la perte d'autonomie liée à l'âge présente toutefois des incertitudes. L'exploitation de données plus récentes, issues de l'enquête Autonomie 2022, permet d'observer pour la première fois une baisse tendancielle de la prévalence de la perte d'autonomie en lien avec l'avancée en âge : entre 2015 et 2022, la prévalence de la perte d'autonomie, mesurée dans une acception non restrictive (« GIR large »), a reculé de 10 % en 2015 à 8 % en 2022 parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus qui vivent à domicile. Dans le même temps, la proportion de personnes âgées accueillies en établissement a elle aussi baissé.

Dans le détail, cette baisse est principalement due à la diminution de la prévalence de la perte d'autonomie chez les individus de 75 ans ou plus vivant à domicile, pour qui le taux de perte d'autonomie est passé de 20 % en 2015 à 15 % en 2022. Dans un contexte de stagnation de l'espérance de vie à 60 ans, l'espérance de vie sans perte d'autonomie a augmenté sur la même période⁵.

L'évolution de la prévalence de la perte d'autonomie et de la durée de vie en situation de dépendance aura des effets concrets sur les besoins futurs de soutien à l'autonomie.

Si, compte-rendu du vieillissement, la croissance du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie ne paraît pas évitable dans les décennies à venir, l'intensité du phénomène et son rythme pourraient différer.

Ces incertitudes sont visibles dans les projections disponibles, qui seront prochainement soumises à révision : dans une hypothèse d'évolution « intermédiaire » où les gains d'espérance de vie à 60 ans correspondraient à des gains d'années de vie en autonomie, le nombre de séniors en situation de perte d'autonomie atteindrait 3 millions en 2030, 3,4 millions en 2040 et 3,6 millions en 2050, contre 2,5 millions en 2015 ; dans une hypothèse d'évolution « optimiste » où la durée passée en situation de dépendance reculerait, le nombre de séniors en situation de perte d'autonomie progresserait à 2,8 millions en 2030 pour se stabiliser à 3,2 millions à partir de 2040 (Livia, 2024).

Une absence de modèle de projections de la population en situation de handicap

Concernant la population en situation de handicap, en l'absence de modélisation, aucune projection n'est à ce stade disponible. Ceci s'explique en partie par la diversité des limitations et des situations que recouvre la notion de handicap. Demeure néanmoins un manque qu'il conviendrait de pouvoir corriger.

2,9 millions de personnes en situation de handicap en 2040 ?

Une projection, grossière, est possible en supposant que la part de population en situation de handicap dans la population totale reste stable dans le temps. Sous cette hypothèse, en s'appuyant sur les données d'enquête de la Drees et les projections de population de l'Insee, la population en situation de handicap de 5 à 59 ans (au sens du GALI) passerait de 3,1 millions de personnes en 2021 à 3,0 millions en 2030 puis 2,9 millions en 2040.

Cette projection est soumise à de nombreux aléas, deux phénomènes étant particulièrement à considérer.

D'une part, l'augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap se combine à l'avancée en âge des générations nées dans l'après-guerre. Pour une illustration, le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) de plus de 50 ans a augmenté de 55 % entre 2011 et 2019. Cet allongement de la vie traduit une amélioration des prises en charge et des accompagnements. Il ouvre toutefois sur de nouveaux enjeux de comorbidités, notamment de santé bucco-dentaire, de troubles sensoriels, de cancers et de maladies neurodégénératives, ainsi que d'adaptation des accompagnements médico-sociaux des personnes en situation de handicap vieillissantes⁶.

D'autre part, les travaux disponibles signalent une augmentation de la prévalence des troubles neurodéveloppementaux (TND) parmi les jeunes générations. Ces troubles sont associés à des différences, plus ou moins marquées, dans la structure et le fonctionnement du cerveau des personnes concernées et sont caractérisés par des difficultés significatives dans le développement de plusieurs fonctions cognitives telles que la socialisation, la communication, la motricité, l'attention, l'intelligence ou encore les apprentissages scolaires. Une augmentation de la prévalence globale des TND, plus particulièrement des troubles du spectre autistique (TSA) et du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), a été rapportée dans de nombreux pays depuis la fin du 20^{ème} siècle. Les raisons de ces augmentations sont insuffisamment comprises mais l'implication d'expositions environnementales est suspectée. A eux seuls, les TSA concernent environ 700 000 personnes en France, dont 100 000 qui ont moins de 20 ans⁷.

Ces évolutions, complétées et précisées, appelleraient à être intégrées dans le cadre d'un travail de modélisation et de projection afin de mieux appréhender leurs conséquences et les besoins potentiels dans les décennies à venir.

Prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées

Comme illustré dans la partie précédente, l'accroissement de la part et du nombre des personnes âgées au sein de la population devrait se traduire par un plus grand nombre de personnes en situation de perte d'autonomie, l'évolution de la prévalence de la perte d'autonomie liée à l'âge étant un facteur déterminant.

Bien que sa prévalence augmente avec l'âge, la communauté scientifique s'accorde pour considérer que la perte d'autonomie n'est pas une conséquence inéluctable et uniforme du vieillissement⁸. Des dispositifs de prévention ciblés sur les maladies chroniques contribuent à retarder ou à éviter la dépendance⁹, de même que, de manière moins spécifique et pour illustration, la pratique d'une activité physique, un régime alimentaire adapté et le maintien de liens sociaux. Dans le cadre de suivi de cohortes, il est observé que le vieillissement mesuré par la capacité intrinsèque (voir encadré relatif au cadre de référence ICOPE) de sujets âgés aujourd'hui de 70 ans apparaît comparable à celle de sujets âgés de 60 ans il y a à peine 10 ans¹⁰.

La perte d'autonomie n'est pas une conséquence inéluctable du vieillissement

La prévention de la perte d'autonomie¹¹ constitue, à l'échelle de la nouvelle branche Autonomie, une composante à part entière des politiques de l'autonomie, contribuant à la qualité de vie des personnes et à rendre soutenable l'équation posée par des besoins de soins et d'accompagnement et des moyens par définition finis.

Les actions de prévention sont classiquement divisées en trois catégories (appliquées ici à la perte d'autonomie) :

- La prévention qualifiée de « primaire » vise à réduire l'apparition de nouveaux cas c'est-à-dire diminuer l'incidence de la perte d'autonomie en agissant sur les causes et les facteurs de risque.
- La prévention « secondaire » a pour but de repérer, à un stade précoce, la perte d'autonomie et d'en limiter l'évolution.
- Enfin, la prévention dite « tertiaire » a pour objet de diminuer le nombre de cas (prévalence) d'incapacités chroniques et d'en réduire les complications.

Mieux repérer la fragilité des personnes âgées pour prévenir plus efficacement la perte d'autonomie

Appliqués à cette logique d'intervention précoce, les travaux de Linda Fried du début des années 2000 ont largement développé le concept de « fragilité » dans une acception clinique (Fried et al, 2001)¹².

Selon la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), « la fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible ».

Ces travaux, en permettant de distinguer, dans un continuum, les états de santé globale des personnes âgées selon 3 grandes catégories - robustesse, pré-fragilité, fragilité -

3 catégories de population identifiées

contribuent et incitent les acteurs à structurer des actions de repérage et de prévention auprès des populations les plus à risque. La perte de poids involontaire, la grande sédentarité, la diminution de la force musculaire, fatigue, le ralentissement de la vitesse de marche sont des critères de fragilité désormais bien identifiés.

La détection de la fragilité reste à mieux outiller. La plus grande cohorte de soins primaires ICOPE (voir encadré) en Europe inclut plus de 50 000 personnes âgées de 60 ans et plus dans le sud de la France. Elle vise à surveiller et à renforcer les capacités essentielles à un vieillissement en bonne santé et a été mise en place par le CHU de Toulouse et ses partenaires, avec l'ambition de l'Institut hospitalo-universitaire HealthAge de l'étendre au niveau national¹³.

La loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie prévoit la mise en place d'un programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées d'au moins soixante ans, dont la mise en oeuvre devrait être précisée par un futur cahier des charges national défini par voie réglementaire en 2025.

La fragilité, au sens clinique, peut être favorisée ou accentuée par des déterminants sociaux, au sens de la fragilité sociale : une personne isolée présente plus de risque d'être fragile qu'une personne bien entourée. La pauvreté est aussi un facteur de fragilité.

Une observation de la fragilité sociale des personnes âgées

Un observatoire interrégime des situations de fragilité, au sens de la fragilité sociale des séniors (www.observatoires-fragilites-national.fr), est opéré par l'Assurance retraite. Ce système d'information géographique (SIG) embarque notamment un indicateur composite nommé « score moyen de la fragilité sociale » (de 0 à 5) qui associe l'âge, la situation de veuvage (identifiée par la perception de la pension de réversion) et le niveau de revenu (identifié par l'exonération de la CSG). Cet indicateur et plus largement les jeux de données de ce SIG sont régulièrement mobilisés afin d'alimenter les diagnostics territoriaux et les programmes coordonnés réalisés à l'échelle départemental dans le cadre des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Ce SIG met en évidence des disparités territoriales.

Alors que les départements du bassin méditerranéen obtiennent des score de fragilité sociale parmi les plus élevés pour les 55-79 ans, ils ont des taux plus faibles pour les plus de 80 ans.

A l'inverse certains départements du Centre et du Sud-Ouest comme le Cantal avec des scores plus faibles pour les 55-79 ans, ont des taux parmi les plus élevés pour les plus de 80 ans.

C'est le département de la Réunion (974) qui a le score le plus élevé pour les 55-79 ans comme pour les plus de 80 ans.

Il est à signaler que d'autres dispositifs d'observation des inégalités sociales et territoriales de santé pour orienter l'action existent ou sont en cours de développement, dont une [déclinaison de l'indice de développement humain régionalisé pour l'Île de France](#) réalisée par l'Observatoire régional de santé (ORS).

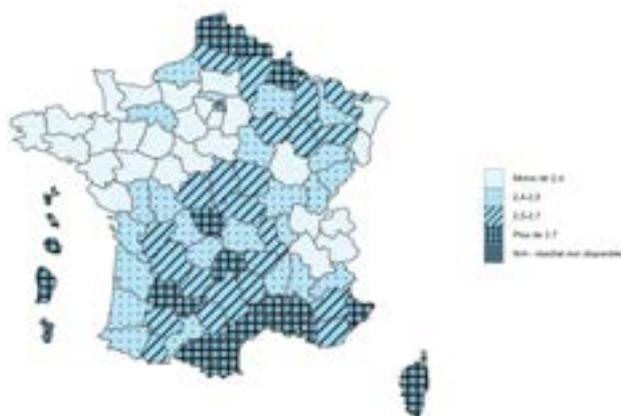


Figure 7 - Score moyen de fragilité sociale des retraités du régime général pour les 55-79 ans

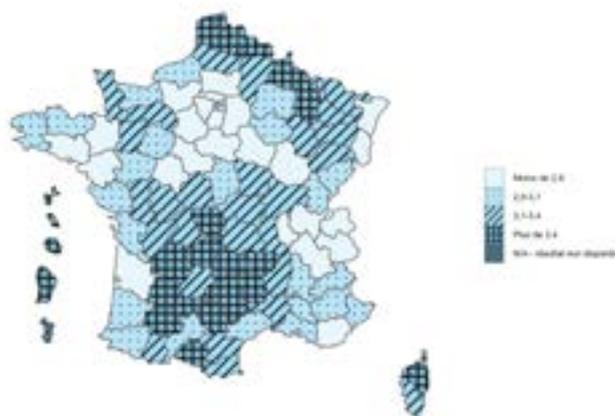


Figure 8 - Score moyen de fragilité sociale des retraités du régime général pour les 80 ans et plus

Lecture : A la Réunion, le score moyen de fragilité sociale est le plus élevé à la fois pour les 55-79 ans et pour les 80 ans et plus.

Champ : Personnes âgées respectivement de 55 à 79 ans et de 80 ans et plus et étant retraités du régime général.

Source : Observatoire inter régimes des fragilités, 2023

Le programme international ICOPE : un cadre de référence pour favoriser le vieillissement en bonne santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) développe depuis 2019 un cadre de référence pour la prévention de la perte d'autonomie et le vieillissement en bonne santé au travers du programme ICOPE pour « Integrated Care for Older People », que l'on peut traduire par « soins intégrés pour les personnes âgées ».

Ce cadre de référence s'inscrit dans la continuité d'un travail débuté en 2014 par l'OMS en réponse au vieillissement global de la population et qui suit les recommandations des Nations Unies sur l'objectif d'une couverture universelle de soins pour tous. Dans son Rapport mondial sur le vieillissement et la santé de 2015, l'OMS définit l'objectif d'un vieillissement en bonne santé comme étant un moyen d'aider les personnes à développer et à maintenir les aptitudes fonctionnelles qui favorisent le bien-être. Ces aptitudes fonctionnelles s'appuient notamment sur des capacités dites « intrinsèques » qui combinent l'ensemble des capacités mentales et physiques des individus.

Six capacités ont été identifiées par un collège d'experts : la cognition, la mobilité, la vitalité représentée par la nutrition, l'humeur, la vision et l'audition. L'évolution des aptitudes fonctionnelles au cours de la vie se divise en 3 périodes : une période de relative stabilité des capacités, une période de déclin et une période de perte significative caractérisée par la dépendance.

L'un des enjeux du programme ICOPE est d'identifier très en amont les situations à risque, d'agir de manière ciblée et personnalisée et, in fine, retarder, voire inverser, le déclin des capacités.

De manière complète et in concreto, le programme ICOPE se décline en 5 étapes :

- Etape 1 : dépistage à la recherche de déclin et suivi des capacités intrinsèques. L'outil de dépistage se présente sous forme de questions ou d'épreuves simples et reproductibles dans le temps permettant d'évaluer et de suivre chacune des capacités.
- Etape 2 : prise en charge en soins primaires pour une évaluation spécialisée/approfondie si une capacité apparaît altérée.
- Etape 3 : co-construction d'un plan personnalisé de soins afin d'agir sur la ou les capacités altérées.
- Etape 4 : mise en place du parcours de soin avec un suivi régulier (monitoring).
- Etape 5 : représente l'implication des aidants et de la collectivité.

Une approche territorialisée de la prévention de la perte d'autonomie

La conférence des financeurs, une instance départementale de pilotage et de financement des actions de prévention

A l'échelle de la branche Autonomie, cette double dimension de repérage précoce et d'intervention ciblée s'incarne dans les Conférences des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie des personnes âgées (CFPPA), instaurées dans chaque département depuis la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Réunie sous la présidence du président du Conseil départemental (CD) et la vice-présidence de l'Agence régionale de santé, la Conférence des financeurs a pour objectif de coordonner et d'octroyer des financements à l'échelle du département afin d'y déployer des actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus, à domicile, en EHPAD ou en résidence autonomie.

La CFPPA réunit donc, autour d'un cadre de gouvernance et d'élaboration d'une stratégie partagée, les acteurs de la branche mais pas seulement. Elle est également composée des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) via ses délégations locales, des fédérations des institutions de retraite complémentaire et des organismes régis par le Code de la mutualité.

Les financements peuvent provenir de l'ensemble des membres de droit des conférences, les crédits apportés par la CNSA représentant 58,3% des financements identifiés en 2022¹⁴.

L'analyse de ces financements est rendue difficile par l'incomplétude des données recueillies. En se limitant aux financements CNSA, majoritaires, il convient de noter que ces financements sont versés aux moyens de « concours », sur la base de critères objectifs et à vocation égalitaires prévus dans les textes de loi :

- Le concours « autres actions de prévention » (AAP) versé sur la base d'un critère populationnel, à savoir le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dans le département.
- Le concours « forfait autonomie » versé sur la base du nombre de places autorisées en résidences autonomies sur le département.

Au total, en 2023, plus de 271 millions d'euros ont été alloués par la CNSA au financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie par ce biais.

**2,8
millions de
bénéficiaires
des actions
de prévention**

Ces financements ont permis de soutenir cette même année 613 000 aides et actions de prévention, à destination de plus de 2,8 millions de personnes, dont 130 000 bénéficiaires d'actions d'accompagnement des proches aidants et plus de 110 000 bénéficiaires parmi les personnes résidant en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Des financements majoritairement dédiés aux actions collectives de prévention

Dans le champ de compétence des Conférences des financeurs, 5 types d'actions pouvant être soutenus sont distingués :

- La mise à disposition d'aides techniques individuelles et la promotion de modes d'achats innovants
- Les actions de prévention réalisées en résidences autonomie
- Les actions de prévention portées par les services autonomie à domicile
- Les actions de soutien aux proches aidants de personnes âgées de 60 ans et plus
- Les actions collectives de prévention

Les efforts de la branche, tous financeurs confondus, se portent principalement sur l'axe des « actions collectives de prévention ». Elles représentent 55,7 % des financements connus alloués par les membres des conférences en 2022.

Les principales thématiques des actions collectives de prévention financées via le concours « Autres actions de prévention » concernent, par ordre décroissant, le maintien du lien social, les activités physiques adaptées, l'usage du numérique et le bien-être.

Parmi les actions en faveur de la santé et du bien-vieillir qui représentent dans l'ensemble 50 % des dépenses, la nutrition et la mémoire occupent également une place importante.

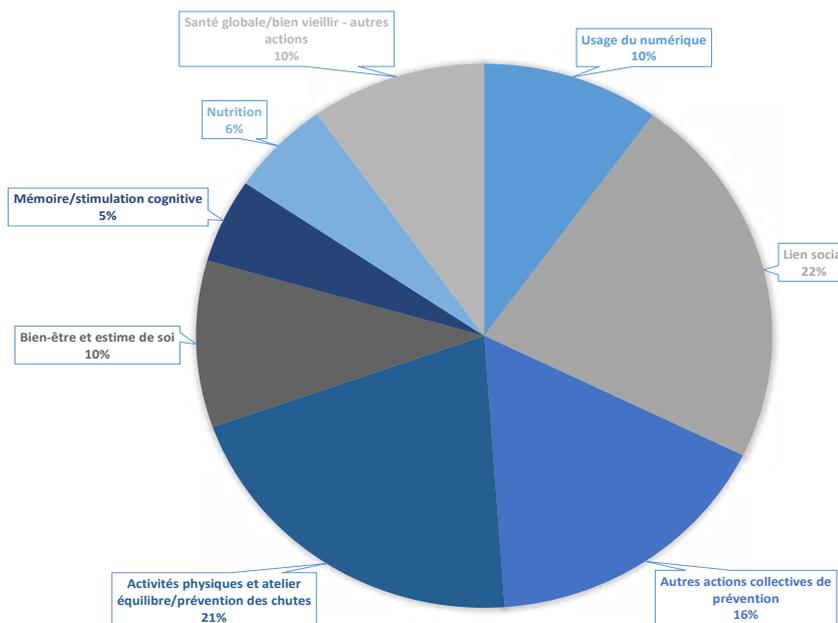


Figure 9 - Principales thématiques d'actions collectives de prévention financées par le concours « Autres actions de prévention » en 2022

Lecture : En 2022, la principale thématique d'actions collectives de prévention financée par le concours « autres actions de prévention » concerne le lien social (22 % des actions financées)

Source : CNSA, 2022

S'agissant du « forfait autonomie », dont l'objectif est de financer les actions individuelles et collectives de prévention en résidences autonomie, l'investissement en faveur de l'activité physique adaptée, des actions du bien-être et de la mémoire est plus important que sur le concours « autres actions de prévention ». Toutefois, l'usage du numérique et la nutrition sont sous-représentés. Au total, les actions relatives à la santé et au bien-être des seniors représentent plus de 60 % des dépenses.

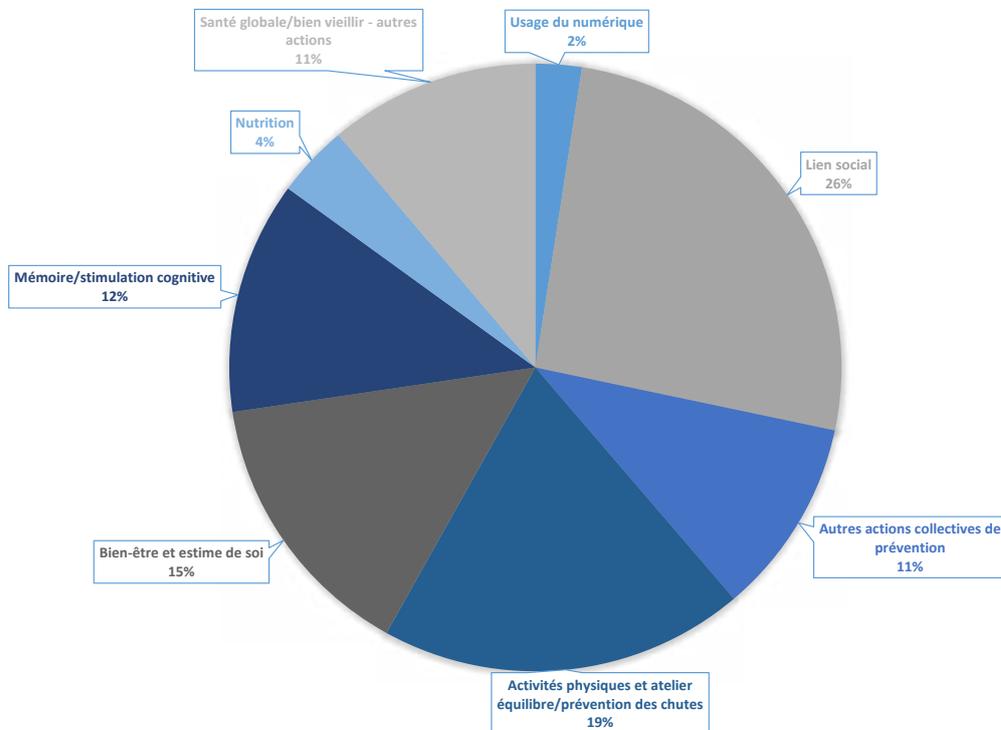


Figure 10 - Principales thématiques d'actions collectives de prévention financées par le concours « Forfait Autonomie » en 2022

Lecture : En 2022, la principale thématique concerne le lien social (26 % des actions financées)

Source : CNSA, 2022

Des disparités territoriales dans les taux de consommation des concours versés par la CNSA

A cette étape, les données disponibles ne permettent pas encore d'évaluer précisément les disparités territoriales d'attribution des crédits de prévention tous financeurs par les CFPPA. Pour approcher le sujet, alors que la formule d'attribution des crédits par la CNSA, dit « concours CNSA » vise justement à éviter des disparités, il est à défaut proposé une analyse des taux de consommation (ou degré de mobilisation) des concours CNSA au niveau départemental.

L'observation des taux de consommation des concours versés par la CNSA fait apparaître d'importantes disparités dans leur mobilisation par les départements.

Un département sur trois consomme 90 % ou plus des crédits de la CNSA pour la prévention

En considérant la moyenne des taux de consommation sur les 3 dernières années disponibles, de 2020 à 2022, des concours « Autres actions de prévention » et « Forfait autonomie », on observe qu'environ 1/3 des départements consomment 90 % ou plus des crédits mis à disposition par la CNSA pour la prévention. Pour illustration, la consommation est intégrale dans l'Allier, le Jura, la Manche et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Dans d'autres territoires cependant, le taux de consommation est nettement plus faible. En particulier, il est inférieur à 50 % pour 6 départements (dans les Bouches-du-Rhône, l'Indre, l'Indre-et-Loire, le Morbihan, le Var et à Mayotte). Ces disparités sont possiblement à relier avec des inégalités de capacité de mobilisation des crédits selon les territoires et ses caractéristiques, notamment en matière d'offre de prévention.

Si les écarts de consommation sont notables, la limite de l'indicateur est une absence de prise en compte des autres crédits potentiellement utilisés.

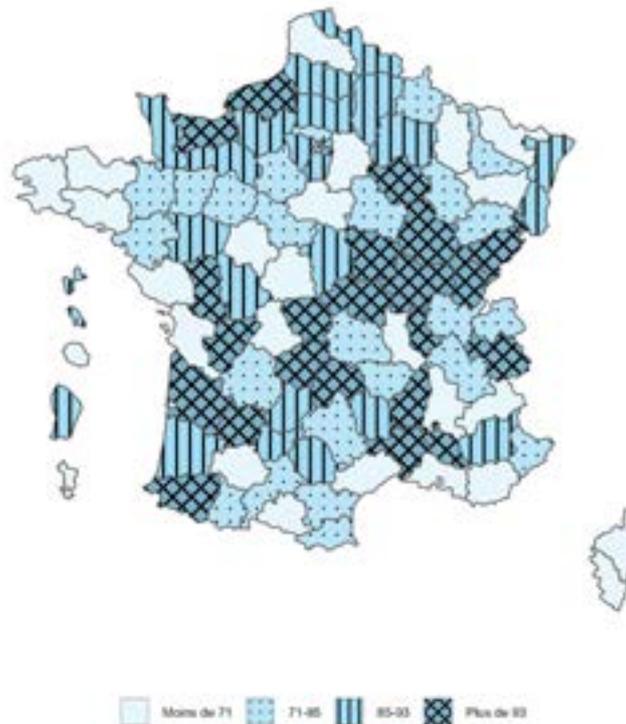


Figure 11 - Taux moyen de consommation des concours «Autres Actions de Prévention» et «Forfait Autonomie» entre 2020 et 2022, en pourcentage (%)

Lecture : Entre 2020 et 2022, le département de l'Indre a un taux moyen de consommation des concours inférieur à 71 %.

Source : CNSA, 2022

L'appui d'un centre national de ressources et de preuves pour une efficacité accrue des actions de prévention soutenues par la branche

En appui de la politique de prévention et plus particulièrement des Conférences des financeurs, la CNSA s'est vu confier, dans le cadre de sa convention d'objectifs et de gestion pour 2022-2026, la responsabilité de préfigurer et mettre en place un Centre de ressources et de preuves dédié à la prévention de la perte d'autonomie (CRP) tel que prévu par la stratégie nationale « Vieillir en bonne santé 2020-2022 » et désormais par la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie¹⁵.

Quatre missions principales sont distinguées :

- Capitaliser les actions de prévention de la perte d'autonomie et de promotion de la santé probantes et prometteuses, en associant approches scientifiques et empiriques ;
- Diffuser de manière accessible, pour éclairer les pratiques et les décisions, les interventions ayant fait la preuve de leur efficacité ;

- Elaborer des référentiels et outils d'aide à la décision en matière de prévention de la perte d'autonomie ;
- Associer l'ensemble des acteurs qui concourent à une politique coordonnée de prévention.

Les utilisateurs principaux des ressources de ce centre sont les CFPPA et leurs membres, tels que détaillés à l'article L.233-1 du Code de l'action sociale et des familles, et plus généralement les professionnels dits « de terrain ».

Pour ce faire, la feuille de route du CRP adresse trois priorités :

- Atteindre les publics les plus éloignés des dispositifs de prévention
- Agir sur l'offre de prévention dans une visée d'impact
- Outiller les décisions de financement

Afin d'opérationnaliser et territorialiser une partie de son programme de travail, la CNSA a signé une convention avec l'Union des Gérontopôles de France en décembre 2023. Cette dernière décline 4 grands enjeux pour la période 2022-2026 :

- Construire et diffuser, via un programme de formation associé, des programmes nationaux de prévention. L'objectif est de mettre à disposition des opérateurs territoriaux des programmes d'actions collectives robustes et clés en mains. Le premier programme couplant l'activité physique et la nutrition est expérimenté depuis le 31 octobre 2024 par 5 structures en Nouvelle-Aquitaine. Il sera déployé à compter de juin 2025 via un réseau d'animateurs formés. Le second programme, élaboré avec l'UGF, portera sur la santé cognitive.
- Déployer, auprès des professionnels (financeurs et porteurs de projets) un socle de repères clés portant sur 3 grands enjeux : la prévention et la promotion de la santé, l'évaluation d'impact et le marketing social. Les premières journées thématiques sur la prévention et la promotion de la santé organisées depuis juin 2024 ont déjà réuni près de 1 000 professionnels membres des CFPPA (collaborateurs des conseils départementaux, ARS, Carsat, Mutualité française, etc.). Près de 3000 places sont programmées d'ici à fin 2026.
- Structurer le fond VITAL permettant de repérer, via les CFPPA, les initiatives prometteuses afin de les modéliser et accompagner leur passage à l'échelle. La saison 1 du fonds VITAL en 2024 a pour lauréat un projet de prévention des chutes initié par la Mutualité française et notamment soutenu par la CFPPA du Lot-et-Garonne.
- Réaliser une veille scientifique vulgarisée afin d'éclairer, de manière opérationnelle, les pratiques des opérateurs de prévention et les décisions des financeurs. Deux premiers dossiers thématiques ont été publiés en 2024, sur [la nutrition](#) et sur [la prévention des chutes](#). Les prochains aborderont le bien-être psychologique (mars 2025) et la santé cognitive.

Avec l'appui de la Fédération Promotion Santé et de son réseau, le Centre de ressources et de preuves expérimente également avec des départements un accompagnement individualisé aux décideurs locaux, afin de définir les priorités territoriales, les appels à projets et analyser les projets reçus, couplé avec un accompagnement aux porteurs de projet, afin de construire et déployer des projets efficaces, qui seraient prioritairement soutenus par la CFPPA.

Compenser la perte d'autonomie ou le handicap : les prestations, droits et orientations

La compensation du handicap ou de la perte d'autonomie se réalise au moyen de l'attribution de prestations et de droits ainsi que par des décisions d'orientation vers des dispositifs spécifiques, dont des accompagnements par les établissements et services médico-sociaux.

La partie qui suit propose, pour les prestations, les droits et les orientations, une présentation par fiche type regroupant :

- Une description succincte
- Un rappel des réformes récentes, lorsque c'est pertinent
- Une évolution du nombre de bénéficiaires
- Une éclairage des disparités territoriales

Pour ces différentes parties, deux notions importantes sont à connaître :

- Pour évaluer l'évolution et l'adéquation d'une prestation, il est utile de la rapporter à une population de référence. De façon standard, la population d'âge concernée est souvent utilisée. Le présent rapport propose plutôt de rapporter le nombre de bénéficiaires à la population en situation de limitations déclarées associée, en mobilisant les données de la Drees sur la base de l'indicateur « GALI » introduit précédemment.
- Pour évaluer les disparités territoriales, ici les différences constatées en matière de droits attribués selon les territoires, la notion de coefficient de variation interdépartementale est mobilisée. Ce coefficient permet d'évaluer la dispersion des situations départementales par rapport à la moyenne observée sur un indicateur donné¹⁶. Plus le coefficient de variation est proche de 0, plus il reflète un faible degré de disparités territoriales : à l'extrême, si tous les départements présentent une situation identique sur un même indicateur, le coefficient de variation interdépartementale est égal à 0. Au contraire, plus il est élevé, plus une forte dispersion dans les valeurs départementales de l'indicateur est observée, dit autrement, plus les situations varient d'un territoire à l'autre et plus les disparités territoriales sont importantes.

Les acteurs de la compensation de la perte d'autonomie et du handicap, de l'attribution des droits au versement des prestations

La compensation de la perte d'autonomie et du handicap implique la contribution d'une diversité d'acteurs : les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale, l'Etat et ses services déconcentrés, les secteurs associatif et médico-social, chacun ayant des missions spécifiques dans l'évaluation des besoins, l'attribution des prestations et l'accompagnement des bénéficiaires.

Pour les personnes âgées, le principal acteur de la compensation de la perte d'autonomie est le Conseil départemental. Le département est intégralement responsable des différentes prestations, de leur attribution par ses services à leur financement et versement. Le département gère ainsi l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'allocation représentative de services ménagers ou aide-ménagère à domicile, l'aide à la vie partagée (AVP) en soutien de l'habitat inclusif, également ouverte aux personnes en situation de handicap et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) pour les résidents en établissements. Les départements bénéficient d'un concours financier de la CNSA pour le financement de l'APA et de l'AVP. Le département intervient également dans l'orientation vers les services d'aide à domicile et les établissements médico-sociaux.

Par ailleurs, les communes et les caisses de retraite mettent en place une action sociale à destination des personnes âgées.

Pour les personnes en situation de handicap, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), et en leur sein les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), jouent un rôle central dans l'attribution des droits. Outre l'accueil et l'information des personnes, les MDPH sont chargées d'instruire leurs demandes, d'évaluer leurs besoins et de formuler des propositions de plan personnalisé de compensation (PPC) qui détaillent les droits et prestations auxquels les personnes peuvent prétendre. Les MDPH assurent également l'orientation vers les dispositifs adaptés et coordonnent les actions en faveur des personnes handicapées. Elles délivrent les certificats de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ainsi que les cartes de stationnement et de priorité. Un concours financier de la CNSA couvre une partie de leurs coûts de fonctionnement.

Les MDPH n'assurent toutefois pas le financement et le versement des prestations qu'elles attribuent, d'autres organismes en ayant la charge :

- Le département assure le financement et le versement de la prestation de compensation du handicap (PCH) sur décision de la CDAPH. Le département bénéficie d'un concours financier de la CNSA pour le financement de la PCH.
- Les caisses d'allocations familiales (CAF) assurent le versement de l'allocation adulte handicapé (AAH), financée par l'Etat, et de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour les enfants et jeunes de moins de 20 ans, financée par la branche Autonomie, sur décision de la CDAPH. Elles versent par ailleurs des aides aux aidants, financées par la CNSA : l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) et désormais l'affiliation à l'assurance vieillesse (AVA). Les CAF peuvent également proposer d'autres aides financières et prestations familiales en fonction des besoins spécifiques des bénéficiaires.
- L'Assurance Maladie prend en charge certains dispositifs liés au handicap et à la perte d'autonomie, notamment en remboursant les frais de soins médicaux, en fournissant des aides techniques et en contribuant au financement des établissements médico-sociaux.

D'autres acteurs, comme les professionnels de santé et travailleurs sociaux, les établissements et services médico-sociaux, ainsi que les associations et structures spécialisées jouent un rôle important dans l'évaluation des besoins et l'orientation vers les services et dispositifs appropriés.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Date de mise en place : 2002, suite à la loi du 20 juillet 2001¹⁷.

Public concerné : personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie, sous conditions d'âge et du niveau de perte d'autonomie évalué de la personne concernée, à partir de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources).

Attribution et versement : par le conseil départemental (un concours financier est apporté par la CNSA pour la branche Autonomie).

Montants alloués :

- APA à domicile : le montant de l'allocation est égal au montant du plan d'aide diminué d'une participation éventuelle laissée à la charge du bénéficiaire et calculée en fonction de ses ressources.

Les montants maximums mensuels pouvant être attribués varient en fonction du GIR.

- o GIR 1 (perte d'autonomie très sévère) : 1 943,49 € par mois
- o GIR 2 (perte d'autonomie sévère) : 1 571,75 € par mois
- o GIR 3 (perte d'autonomie modérée) : 1 135,82 € par mois
- o GIR 4 (perte d'autonomie légère) : 758,02 € par mois

- APA en établissement : le montant de l'allocation est égal au tarif dépendance de l'établissement diminué d'une participation éventuelle laissée à la charge de l'assuré et calculée en fonction de ses ressources et de son degré de dépendance (GIR).

Nombre de bénéficiaires :

- 1,3 million de bénéficiaires à la fin de 2022.
- En augmentation de +0,6 % par rapport à 2021.
- 794 000 personnes âgées bénéficient de l'APA à domicile, soit 59 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'allocation.
- L'allocation représente les neuf dixièmes de l'ensemble des mesures d'aide sociale des départements en faveur des personnes âgées.

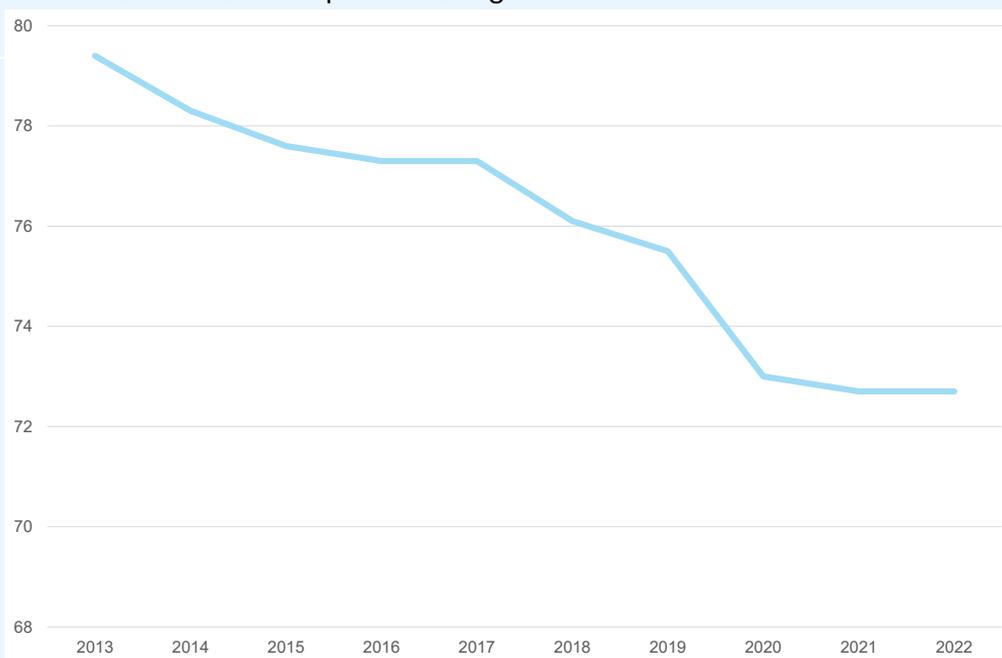


Figure 12 - Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de plus de 60 ans

Lecture : En 2023, le nombre de bénéficiaires de l'APA est de 72,7 pour 1 000 habitants de plus de 60 ans

Source : Drees, 2022

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Disparités territoriales :

Pour évaluer les disparités territoriales de couverture, le nombre de bénéficiaires de l'APA est rapporté à la population potentiellement concernée. Plusieurs options peuvent être mobilisées, celle ici retenue consistant à comparer le nombre de bénéficiaires de l'APA à la population âgée de 60 ans ou plus déclarant une limitation sévère ou une forte restriction d'activité, au sens du GALI (Figure 13).

- Le taux de couverture par l'APA des personnes âgées de 60 ans ou plus déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité s'élève en moyenne à 30 %.
- Le coefficient de variation interdépartementale, qui mesure les disparités de taux de couverture entre les départements, s'élève à 21,1 %. Ce coefficient est relativement modéré même si les écarts observés en termes de taux de couverture par l'APA appellent à être questionnés sous l'angle des facteurs favorisant ou non le recours aux droits, des caractéristiques de l'offre locale et des politiques gérontologiques départementales¹⁸.

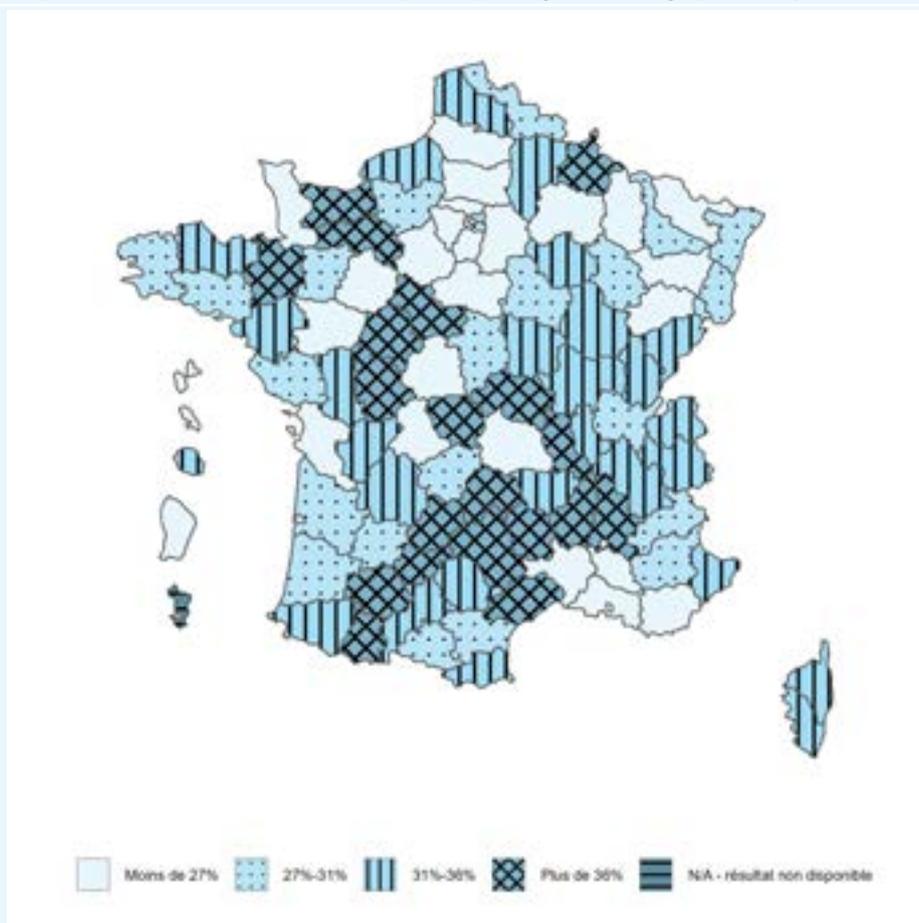


Figure 13 - Taux de couverture par l'APA des personnes âgées de 60 ans ou plus déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité

Lecture : Dans le Nord, entre 27 et 31 % des personnes âgées de 60 ans ou plus déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité sont bénéficiaires de l'APA.

Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte

Sources : Drees, enquête Aide sociale, 2021 ; Enquête Vie Quotidienne et Santé 2021.

Note : Le taux de couverture d'une prestation sociale fait référence à la part de la population potentiellement éligible qui bénéficie de cette prestation.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Date de mise en place : 1975 (loi du 30 juin 1975)¹⁹.

Public concerné : les adultes âgés de 20 ans ou plus en situation de handicap, sous conditions de revenus, l'AAH constituant une garantie de ressources pour les personnes en situation de handicap lorsque les restrictions d'activité ne permettent pas de percevoir un revenu d'activité suffisant et qu'elle ne peuvent par ailleurs prétendre à une pension de retraite, un avantage invalidité - pension d'invalidité et allocation supplémentaire d'invalidité - ou une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à l'AAH.

Deux catégories sont distinguées, sur un critère de taux d'incapacité :

- **AAH-1** : personnes dont l'incapacité reconnue est supérieure ou égale à 80% (handicaps sévères)
- **AAH-2** : personnes dont l'incapacité est évaluée entre 50% et 79% et qui sont considérées comme éloignées de l'emploi

Attribution : sur décision de la CDAPH.

Versement : par la CAF ou la MSA (financement par le budget de l'Etat)

Montants alloués :

L'AAH est une allocation strictement différentielle dont le montant est égal à la différence entre le plafond (1016,05 euros au 1er avril 2024) et les ressources de la personne.

Nombre de bénéficiaires

- 1,35 million de bénéficiaires au 31 décembre 2023
- En augmentation de +4,5 % par rapport à 2022. L'augmentation régulière du nombre de bénéficiaires de l'AAH depuis 2016 est portée principalement par l'augmentation des bénéficiaires de l'AAH 2 (taux d'incapacité entre 50% et 79%), avec une accélération en 2022 et 2023 (Figure 4).

•

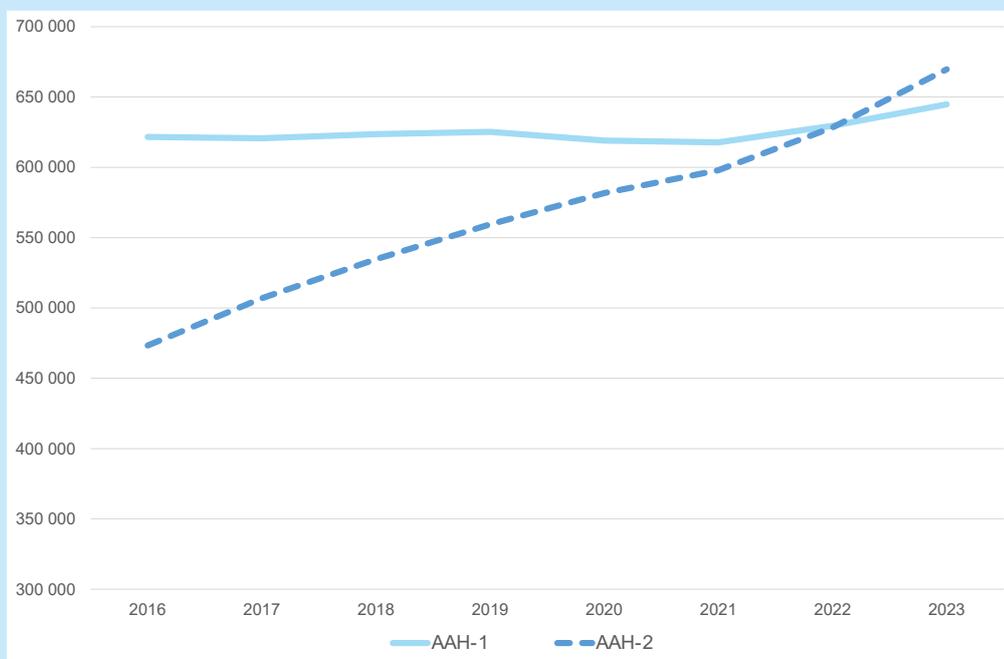


Figure 14 - Bénéficiaires de l'AAH selon le taux d'incapacité

Lecture : En France à la fin décembre 2023, 690 000 personnes bénéficient de l'AAH-2.

Champ : France entière.

Sources : CNAF - DSER, Allstat FR6 au titre des mois de décembre 2016 à 2023 ; MSA.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Mesures et réformes récentes :

- Depuis le 1er janvier 2017, les allocataires de l'AAH ayant un taux d'incapacité d'au moins 80% (AAH-1) peuvent continuer à percevoir l'allocation au-delà de l'âge légal de départ à la retraite sans obligation de solliciter l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). La part des personnes de 60 ans et plus parmi les bénéficiaires de l'AAH-1 est significative (22 % contre 8 % des bénéficiaires de l'AAH-2).
- Depuis 2019, des mesures de simplification ont étendu la durée des droits à l'AAH²⁰ :
 - Pour les bénéficiaires de l'AAH-1, les CDAPH peuvent désormais attribuer l'AAH sans limitation de durée (sous condition de respecter les plafonds de ressources) si les limitations d'activité de la personne ne sont pas susceptibles d'évolution favorable (compte tenu des données de la science), sinon pour une durée maximale de dix ans (contre cinq ans auparavant).
 - Pour les bénéficiaires de l'AAH-2, l'AAH est attribuée pour une période d'un à deux ans. Cette durée peut toutefois atteindre cinq ans si le handicap et la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ne sont pas susceptibles d'évolution favorable au cours de la période d'attribution.
- Depuis le 1er octobre 2023, l'AAH est « déconjugalisée »²¹. Pour les personnes bénéficiaires en couple, les revenus du conjoint ne sont plus pris en compte et le plafond de ressources est désormais le même que pour une personne seule. Les personnes allocataires déjà en couple au moment de la réforme, pour lesquelles la prise en compte des ressources du conjoint demeure plus favorable conservent le bénéfice de l'ancien dispositif. Le mode de calcul déconjugalisé est automatiquement appliqué à tout bénéficiaire de l'AAH qui se met en couple après octobre 2023, ou à tout nouveau allocataire en couple ayant fait une demande d'AAH après cette date.

Fin 2023, sur les 300 000 bénéficiaires de l'AAH vivant en couple, 9 personnes sur 10 ont basculé dans un mode de calcul déconjugalisé. Pour les trois quarts d'entre elles, la bascule n'a pas eu d'impact sur le montant de droit. Seulement 20 000 allocataires n'auraient pas eu de droits si la réforme n'avait pas été mise en œuvre²².

L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Disparités territoriales :

L'AAH est attribuée par les CDAPH selon des critères de taux d'incapacité fixés au niveau national (seuils à 50% et 80%) pour une durée définie par la CDAPH mais encadrée par les textes législatifs et réglementaires. Son montant est calculé par l'organisme de sécurité sociale en charge de son versement (CAF ou MSA) selon les conditions de ressources et les plafonds en vigueur au niveau national.

Si l'on rapporte le nombre de bénéficiaires de l'AAH à la population de 20 ans à 59 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité (au sens du GALI) :

Pour l'année 2022, la moyenne nationale était de 398 allocataires de l'AAH pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité.

- Certains territoires se caractérisent par une plus faible fréquence de l'AAH parmi la population potentiellement concernée, notamment la région Île-de-France et l'Alsace. Concernant les DROM, la proportion d'allocataires est légèrement supérieure à celle de la France métropolitaine (421 allocataires pour 1000 habitants de 20 à 59 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère), avec un maximum en Guadeloupe (514‰) et un minimum à Mayotte (203‰).
- Le coefficient de variation interdépartementale est de 26 %, soit un niveau relativement modéré de dispersion par rapport à la moyenne indiquant que les taux de couverture par l'AAH sont relativement homogènes entre les départements. Ce niveau de disparités invite toutefois à interroger leurs déterminants, dont les pratiques locales d'attribution des droits.

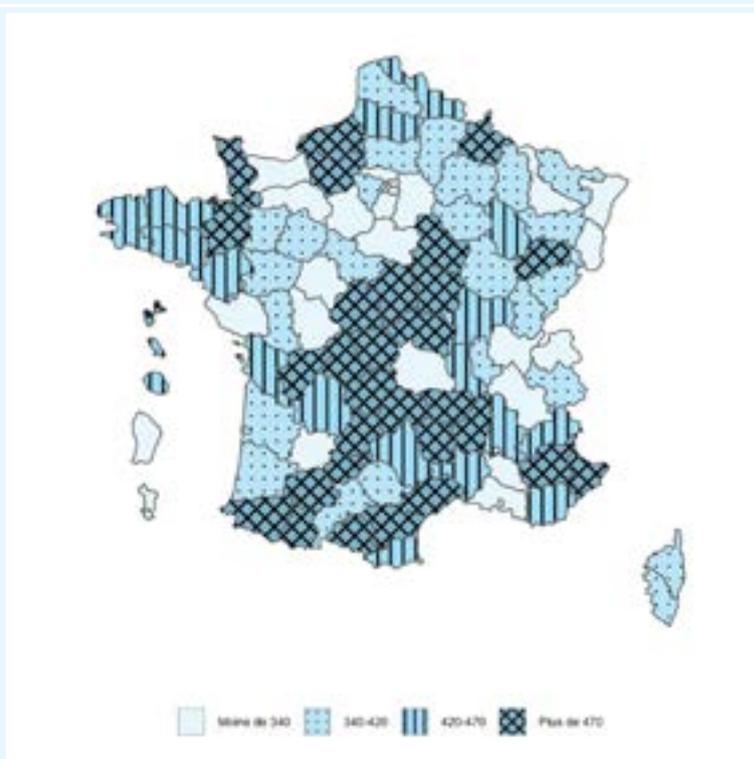


Figure 15 - Part des bénéficiaires de l'AAH pour 1000 habitants de 20 à 59 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2022

Lecture : En 2022, la part moyenne des bénéficiaires de l'AAH en Lozère est supérieure à 470 allocataires pour 1000 habitants de 20 à 59 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère.

Champ : France entière.

Sources : Données CNAF et MSA au 31 décembre 2022 ; Drees, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2021.

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

Date de mise en place : 1975 (loi du 30 juin 1975²³).

Public concerné : Parents (ou représentants légaux) assumant la charge effective et permanente d'au moins un enfant ou jeune de moins de 20 ans ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 %²⁴. L'AEEH vise à compenser les pertes de revenus et les dépenses supportées par les parents, liées à l'accompagnement d'un enfant ou jeune en situation de handicap.

En cas de résidence alternée d'un enfant chez ses parents divorcés ou séparés, contrairement aux allocations familiales, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ne peut pas être partagée et un allocataire unique être désigné.

Attribution : sur décision de la CDAPH.

Versement : par la CAF ou la MSA (financement par la CNSA au titre de la branche Autonomie).

Montants alloués :

- Une prestation d'entretien : l'AEEH de base d'un montant de 149,26 euros.
- Un complément, le cas échéant, décliné en 6 catégories, selon l'intensité du recours à une tierce personne, de la réduction ou du retrait de l'activité professionnelle d'un des parents et des frais induits par les besoins de soins et d'aide de l'enfant. Les montants des compléments varient de 111,95 euros pour la 1ère catégorie jusqu'à 1 210,9 euros pour la 6ème catégorie concernant les enfants pour lesquels un aidant doit être mobilisé à temps plein.

Une majoration spécifique pour parent isolé (MPI) peut en outre compléter l'AEEH de base et le complément d'AEEH (hors 1ère catégorie) lorsque le handicap de l'enfant nécessite le recours à une tierce personne. Cette majoration s'échelonne de 60,64 euros (2ème catégorie) à 499,09 euros (6ème catégorie).

Nombre de bénéficiaires

- Parents au titre de 464 000 enfants et jeunes en situation de handicap au 31 décembre 2023.
- En augmentation de +7,4 % par rapport à 2022, en augmentation constante depuis 2016 (+ 65,9 %).
- Parmi les bénéficiaires de l'AEEH, environ un tiers perçoit également un complément. Le complément de catégorie 2 est le plus fréquent (48 % des compléments versés), suivi du complément de catégorie 3 et 4 (respectivement 22 % et 14 % des compléments versés).

La croissance continue du nombre de familles allocataires sur la dernière période traduit potentiellement un meilleur repérage des situations de handicap. Notamment, les troubles du neurodéveloppement sont désormais mieux reconnus et leurs répercussions sont mieux identifiées, la question de leur prévalence retenant par ailleurs l'attention.

Cette croissance est également à mettre en relation avec le développement de la scolarisation en milieu ordinaire et des accompagnements à domicile des enfants en situation de handicap, plus susceptibles de requérir un besoin de compensation de dépenses ou pertes de revenus par l'AEEH, en comparaison des prises en charge en établissements spécialisés avec hébergement pour lesquelles l'éligibilité à l'AEEH ou les montants versés sont plus limités.

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

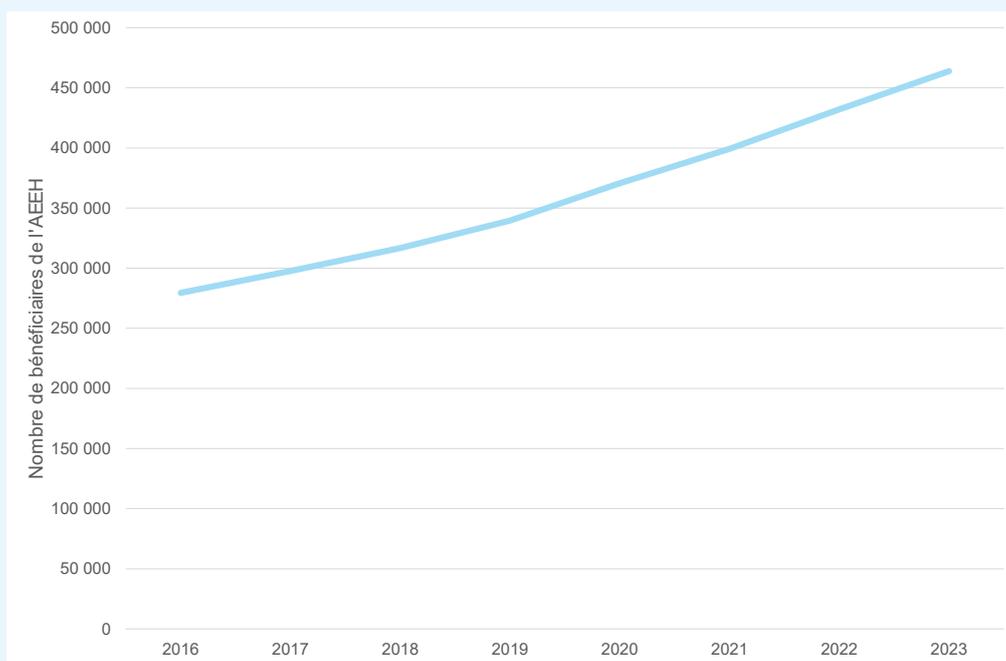


Figure 16 - Evolution des bénéficiaires de l'AEEH

Lecture : Fin 2022, 432 000 enfants et jeunes bénéficiaient d'une prestation d'AEEH avec ou sans complément.

Champ : France entière (hors prestations versées par la MSA).

Source : CNAF - DSER, Allstat FR6 au titre des mois de décembre 2016 à 2023.

Mesures et réformes récentes :

En janvier 2019, les durées d'attribution de l'AEEH ont été réformées, variant selon le taux d'incapacité de l'enfant et les perspectives d'amélioration de la situation de handicap :

- Si le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % sans perspective d'amélioration, l'AEEH de base est accordée sans limitation de durée jusqu'à l'âge limite de bénéfice des prestations familiales ou, le cas échéant, jusqu'au basculement vers l'allocation d'adulte handicapé lorsque l'ouverture de ce droit est consécutive à l'AEEH. Si complément d'AEEH, il est attribué pour trois à cinq ans.
- Si le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % avec perspective d'amélioration, l'AEEH de base et l'éventuel complément peuvent être attribués pour trois à cinq ans.
- Si le taux d'incapacité est compris entre 50 et 80 %, l'AEEH de base et l'éventuel complément sont attribuables pour deux à cinq ans.

Les droits à l'AEEH et à son complément peuvent être révisés par la CDAPH avant la fin de période initialement fixée, notamment en cas de modification du taux d'incapacité de l'enfant.

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

Disparités territoriales :

Si l'on rapporte le nombre d'AEEH à la population potentiellement concernée, ici retenue comme le nombre d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans pour lesquels est déclarée une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité, au sens du GALI (Figure 17) :

- A l'échelle nationale, en 2022, le taux de couverture de l'AEEH des enfants et des jeunes âgés de moins de 20 ans potentiellement concernés s'élève à 556 pour 1000.
- On observe de fortes disparités territoriales. Le coefficient de variation interdépartementale s'élève à 46 %, soit une dispersion importante autour de la moyenne et une hétérogénéité des taux de couverture selon les départements.
- Les disparités territoriales constatées invitent notamment à questionner leur relation éventuelle avec les caractéristiques locales de l'offre en matière de scolarisation et d'accompagnement médico-social, également avec les pratiques locales d'attribution de droits.

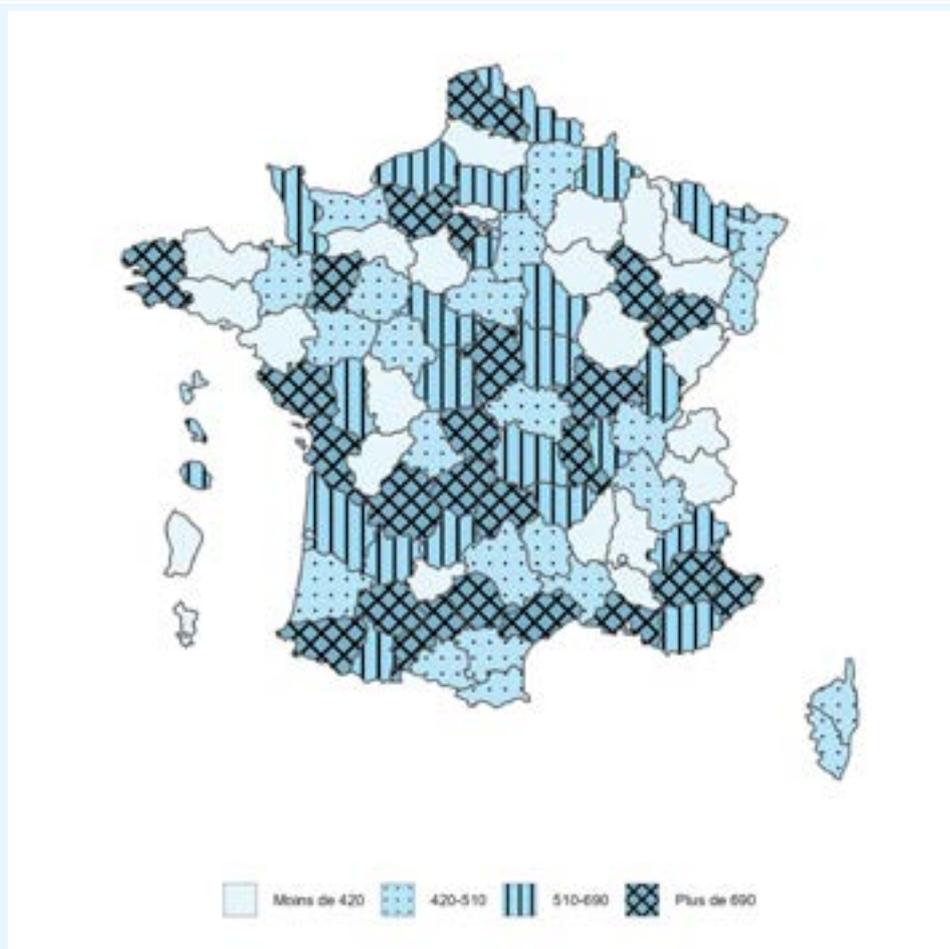


Figure 17 - Part des bénéficiaires de l'AEEH pour 1000 habitants de moins de 20 ans pour lesquels est déclarée une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2022

Lecture : En 2022, la part des bénéficiaires de l'AEEH dans le département de l'Orne est inférieure à 420 pour 1000 habitants de moins de 20 ans pour lesquels une limitation fonctionnelle sévère est déclarée.

Champ : France entière.

Sources : Données CNAF et MSA au 31 décembre 2022 ; DREES, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2021.

La prestation de compensation du handicap (PCH)

Date de mise en place : 2006, suite à la loi du 11 février 2005²⁵.

Public concerné : Personnes qui présentent une difficulté absolue pour réaliser une activité ou une difficulté grave pour la réalisation de deux activités parmi une liste de 20 activités décrites dans le référentiel d'accès à la PCH (annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles) et qui en font la demande avant 60 ans (ou sans limite d'âge en cas de poursuite d'une activité professionnelle).

Attribution : CDAPH.

Versement : par le conseil départemental (un concours financier est apporté par la CNSA pour la branche Autonomie).

Montants alloués :

La PCH peut permettre de financer des dépenses liées à 5 éléments :

- Un besoin d'aide humaine (élément 1) ;
- Un besoin d'aides techniques (élément 2) ;
- L'aménagement du logement et du véhicule de la personne en situation de handicap, ainsi qu'à d'éventuels surcoûts résultant de son transport (élément 3) ;
- Des charges spécifiques ou exceptionnelles (élément 4) ;
- Un besoin d'aide animalière (élément 5).

Dans les faits, 94 % des montants de PCH sont alloués à la prise en charge des besoins en aide humaine, pour un montant moyen d'attribution de 951 euros par mois en 2021. Les montants attribués les plus élevés concernent des financements plus ponctuels, en réponse à des besoins d'aménagement du logement (3 458 euros attribués en moyenne) ou du véhicule (2 582 euros attribués en moyenne).

La PCH a remplacé progressivement l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), délivrée auparavant par les départements et centrée sur la solvabilisation du besoin en aide humaine. Les bénéficiaires de l'ACTP de moins de 60 ans en 2006 ont eu la possibilité de la conserver ou de basculer vers la PCH, cette dernière option n'étant pas réversible. Depuis 2008, la PCH est ouverte aux moins de 20 ans et peut se substituer au complément de l'AEEH si plus favorable. À partir de 60 ans, un bénéficiaire de la PCH peut de même choisir de basculer vers l'APA.

Nombre de bénéficiaires :

- 383 000 personnes sont bénéficiaires de la PCH fin 2022 (source : Drees).
- La croissance du nombre de bénéficiaires de la PCH reste soutenue (+4,2 % sur un an), alors que les critères d'éligibilité à cette prestation ont été élargis dans la dernière période (voir encadré).
- Les volumes d'attributions de PCH par les MDPH, dont des aides exceptionnelles hors dépenses prévisibles et permanentes, sont également en progression (Figure 18) .

La prestation de compensation du handicap (PCH)

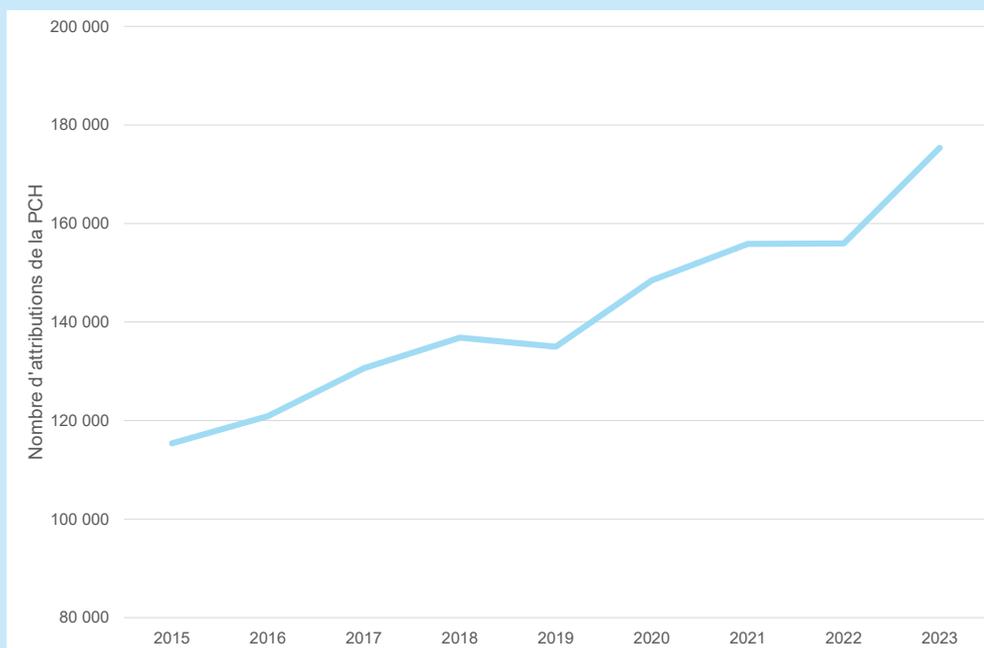


Figure 18 - Evolution des attributions de la PCH par les MDPH

Lecture : En 2022, les MDPH ont accordé 156 000 prestations de PCH, quel que soit le nombre d'éléments accordés

Source : CNSA - Enquête des échanges annuels 2023

Champ : France entière

Disparités territoriales :

Bien que les critères d'attribution soient définis au niveau national, des disparités territoriales sont observées s'agissant de la part des bénéficiaires de la PCH rapportée au nombre de personnes potentiellement concernées, identifiées par une limitation sévère déclarée, au sens du GALI (Figure 19) :

- A l'échelle nationale, en 2022, le taux de couverture par la PCH de la population potentiellement concernée s'élève à 45 %.
- Le coefficient de variation interdépartementale s'élève à 27 %, un niveau similaire à celui observé sur l'AAH, soit une dispersion relativement modérée des taux de couverture selon les départements. Toutefois, une forte amplitude des taux est constatée : le taux de couverture par la PCH de la population potentiellement concernée va de 19 % à 82 % selon les départements en 2022.

La prestation de compensation du handicap (PCH)

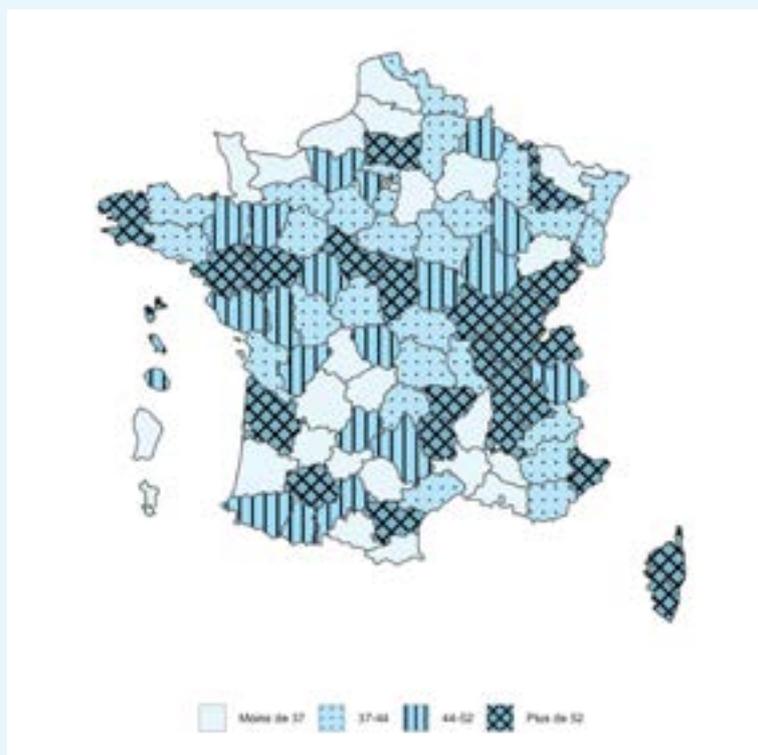


Figure 19 - Part des bénéficiaires de la PCH pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité, en 2022

Lecture : En 2022, la part des bénéficiaires de la PCH est supérieure à 52 ‰ pour les départements de la Corse.

Champ : France entière.

Sources : Drees, enquête Aide sociale 2022 et enquête Vie Quotidienne et Santé 2021.

Encadré : Les réformes de la PCH

La Prestation de compensation du handicap (PCH) a fait l'objet de plusieurs évolutions législatives et réglementaires ces dernières années, dans les suites notamment de la 5ème Conférence nationale du handicap (CNH) du 11 février 2020.

La loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap a supprimé la limite d'âge à 75 ans. Les personnes éligibles à la PCH peuvent ainsi faire une première demande au-delà de 75 ans, si elles établissent qu'elles répondaient aux critères d'éligibilité avant l'âge de 60 ans.

Le décret n°2020-1826 du 31 décembre 2020 relatif à l'amélioration de la prestation de compensation du handicap a élargi la PCH à la prise en charge des besoins liés d'une part à la parentalité, tant en aide humaine qu'en aide technique, et d'autre part à la préparation des repas et à la vaisselle.

- Le besoin d'aide humaine lié à la parentalité est depuis reconnu à hauteur d'un forfait de 30 heures par mois pour le parent d'un enfant de moins de 3 ans (soit 900 euros par mois, majorés à 1350 euros par mois en cas de monoparentalité) et de 15 heures par mois lorsque l'enfant a entre 3 et 7 ans (soit 450 euros par mois, majorés à 675 euros par mois en cas de monoparentalité).

- Le besoin en aides techniques est également reconnu spécifiquement, avec trois forfaits à la naissance de l'enfant (1400 euros), à ses trois ans (1200 euros) et ses six ans (1000 euros).

- Par ailleurs, le décret étend le bénéfice de la PCH aide humaine (acte alimentation) aux besoins liés à la préparation des repas et à la vaisselle.

Le décret n° 2021-1394 du 27 octobre 2021 relatif à la durée d'attribution de la prestation de compensation du handicap a porté la durée maximale d'attribution de l'ensemble des éléments de la PCH à 10 ans, la prestation pouvant être attribuée sans limitation de durée lorsque le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement.

Le décret n°2022-570 du 19 avril 2022 relatif à la prestation de compensation du handicap a répondu à une demande forte des personnes concernées et de leurs représentants d'une amélioration de l'accès aux droits des personnes vivant avec une altération des fonctions mentales, psychiques ou cognitives ou des troubles neuro-développementaux. Entré en vigueur le 1er janvier 2023, le texte élargit le périmètre d'éligibilité à la PCH, en particulier à la PCH aide humaine, et il crée un nouveau domaine de « soutien à l'autonomie » (en réponse à un besoin d'aide pour la gestion du comportement, l'organisation d'une activité, par exemple réaliser des courses, prendre les transports etc.) qui peut atteindre 3 heures par jour. Attribué sous forme de crédit temps, il peut être capitalisé sur une durée de 12 mois.

Ce même décret complète les critères d'attribution de la PCH s'agissant de personnes atteintes de surdité, avec la mise en place de trois forfaits respectivement de 30, 50 et 80 heures de PCH aide humaine par mois.

La carte mobilité inclusion (CMI)

Date de mise en place : 2017, suite à la loi du 7 octobre 2016²⁶ (s'est substituée aux anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées).

Public concerné : personnes répondant aux critères d'invalidité ou de mobilité réduite, du fait de l'état de santé, d'une situation de handicap ou de perte d'autonomie liée à l'âge.

Attribution : sur décision de la CDAPH ou du conseil départemental.

Délivrance : par le conseil départemental.

La carte mobilité inclusion (CMI) est destinée à améliorer la mobilité et l'accessibilité. Elle regroupe sous un format unique plusieurs types d'avantages selon son détenteur :

- La CMI mention stationnement permet à son titulaire, ainsi qu'à la personne qui l'accompagne, d'utiliser les places de stationnement réservées aux personnes en situation de handicap. Elle est valable sur l'ensemble du territoire national, y compris dans les parkings publics et privés.
- La CMI mention priorité donne une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, les salles d'attente et les établissements recevant du public. Elle est destinée aux personnes dont le handicap ou l'âge restreint la capacité de rester debout de manière prolongée.
- La CMI mention invalidité est attribuée aux personnes dont le taux d'incapacité est au moins de 80 % ou qui sont bénéficiaires d'une pension d'invalidité de troisième catégorie. Elle offre les mêmes avantages que la CMI mention priorité, ainsi que des avantages fiscaux et des réductions tarifaires dans les transports. Elle n'est pas cumulable avec la CMI mention priorité : l'une ou l'autre des mentions est attribuée en fonction du taux d'incapacité.

Nombre de bénéficiaires :

- En 2022, les MDPH ont ouvert 1,1 million de droits pour les cartes mobilité inclusion (Figure 10).
- Au total, au 31 décembre 2022, 1,92 million de personnes détiennent une CMI mention stationnement, 1,53 million une CMI mention priorité et 1,39 million une CMI mention invalidité.
- Au total des trois cartes, le nombre de bénéficiaires a augmenté de +9% par rapport à 2021.

La carte mobilité inclusion (CMI)

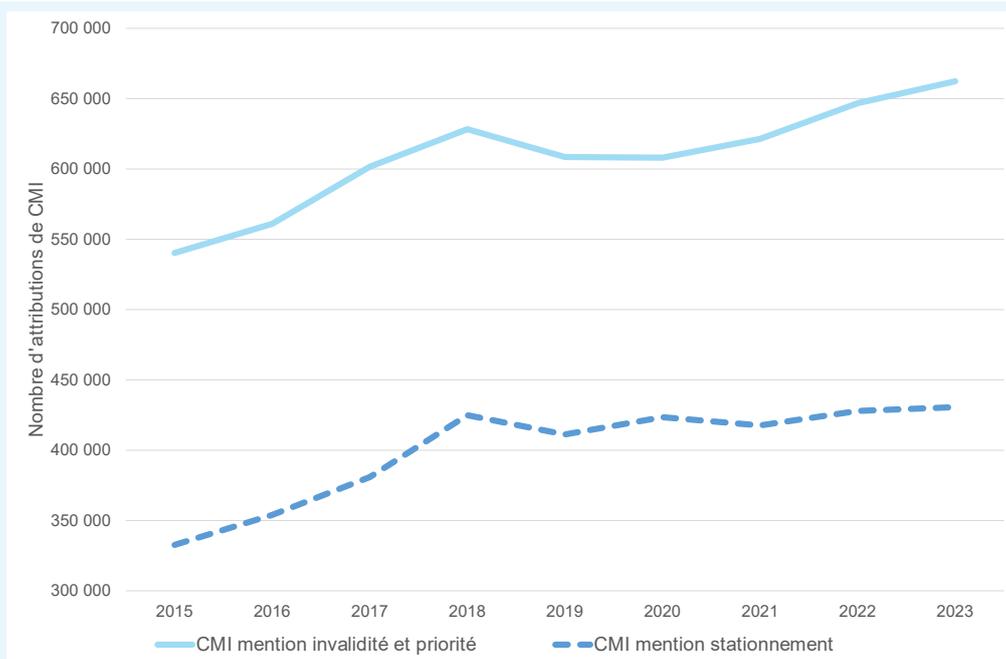


Figure 20 - Evolution des attributions des CMI par les MDPH selon la mention

Lecture : En France en 2022, les MDPH ont émis 428 000 avis favorables pour attribuer une CMI mention stationnement.

Champ : France entière.

Sources : Données et estimations CNSA ; Drees, enquête Vie quotidienne et santé 2021.

Disparités territoriales

Les cartes mobilité inclusion sont attribuées par la CDAPH ou par le conseil départemental, sur la base du taux d'incapacité dans le cas des CMI invalidité ou priorité, mais aussi de critères qui peuvent varier selon les territoires, ce qui peut générer des écarts dans les pratiques.

Le taux de couverture moyen à l'échelle nationale pour la CMI mention priorité ou invalidité est de 337 pour 1000 personnes en 2023, et de 222 pour 1000 personnes pour la CMI stationnement.

Si l'on rapporte la part des détenteurs d'une CMI à la population potentiellement concernée, le niveau des disparités territoriales entre les départements apparaît relativement élevé : le coefficient de variation interdépartementale est de 36 % pour la CMI mention invalidité ou priorité comme pour la CMI mention stationnement (Figure 21 et Figure 22).

La carte mobilité inclusion (CMI)



Figure 21 - Part des détenteurs d'une CMI mention invalidité ou priorité pour 1000 habitants déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2023

Lecture : En 2023, la part des détenteurs d'une CMI invalidité ou priorité dans le Finistère est comprise entre 310 et 370 pour 1000 habitants déclarant une limitation fonctionnelle.

Champ : France entière, hors anciennes cartes.

Sources : CNSA - Enquête des échanges annuels 2023 ; Drees, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2021.

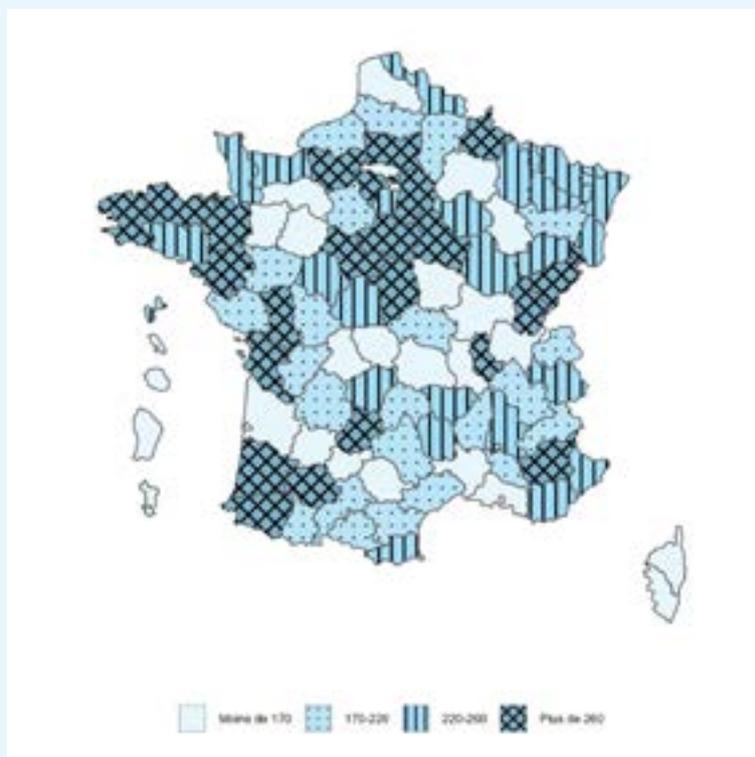


Figure 22 - Part des détenteurs d'une CMI mention stationnement pour 1000 habitants déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2023

Lecture : En 2023, la part des détenteurs d'une CMI stationnement dans le Finistère est supérieure à 260 pour 1000 habitants déclarant une limitation fonctionnelle.

Champ : France entière ; hors anciennes cartes.

Sources : CNSA - Enquête des échanges annuels 2023 ; Drees, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2021.

Les orientations vers les établissements et services médico-sociaux

Date de mise en place : 2002, suite à la loi du 2 janvier 2002²⁷.

Public concerné : personnes en situation de handicap.

Attribution : sur décision de la CDAPH.

Note : la décision d'orientation est préalable et distincte de l'admission en ESMS, soumise à demande, accord et disponibilité.

Dans le cadre de la mission des MDPH d'attribution des prestations, d'orientations scolaires médico-sociale ou professionnelle sur le fondement d'une identification des solutions adaptées aux besoins spécifiques et aux projets de vie des personnes concernées, l'orientation vers les établissements et services médico-sociaux (ESMS) est une des alternatives pour accompagner les personnes en situation de handicap. Les ESMS proposent des accompagnements adaptés suivant le type de handicap, l'âge et les besoins particuliers des personnes, qu'il s'agisse d'accueil, d'hébergement, de soins ou de soutien dans leur vie quotidienne.

Les ESMS destinés aux enfants et aux adolescents :

- Institut médico-social (IME-CME)
- Centre d'éducation motrice (CEM)
- Institut national des jeunes sourds (INJS)
- Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)
- Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS)
- Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP)
- Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS)
- Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD)

ESMS destinés aux adultes :

- Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- Foyer d'hébergement (FH)
- Foyer de vie (FV)
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Maison d'accueil spécialisée (MAS)
- Service d'accueil de jour (SAJ)
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Structure d'insertion sociale et professionnelles

Les orientations vers les établissements et services médico-sociaux

Nombre de bénéficiaires :

- 320 000 enfants et jeunes bénéficient d'un droit ouvert pour une orientation en ESMS enfant fin 2023, soit +6,5% par rapport à 2022.
- 412 000 adultes bénéficient d'un droit ouvert pour une orientation en ESMS adulte fin 2022, soit +2,6% par rapport à 2021.

Annuellement, le nombre de décisions d'orientation en ESMS délivrées par les MDPH se maintient à des niveaux élevés.

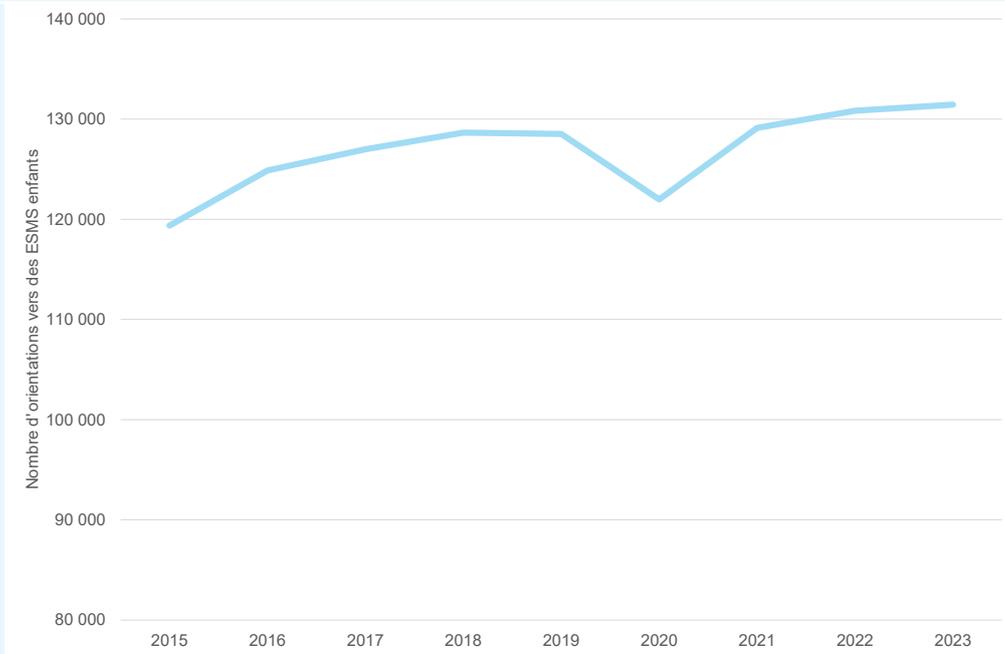


Figure 23 - Evolution des attributions des orientations en ESMS enfants par les MDPH

Lecture : En 2023, le nombre d'attributions des orientations en ESMS enfants par les MDPH s'élève à 131 500.

Champ : France entière.

Source : CNSA - Enquête des échanges annuels 2023.

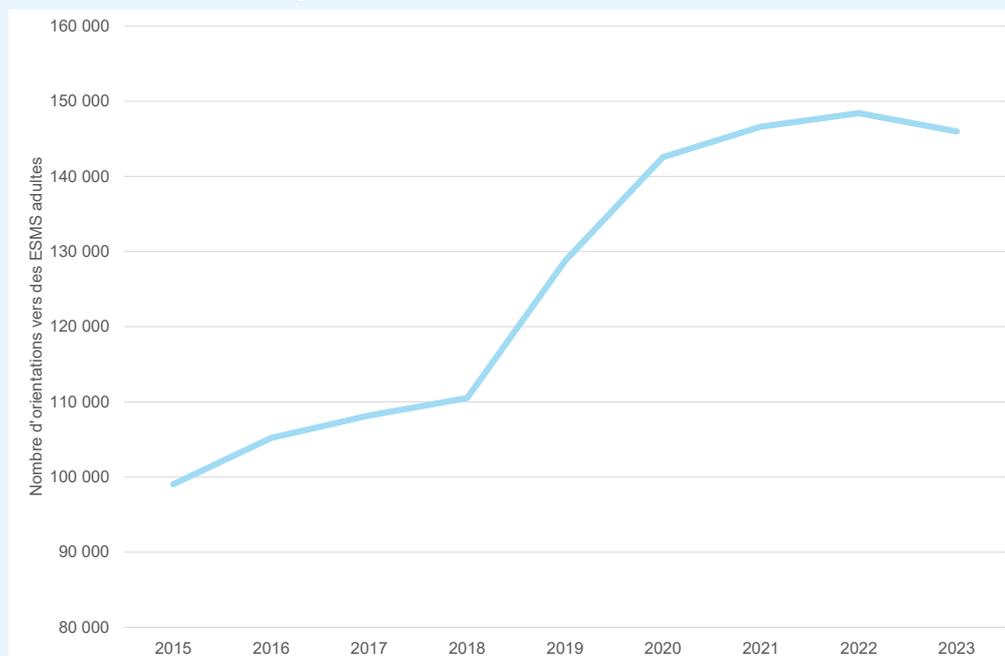


Figure 24 - Evolution des attributions des orientations en ESMS adultes par les MDPH

Lecture : En 2022, le nombre d'attributions des orientations en ESMS adultes par les MDPH atteint 148 000.

Champ : France entière.

Source : CNSA - Enquête des échanges annuels 2023.

Les orientations vers les établissements et services médico-sociaux

Mesures et réformes récentes

Conformément à la COG entre l'Etat et la CNSA pour 2022-2026, un référentiel de l'orientation médico-sociale est en cours d'élaboration, afin d'évoluer vers des orientations en bouquet de prestations dans une logique de parcours et non plus de places (engagement n°6). Ce référentiel vise à faire évoluer le processus d'orientation en ESMS, réalisé par les MDPH, pour tenir compte des évolutions apportées à l'accompagnement qui visent à passer d'une logique de place en ESMS à une logique de prestations et services modulaires, pour des parcours plus inclusifs.

Ces évolutions sont portées par plusieurs réformes, notamment :

- La réforme des autorisations des ESMS, pour plus de souplesse quant aux profils de besoins susceptibles d'être admis (décret du 9 mai 2017 permettant aux ESSMS d'adapter leurs accompagnements via un assouplissement du périmètre des autorisations et habilitations, pour faciliter la programmation des réponses aux besoins collectifs et prévenir les refus de prise en charge).
- Le fonctionnement en dispositif intégré (dont décret « DITEP » du 24 avril 2017 permettant aux ITEP et SESSAD de fonctionner en « dispositif intégré » pour faciliter les parcours des enfants et des jeunes entre les différentes modalités d'accompagnement et limiter les recours à la CDAPH).
- Passage des ESMS en plateformes ressources.
- Plan de création de 50 000 solutions et de transformation de l'offre médico-sociale sur la période 2024-2030, etc.

Les évolutions apportées sont étayées par l'élaboration d'outils à destination des équipes pluridisciplinaires des MDPH :

- des nomenclatures harmonisées, issues du GEVA, de SERAFIN-PH et du ROR ;
- des arbres décisionnels intégrés aux systèmes d'information, dont développement d'un SIE dédié à l'évaluation des besoins de compensation, ajustements du SI MDPH et de ViaTrajectoire Handicap ;
- un guide métier et des fiches métier thématiques.

Ces travaux démarrent par le secteur enfant (orientation en ESMS enfant). Ils se poursuivront par le secteur adulte (ESMS adulte) et par l'offre d'appui aux parcours et de coordination.

Les orientations vers les établissements et services médico-sociaux

Disparités territoriales :

Les décisions d'orientation en ESMS sont attribuées par les CDAPH de manière à répondre au mieux aux besoins des personnes. Les taux de couverture ici observés rapportent le nombre de bénéficiaires d'une orientation vers un ESMS à la population potentiellement concernée, au sens du GALI (Figure 25 et Figure 26) :

- Le taux de couverture moyen à l'échelle nationale est de 392 pour 1000 habitants fin 2023.
- Les disparités territoriales apparaissent significatives s'agissant des taux de couverture par une orientation vers un ESMS selon les départements. On constate des disparités territoriales plus importantes s'agissant des taux de bénéficiaires d'orientations en ESMS enfant (coefficient de variation de 45 % hors Mayotte) qu'en ESMS adulte (coefficient de variation de 36 %).
- Ces disparités appellent à être questionnées en fonction des types de handicap au sein de la population potentiellement concernée selon les départements, des caractéristiques locales de l'offre en établissements et services et d'éventuels écarts de pratiques d'orientation entre les MDPH.

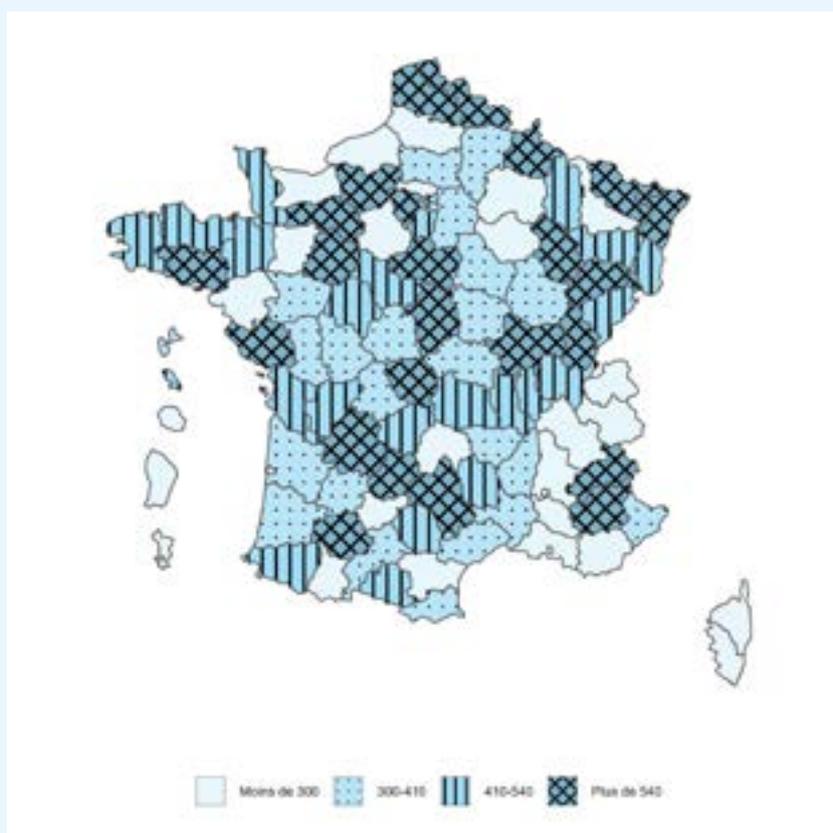


Figure 25 - Part des bénéficiaires d'une orientation ESMS enfant pour 1000 habitants de moins de 20 ans pour lesquels est déclarée une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2023

Lecture : En 2023, la part des bénéficiaires d'une orientation en ESMS enfant dans le Cher est supérieure à 540 pour 1000 habitants de moins de 20 ans déclarant une limitation fonctionnelle.

Champ : France entière.

Sources : Données et estimations CNSA ; Drees, enquête Vie quotidienne et santé 2021.

Les orientations vers les établissements et services médico-sociaux

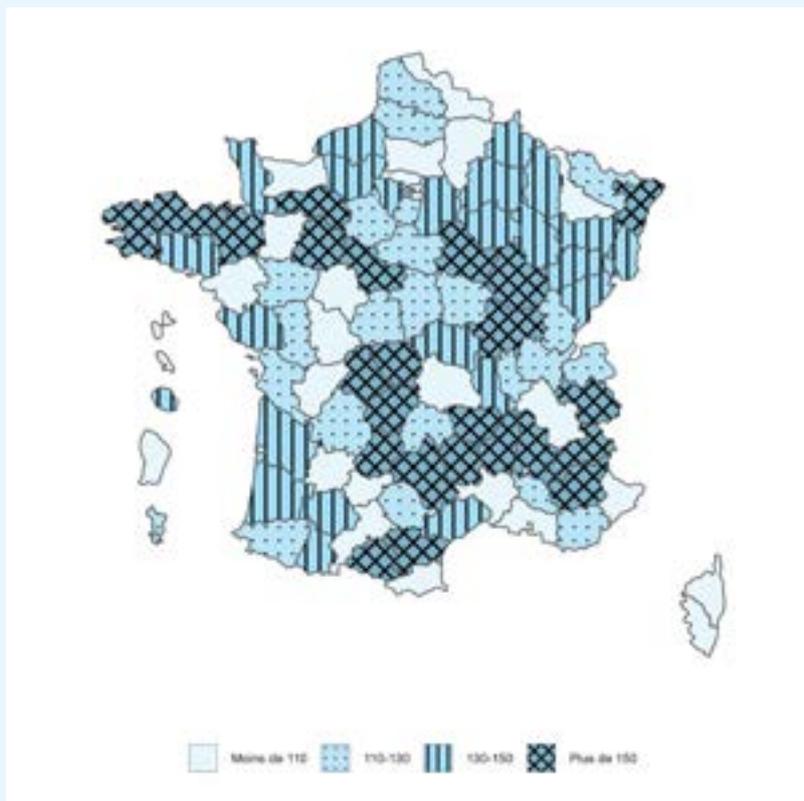


Figure 26 - Part des bénéficiaires d'une orientation ESMS adulte pour 1000 habitants de 20 à 59 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2023

Lecture : En 2023, la part des bénéficiaires d'une orientation ESMS adulte dans le Cher est comprise entre 110 et 130 pour 1000 habitants de 20 à 59 ans avec une limitation fonctionnelle.

Champ : France entière.

Sources : Données et estimations CNSA ; Drees, enquête Vie quotidienne et santé 2021.

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Date de mise en place : 2006, dans les suites de la loi du 11 février 2005, avec reprise des missions des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) par les CDAPH²⁸.

Public concerné : toutes les personnes âgées de 16 ans et plus dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont réduites du fait d'un handicap physique, sensoriel, mental ou psychique. La RQTH concerne aussi les personnes ayant une maladie chronique ou un problème de santé causant des répercussions au travail.

Attribution : CDAPH.

La RQTH permet à une personne handicapée d'avoir un accès à des mesures favorisant l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi, telles que :

- l'orientation par la CDAPH vers une entreprise adaptée (EA), un établissement ou service d'accompagnement par le travail (ESAT) ou une formation choisie par la personne concernée dans le droit commun ou en centre de rééducation professionnelle (CRP) ;
- le soutien du réseau de placement spécialisé Cap emploi ;
- l'accès à la fonction publique par concours, aménagé ou non, ou par recrutement contractuel spécifique ;
- les aides de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) pour l'insertion en milieu ordinaire de travail ;
- les aides du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) ;
- la priorité d'accès à diverses mesures d'aides à l'emploi et à la formation.

La RQTH est attribuée pour une durée de 1 à 10 ans. Elle est renouvelable et peut être attribuée à vie si le handicap ne peut pas évoluer favorablement.

Nombre de bénéficiaires :

- 2,8 millions de personnes ont un droit ouvert au titre de la RQTH au 31 décembre 2023.
- Annuellement, le nombre d'attributions de RQTH par les MDPH se maintient à un niveau élevé (Figure 27). Il est en augmentation de +3,2 % par rapport à 2021, en hausse constante depuis 2019 (+10,7 %).

Disparités territoriales

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé concerne 360 adultes de plus de 20 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité sur 1 000 en 2023.

L'attribution de la RQTH se fait au cas par cas selon la situation des personnes, sans critère de taux d'incapacité. Globalement, les disparités territoriales restent relativement modérées, le coefficient de variation interdépartementale s'établissant à 22 %.

Toutefois, une forte amplitude de taux de couverture de la population potentiellement concernée, au sens du GALI, est constatée : les taux de couverture les plus faibles sont observés en Outre-mer, en Corse (144 ‰) et dans la Creuse (148 ‰) ; les plus élevés, supérieurs à 500 ‰, sont observés dans le Gers (569 ‰), l'Aude (548 ‰), l'Eure (521 ‰) et le Loir-et-Cher (512 ‰).

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

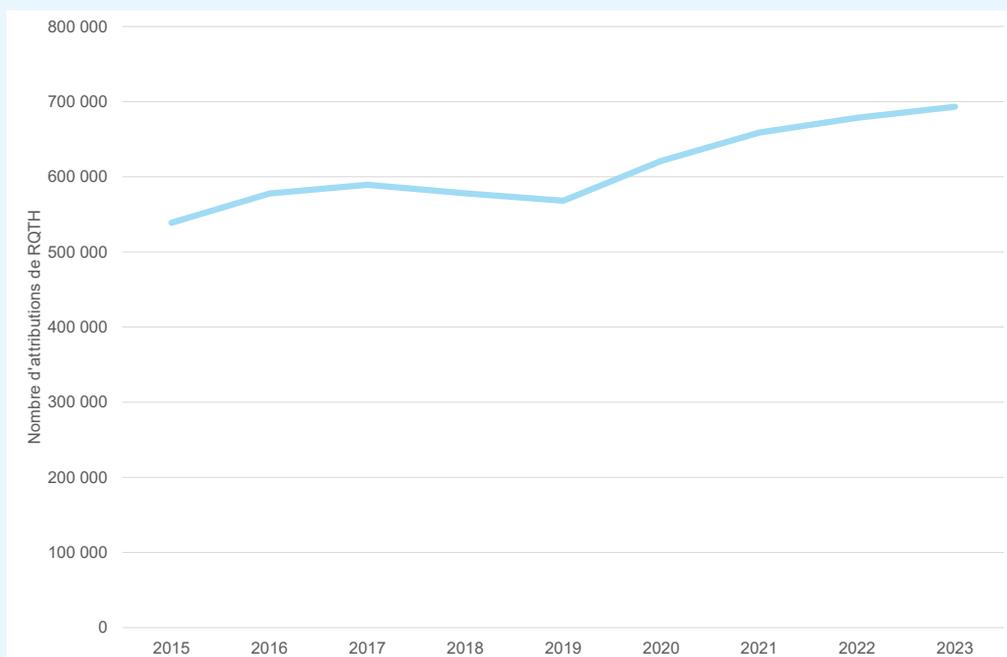


Figure 27 - Evolution des attributions de RQTH par les MDPH

Lecture : En France en 2023, les MDPH ont émis 693 000 avis favorables pour attribuer une RQTH.

Sources : CNSA - Enquête des échanges annuels 2023.

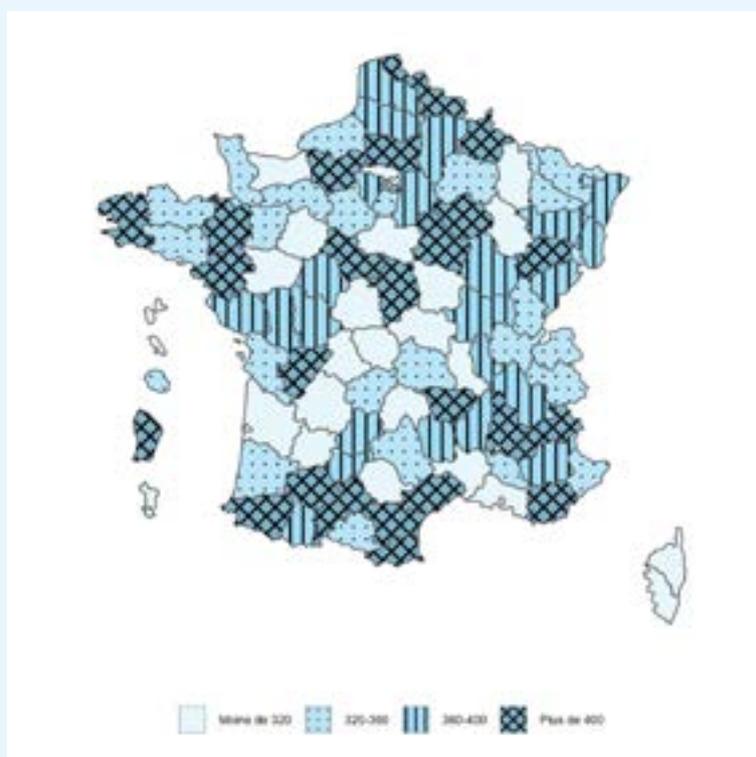


Figure 28 - Part des bénéficiaires d'une RQTH pour 1000 habitants de plus de 20 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2023

Lecture : En 2023, la part des bénéficiaires d'une RQTH dans la Creuse est inférieure à 320 pour 1000 habitants de plus de 20 ans déclarant une limitation fonctionnelle.

Champ : France entière.

Sources : CNSA - Enquête des échanges annuels 2023 ; Drees, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2021.

Le développement des plateformes d'emploi accompagné, un dispositif clé dans l'insertion dans l'emploi

Reconnus en 2016 par la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, les dispositifs d'emploi accompagné se sont développés progressivement jusqu'à couvrir l'ensemble du territoire. À la suite d'une circulaire parue en 2021, le fonctionnement a évolué pour intégrer les différents dispositifs en plateformes départementales pouvant réunir un ou plusieurs dispositifs.

Les plateformes d'emploi accompagné se caractérisent par un positionnement hybride comportant à la fois un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle. Le périmètre d'intervention de l'accompagnement intègre aussi bien celui de la personne en situation de handicap en emploi ou en recherche d'emploi que celui de son employeur présent ou futur. L'accompagnement par le conseiller en emploi accompagné est d'abord centré autour de la relation de travail visant à permettre un maintien pérenne dans l'emploi.

La loi pour le plein emploi de décembre 2023 conforte le développement de cette offre d'accompagnement par la redéfinition du pilotage national des plateformes d'emploi accompagné vers et dans l'emploi. Soutenu par l'État et les deux fonds d'insertion pour les personnes handicapées (l'AGEFIPH et le FIPH-FP), le nombre d'accompagnements est en augmentation rapide. Ainsi, le nombre d'accompagnements nets par les plateformes est passé de 5 291 personnes en décembre 2021 à 8 902 personnes en décembre 2023.

La CNSA a soutenu la mise en place d'un [Centre de ressources de l'emploi accompagné](#), porté par le Collectif France pour la recherche et la promotion de l'emploi accompagné (CFEA). Ce Centre de ressources met à disposition des guides, outils, témoignages, études et statistiques, ainsi qu'un annuaire des plateformes d'emploi accompagné, à destination des acteurs de l'entreprise et des professionnels de l'emploi, du social et de la santé.

En 2023, une activité des MDPH toujours en augmentation, associée à un bon niveau de satisfaction des usagers

L'activité des Maisons départementales de personnes handicapées (MDPH) reste soutenue en 2023, près de 1,8 million de personnes ayant déposé au moins une demande d'ouverture ou de réexamen de droit. Une personne pouvant bénéficier de plusieurs droits, les MDPH ont attribué un total de 3,1 millions de droits (+2%) à l'issue de l'évaluation des besoins et des projets de vie. Au 31 décembre 2023, 6,3 millions de personnes bénéficient ainsi d'au moins un droit ouvert à la MDPH.

En 2023, malgré la légère hausse du délai moyen de traitement (toutes prestations confondues) à 4,7 mois, la mesure de satisfaction "mamdpd-monavis" témoigne de la large satisfaction des usagers vis-à-vis des équipes des MDPH : plus de 85% des répondants estiment que les agents sont accueillants et 81% soulignent leur écoute. Dans l'ensemble, 69% des répondants sont satisfaits de leur MDPH.

Des informations plus détaillées sur le fonctionnement des MDPH sont connues pour l'année 2022. Il apparaît alors qu'avec plus d'un million de personnes reçues, l'accueil physique est en progression tandis que le nombre de contacts téléphoniques baisse légèrement pour s'établir à 4,7 millions. L'amélioration du taux de décroché, qui s'établit à 65 % en moyenne pour 2022, et le déploiement du téléservice ont pu contribuer à limiter le nombre d'appels.

En 2022, les effectifs des MDPH se composent d'environ 5 700 équivalents temps-plein (ETP) de personnels recrutés directement par les MDPH ou mis à disposition par leurs partenaires. Les MDPH consolident par ailleurs leur positionnement partenarial au service d'un meilleur accueil et accompagnement des personnes : une majorité de MDPH ont territorialisé leur accueil grâce aux partenaires de leur territoire (le conseil départemental, les maisons France service, les CCAS et CIAS...) ; elles travaillent étroitement avec les différents acteurs dans le champ de l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi, de la scolarisation ou encore dans le cadre du dispositif d'orientation permanent (DOP). En 2022, 36 153 demi-journées de participation de partenaires aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation ont ainsi été comptabilisées, ayant permis de disposer des expertises nécessaires durant la phase d'évaluation.

Bien qu'on observe des tendances contrastées entre départements, le nombre de recours administratifs préalables obligatoires (RAPO) reste stable en 2022. Rapportée à l'ensemble des décisions et avis pris par les MDPH, la part moyenne des RAPO est de 2,3 %. Il en va de même des procédures contentieuses dont la proportion reste identique à l'année précédente, relative à 0,2 % des décisions et avis. Les recours concernent particulièrement les décisions relatives à l'allocation aux adultes handicapés (AAH), aux cartes mobilité inclusion (CMI) et les décisions relatives au parcours scolaire pour les demandes concernant les enfants.

Soutenir les aidants

Une part significative des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap s'inscrit dans des relations d'aide venant de leurs proches. On parle alors de « proches aidants », pour lesquels de nouveaux droits, dispositifs de soutien et prestations ont été instaurés et développés.

Les proches aidants : un acteur essentiel de l'accompagnement

Usuellement, un proche aidant est défini comme une personne qui apporte une aide régulière à une personne en situation de handicap ou de perte d'autonomie à titre non professionnel. Cette définition reprend en substance celle de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement²⁹ et celle de l'aidant familial pour les personnes en situation de handicap³⁰, inscrites au Code de l'action sociale et des familles.

Plus de 9 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie

Selon les dernières données disponibles, collectées par l'enquête vie quotidienne et santé (VQS) en 2021, la Drees estime à 9,3 millions le nombre de personnes qui se considèrent comme proches aidants d'une personne en situation de handicap ou d'une personne âgée en perte d'autonomie en France³¹, soit 14,8 % de la population.

Le dispositif de l'enquête Care (2015-2017) avait précédemment dénombré 3,9 millions de proches aidants déclarés par une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile et 720 000 proches aidants de seniors vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD, EHPA, USLD), soit un total de 4,6 millions de proches aidants pour les seules personnes âgées de 60 ans et plus³².

Les effectifs varient fortement selon les registres d'aides déclarés. Trois types d'aide sont considérés dans l'enquête VQS de 2021 : l'aide à la vie quotidienne, le soutien moral et l'aide financière ou matérielle. La part des aidants soutenant financièrement un proche s'élève à 14 %, celle des aidants soutenant moralement un proche à 69 % et celle apportant une aide dans les actes de la vie quotidienne à 61 %. Un même proche aidant peut déclarer apporter un ou plusieurs types d'aide.

L'enquête CARE-ménages³³ donnait à observer que près de la moitié des seniors aidés à domicile le sont uniquement par leur entourage, tandis que 19 % le sont uniquement par des professionnels, le tiers restant recevant une aide mixte, c'est-à-dire à la fois par des aidants professionnels et l'entourage. Alors que les seniors les plus autonomes sont aidés en majorité uniquement par leur entourage, l'aide mixte devient prépondérante pour les plus dépendants.

Le nombre de proches aidants dans les enquêtes statistiques

En France, les connaissances statistiques sur les aidants ont été durablement basées sur les résultats de l'enquête HSA (handicap, santé, aidants informels) de 2008 de la Drees (des enquêtes privées étant par ailleurs publiées, dont le baromètre annuel des aidants de la Fondation April avec BVA). Elle estimait à 8,3 millions le nombre de personnes de 16 ans ou plus aidant de façon régulière une ou plusieurs personnes de leur entourage pour des raisons de santé ou de handicap (dont 7,6 millions auprès de l'ensemble des personnes concernées à domicile et 4,3 millions auprès des personnes âgées).

Deux nouvelles études ont apporté des éléments actualisés : le dispositif d'enquêtes Care (dans ses deux volets CARE ménages 2015-2016 et institutions 2017) sur les proches aidants déclarés par les personnes âgées de 60 ans et plus (avec des estimations sensiblement différentes de l'enquête HSA) et l'enquête la plus récente Vie quotidienne et santé 2021 (VQS 2021), incluse dans le dispositif d'enquêtes Autonomie (2021-2025) sur les proches aidants (dont les enfants et jeunes de moins de 18 ans) apportant une aide régulière à des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie liée à l'âge.

L'estimation des proches aidants reste délicate : elle dépend du champ de l'aide retenu. Elle peut varier selon que l'on adopte le point de vue de la personne aidée ou celui des aidants, avec des enjeux de reconnaissance de la relation d'aide par les personnes elles-mêmes.

La définition des proches aidants tend à occulter leurs apports en « aides professionnelles » : sous certaines conditions, les proches aidants peuvent être employés et rémunérés dans le cadre de l'APA ou être dédommagés financièrement dans le cadre de la PCH, ces configurations d'aide restant peu visibles par la statistique publique.

S'agissant des bénéficiaires de la PCH au titre d'une aide humaine, la Drees établit qu'un sur deux recourt à des aidants familiaux, ces derniers pouvant potentiellement être dédommagés. Plus rares sont ceux qui emploient directement un salarié (10 %) ou font appel à des services mandataires (1 %) ³⁴.

Du point de vue géographique, la part des personnes déclarant apporter une aide à la vie quotidienne à un proche varie selon les régions et, plus encore, selon les départements (VQS 2021). Des disparités territoriales sont observées s'agissant de la mobilisation des personnes à des fins d'aide d'un de leurs proches.

Les proches inégalement mobilisés selon les territoires

La part des personnes déclarant apporter une aide à la vie quotidienne à un proche est la plus élevée dans les DROM : elle atteint 15,1% en Martinique, 12,5% en Guadeloupe, 11,5% à La Réunion (Figure 29). En France métropolitaine, c'est dans les Hauts-de-France (10,2%) et en Corse (9,6%) qu'elle est la plus élevée. A l'échelle départementale, la Lozère se démarque des autres départements (avec 11,7 % de la population), suivie par le Tarn-et-Garonne (11,4 %) et la Haute-Marne (10,7 %).

La part des personnes déclarant apporter une aide à la vie quotidienne est la plus basse dans les Pays de la Loire (7,4 %) et la Bretagne (7,7 %). A l'échelle des départements, les niveaux les plus bas sont déclarés en Mayenne (6,5 %) et en Ille-et-Vilaine (6,6 %).

Selon la Drees, « une partie des disparités [territoriales] semble s'expliquer par celle de la part des personnes en situation de handicap ou de pertes d'autonomie » ³⁵. Ces disparités invitent toutefois à être questionnées du point de vue des caractéristiques locales de l'offre.

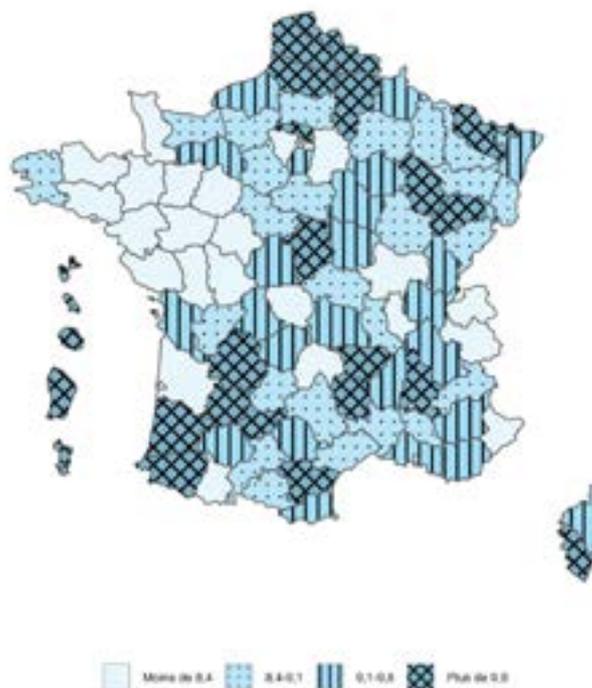


Figure 29 - Part des proches aidants déclarant apporter une aide aux activités de la vie quotidienne (en pourcentage)

Lecture : En Guadeloupe, 12,5 % des personnes âgées de 5 ans ou plus déclarent apporter une aide dans les activités de la vie quotidienne à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Champ : Personnes âgées de 5 ans ou plus résidant en logement ordinaire en France.

Source : Drees, enquête Vie quotidienne et santé, 2021.

Note : La part de proches aidants par département a été normalisée selon l'âge (les pourcentages départementaux sont calculés en les pondérant selon le poids moyen des différentes tranches d'âge au niveau national).

Les différents profils de proches aidants

Au regard des données les plus récentes (2021), les femmes restent surreprésentées parmi les proches aidants (56 %), quel que soit le type d'aide apportée.

Une sur-représentation des femmes, des enfants et des conjoints parmi les aidants

Les proches aidants sont le plus souvent déjà avancés en âge : une personne sur quatre entre 55 et 65 ans se déclare proche aidant, cette catégorie d'âge étant la plus concernée. On compte toutefois près de 500 000 proches aidants mineurs (parmi les 5 ans et plus), une catégorie longtemps invisibilisée dans les enquêtes statistiques nationales.

Le profil des aidants de personnes âgées commence à être mieux connu. D'après les enquêtes Care, il s'agit dans plus d'un quart des cas (27,3 %) du conjoint, présentant un âge moyen de 73 ans, et dans plus de la moitié des cas (53,4 %) d'un enfant, présentant un âge moyen supérieur à 50 ans.

Les profils se distinguent néanmoins fortement selon que la personne aidée vit à domicile ou réside en établissement³⁶. 73 % des aidants de seniors en établissement sont leurs enfants (5 % le conjoint, 5 % les frères et sœurs, 9 % un autre membre de la famille, 7 % un autre aidant - ami, notamment). Au domicile, deux générations de proches se distinguent particulièrement, celle des conjoints (27 %) et celle des enfants (53%). Parmi ces derniers, 37 % sont en emploi, tandis que les aidants de personnes âgées en établissement sont plus souvent à la retraite (leur âge moyen s'élève à 62 ans). La part des « aidants pivots », qui aident un parent tout en ayant encore au moins un enfant à charge, est estimée à 19 % des aidants de personnes âgées à domicile³⁷.

Les bénéficiaires de l'AAEH plus fragiles économiquement

La situation des parents des enfants en situation de handicap, sous l'angle spécifique des bénéficiaires de l'AAEH, a également été documentée par la Drees à partir des enquêtes Revenus fiscaux et sociaux de 2016-2017³⁸. Les ménages bénéficiaires de l'AAEH apparaissent plus souvent en situation de familles monoparentales ou de familles nombreuses. Leur situation est moins favorable

sur le marché du travail, il est nettement plus fréquent qu'au moins l'un des parents ne travaille pas, le plus souvent la mère, une situation qui s'accompagne d'une plus grande fragilité économique.

Les ménages bénéficiaires de l'AAEH se situent ainsi plus souvent sous le seuil de pauvreté, dans 24 % des cas contre 17 % pour les autres ménages avec enfants. Ces constats sont confirmés par des données plus récentes (Modes de gardes 2021) s'agissant des bénéficiaires de l'AAEH pour un enfant de moins de 6 ans.

Si la figure du conjoint vieillissant d'une personne âgée en perte d'autonomie et celle des parents d'enfants en situation de handicap restent prégnantes, elles s'accompagnent d'autres réalités, comme c'est le cas en particulier des « jeunes aidants », des « aidants pivots » (vis-à-vis de leurs ascendants et de leurs descendants) ou des aidants de personnes en situation de handicap vieillissantes, avec des enjeux spécifiques de soutien (voir notamment l'encadré relatif à l'expérimentation l'Après-parents).

Des conséquences négatives sur la santé des proches aidants, des charges ressenties différenciées

Si l'aide n'est pas considérée uniquement comme un « fardeau » ou une « charge », de nombreux aidants l'estimant comme « allant de soi » ou étant valorisante³⁹, les personnes se déclarant proches aidants dans l'enquête VQS de 2021 répondent moins souvent que la population générale être en bonne ou en très bonne santé. Par exemple, 65,8 % des femmes et 67,2 % des hommes aidants déclarent un état de santé bon ou très bon, contre respectivement 72,4 % de l'ensemble des femmes et 75,6 % de l'ensemble des hommes.

Une analyse statistique de la charge ressentie par les aidants montre l'impact différencié de l'aide sur ces proches (sur des données toutefois plus anciennes). A partir de l'enquête Handicap-Santé (Drees-Insee) de 2008⁴⁰, trois grandes situations types peuvent être distinguées parmi les proches aidants à domicile : « les plus impactés » (24 %) se caractérisent par un lien familial proche entre l'aidant et la personne aidée, et une aide apportée importante ; « les moyennement impactés » (29 %) se caractérisent par un lien familial proche entre l'aidant, essentiellement aidant unique, et une personne aidée présentant un niveau faible de limitations ; « les moins impactés » (47 %) sont souvent non-cohabitants (hormis quand ils sont jeunes) et apportent un niveau d'aide à la vie quotidienne plus faible.

Une progressive reconnaissance du rôle des aidants dans les politiques publiques

Les proches aidants font l'objet d'une reconnaissance progressive en tant qu'acteur essentiel de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et leur contribution est soutenue de façon croissante par les pouvoirs publics⁴¹. Diverses mesures ont été mises en place aux travers de différents plans et lois⁴². La première stratégie nationale interministérielle dont les mesures s'adressent directement aux aidants a été mise en place récemment avec la stratégie « Agir pour les aidants 2020-2022 », prolongée par une deuxième stratégie pluriannuelle sur la période 2023-2027⁴³.

3 principaux axes d'actions prioritaires ont été définis. En plus des actions de formation, ont été mis en place divers dispositifs de répit (accueil de jour, hébergement temporaire de la personne aidée) et des mesures visant une meilleure conciliation entre aide à un proche et activité professionnelle (congé de solidarité familiale, congé de proche aidant ou encore dispositif de dons de jours) et pour compenser pertes de revenus ou de droits. Sans prétendre à l'exhaustivité, sont ici proposées les données concernant plusieurs mesures majeures. Un enjeu essentiel réside cependant dans la difficile mesure du taux de recours, le nombre de proches aidants potentiellement concernés restant difficile à mesurer.

La formation et le soutien psycho-social des aidants

Un ensemble de lois a progressivement été mis en place pour soutenir la formation des aidants. En premier lieu, la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) de juillet 2009 a octroyé à la CNSA des missions concernant le financement de programmes de formation des aidants. Plus tard, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015 a introduit une extension du champ de compétences de la CNSA en matière de financement d'actions d'accompagnement visant le soutien psycho-social, la sensibilisation et la formation des aidants. En particulier dans le champ du handicap, il existe de nombreuses associations qui se sont créées au fil du temps et qui peuvent proposer des formations et un soutien psycho-social aux aidants.

La compensation des pertes de revenu des actifs aidants

Le rôle de proche aidant peut conduire à cesser ou à limiter son activité professionnelle, conduisant à des pertes de revenus. En plus des prestations qui peuvent être versées directement (ou indirectement) à des proches dans le cadre de l'APA, la PCH et l'AEEH, deux allocations versées par la CNAF visent à compenser les pertes de revenu immédiates :

- L'allocation journalière de présence parentale (AJPP). Cette allocation existe depuis 2006⁴⁴, et est destinée aux parents d'enfants de moins de 20 ans gravement malades, handicapés ou victimes d'un accident grave nécessitant une présence à leurs côtés. Il s'agit d'une indemnité versée au parent s'arrêtant de travailler pour s'occuper de son enfant (le congé de présence parentale). Versée sous conditions de revenus⁴⁵, elle s'élève à 64,54€ par jour (dans la limite de 22 jours par mois), et est non cumulable avec la plupart des autres prestations et allocations. Cette allocation peut être attribuée durant toute la durée du congé de présence parentale, soit sur une période maximale de trois ans (avec possibilité de renouvellement sous certaines conditions).

- L'allocation journalière du proche aidant (AJPA). Cette allocation est un reflet de l'AJPP, mais est destinée aux proches aidants d'un adulte en situation de handicap ou de perte d'autonomie, dans le cadre de la prise d'un congé proche aidant. Elle existe depuis 2020⁴⁶, son montant étant identique à celui de l'AJPP (64,54€ par jour). L'AJPA est conditionnée notamment au niveau de revenus⁴⁷ et ne peut être versée au-delà d'une limite de 66 jours par personne aidée.

Deux allocations compensant les pertes de revenus immédiates

Le nombre de bénéficiaires de ces deux allocations est encore relativement restreint (17 867 pour l'AJPP et 1 459 pour l'AJPA en octobre 2023).

La hausse observée des bénéficiaires de l'AJPP est très forte (+ 117 % depuis 2016) mais porte sur des volumes réduits. Seuls les proches aidants en activité professionnelle étant potentiellement concernés, leurs effectifs seraient à mieux

estimer pour évaluer de manière pertinente des taux de couverture par cette prestation. L'hypothèse d'un phénomène de non-recours peut toutefois être formulée, le nombre de bénéficiaires de ces deux prestations se situant à des niveaux extrêmement bas sur certains territoires, à l'instar de la Guyane (6 bénéficiaires en octobre 2023) ou de la Creuse (7 bénéficiaires à cette même date).

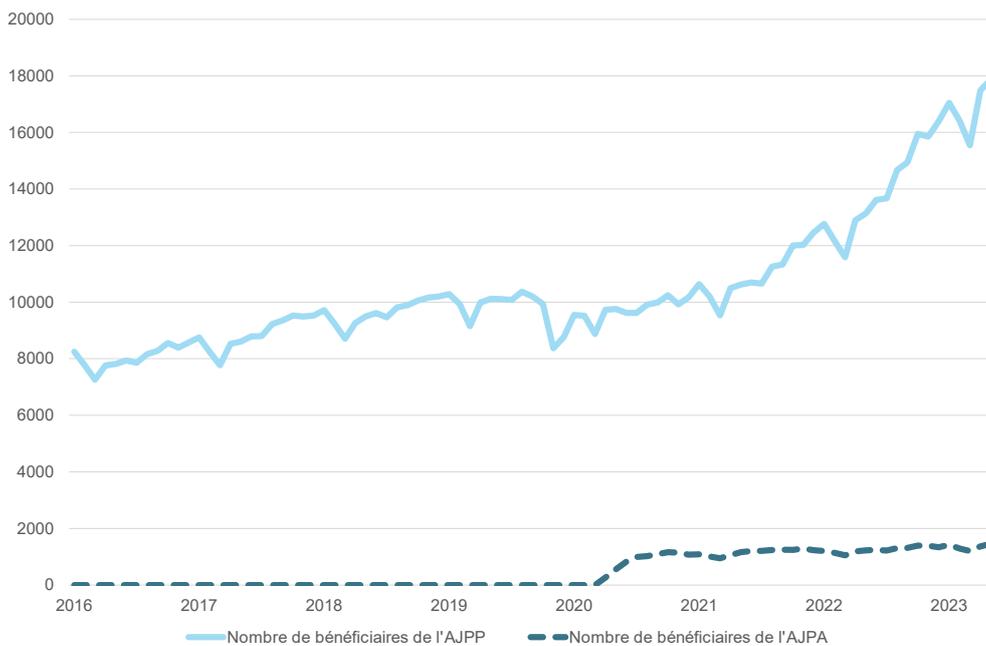


Figure 30 - Nombre de bénéficiaires de l'AJPP et de l'AJPA de juin 2016 à octobre 2023

Lecture : Le nombre de bénéficiaires de l'AJPA en octobre 2020 s'élève à 554.

Source : Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), 2024.

Le retrait de l'activité d'un proche aidant n'est pas sans conséquence sur son niveau futur de retraite. Depuis le 1er septembre 2023, un nouveau dispositif, l'assurance vieillesse des aidants, vise à compenser plus efficacement les pertes de droits à la retraite, en facilitant la validation de trimestres de retraite sur des périodes non travaillées ou travaillées à temps partiel en raison de l'aide apportée à des proches. L'AVA peut être sollicitée par un aidant sans considération de son lien de parenté avec l'aidé et l'aidé peut être un adulte en limitation ou en perte d'autonomie.

L'AVA est un dispositif distinct de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) dont les parents d'un enfant ou d'un proche en situation de handicap ou malade relevaient jusqu'à cette date, sous conditions d'éligibilité à certaines prestations familiales et sous un plafond de ressources.

Un nouveau dispositif pour compenser les pertes de droits à la retraite

En 2022, la Caisse d'allocation familiale (CAF) recensait 1,7 million de bénéficiaires de l'AVPF. Ce chiffre informe le nombre de personnes qui sont proches aidants ou qui l'ont été, dès lors qu'ils sont encore en activité. A fin 2019, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) estimait que parmi les retraités du régime général, ils étaient 3,2 millions à bénéficier de l'AVPF, soit 23 % d'entre eux.

L'offre dite « de répit » à destination des aidants

Un axe important du soutien apporté aux aidants concerne la mise en place de solutions temporaires pour offrir des temps dits de « répit » aux proches aidants. Deux solutions sont particulièrement à considérer :

La mise en place d'une offre d'hébergement temporaire et d'accueil de jour au sein des établissements médico-sociaux pour personnes âgées (estimée à 33 000 places installées), et au sein d'établissements pour enfants et adultes en situation de handicap (estimées à 8 500 places installées).

La répartition de cette offre dans les territoires présente encore des disparités. Pour une illustration, s'agissant du nombre de places d'hébergement temporaire en établissements pour personnes âgées par habitant, rapporté à la population potentiellement concernée (ici la population âgée de 75 ou plus), il varie de 33,9 places pour 10 000 personnes de 75 ans ou plus dans les Côtes-d'Armor à 3,7 places à La Réunion (Figure 31).

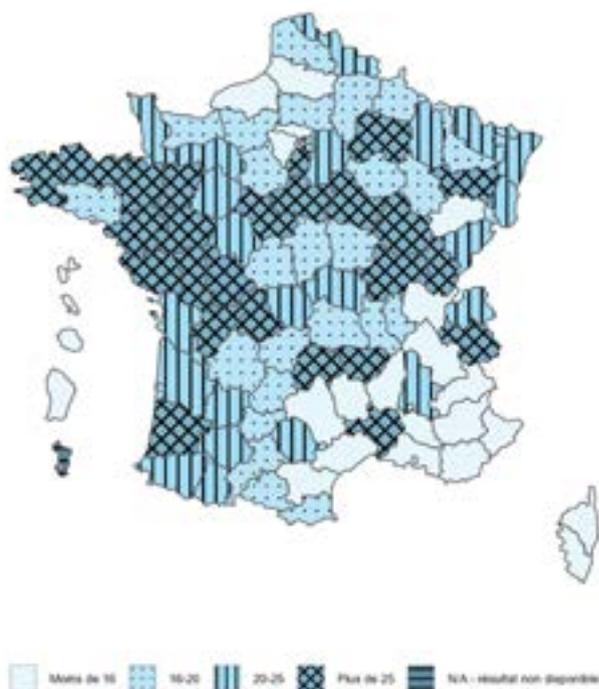


Figure 31 - Nombre de places en hébergement temporaire dans les établissements pour personnes âgées pour 10 000 habitants âgés de 75 ans ou plus

Lecture : Dans les Bouches-du-Rhône, le nombre de places en hébergement temporaire dans les établissements pour personnes âgées s'élève à 11,4 places pour 10 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Champ : Etablissements pour personnes âgées.

Source : Répertoire Finess 2023. Insee, RP 2020.

- Le développement de plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) à destination des proches aidants. Ces plateformes permettent d'accompagner, d'informer et de proposer des prestations de répit au proche aidant ou au binôme aidant-aidé. En 2023, 284 plateformes de répit existent, réparties dans 98 départements, principalement dans des établissements pour personnes âgées (225⁴⁸). Toutefois, 21 départements accueillent 44 % d'entre elles. Le nombre de personnes accompagnées par ces plateformes n'est pas connu de façon précise à ce stade.

Les questions posées aux politiques publiques pour soutenir les aidants sont à mettre au regard de la diversité des situations des configurations d'aides dont le type et l'intensité de l'aide, ainsi que la situation d'emploi (ou d'études) et familiale des aidants.

La question de la disponibilité des proches aidants, en lien avec des projections à la baisse de la proportion de personnes mariées ou pacsées et du nombre d'enfants par personne en moyenne, sera centrale dans les années à venir⁴⁹. Dans un contexte d'accroissement du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et potentiellement du nombre de personnes en situation de handicap, cette évolution pourrait conduire, comme déjà identifié, « à un besoin en aide professionnelle augmentant plus vite que le nombre de personnes aidées, et à une augmentation des situations-limite au domicile »⁵⁰.

L'expérimentation « Anticiper l'Après-parents »

Il existe de très nombreuses initiatives portant sur les aidants et en particulier sur la préservation de leur santé, la diminution de leur charge et globalement le déploiement de soutiens pluridimensionnels sur les territoires. C'est précisément ce que l'Association départementale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales du Finistère (Adapei 29) travaille à travers son projet « Anticiper l'Après-parents : un nouveau service pour les aidants familiaux ». Celui-ci propose une réponse au devenir des enfants en situation de handicap mental une fois que leurs parents ne sont plus en capacité d'exercer leur fonction d'aidant – soit du fait de leur vieillissement soit de leur décès.

Il s'agit donc d'anticiper « l'après-parent » de ces enfants en accompagnant les parents à prendre toutes les mesures nécessaires (financières, juridiques, matérielles, occupationnelles). L'objectif du projet est d'étudier les conditions d'adaptation d'un service belge (Service Madras) au contexte français et d'expérimenter son déploiement dans le Finistère. Pour cela cinq phases sont prévues :

- La réalisation d'un état des lieux et d'une analyse des besoins et des attentes des aidants familiaux ;
- La co-conception du nouveau service et mise en place d'un réseau de « référents après-parents » composé d'assistantes sociales ;
- L'animation du réseau et l'expérimentation du nouveau service à destination des aidants ;
- L'évaluation et la modélisation du nouveau service en vue de sa pérennisation ;
- La diffusion des résultats de l'évaluation et la définition des conditions d'essaimage.

L'ADAPEI 29 se fait accompagner pour ce projet par l'Association Tag29, l'Université de Bretagne Occidentale et l'UNAPEI. Ce projet s'étend sur une durée de deux ans et demi. Il bénéficie d'un financement de la CNSA dans le cadre de son dispositif de soutien à l'innovation.

L'accès aux modes de garde, à la scolarisation et à l'enseignement supérieur

Depuis la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées de 2005 fixant le principe d'« assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie », une évolution identifiée est le saut quantitatif en matière de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap, associé à une transformation des modalités de scolarisation.

Le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire⁵¹ dans le premier et le second degré a plus que triplé sur cette période, passant d'environ 130 000 en 2004 à presque 470 000 en 2023. Le nombre d'élèves scolarisés tout ou partie en établissements médico-sociaux ou sanitaires est demeuré stable, proche de 80 000.

Les évolutions en matière d'accès sont à considérer sur un périmètre plus étendu que la scolarisation, depuis la petite enfance, avec des mesures récentes visant une meilleure inclusion des jeunes enfants en situation de handicap, jusqu'à l'enseignement supérieur, les effectifs d'étudiants en situation de handicap étant en forte croissance.

L'accès aux modes de garde et d'accueil : une évolution non documentée en l'absence de séries statistiques

Dans les suites du rapport du Conseil de l'enfance du HCFEA « Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap, de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille » de 2018, plusieurs mesures visant à faciliter l'accueil des enfants en situation de handicap ont été adoptées : depuis 2019, un bonus « inclusion handicap » est applicable à l'ensemble des places d'une structure collective dès lors qu'un enfant en situation de handicap est accueilli ; une majoration du salaire est prévue par la convention collective des assistantes maternelles ; une majoration de 30 % est appliquée au complément de libre choix du mode de garde pour les enfants des familles bénéficiaires de l'AEEH.

En l'absence de séries statistiques, il n'est pas possible de relier ces mesures à des évolutions en matière d'accueil des jeunes enfants en situation de handicap. L'enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants conduite en 2021 par la Drees est la première à avoir permis une description robuste des modes d'accueil et de garde des familles ayant un jeune enfant en situation de handicap, identifiées via la perception de l'AEEH⁵². Dans l'attente de nouvelles collectes, elle demeure la source de référence.

Les données collectées identifient qu'avant 3 ans, les enfants en situation de handicap sont plus souvent gardés à titre principal par leurs parents que les autres enfants (78 % contre 56 %). Ils sont également un peu plus gardés à titre principal par leurs grands-parents que les autres enfants (17 % contre 15 %). Les parents d'enfants en situation de handicap qui assurent la garde principale se déclarent moins souvent satisfaits de cette modalité que les autres parents (70 % contre 82 %) et plus souvent satisfaits que les autres parents quand l'enfant est accueilli à titre principal en crèche ou chez une assistante maternelle (92 % contre 80 %).

Une part significative des enfants en situation de handicap de moins de 3 ans accède toutefois à des modalités d'accueil externes. Leur accueil régulier en crèche est presque aussi répandu que pour les autres enfants (27 % contre 25 %), plus souvent à titre complémentaire. L'accueil régulier chez une assistante maternelle est moins fréquent que pour les autres enfants (16 % contre 29%) et rarement à titre principal (6 % contre 20 %). La durée moyenne de fréquentation hebdomadaire est un peu plus courte que pour les autres enfants : quand il s'agit d'un accueil à titre principal, elle s'élève à 33 h 39 contre 37 h 38 ; quand il s'agit d'un accueil à titre complémentaire, à 15 h 34 contre 17 h 46. Également, 31 % d'entre eux sont accompagnés régulièrement par une structure spécialisée (CAMSP, CMPP, SESSAD ou accueil de jour) sur une durée moyenne de 3 heures par semaine.

Les jeunes enfants en situation de handicap sont plus souvent gardés par leurs parents

Les jeunes enfants en situation de handicap cumulent plus souvent plusieurs modes de garde ou intervenants dans la semaine : 21 % d'entre eux ont deux modes de garde ou intervenants différents en plus de leurs parents et 10 % en ont trois ou plus, contre respectivement 14 % et moins de 1 % pour les autres enfants.

Les travaux de recherche disponibles, qui appelleraient à être actualisés, identifient la fréquentation d'un établissement d'accueil du jeune enfant comme favorisant l'acquisition d'habiletés adaptatives et communicatives chez les enfants en situation de handicap, avec une influence positive sur

leur scolarisation future, leur épanouissement et « pour qu'ils puissent se vivre comme les autres parmi les autres ». Les structures de la petite enfance, par la présence des professionnels et des autres parents, sont aussi une source de liens et de soutien social pour les familles, notamment lorsqu'ils ont l'opportunité d'y rencontrer d'autres parents confrontés comme eux au handicap. Les recommandations sont de soutenir l'accueil par la formation des professionnels de la petite enfance (sur les représentations du handicap, les différents types de handicap, les compétences communicationnelles et pédagogiques pour s'adapter aux besoins des enfants), également en fixant des objectifs quantitatifs d'accueil des enfants en situation de handicap dans les structures collectives, via des places réservées⁵³. Les structures collectives constituent également des espaces de repérage des troubles du développement des enfants⁵⁴.

Une scolarisation à temps partiel principalement constatée dans le préélémentaire

Si les élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire le sont très majoritairement à temps plein, une proportion significative d'élèves en situation de handicap est concernée par la scolarisation à temps partiel au niveau préélémentaire (19,5 % contre 4,6 % à 6,7 % en élémentaire).

Mode de scolarisation	Niveau	Temps complet	Temps partiel				En pourcentage (%)	Ensemble
			De 0,5 à 1 journée	De 1,5 à 2 journées	De 2,5 à 4 journées	Total		
Classes ordinaires	Préélémentaire	36 433	1 108	5 340	2 387	8 835	19,5	45 268
	Élémentaire	129 147	896	2 497	2 870	6 253	4,6	135 400
	Total	165 580	1 994	7 837	5 257	15 088	8,4	180 668
ULIS	Total	50 469	335	1 663	1 622	3 620	6,7	54 089
Total		216 049	2 329	9 500	6 879	18 708	8,0	234 757

Figure 32 - Temps de scolarisation selon le niveau et le mode de scolarisation

Lecture : En 2023-2024, dans le premier degré, 8,0% des élèves en situation de handicap sont scolarisés à temps partiels (soit 18 708 élèves)

Champ : France, Public + privé (sous contrat et hors contrat), hors élèves en UEEA

Sources : RERS 2024, DEPP et DGESCO, enquête n°3 relative aux élèves bénéficiant d'un PPS scolarisés en milieu ordinaire dans les établissements du premier degré relevant du ministère chargé de l'éducation nationale.

Les données de l'enquête « Modes de garde » (2021) de la Drees apportent des éclairages complémentaires et mettent en visibilité :

- un accès différé des enfants en situation de handicap à la scolarisation en école maternelle. À 3 ans, la scolarisation est moins fréquente pour les enfants des familles bénéficiaires de l'AEEH (78 % contre 98 %). Entre 4 et 5 ans, les écarts sont nettement moins marqués (97 % contre 99 %). Toutefois, quel que soit leur âge, les enfants bénéficiaires de l'AEEH scolarisés à l'école maternelle passent en moyenne moins de temps que la durée d'enseignement hebdomadaire de 24 heures ;
- un probable impact du suivi médico-social : près de la moitié (47 %) des enfants des familles bénéficiaires de l'AEEH de 3 à 5 ans scolarisés sont régulièrement accompagnés par une structure spécialisée (CAMSP, CMPP, Sessad, instituts médico-éducatifs, accueil de jour, etc.), pour une durée moyenne de prise en charge hebdomadaire d'environ 5 heures 30 ;
- une possible réduction contrainte du temps de présence de l'enfant à l'école en l'absence de prise en charge adaptée sur les temps de restauration et de pause méridienne.

L'accès à la scolarisation : une progression nette associée à un décloisonnement des ressources de l'Education nationale et médico-sociales

En 2024, plusieurs mesures sont venues prolonger et consolider la dynamique de scolarité inclusive.

La transformation progressive des pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL) en pôles d'appui à la scolarité (PAS) à compter du 1er septembre 2024 vise à mieux garantir l'accessibilité de l'école pour les élèves à besoins éducatifs particuliers, dont ceux en situation de handicap. Mis en place dans quatre départements préfigurateurs (l'Aisne, la Côte-d'Or, l'Eure-et-Loir et le Var), l'ambition est la création de 3 000 PAS pour généralisation à l'ensemble des départements d'ici la rentrée 2026. Pilotés par les services académiques en lien avec les délégations territoriales des agences régionales de santé et constitués d'un binôme entre un enseignant spécialisé et un éducateur spécialisé, les PAS concrétisent la coopération et la mobilisation conjointe de l'Education nationale et des compétences médico-sociales, pour des réponses rapides et en proximité, en première intention comme au long cours, aux besoins des élèves, des familles et des professionnels. Des ressources médico-sociales sont intégrées au PAS et supportées par les équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS) généralisées depuis 2021, en complément de l'éducateur à temps plein dédié au PAS, en particulier des personnels éducatifs, paramédicaux et psychologues.

Dans un objectif de continuité de l'accueil des enfants et des jeunes en situation de handicap ont également été adoptées la loi du 27 mai 2024 mettant à la charge de l'État l'accompagnement humain des élèves en situation de handicap durant le temps de pause méridienne, ainsi que la généralisation du complément inclusif en accueil de loisirs sans hébergement depuis le 1er janvier 2024, une aide financière supplémentaire étant versée par les caisses d'allocations familiales pour toute heure d'accueil périscolaire ou extrascolaire d'enfants ou adolescents de 3 à 17 ans en situation de handicap.

Un saut quantitatif et une diversification des modes de scolarisation

L'évolution de l'accès à la scolarisation des enfants en situation de handicap et ses modalités sont bien documentées par plusieurs séries statistiques de la Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance (Depp) du ministère de l'Éducation nationale⁵⁵.

À la rentrée 2023, on dénombre 534 900 élèves en situation de handicap⁵⁶. Depuis la mise en œuvre de la loi de 2005, les effectifs d'élèves scolarisés en établissements spécialisés sont stables alors qu'ils connaissent une forte progression en milieu ordinaire, en moyenne de 5 % par an dans le premier degré et de 10 % par an dans le second degré (Figure 33).

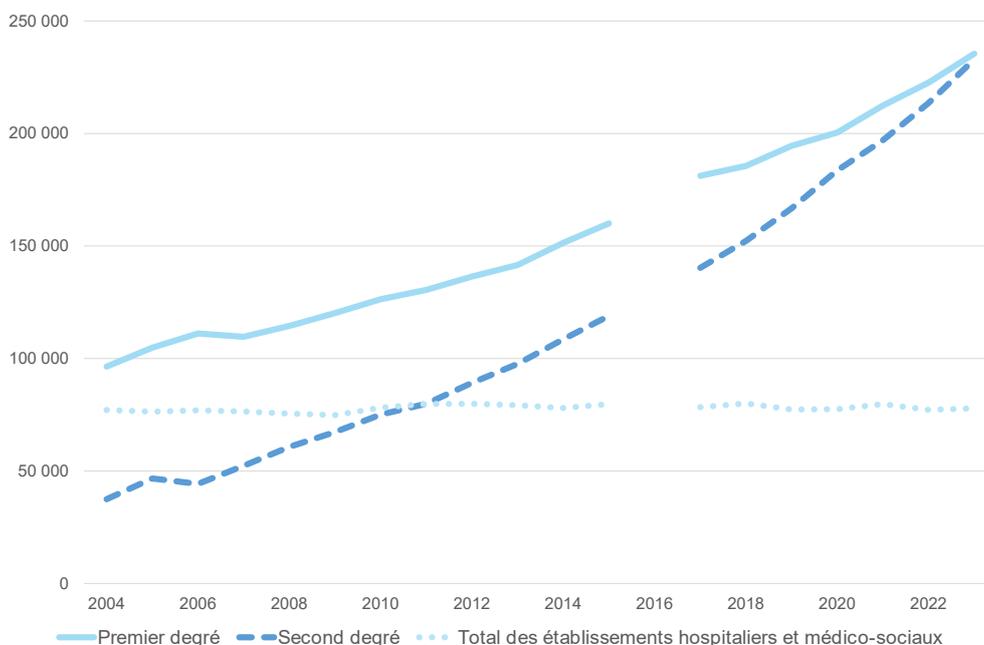


Figure 33 - Evolution de la scolarisation des élèves en situation de handicap

Lecture : En 2023, 232 416 élèves en situation de handicap sont scolarisés dans le 1er degré.

Champ : France (Mayotte à partir de 2012), Public - Privé (sous et hors contrat)

Source : DEPP, 2023

Note : Les effectifs prennent en compte les élèves en scolarité partagée qui représentent 2,1% du total des élèves scolarisés

Cette progression est associée à une diversification des modalités de scolarisation. A la rentrée 2023 :

- les deux tiers des élèves en situation de handicap (66,2 %) sont scolarisés en classe ordinaire au sein d'un établissement du premier et du second degré, le cas échéant avec une aide matérielle ou humaine. La part des élèves accompagnés sur tout ou partie du temps scolaire par un ou une accompagnant-e des élèves en situation de handicap (AESH) au titre de l'aide humaine individuelle ou mutualisée s'élève à 67,2 % dans le premier degré et à 46,4 % dans le second degré.
- plus d'un élève sur cinq en situation de handicap (21,3 %) est scolarisé en milieu ordinaire avec l'appui d'un dispositif de scolarisation. Les unités localisées pour l'inclusion scolaire dites « Ulis » relèvent de l'Éducation nationale et constituent le dispositif le plus répandu, avec 9 500 structures au sein des établissements scolaires. D'autres dispositifs plus récents, les unités d'enseignement externalisées et les dispositifs d'auto-régulation (DAR) rattachés au secteur médico-social, sont en développement rapide. Ils sont fondés sur une intensification de la coopération entre l'Éducation nationale et les structures médico-sociales ;
- près d'un élève en situation de handicap sur sept (14,5 %) est scolarisé tout ou partie dans une unité d'enseignement interne à un établissement médico-social (instituts médico-éducatifs, instituts d'éducation motrice, instituts d'éducation sensorielle, etc.). A noter, certains élèves bénéficient d'une scolarité partagée, c'est-à-dire qu'ils sont rattachés à un établissement médico-social et bénéficient d'un temps de scolarisation dans l'établissement médico-social et d'un temps en école ou établissement scolaire ordinaire (en ULIS par exemple).

Les données collectées par la Drees fin 2022 font apparaître que la moitié des structures médico-sociales dispose d'une unité d'enseignement interne et un tiers d'une unité externalisée au sein d'un établissement scolaire.

La proportion de structures disposant d'une unité d'enseignement varie selon le type d'ESMS : plus de 80 % des IME, Itep et instituts d'éducation motrice disposent d'une unité d'enseignement interne, fréquemment doublée d'une unité d'enseignement externalisée, contre 38 % des établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés⁵⁷.

Ces mêmes données identifient que parmi les enfants et adolescents accompagnés par un ESMS, presque un enfant sur dix demeure non scolarisé (8 %). Les difficultés d'accès se concentrent dans certaines structures : si 2 % des jeunes accompagnés par un ITEP ne sont pas scolarisés, c'est le cas de 60 % des jeunes en établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (contre toutefois 70 % en 2018 et 85 % en 2010)⁵⁸.

Encourager l'inclusion scolaire des enfants polyhandicapés : les recommandations du groupe d'experts de l'Expertise collective Inserm « Polyhandicap » (2024)⁵⁹

Alors que la littérature scientifique disponible démontre que les apprentissages répondent à des besoins fondamentaux de la personne polyhandicapée d'être mieux reconnue dans ses intentions, de communiquer, de relations sociales, de développement des compétences, de favoriser une certaine maîtrise de soi et de son environnement, le groupe d'experts de l'Expertise collective Inserm « Polyhandicap » publiée en 2024 recommande :

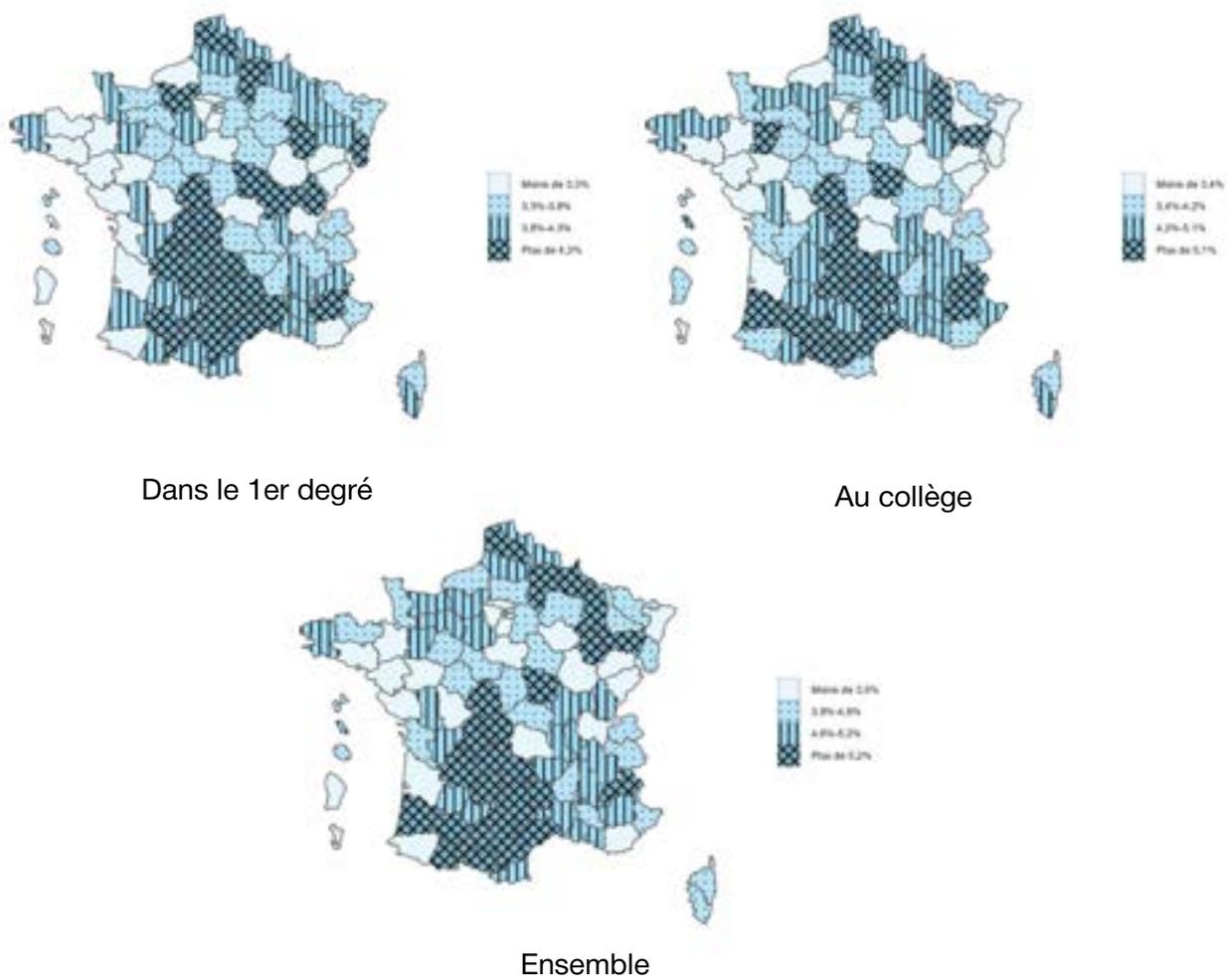
- d'adopter une approche fondée sur le droit des enfants et adolescents polyhandicapés d'accéder à une scolarisation ajustée à leurs besoins et sur l'identification des types d'apprentissages qui leur seraient bénéfiques ;
- de s'appuyer sur le tissu existant d'établissements spécialisés en France afin de définir une scolarisation individualisée pour chaque enfant polyhandicapé ;
- de créer systématiquement des unités d'enseignement impliquant les équipes des établissements spécialisés et celles des écoles de proximité ;
- d'adapter les conditions de scolarisation aux spécificités et à l'état de santé des enfants polyhandicapés ;
- de définir en France une référence ministérielle qui aurait valeur de « programme d'enseignement adapté » pour les élèves polyhandicapés, et qui préciserait plus clairement les objectifs d'apprentissage dans le cadre d'une scolarisation que les objectifs éducatifs jusqu'ici définis dans la circulaire n° 89-19 du 30 octobre 1989 relative aux conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés ;
- de réaliser l'évaluation individualisée des potentialités, des limitations (déficits) et des besoins d'apprentissage en équipe pluriprofessionnelle et en associant les parents.

La dynamique de scolarisation des élèves en situation de handicap se traduit de manière différenciée selon les territoires

A la rentrée 2023, à l'échelle nationale, la proportion d'élèves en situation de handicap atteint 3,7 % parmi les élèves de premier degré en milieu scolaire ordinaire, 4,1 % parmi les élèves du second degré en milieu scolaire ordinaire et 4,4 % du total des effectifs scolaires (scolarisation en établissement médico-social ou de santé inclus).

La part des élèves en situation de handicap dans les effectifs scolaires varie significativement selon les territoires, avec des situations départementales différenciées, en fonction des caractéristiques démographiques et de l'offre en matière de scolarisation et de sa répartition territoriale (Figures 34).

L'influence des caractéristiques de l'offre semble particulièrement observable aux extrêmes de la distribution : la proportion d'élèves en situation de handicap dans le total des effectifs (scolarisation en établissement médico-social ou de santé inclus) atteint ses plus hauts niveaux dans le Gers (7,8 %), le Pas-de-Calais (7,3 %), la Lozère (6,8 %), le Cantal et la Creuse (6,7%) ; elle atteint son plus bas niveau à Mayotte (1,2 %).



Figures 34 -Scolarisation des élèves en situation de handicap par département (2023-2024) en pourcentage (%)

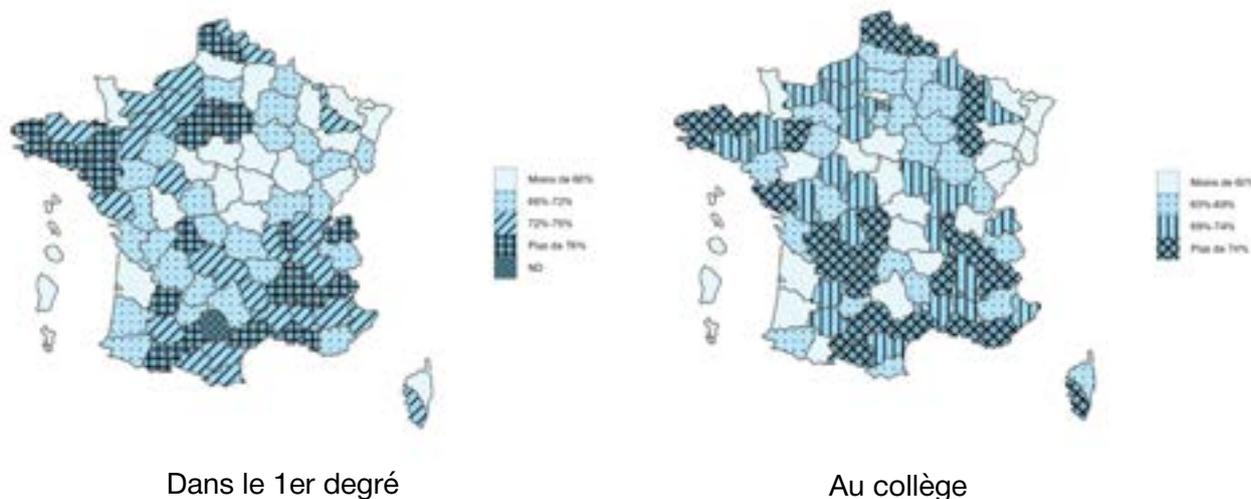
Lecture : Pour l'année scolaire 2023-2024, dans le Pas-de-Calais, 6,2 % des élèves du 1er degré sont en situation de handicap.

Champ : France, Public + Privé (sous et hors contrat).

Source : RERS 2024, DEPP et DGESCO, enquêtes n°3 et n° 12 relatives aux élèves bénéficiant d'un PPS scolarisés en milieu ordinaire dans les établissements du premier degré et du second degré relevant du ministère chargé de l'éducation nationale.

DEPP, enquête n° 32 relative aux élèves scolarisés dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux relevant du ministère chargé de la santé.»

Des données plus anciennes, collectées en 2020, faisaient également apparaître des différences territoriales de modes de scolarisation, avec une part des élèves en situation de handicap scolarisés dans une classe ordinaire du premier degré ou au collège plus faible dans les départements du quart nord-est, les départements centraux et dans les DROM (Figures 35).



Figures 35 - Elèves en situation de handicap dans le 1er degré et au collège scolarisés dans une classe ordinaire

Lecture : Dans les Hautes-Pyrénées, 80% des élèves en situation de handicap sont intégrés en classe ordinaire dans le 1er degré : 60% le sont au collège.

Source : DEPP-MENJS 2021, Base centrale de pilotage enquête n°3 relative à la scolarisation des élèves en situation de handicap scolarisés dans le premier et second degré, voir DEPP (2021), Géographie de l'École édition 2021.

L'accès à l'enseignement supérieur : la croissance des effectifs étudiants en situation de handicap s'accélère

La Direction générale de l'enseignement supérieur et de la recherche et de l'insertion professionnelle (DGESIP) du ministère de l'enseignement et de la recherche publie tous les ans *L'état de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'Innovation* en France dont l'un des chapitres est consacré aux étudiants en situation de handicap.

À la rentrée 2022, 59 000 étudiants en situation de handicap sont recensés dans les établissements de l'enseignement supérieur soit 2 % des effectifs étudiants (cette évaluation étant soumise à la déclaration des situations de handicap, même si supportée par le déploiement des missions des référents handicap). Le nombre d'étudiants en situation de handicap a été multiplié presque par 8 depuis 2003 et a quasi doublé depuis la rentrée 2018 (Figure 36).

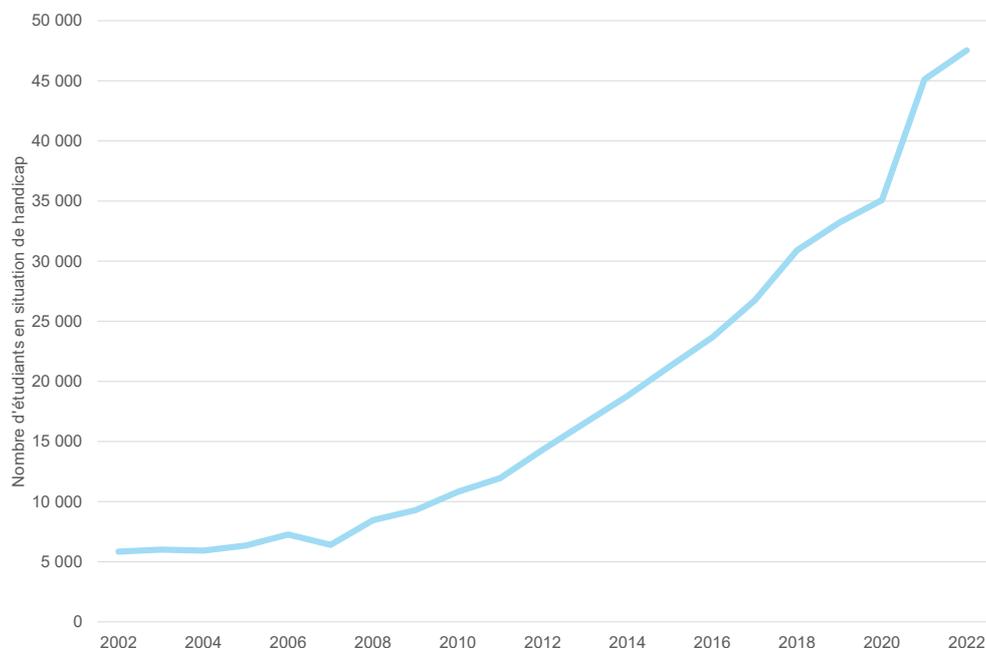


Figure 36 - Evolution du nombre d'étudiants en situation de handicap inscrits à l'université entre 2002 et 2022

Lecture : En 2022, 47 539 étudiants en situation de handicap sont inscrits à l'université.

Source : MESR-DGESIP

La grande majorité de ces étudiants (82,9 %) sont inscrits à l'université et principalement au niveau licence (77,6%). Les étudiants avec des troubles du langage sont les plus représentés parmi l'ensemble des étudiants en situation de handicap (21,6 %) mais la part des étudiants avec des troubles des fonctions cognitives ou des troubles psychiques est en forte croissance. Les étudiants en situation de handicap sont 79,1% à bénéficier d'au moins un aménagement pour les examens (principalement une majoration du temps). Le déroulement des études supérieures et la réussite des étudiants en situation de handicap restent toutefois peu documentés du point de vue statistique.

La CNSA soutient actuellement une étude en épidémiologie de faisabilité d'une cohorte d'étudiants en situation de handicap, qui viserait à mieux qualifier l'impact des différentes situations de handicap, les limites des dispositifs d'accompagnement existants et les facteurs facilitateurs⁶⁰, ainsi qu'une thèse sur le parcours des étudiants en situation de handicap invisible⁶¹.

L'accès et les modalités de scolarisation varient selon les caractéristiques des élèves

Le type de troubles est un déterminant majeur des modalités de scolarisation. Si les élèves avec troubles moteurs, visuels, ou du langage sont très majoritairement scolarisés en classe ordinaire, les élèves présentant des troubles intellectuels ou cognitifs sont plus souvent scolarisés avec l'appui d'un dispositif de scolarisation, en ULIS ou en unités d'enseignement.

Comme pour les autres élèves, l'origine sociale semble influencer sur l'accès et les modalités de scolarisation des élèves en situation de handicap.

	Très favorisée	Favorisée	Moyenne	Défavorisée	Ensemble
Classe ordinaire à 17 ans	59,5	57,9	49,7	49,0	51,4
dont terminale GT ou pro à 17 ans	26,7	19,1	14,0	8,5	13,2
ULIS à 17 ans	7,8	6,8	8,9	9,1	8,6
ESMS à 17 ans	18,5	18,1	21,6	22,1	21,1
Apprentissage à 17 ans	6,5	10,1	12,3	12,8	11,7
Autre situation à 17 ans	7,7	7,1	7,4	6,9	7,1

Figure 37 - Type de scolarisation et niveau atteint à 17 ans des élèves en situation de handicap nés en 2005 selon l'origine sociale en 2022-2023 (en pourcentage)

Lecture : 60% des élèves d'origine sociale «Très favorisée» sont scolarisés dans une classe ordinaire à 17 ans, et 19 % dans un ESMS.

Champ : France (hors Mayotte), Public + Privé sous et hors contrat

Source : RERS 2024, DEPP, Panel d'élèves en situation de handicap nés en 2005.

La part des élèves scolarisés en classe ordinaire reste d'autant plus importante que le milieu social est favorisé : à 17 ans, 60 % des élèves issus d'un milieu très favorisé sont scolarisés dans une classe ordinaire, contre 50 % des élèves issus d'un milieu social moyen et 49 % des élèves issus d'un milieu défavorisé. Au même âge, les jeunes des milieux favorisés sont aussi plus souvent « à l'heure »⁶² dans le niveau suivi, avec un écart de 18 points entre les catégories très favorisées et les catégories défavorisées : 27 % des jeunes de 17 ans issus d'un milieu très favorisé sont « à l'heure » contre seulement 9 % des jeunes issus d'un milieu défavorisé.

Une thèse en cours étudiant les interactions entre le handicap, le genre et l'origine sociale et leurs influences sur les représentations des enseignants et le vécu des élèves en situation de handicap est actuellement soutenue par la CNSA⁶³.

Les AESH constituent le deuxième groupe professionnel de l'Éducation nationale

Concomitamment à la scolarisation en milieu ordinaire, le métier d'accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH) a vu croître ses effectifs.

À la rentrée 2023, les AESH constituaient le deuxième groupe professionnel de l'Éducation nationale derrière les enseignants, soit 128 466 professionnels (93 % de femmes) pour l'équivalent de 81 164 ETP, du fait d'un exercice très majoritairement à temps partiel.

Un état des lieux de la recherche sur l'essor de cette profession a été récemment réalisé par Marie Toullec et Nancy Granger⁶⁴. Il montre que le recours à ce type d'accompagnement n'est pas spécifique à la France : il est largement observé à l'international, sous des dénominations d'assistants, d'aides ou d'accompagnant, dans un objectif de compensation des répercussions du handicap et de scolarisation en milieu ordinaire des élèves en situation de handicap.

En particulier, un impact positif sur l'accès aux apprentissages des élèves en situation de handicap n'est pas confirmé par les travaux disponibles, en lien potentiellement avec des enjeux de positionnement adéquat de l'accompagnement. Alors que l'attribution d'un accompagnant au titre de la scolarisation en milieu ordinaire et la configuration élève-accompagnant demeurent une demande forte des enseignants et des parents, si « attaché à un individu » plutôt qu'en accompagnement de la classe, l'accompagnant est mis en risque de faire écran aux apprentissages en classe de l'élève en situation de handicap, de concurrence des consignes avec l'enseignant et d'entretenir une distance au collectif de classe⁶⁵.

La coopération entre l'Éducation nationale et les structures médico-sociales reste un objet émergent de recherche

Les nouveaux dispositifs d'appui à la scolarisation en milieu ordinaire, les unités d'enseignement externalisés et les dispositifs d'auto-régulation (DAR) restent encore peu observés par la recherche. Peuvent néanmoins être citées la recherche en cours sur les DAR coordonnée par Marie Toullec et Julie Pascaud⁶⁶ et la thèse CIFRE de Nadège M'Foudi au sein de l'Association HOVIA sur des UEE accueillant des élèves de 12 à 18 ans⁶⁷.

Une récente recherche en sciences de l'éducation, coordonnée par Amaël André, s'est intéressée aux unités d'enseignement maternelle autisme (UEMA)⁶⁸. Elle montre que les enfants avec des troubles du spectre de l'autisme accueillis en UEM progressent dans leur développement social, cognitif et émotionnel. Des conditions de réussite sont identifiées : offrir des repères stables (modalités de guidage, situations d'apprentissage proposées, interactions entre pairs) pour répondre aux besoins des enfants ; organiser des temps réguliers de réunions entre les professionnels de l'éducation nationale (enseignants spécialisés et généralistes) et du médico-social (éducatrices, psychologues, etc.) qui sont le support d'un élargissement des compétences et des savoir-faire respectifs ; associer les familles dans un principe de co-éducation.

Ces recherches ont été ou sont conduites avec le soutien de la CNSA.

Quels besoins de recherches sur l'accueil des jeunes enfants, la scolarisation et les étudiants en situation de handicap ?

La DEPP et la DGSIP produisent de nombreuses statistiques sur la scolarisation des élèves et étudiants en situation de handicap. Toutefois, certains d'indicateurs quantitatifs manquent encore selon le Défenseur des droits (2022) qui recommande « de mettre en place des outils statistiques permettant d'appréhender finement les modalités et le temps de scolarisation effectif des élèves en situation de handicap, le temps de présence des AESH, les modalités d'accompagnement mises en places, etc. » et « de mettre en place des indicateurs permettant de suivre, en temps réel, la mise en œuvre des décisions des MDPH en matière de scolarisation des élèves en situation de handicap ».

Les disparités territoriales d'accès à la scolarisation et à l'école inclusive des enfants et adolescents en situation de handicap seraient à analyser au regard de l'offre existante sur le territoire (places en ESMS, en ULIS, nombre d'AESH, etc.).

Aujourd'hui, il est encore difficile de saisir, quantitativement et qualitativement, le phénomène de la déscolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap qui fait pourtant l'objet d'alertes de la part des associations du secteur ou du Défenseur des droits (Défenseur des droits, 2023).

La scolarisation des élèves en situation de handicap à distance, notamment via le Centre national d'enseignement à distance (CNED), n'a pas fait l'objet à notre connaissance de recherches académiques approfondies. Or, une offre du CNED est réservée aux enfants en situation de handicap qui relèvent des MDPH. Par ailleurs, l'enseignement à distance est aussi une opportunité de maintien dans l'emploi d'enseignants en situation de handicap (CNED, 2018).

L'enquête coordonnée par Isabelle Ville en partenariat avec la DEPP sur des données récoltées en 2016 mériterait d'être actualisée : notamment, cela permettrait d'avoir des données plus récentes sur la surreprésentation de la scolarisation privée chez les élèves en situation de handicap ou d'observer si les parents ont aujourd'hui une meilleure opinion de l'école inclusive sur le bien-être de leur enfant par rapport à l'éducation spécialisée.

Les recherches qui cherchent à documenter le vécu et le bien-être des enfants en situation de handicap sont à encourager : elles sont moins nombreuses que celles portant sur les professionnels. En ce sens, une enquête pour comparer le bien-être des élèves à handicap équivalent dans différents types d'accompagnement scolaire pourrait être utilement menée.

Des enquêtes sur la réussite scolaire des élèves et étudiants en situation de handicap restent à mener. Si nous disposons d'une publication sur la réussite au brevet, cela n'est pas le cas pour le baccalauréat et pour les diplômes du supérieur (licence, master, doctorat) au niveau national. La réussite aux CAP et BEP pourraient aussi être regardée tout comme la réussite et le vécu des élèves en situation de handicap intégrés à des filières élitistes du supérieur (classes préparatoires, grandes écoles).

La récente expertise collective réalisée par l'Inserm sur le polyhandicap (2024) recommande le développement de recherches sur les modes de garde et sur les conditions et l'évaluation de la scolarisation des enfants polyhandicapés en France. Plus largement, les modalités d'accueil des jeunes enfants en situation de handicap, d'une part, et les unités d'enseignement internes aux ESMS, d'autre part, apparaissent insuffisamment étudiées.

Plus globalement, une plus grande diversité disciplinaire des recherches en sciences humaines et sociales serait souhaitable, les enjeux de modes de garde, de scolarisation et de poursuite d'études en situation de handicap apparaissant encore essentiellement les objets d'analyses en psychologie et psychologie sociale, avec toutefois un essor récent de travaux en sciences de l'éducation.



II. Caractériser l'offre et sa transformation pour proposer des parcours adaptés

L'offre en établissements et services médico-sociaux (ESMS)

Les ESMS accompagnant les personnes en situation de handicap

Les capacités réelles d'accueil et d'accompagnement par les ESMS apparaissent un peu supérieures au nombre de places installées

Au 31 décembre 2023, on dénombre en France environ 535 000 places installées en ESMS pour personnes en situation de handicap dont environ 176 000 places en ESMS pour les enfants et 359 000 en ESMS pour les adultes (données issues du Fichier national

Une capacité d'accueil et d'accompagnement par les ESMS estimée à 555 000 personnes en situation de handicap

des établissements sanitaires et sociaux, nommé usuellement Finess). Les places installées sont celles en capacité théorique d'accueillir des personnes à la date d'observation (celles fermées temporairement pour cause de travaux ou pour un autre motif étant toutefois incluses). Le nombre de places installées peut être quelque peu inférieur au nombre de places autorisées, ces dernières pouvant être en attente de création.

L'estimation de la capacité théorique d'accueil par le dénombrement des places installées ne reflète pas parfaitement la capacité réelle d'accueil. Comme vu précédemment, elle peut être légèrement inférieure (en cas de fermeture temporaire de places installées). Pour

certains types d'ESMS, elle peut être supérieure : c'est particulièrement le cas s'agissant des services à domicile, mais également si des structures ont développé des modes d'accompagnements séquentiels ou à temps partiel. Dans ces configurations, pour une même place dite « installée », plus d'une personne est susceptible de bénéficier d'un accompagnement.

Pour une estimation des capacités réelles d'accueil des structures, les données de suivi des orientations médico-sociales renseignées par les ESMS peuvent être mobilisées (ces données sont issues du portail ViaTrajectoire).

Il est estimé, sur la base des données issues de ViaTrajectoire retraitées, qu'au 31 décembre 2023, les ESMS avaient une capacité d'accueil et d'accompagnement de 555 000 personnes en situation de handicap :

- Une capacité d'accueil et d'accompagnement de 185 000 enfants et jeunes de moins de 20 ans en situation de handicap ;
- Une capacité d'accueil et d'accompagnement de 370 000 adultes en situation de handicap, dont 129 000 personnes handicapées au titre de l'insertion professionnelle (notamment en ESAT) et 241 000 personnes handicapées au titre des autres types de structures médico-sociales.

Plus en détail (Figure 38), s’agissant du secteur adultes, ce sont les foyers d’hébergement et les foyers de vie, regroupés sous la catégorie des établissements d’accueil non médicalisés (EANM) qui ont la plus grande capacité, d’environ 96 000 personnes en situation de handicap. Les services d’accompagnement à la vie sociale (SAVS) ont une capacité de près de 62 000 personnes, tandis que les maisons d’accueil spécialisées (MAS) et les foyers d’accueil médicalisés et autres établissements d’accueil médicalisés (FAM-EAM) peuvent accueillir respectivement près de 31 000 et 32 000 personnes en situation de handicap.

S’agissant du secteur enfants, en fusionnant les services d’éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) dans un logique de dispositifs (DITEP), ces structures présentent une capacité d’accueil et d’accompagnement de près de 90 000 enfants et jeunes en situation de handicap. Ce sont les plus importantes capacités avec celles des instituts médico-éducatifs (IME), proches de 73 000 enfants et jeunes de moins de 20 ans.

Ces indicateurs dits de « stock » peuvent être complétés par des indicateurs dits de « flux », soit la capacité de nouvelles admissions dans l’année pour ces structures. Le taux de renouvellement constaté, soit le rapport entre le nombre de nouveaux accueils par an et la capacité totale d’accueil de la structure, est très variable selon les structures : il est proche de 100% sur le périmètre des établissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP), de pré-orientation (ESPO) et les unités d’évaluation, de réentraînement et d’orientation sociale et professionnelle (UEROS), ici réunis dans la catégorie CRP et nettement plus faible en MAS (9 %) et en IME (14 %).

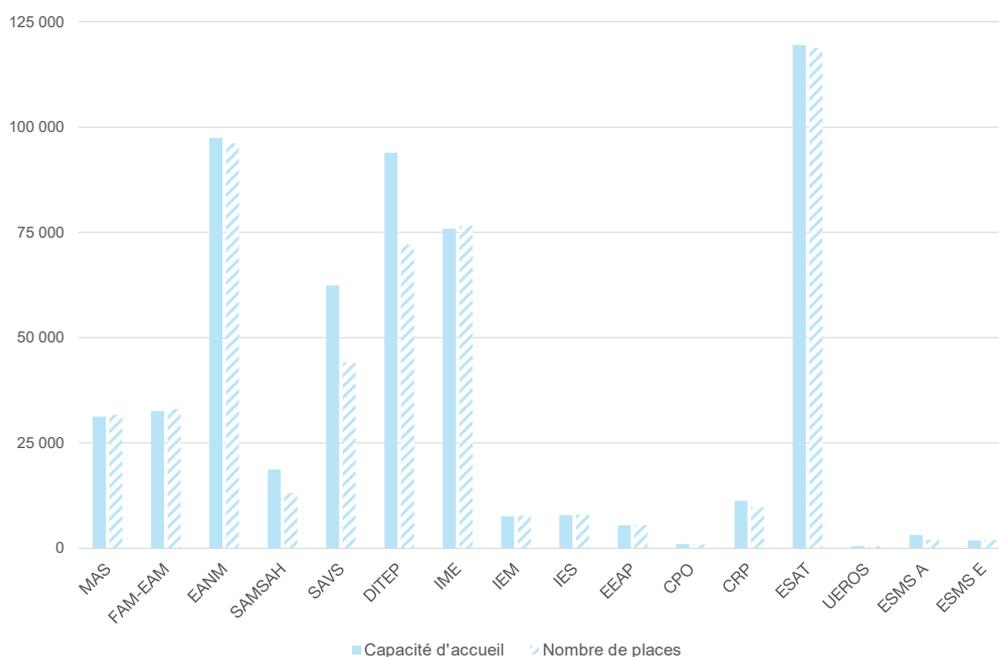


Figure 38 - Capacité d’accueil et nombre de places en ESMS au 31 décembre 2023

Lecture : Au 31 décembre 2023, pour 31 000 places installées, les MAS ont une capacité d’accueil totale de près de 31 000 personnes.

Champ : ESMS exigeant pour admission une décision d’orientation de la CDAPH au 31 décembre 2023, France entière.

Source : CNSA, ViaTrajectoire et FINESS au 31 décembre 2023.

Note : Données estimées sur la base des données déclarées par les ESMS dans l’outil ViaTrajectoire. La capacité d’accueil a été recalculée à partir de taux de référence pour corriger les non-réponses partielles ou totales des ESMS en termes d’accueil.

Les capacités d'accueil et d'accompagnement par les ESMS ont progressé ces dernières années

Globalement, la capacité d'accueil des structures progresse au fil des années : elle est passée de près de 537 000 personnes en situation de handicap en 2019 à 555 000 en 2023, soit une progression de 3,3 % sur cette période (Figure 39).

Pour les enfants, la capacité d'accueil est passée de près de 178 000 en 2019 à 185 000 en 2023, soit une augmentation d'environ 4 % sur la période.

En ce qui concerne les adultes (dont les ESAT et les établissements et services au titre de la réadaptation professionnelle), la capacité d'accueil est passée de 360 000 places en 2019 à près de 370 000 places en 2023, soit une augmentation d'environ 2,8 % sur la période.

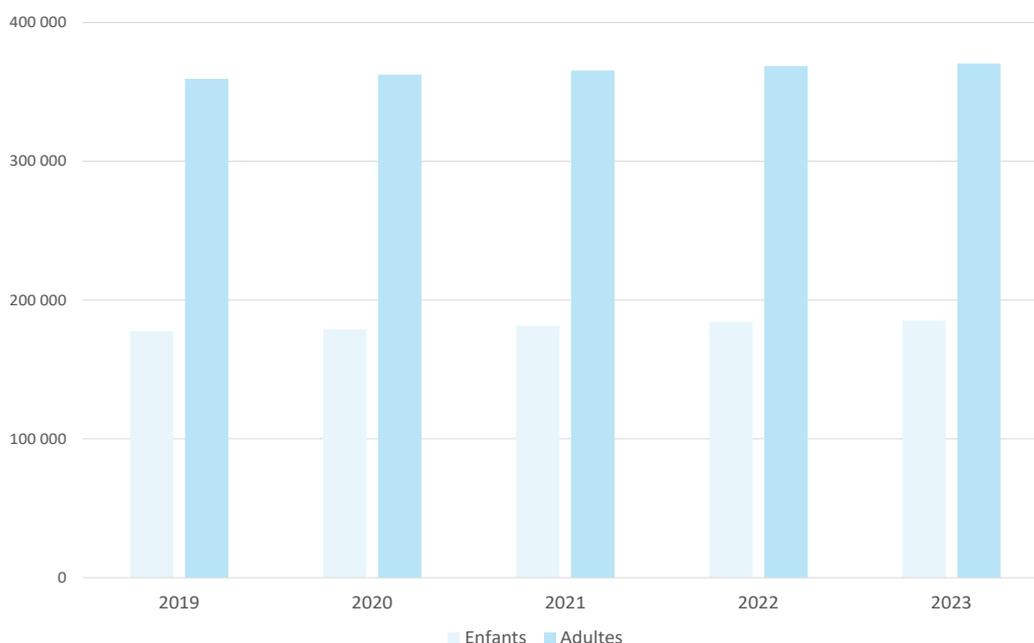


Figure 39 - Evolution de la capacité d'accueil en ESMS pour adultes et enfants entre 2019 et 2023

Lecture : En 2023, la capacité d'accueil estimée est de 185 049 pour les places enfants et 370 472 pour les places adultes.

Source : CNSA, ViaTrajectoire et FINESS au 31 décembre 2023.

Des disparités territoriales de capacités d'accueil et d'accompagnement par les ESMS

D'un point de vue territorial, la Lozère, la Corrèze et le Cantal sont les départements présentant les plus fortes capacités d'accueil et d'accompagnement en ESMS pour adultes. S'agissant des capacités d'accueil et d'accompagnement des enfants, c'est également le cas de l'Orne, de la Haute-Marne, des Ardennes, des Hautes-Pyrénées et de la Creuse (Figure 41).

Les départements de l’Ile-de-France (la Seine-Saint-Denis, les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne, Paris, l’Essonne et le Val-d’Oise), la Corse, la Moselle et les Bouches-du-Rhône sont les départements les moins bien dotés, avec des capacités d’accueil et d’accompagnement en ESMS inférieures à 4 adultes en situation de handicap pour 1 000 habitants de plus de 20 ans. S’agissant des enfants, c’est également le cas du Var, de la Seine-et-Marne et de la Haute-Savoie avec des capacités d’accueil et d’accompagnement inférieures à 11 enfants ou jeunes de moins de 20 ans en situation de handicap pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (Figure 41).

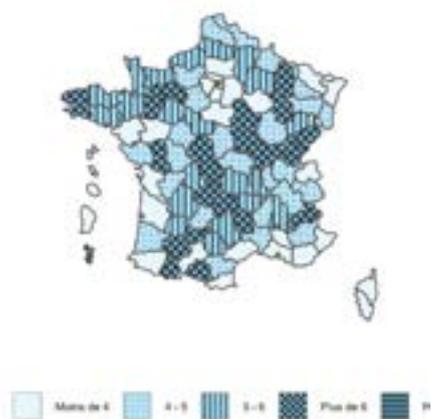


Figure 40 - Capacité d’accueil des ESMS accompagnant des adultes au 31 décembre 2023 (pour 1000 habitants de plus de 20 ans)

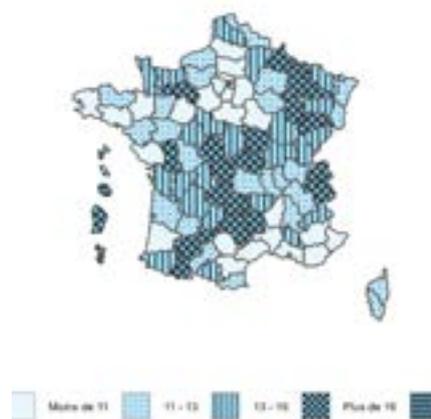


Figure 41 - Capacité d’accueil des ESMS accompagnant des enfants au 31 décembre 2023 (pour 1000 habitants de moins de 20 ans)

Lecture : En 2023, pour le département du Nord, la capacité d’accueil des ESMS pour adultes est comprise entre 4 et 5 personnes pour 1 000 habitants de plus de 20 ans. En 2023, pour le département du Nord, la capacité d’accueil des ESMS pour enfants est comprise entre 11 et 13 personnes pour 1 000 habitants de moins de 20 ans.

Champ : Capacité d’accueil des ESMS pour adultes (figure 40) et pour enfants (figure 41) au 31 décembre 2023, France métropolitaine.

Source : CNSA, ViaTrajectoire.

Note : Données estimées sur la base des données déclarées par les ESMS dans l’outil ViaTrajectoire et recalculées à partir de taux de référence pour corriger les non-réponses partielles ou totales des ESMS en termes d’accueil. La capacité d’accueil des ESMS pour adultes est rapportée à la population âgée de 20 ans et plus. La capacité d’accueil des ESMS pour enfants est rapportée à la population âgée de moins de 20 ans. Les départements d’outre-mer (DOM) ne sont pas représentés pour des raisons de complétude et de qualité des données collectées.

Les établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes âgées

Au 31 décembre 2023, on dénombre en France environ 900 000 places installées dans les structures de service ou d'hébergement pour personnes âgées, sans prise en compte de l'offre en services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Sur le périmètre considéré, hors SAAD, l'offre majoritaire est celle en EHPAD. On dénombre 615 000 places installées pour un total de 7 443 EHPAD (soit 70 % du total des places). Les résidences autonomie comptent près de 120 000 places installées (13% du total des places). Les unités de soins de longue durée (USLD) comptent environ 29 700 places installées (3% du total des places) et les autres établissements pour personnes âgées (EHPA et EEPA) près de 5 600 places installées. Enfin, les centres d'accueil de jour (CAJ) présentant environ 10 000 places installées.

On dénombre dans les services de soins à domicile (SSIAD et SPASAD) près de 127 000 places installées (soit 14 % du total des places).

En incluant l'ensemble de l'offre dont les SAAD et au regard du nombre de bénéficiaires de l'APA, les capacités réelles d'accueil et d'accompagnement sont estimées à un niveau très significativement supérieur, autour de 1,5 million de personnes âgées (voir partie B-2, estimation sur données 2022).

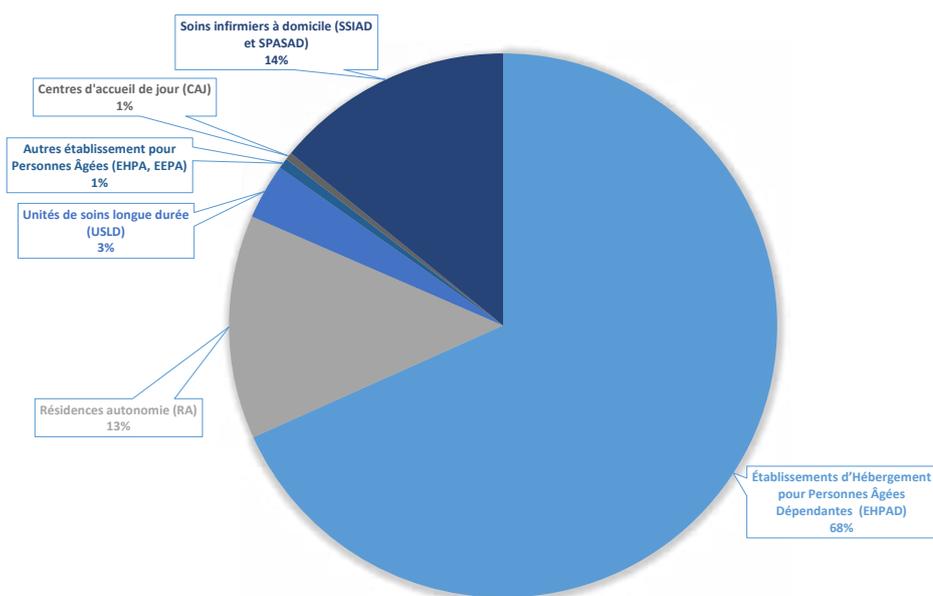


Figure 42 - Répartition des places installées par catégorie d'ESMS pour personnes âgées au 31 décembre 2023 (hors SAAD)

Lecture : En 2023, 615 315 places sont installées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Champ : France entière.

Source : Finess, Drees – SAE, Traitements CNSA.

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 – USLD : Etablissement de soins de longue durée.

Des disparités territoriales peuvent être constatées en rapportant le nombre de places installées en ESMS pour personnes âgées à la population potentiellement concernée, étant ici retenue la population âgée de 75 ans et plus. Ce type d'indicateur permet d'observer des écarts de « taux d'équipement », ou dit autrement de « taux de couverture ».

Des disparités territoriales en matière d'offre pour les personnes âgées

A l'échelle nationale, le taux d'équipement moyen s'établit, en 2023, à près de 114 places installées pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans dont 93 places installées en établissements et 22 places installées en services de soins à domicile.

A la maille départementale, en matière d'offre en établissements, la Lozère est la plus « équipée » avec environ 160 places installées pour 1000 habitants. Les taux d'équipement en places installées en établissements sont également très supérieurs à la moyenne nationale dans l'Yonne, la Creuse, le Cantal, l'Ardèche, la Mayenne et les Deux-Sèvres (plus de 130 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus).

A l'opposé, certains départements sont plus faiblement équipés en places installées en établissements : c'est particulièrement le cas des départements d'outre-mer, mais également de la Corse ainsi que de Paris (avec moins de 50 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus).

En matière d'offre de services de soins à domicile, les départements les plus équipés sont la Lozère et la Creuse, également l'Aisne, la Haute-Vienne, la Meuse et Paris avec plus de 30 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. A l'opposé, la Réunion et la Haute-Corse présentent les plus bas taux d'équipement en services de soins à domicile (avec respectivement 13 et 12 places installées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus).

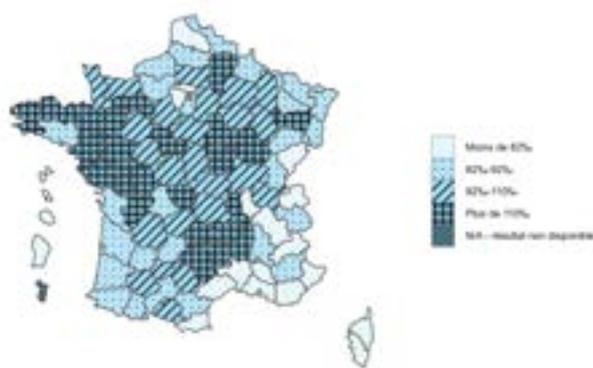


Figure 43 - Places installées en établissement pour personnes âgées au 31 décembre 2023 (pour 1000 habitants de 75 ans et plus)

Lecture : Dans le département du Nord, entre 82 et 92 places en établissement sont installées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source : Finess, traitements CNSA, Insee.

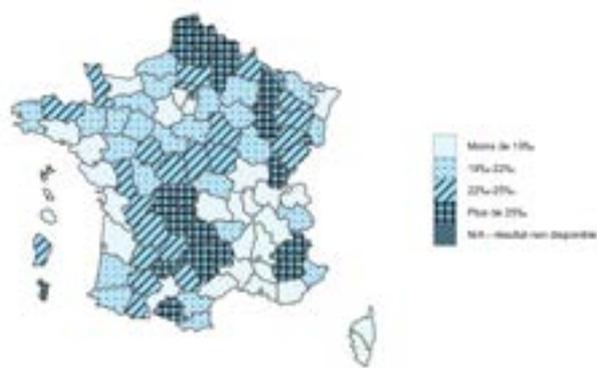


Figure 44 - Places installées en service pour personnes âgées au 31 décembre 2023 (pour 1000 habitants de 75 ans et plus)

Lecture : Dans le Finistère, entre 19 et 22 places en service sont installées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source : Finess, traitements CNSA, Insee.

Les enjeux financiers de l'offre

Une vue d'ensemble du financement de l'offre médico-sociale

Comment fonctionne le financement des ESMS ?

Qui finance ? Afin de soutenir le développement et la pérennisation des solutions d'accompagnement qu'ils proposent, les ESMS reçoivent des financements publics, destinés à couvrir tout ou partie de leurs coûts de revient. Les ESMS reçoivent des financements publics des ARS ou des départements⁶⁹ :

- Les EHPAD et les USLD, qui accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie, bénéficient d'un financement mixte. Les ARS financent les prestations de soins tandis que les départements financent les prestations d'aide et d'accompagnement ;
- Les services autonomie à domicile sont financés par les départements ;
- Les services de soins à domicile (SSIAD) sont financés par les ARS ;
- Les autres ESMS, les établissements accueillant des adultes ou des enfants et jeunes de moins de 20 ans en situation de handicap ainsi que les services intervenant auprès de ces publics, sont financés par les ARS.

Comment sont définis les financements ? Selon les types d'établissements ou de services de l'offre médico-sociale, les financements publics sont établis de trois manières distinctes :

- L'ESMS peut être financé sur la base de dotations historiques, dont la reconduction est négociée dans le cadre d'un dialogue de gestion entre le financeur public et l'ESMS, en tenant compte de l'inflation et de l'évolution du coût des facteurs. Cette modalité de financement s'applique actuellement aux établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes en situation de handicap, mis à part les SSIAD et les services d'aide à domicile. La dotation historique peut être assortie de dotations complémentaires, qui permettent d'orienter le développement de l'offre en fonction d'objectifs spécifiques.
- L'ESMS peut être financé en application d'une ou plusieurs équations tarifaires, le financement reçu étant alors la résultante d'une formule de calcul et de paramètres prédéfinis, dont les valeurs évoluent en fonction de l'inflation et du coût des facteurs. L'introduction de financement par équations tarifaires répond à plusieurs objectifs : premièrement, améliorer l'équité du financement entre les ESMS et entre les territoires ; deuxièmement, rationaliser le financement public en le fixant sur la base de discriminants de coûts, généralement estimés sur la base des coûts historiques ; enfin, piloter le développement d'une offre soutenable et répondant aux priorités des politiques de l'autonomie. La mise en œuvre des équations tarifaires peut éventuellement s'accompagner de mesures de rattrapage ciblant certains ESMS ou certains territoires. Les SSIAD, les USLD et les EHPAD sont financés sur la base d'équations tarifaires.
- Enfin, les services d'aide à domicile sont financés essentiellement sur la base de leur activité. Le financement public reçu par un service est proportionné au nombre d'heures d'intervention assurées auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH. Les services reçoivent dans certains cas des financements complémentaires, liés notamment aux mesures de revalorisations salariales ou à certains objectifs.

Par ailleurs, le fonds d'intervention régional (FIR) créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 est un outil complémentaire de financement, confié aux ARS pour permettre une meilleure adaptation des financements aux besoins des territoires et une plus grande souplesse en gestion : il est mobilisé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM), le déploiement de la paire-intervention, le financement des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (qui exigent une intégration des services d'aide et de soin) et le forfait habitat inclusif (jusqu'au 1er janvier 2025, l'aide à la vie partagée cofinancée par la CNSA et les départements se substituant totalement à ce dernier).

Encadré : la PCH et l'APA contribuent au financement public de l'offre d'aide à domicile

Comme présenté à la partie A-2, l'APA et la PCH sont des prestations individuelles, versées par les conseils départementaux, visant à couvrir une partie des dépenses induites par le recours à une aide professionnelle. Pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap vivant à domicile, ces prestations permettent de financer des accompagnements par des services autonomie à domicile (SAD) prestataires, des services mandataires ou des professionnels intervenant en emploi direct. A noter que les services prestataires, lorsqu'ils sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, sont considérés comme des ESMS. Le montant de l'APA et de la PCH que reçoit un bénéficiaire est modulé en fonction du mode selon lequel intervient le professionnel qui l'accompagne (prestataire, mandataire ou emploi direct).

En ce sens, la PCH et l'APA peuvent être considérées comme des modalités du financement de l'offre, et en particulier des SAD. Ainsi, contrairement aux autres ESMS, les SAD, pour leurs prestations d'aide et d'accompagnement, se trouvent financés par le biais de prestations venant solvabiliser la demande.

Le financement public des ESMS : les agrégats financiers

A l'échelle « macro », les financements publics de l'offre médico-sociale impliquent trois types d'acteurs : les départements, les ARS et la CNSA.

D'une part la CNSA délègue des crédits aux ARS dans la limite de l'enveloppe nationale définie par l'objectif global de dépenses (OGD), aussi appelé « Ondam médico-social ». Son montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). La CNSA répartit ce financement national entre les régions : chaque ARS reçoit ainsi une dotation régionale limitative (DRL), qu'elle a la charge de distribuer aux établissements médico-sociaux. Les ARS peuvent également mobiliser des crédits via leur fonds d'intervention régional (FIR), afin d'assurer le développement d'activités identifiées par les ARS comme nécessaires sur le territoire.

D'autre part, la CNSA compense aux départements une partie des dépenses qu'ils engagent auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap. Ces financements sont la résultante de plusieurs « concours » (dont les concours « APA » et « PCH », voir encadré) : chacune de ces enveloppes est calculée selon des modalités propres et vise à soutenir des dimensions spécifiques de l'offre.

La manière dont sont financés les ESMS au niveau « micro » et les enveloppes budgétaires « macro » s'articulent et concourent aux mêmes objectifs.

Les enveloppes versées sont en partie déterminées par les modalités de financement des opérateurs, tandis que ces dernières peuvent contribuer à infléchir l'offre et les besoins globaux de financement. En finançant l'offre médico-sociale, la CNSA, les ARS et les départements concourent à un ensemble d'objectifs constitutifs de la 5ème branche de la sécurité sociale : la structuration d'une offre médico-sociale qui réponde aux besoins des populations et soit accessible financièrement, répartie de manière équitable sur le territoire. Le financement de l'offre vise aussi à assurer la soutenabilité économique des opérateurs du secteur médico-social tout en garantissant la soutenabilité des dépenses publiques engagées.

38,2 milliards d'euros de financements apportés par la branche Autonomie en 2022

En 2022, l'ensemble des financements de la branche autonomie représentait 38,2 milliards d'euros.

9,8 milliards d'euros, soit 26 % du financement total, ont été engagés par les départements. Sur ce montant, 4,1 milliards d'euros ont été refinancés par la CNSA par le biais des concours, soit 5,7 milliards d'euros de financement net de la branche Autonomie couverts par les départements (15 % du financement total).

L'OGD distribué aux ARS représente 28,4 milliards d'euros en 2022, soit 74 % du financement alloué à l'offre médico-sociale (voir Figure 45). Ces montants n'incluent pas les crédits

mobilisés via le FIR abondé par la CNSA à hauteur de 172,7 millions d'euros en 2022.

Au total, la CNSA, en tant que caisse nationale de la branche Autonomie, a participé au financement des ESMS à hauteur de 32,5 milliards d'euros en 2022.

En M€	OGD PA	OGD PH	OGD total
OGD 2022	14 552,33	13 854,95	28 407,28
OGD 2023 dont :	15 495,05	14 707,48	30 202,53
Base*	14 604,33	13 925,59	28 529,92
Actualisation	301,24	351,79	653,03
Mesures nouvelles	589,48	430,1	1 019,58
Evolution en M€	942,72	852,53	1 795,25
Evolution en %	6.48%	6.15%	6.32%

Figure 45 - Dépenses engagées dans le cadre de l'objectif global de dépenses en 2023 (en millions d'euros)

Source : Instruction budgétaire 2023 annexe tableaux DRL.

Note : « PA » renvoie au périmètre des personnes âgées, et « PH » au périmètre des personnes en situation de handicap.

Les concours versés par la CNSA aux départements au titre des dépenses engagées auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH.

La CNSA concourt aux dépenses que les conseils départementaux engagent auprès des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement et de la PCH.

Ce financement se décompose en six « concours » distincts (Figure 46) :

- tout d'abord, le concours APA et le concours PCH visent à compenser les départements pour une partie des dépenses qu'ils engagent au titre des prestations individuelles APA et PCH, prestations qu'il leur revient d'allouer.
- Le concours « tarif plancher » permet de compenser les dépenses départementales induites par l'instauration d'un tarif plancher national pour le calcul du financement des heures d'APA et de PCH lorsqu'elles sont réalisées par un service prestataire.
- Le concours « dotation complémentaire » couvre les dépenses qu'engagent les départements pour améliorer la qualité du service rendu par les services d'aide à domicile.
- Enfin, les concours « Article 47 » et « Avenant 43 » viennent compenser les dépenses induites par les revalorisations salariales dont bénéficient les personnels des ESMS à la suite du « Ségur de la Santé ».

L'ensemble des concours représentait 4,1 Md€ en 2022.

Concours	Concours versés aux départements					
	Concours APA	Concours PCH	Concours Dotation Complémentaire	Concours Tarif Plancher	Concours Article 47	Concours Article 43
Total	2 637 867 161	885 108 354	34 099 140	189 402 566	220 670 392	98 729 366
Estimation montant PA	2 637 867 161	NA	27 620 303	153 418 094	178 743 018	3 637 640
Montant PA, en % du total	100%	0%	81%	81%	81%	3,7%
Estimation montant PH	NA	885 108 354	6 478 837	35 986 491	41 927 375	95 091 726
Montant PH, en % du total	0%	100%	19%	19%	19%	96,3%

Figure 46 - Concours versés au titre de l'année 2022 aux départements par la CNSA dans le cadre de la politique APA et PCH (en millions d'euros)

Source : Notifications définitives des concours versés en 2022.

Notes : « PA » renvoie au périmètre des bénéficiaires de l'APA et « PH » au périmètre des bénéficiaires de la PCH. La ventilation des concours entre PA et PH se fait au prorata des heures APA et PCH (les premières représentant 81 % de l'ensemble des heures) pour les concours Dotation complémentaire, Tarif Plancher et Article 47 ; pour le concours Article 43, la ventilation se fait au prorata des ETP concernés par l'article 43.

Les financements en appui de l'offre pour les personnes âgées

La somme des dépenses OGD et des dépenses engagées au titre de l'APA et de la PCH permet d'obtenir une vision consolidée des financements de l'offre de soutien à l'autonomie, qu'il est possible de ventiler entre le champ « personnes âgées » (PA) et le champ « personnes en situation de handicap » (PH).

Les financements au titre de l'offre pour les personnes âgées représentent 20,85 milliards d'euros en 2022.

21 milliards d'euros pour l'offre pour les personnes âgées

La contribution de la branche autonomie et des départements dans le champ des personnes âgées reste majoritairement dédiée à l'offre en établissement (principalement les EHPAD) : 14,6 milliards d'euros en 2022, soit 70 % du total, contre 6,3 milliards d'euros pour l'offre à domicile, reflétant à la fois la structure de coût de l'offre et les profils de financements publics associés à chaque segment de l'offre.

Les crédits des ARS, issus de l'OGD, représentent les deux tiers des financements « personnes âgées », le reste correspondant aux dépenses au titre de l'APA des départements et les concours CNSA associés.

Les financements déployés par les ARS sont majoritairement dédiés au financement de l'offre en établissement, à 86 %, tandis que les dépenses au titre de l'APA vont à 63 % à des accompagnements à domicile⁷⁰.

Il est estimée que l'offre financée a permis d'accompagner environ 1,5 million de personnes en 2022. Il s'agit en premier lieu des bénéficiaires de l'APA, au nombre de 1,336 million en 2022, dont 59 % à domicile.

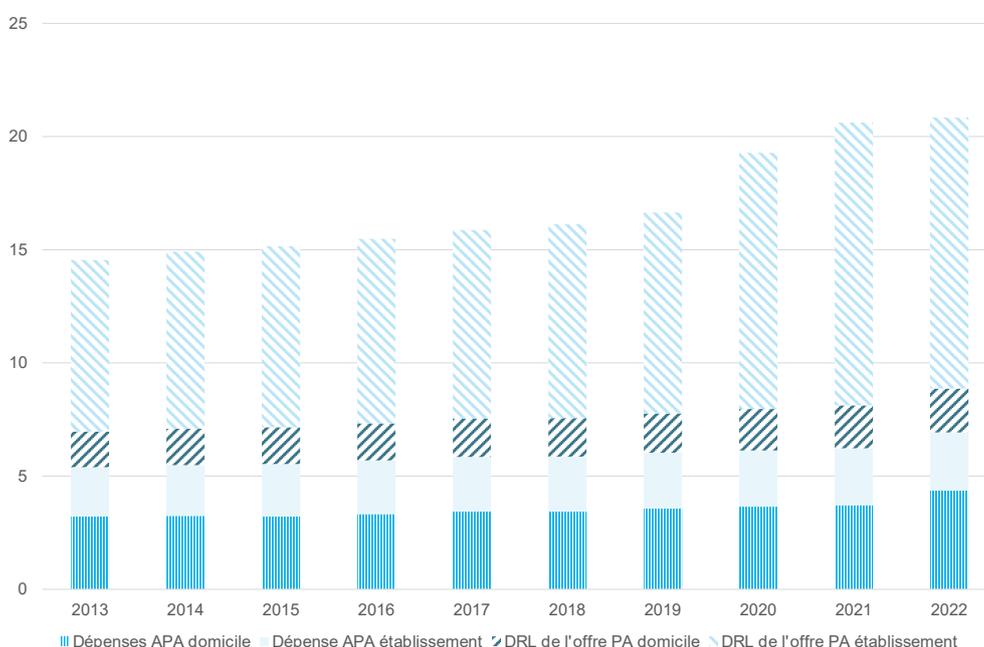


Figure 47 – Evolution des financements de l'offre « personnes âgées » entre 2013 et 2023 (en milliards d'euros)

Source : APA et DRL de la CNSA. La DRL est présentée hors mesures nouvelles, fongibilité et crédits de transformation et développement de l'offre. Le nombre de bénéficiaires APA est estimé au mois de décembre. La part DRL PA établissement et domicile est estimée à partir de la répartition établissement/domicile de la tarification.

En intégrant les places installées en SSIAD, SPASAD et accueil de jour Alzheimer (AJA) pour le domicile et les places installées en EHPAD, autres établissements pour personnes âgées (EHPA, EEPA) et Résidences Autonomie pour le volet établissement, le nombre total de solutions pour les personnes âgées est estimé à 1,7 million, dont 925 000 à domicile et 740 000 en établissements en 2022.

La hausse tendancielle des financements pour l'offre à destination des personnes âgées a accompagné le vieillissement de la population. Entre 2013 et 2022, ces financements ont augmenté de 27 % en euros constants. Parallèlement, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté de 11 %, tandis que le nombre de personnes bénéficiaires à l'APA a augmenté moins fortement, à hauteur de 8 %. Rapportés au nombre de bénéficiaires de l'APA, les financements pour l'offre à destination des personnes âgées ont par conséquent cru de +18 % entre 2013 et 2022, une fois l'inflation neutralisée.

Les financements en appui de l'offre pour les personnes en situation de handicap

La branche autonomie a déployé des financements de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap d'un montant total de 16,45 milliards d'euros en 2022.

16,5 milliards d'euros pour l'offre pour les personnes en situation de handicap

Les crédits dédiés aux ARS pour financer les accompagnements de personnes en situation de handicap s'élèvent à 13,57 milliards d'euros, soit 82 % du total. Les dépenses engagées par les départements représentent les 18 % restants, soit 2,88 milliards d'euros. Les dépenses au titre de la PCH constituent l'essentiel des dépenses engagées par les départements (97 %). Les financements engagés au titre du tarif plancher, de la dotation complémentaire et des revalorisations salariales « article 47 », dits « financements associés à la PCH », ont permis de bonifier les dépenses des départements à destination des bénéficiaires de la PCH de 5 % (84 millions d'euros) en 2022.

Seules 3 % des dépenses engagées par les départements au titre de la politique autonomie pour les personnes handicapées ne sont pas fléchées vers les bénéficiaires de la PCH. D'un montant de 884 millions d'euros, elles correspondent aux financements des revalorisations salariales dans les établissements pour personnes en situation de handicap prévues par l'article 43 et sont couvertes par un concours de la CNSA.

Les financements de l'offre dans le champ du handicap sont répartis entre l'offre servie par des services (26 % du total en 2022), l'offre en ambulatoire (4 %) et l'offre en établissements, incluant les dispositifs (70 %). Les dépenses engagées par les départements, en partie couvertes par des concours de la CNSA, représentent les deux tiers des financements apportés aux services. Les dépenses en établissements et en ambulatoire proviennent quasi-intégralement des ARS via les dotations régionales limitatives.

	2013	2022
En euros constants		
Total		
Dépenses Départements - Mds €	1,699	0,095
Dont dépenses PH hors PCH, y.c. financements art. 43	1,699	2,786
Dont dépenses PCH, y.c. financements associés (hors art. 43)	10,073	2,651
Dont dépenses PCH hors financements associés	11,772	13,569
DRL de l'offre PH - Mds €	206 843	16,450
Total des dépenses PH Mds €	8 214	331 134
Nombre de bénéficiaires de la PCH	8 214	8 006
Dépenses PCH hors financements associés par bénéficiaire - €	1,699	8 413
Dépenses PCH y.c. financements associés par bénéficiaire - €	1,126	2,786
Services		
Dépenses PCH y.c. financement associés - Mds €	0,552	4,259
DRL de l'offre PH Service - Mds €	8,395	0,695
Total des dépenses PH Service - Mds €	1,699	11,496
Ambulatoire		
Total des dépenses PH Ambulatoire - Mds €	1,699	0,095
Etablissements		
Total des dépenses PH Etablissement y.c. financement art. 43 - Mds €	11,772	2,651

Figure 48 - Financements de l'offre PH en 2013 et 2022, par nature et par public

Source : DRL et notifications de concours, CNSA.

Notes : Les dépenses des départements s'entendent brutes des concours de la CNSA.

Les financements de l'offre pour les personnes en situation de handicap ont augmenté de 10,47 à 16,45 milliards d'euros entre 2013 et 2022, ce qui représente une hausse de 40 % une fois l'inflation neutralisée (Figure 48).

La hausse a été plus importante pour les dépenses au titre de la PCH, + 64 % sur dix ans, en euros constants, quand les financements sur DRL ont augmenté de 35 %.

Les financements destinés aux accompagnements réalisés par les services ont progressé de 64 %, par les établissements de 37 % et en ambulatoire de 26 % (en euros constants).

Il est plus difficile d'apprécier l'évolution du financement de l'offre pour personnes en situation de handicap par tête, du fait de la diversité de l'offre et des modalités de décompte des publics accompagnés qui ne sont pas uniformes. Le décompte peut se faire en places installées, au regard de la file active, en termes de bénéficiaires des prestations de compensation du handicap (PCH ou AEEH notamment), etc. En particulier, pour l'offre prenant la forme de « dispositifs » (établissements accueillant des personnes vivant à domicile et leur proposant un accompagnement sur tout ou partie de la journée), sur une place installée, plusieurs bénéficiaires peuvent être accompagnés. Le décompte en places installées conduit à sous-estimer le nombre de personnes auxquelles bénéficie le dispositif (voir partie B-1).

Si l'on rapproche les dépenses de PCH du nombre de bénéficiaires de cette prestation, on observe que les dépenses de PCH par bénéficiaire, y compris les financements associés au titre du tarif plancher, de la dotation complémentaire et des revalorisations salariales « article 47 », ont augmenté de 2 % une fois l'inflation prise en compte.

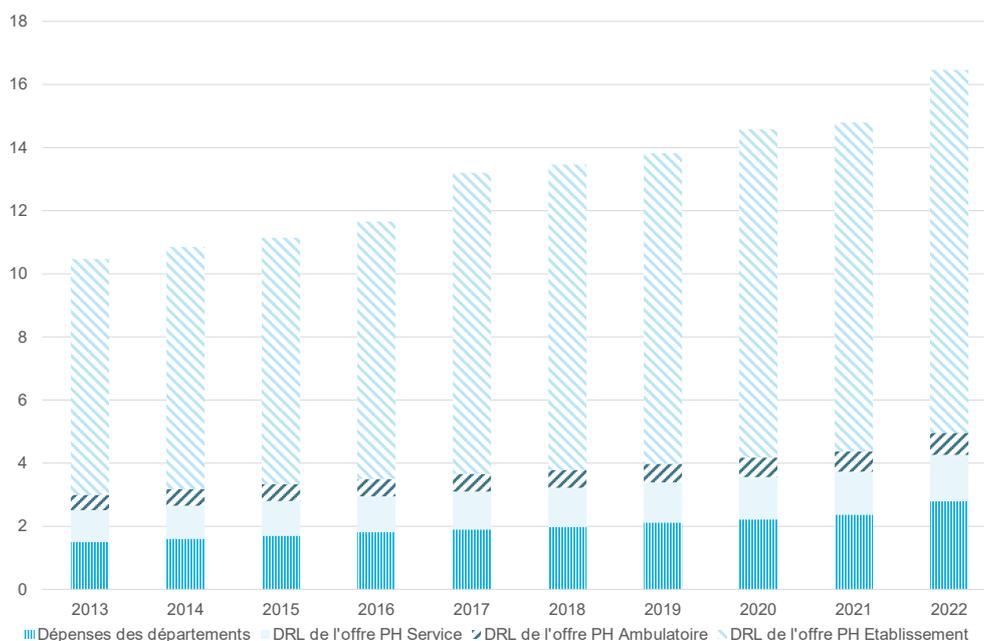


Figure 49 - Evolution des financements de l'offre pour les personnes en situation de handicap, entre 2013 et 2022 (en milliards d'euros)

Source : DRL et notifications de concours, CNSA.

Notes : Les dépenses des départements sont composées des dépenses de PCH (dont celles engagées au titre du tarif plancher), des dépenses engagées auprès des bénéficiaires de la PCH au titre des revalorisations salariales « article 47 » et de la dotation complémentaire, ainsi que des dépenses engagées au titre des revalorisations salariales « article 43 » dans les établissements.

Des financements en appui aux solutions en milieu ordinaire

Un appui aux solutions au domicile pour les personnes âgées

Le financement de l'offre pour les personnes âgées en appui du domicile a connu dans les années récentes une évolution dynamique, en cohérence avec le « virage domiciliaire » encouragé par les orientations de politiques publiques.

Entre 2017 et 2022, la hausse du nombre de bénéficiaires APA est devenue plus dynamique à domicile qu'en établissement (+ 3,3 % contre + 0,2 %).

Sur la période de 2013 à 2022, l'augmentation des dépenses des CD auprès des bénéficiaires de l'APA à domicile s'est élevée à 12 % en euros constants (Figure 50). Les financements associés à l'APA instaurés en 2021 et 2022 ont permis d'inverser la tendance à la baisse de la dépense d'APA par bénéficiaire, dans un contexte de croissance du nombre de bénéficiaires.

Des évolutions légales et réglementaires récentes ont donné lieu pour les départements à de nouvelles obligations en matière de financement des services d'aide à domicile aux titres du tarif plancher, de la dotation complémentaire et des revalorisations salariales « article 47 » et « avenant 43 ». En parallèle, elles ont mené à l'introduction de nouveaux concours CNSA spécifiques. Ces financements « associés » à l'APA ont majoré de 15 % les dépenses d'APA à domicile enregistrées en 2022. Sans ces dépenses, il ressort que les dépenses d'APA à domicile auraient diminué de 3 % par bénéficiaire entre 2013 et 2022, une fois l'inflation prise en compte (cela représentant environ 1 heure de moins d'aide financée chaque mois).

Cette analyse rejoint le constat du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age d'une baisse du nombre d'heures financées par les plafonds de l'APA (voir HCFEA (2024), [Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile](#)).

Il n'est toutefois pas possible de conclure que les financements associés à l'APA à domicile (tarif plancher, revalorisations salariales, dotation complémentaire) ont permis aux bénéficiaires de financer davantage d'heures d'aide à domicile : comme ils visent en partie à améliorer la rémunération des personnels et la qualité du service rendu des services prestataires, leur instauration a vraisemblablement conduit à une hausse des tarifs.

Dépenses PA à domicile (APA & DPL PA) 2013	2022 (sans fin. associés)	2022 (y.c. fin. associés)	Évolution 2013-2022 (sans fin. associés)	Évolution 2013-2022 (y.c. fin. associés)
Dépenses APA en € courants / bénéficiaire APA	4 362 €	4 769 €		
Dépenses APA en € constants 2022 / bénéficiaire APA	4 905 €		-2.6%	12%
Dépenses DPL PA en € courants / bénéficiaire APA	2 137 €	2 440 €		
Dépenses DPL PA en € constants 2022 / bénéficiaire APA	2 403 €	2 440 €	1.6%	1.6%
Dépenses en € courants / bénéficiaire de l'APA	6 499 €	7 210 €		
Dépenses en € constants 2022 / bénéficiaire de l'APA	7 307 €	7 933 €	-1.3%	8.6%

Figure 50 - Dépenses consolidées sur le champ des personnes âgées à domicile : évolution entre 2013 et 2022

Source : Bilan du financement de l'offre, CNSA.

Notes : Sont désignés par « financements associés » les dépenses engagées par les départements au titre des concours Tarif Plancher, Dotation Complémentaire et Article 47.

Un appui aux solutions pour les proches aidants

L'année 2022 a marqué une inflexion des financements que les ARS dédient aux plans de transformation de l'offre, en faveur du milieu ordinaire. Sur les dix dernières années, ces plans étaient centrés sur la création de places en établissement. En 2022, les plans dédiés aux accompagnements en milieu ordinaire ont atteint 38 millions d'euros (contre 11 millions d'euros en 2021), représentant 48 % de l'ensemble des crédits consommés sur les enveloppes des ARS destinées à la création de places (hors plan de renforcement des taux d'encadrement).

Les crédits des ARS appuient notamment le développement de l'offre de répit et de relais pour les aidants, condition essentielle du déploiement des accompagnements en milieu ordinaire.

En plus des 6 millions d'euros de crédits consommés dans le cadre de la Stratégie pour les aidants en 2022, 10 millions d'euros ont été alloués aux ARS la même année pour amplifier le développement des solutions de répit.

Fin 2022, on comptait un 34 000 places installées pour les aidants de personnes âgées (16 000 en accueil de jour, 17 500 en hébergement temporaire et 200 en plateformes d'accompagnement et de répit) et 8 500 places installées pour les aidants de personnes handicapées (essentiellement au titre de l'accueil temporaire). Avec 17,8 millions d'euros consommés en cumulé depuis son lancement, la stratégie Agir pour les aidants a permis l'installation de 134 nouvelles places ou plateformes, et continuera de se déployer jusqu'en 2027 avec 42,2 millions d'euros de droits à tirer pour les ARS.

Un bilan des financements pour le développement et la transformation de l'offre sur la période 2013 - 2022

Entre 2013 et 2022, 1,6 milliards d'euros de crédits d'OGD supplémentaires ont été déployés pour le développement et la transformation de l'offre à destination des personnes en situation de handicap.

La Figure 51 présente l'origine des crédits et le montant consommé entre 2013 et 2022. Plus d'un tiers de ces crédits proviennent du plan pluriannuel du handicap et du 1er schéma pour les handicaps rares, dont le taux d'exécution était de 99 % à la fin 2022. Le troisième plan autisme et la Stratégie nationale pour l'autisme ont également permis de mobiliser 281 millions d'euros en faveur des adultes et enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme.

Origine de financement	Montant (en M€)
DT Plan pluriannuel du handicap et schémas HR 1/2	573.0
DT - 3ème Plan Autisme	152.9
DT - Stratégie nationale pour l'autisme	129.1
DT - SQEOMS Développement	86.5
DT - Prévention Belgique	56.3
DT - Stratégie Déconfinement	52.6
DT - SQEOMS Transformation	49.2
DT - Ecole inclusive	47.8
DT - Situations critiques	23.5
DT - Stratégie nationale prévention et protection de l'enfance	20.9
DT - Communauté 360	20.8
DT - Stratégie pour les aidants	3.3
DT - Appui à la parentalité	0.4
Transformation et développement de l'offre	234.8
Fongibilité	121.3

Figure 51 - Financements pour le développement et la transformation de l'offre PH entre 2013 et 2022 (en millions)

Source : SEPPIA, installations déclarées par les ARS.

Les crédits OGD supplémentaires consommés entre 2013 et 2022 ont été principalement orientés vers la création de places en MAS, SESSAD et IME (Figure 52).

Des créations de places en MAS, SESSAD et IME

25 % des crédits consommés au titre du développement et de la transformation de l'offre ont été alloués aux MAS et 14 % aux IME. Le coût moyen à la place dans ces structures étant relativement élevé, il explique le volume de crédits important qui a été mobilisé pour ces offres.

Le développement des SESSAD constitue le deuxième poste de financements, avec 21 % des crédits consommés sur la période. La forte mobilisation de crédits en faveur des places en SESSAD peut s'expliquer par leur nombre, important comparativement à d'autres types de structures.

Le soutien en milieu ordinaire s'est développé par l'orientation de crédits non seulement sur les SESSAD mais également sur les dispositifs, le dépistage précoce et les différents dispositifs déployés pour favoriser l'école inclusive. Entre 2021 et 2022, la consommation de crédits à destination du milieu ordinaire a très fortement augmenté, avec une hausse de 252 %.

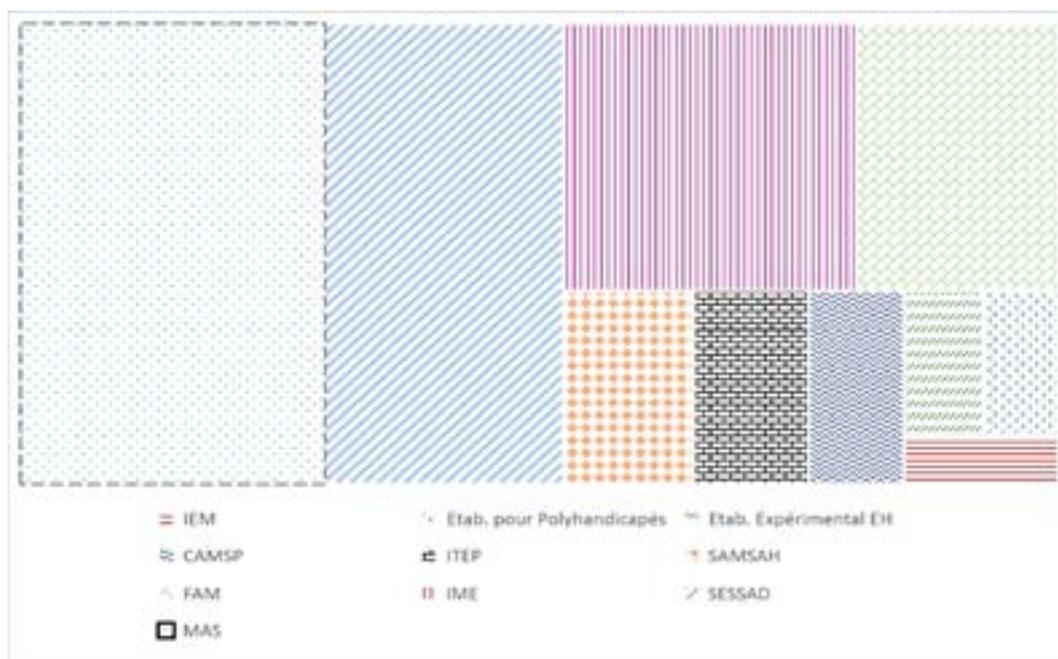


Figure 52 - Crédits consommés pour le développement et la transformation de l'offre pour les personnes en situation de handicap entre 2013 et 2022, par type de structure (en millions d'euros)

Source : SEPPIA, installations déclarées par les ARS.

Notes : Ne sont représentées que les 10 types de structure pour lesquels le plus de crédits ont été consommés (soit 88,5 % au total des crédits). Les autres catégories de structures développées sur ces 20 dernières années pour lesquelles la consommation est supérieure à 10 millions d'euros sont : ESAT (20 millions d'euros), équipes mobiles (18,3 millions d'euros), EAM (15,5 millions d'euros), services expérimentaux (14,6 millions d'euros), CMPP (13,8 millions d'euros) et SSIAD (12,3 millions d'euros).

Le rééquilibrage des capacités de prise en charge des personnes en situation de handicap est un objectif majeur de la CNH 2023

Instaurée par la loi du 11 février 2005, la Conférence nationale du handicap (CNH) est un évènement ayant vocation à se tenir tous les trois ans pour « débattre des orientations et des moyens de la politique concernant les personnes handicapées ». La dernière en date s'est tenue le 26 avril 2023. Le président de la République a annoncé en Conférence nationale du handicap du 26 avril 2023 un plan massif de création de 50 000 nouvelles solutions à horizon 2030, pour apporter une réponse aux personnes en situation de handicap aujourd'hui sans solution adaptée à leurs besoins. Il s'appuie sur une enveloppe de 1,5 milliards d'euros financée, au travers de l'objectif global de dépenses (OGD), par la nouvelle branche Autonomie.

Une autorisation d'engagements correspondante d'un niveau total d'1,5 milliards d'euros

1,5 milliard d'euros pour la création de 50 000 nouvelles solutions

a été répartie entre l'ensemble des ARS, sur la base des critères qui ont été validés par le Conseil de la CNSA le 3 octobre 2023. Les engagements financiers ont été définis à partir de scénarios combinant plusieurs critères d'équité territoriale. Ils conjuguent deux approches :

- Une logique de rattrapage au bénéfice des territoires les moins bien dotés c'est-à-dire ceux qui présentent un déficit d'offre relativement aux autres territoires, mesuré soit en taux d'équipement par population concernée soit en dépenses par habitant (au sens de la population concernée). Cette logique de rattrapage vise à développer l'offre médico-sociale, enfant et adulte, en priorisant les territoires les moins dotés ;
- Une logique de développement de l'offre fondée sur une approche populationnelle prévisionnelle à horizon 2030 pour développer l'école inclusive et la prévention précoce.

Au global, trois compartiments de financement seront progressivement mobilisables entre 2024 et 2030 au fil des installations ou transformations issues de la programmation partenariale :

- 985 millions d'euros dédiés aux solutions pour les enfants (400 millions) et les adultes (585 millions d'euros) ;
- 110 millions d'euros destinés à soutenir la création d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour les enfants, associant les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) et les actions d'intervention précoce ;
- 400 millions d'euros consacrés au financement de l'appui aux établissements scolaires par le secteur médico-social pour la scolarisation des élèves en situation de handicap. La mobilisation de cette dernière enveloppe est réalisée en étroite articulation avec les rectorats.

Des modèles tarifaires et des plans d'investissement pour soutenir et infléchir l'offre

Une réforme du financement des services de soins à domicile pour mieux couvrir les coûts associés à l'accompagnement des personnes ayant des besoins élevés

Les soins à domicile jouent un rôle essentiel pour permettre aux personnes âgées ou en situation de handicap de vivre en logement ordinaire. Ces soins sont dispensés soit par des infirmières libérales (IDEL), soit par des services (SSIAD et SAD mixtes). La consolidation de l'offre de soins en SSIAD et SAD mixtes est un des leviers du virage domiciliaire appuyé par la branche autonomie, qui est responsable du financement de ces services (à hauteur de 1,94 milliards d'euros en 2022).

Jusqu'en 2022, le financement des soins à domicile dispensés par les SSIAD et SAD mixtes, pour leur volet soins, se faisait sous la forme d'une dotation globale de soins par place. Ce mode de financement, forfaitaire et indépendant des caractéristiques des usagers, comportait le risque d'un sous-financement des services accompagnant des personnes ayant des besoins en soins ou un niveau de perte d'autonomie élevés.

Une étude nationale de coûts menée en 2020 avait révélé des disparités importantes dans le coût des soins par place parmi les SSIAD et les SAD mixtes, avec 10 % des services ayant un coût par place inférieur à 10 417 euros et 10 % ayant un coût par place supérieur à 16 103 euros, pour une moyenne d'environ 13 000 euros. Les variations des coûts de prise en charge semblaient résulter tant de différences de « case-mix » (cet anglicisme désignant l'éventail des profils des personnes accompagnées) entre services que de l'existence de dispositifs de « SSIAD renforcés », qui permettaient aux SSIAD de territoires expérimentateurs de bénéficier d'un surcroît de financement afin de proposer un accompagnement renforcé à certains patients.

L'année 2022 a marqué une étape décisive dans la réforme du financement des SSIAD et des SAD mixtes. Un nouveau modèle tarifaire pour les SSIAD et les SAD mixtes vise à améliorer la capacité des SSIAD à accompagner des profils complexes. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a précisé les modalités de ce nouveau modèle.

Le nouveau modèle prévoit une modulation du financement en fonction du profil des usagers et de la réalisation d'interventions le week-end. Il reprend la structure de financement des SSIAD et SPASAD en trois briques, à savoir : (i) un forfait global de soins (FGS), (ii) une dotation de coordination entre l'aide et le soin (DC) et (iii) des financements complémentaires (FC), accordés par exemple pour des temps de psychologues ou d'infirmiers diplômés d'État (IDE) de nuit.

Cette réforme définit les modalités de calibrage du FGS, qui comprend deux composantes : un « socle » correspondant au financement des frais de structure et de déplacement des intervenants, ainsi qu'une composante « intervention ». Le « socle » versé à la structure pour l'année N est fonction du nombre de places autorisées au 31 décembre de l'année N-1 et d'un forfait « structure » annuel, arrêté tous les ans par arrêté ministériel. La composante « intervention » est quant à elle fonction des profils des usagers.

La réforme est assortie d'un mécanisme de convergence tarifaire, afin que les nouvelles modalités de financement soient mises en œuvre progressivement d'ici 2027.

Mieux accompagner les profils complexes

Pour chaque service, un forfait global de soins « projeté » pour 2027 est calculé chaque année sur la base des recueils annuels d'activité en appliquant les modalités de la nouvelle équation tarifaire. Le FGS de l'année N du service est ensuite calculé en combinant son forfait « projeté » pour 2027 et son FGS au titre de l'année N-1.

Pour financer la convergence tarifaire et empêcher que des services ne voient leur dotation diminuer dans les deux premières années de la réforme, l'Etat alloue 229 millions d'euros en mesures nouvelles entre 2023 et 2027.

Deux premières « coupes » (remontée exhaustive de données sur les usagers accompagnés au titre des prestations de soins) d'une semaine chacune ont été réalisées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et ont été utilisées pour le calcul de chaque forfait global de soins applicable dès 2023.

Le nouveau modèle tarifaire des SSIAD : composante intervention et groupes d'usagers

Avec le nouveau modèle tarifaire, neuf groupes d'usagers sont distingués, auxquels s'appliquent des forfaits d'intervention différenciés au titre de la composante intervention (FI1 à FI9). En outre, certaines caractéristiques usagers enclenchent une majoration de certains forfaits (Figure 53). Pour chaque usager accompagné par le service entre le 1er juin de l'année N-2 et le 31 mai de l'année N-1, le financement intervention par usager est calculé en multipliant le forfait intervention qui lui est applicable, en fonction de son profil, et le nombre de semaines pendant lequel l'utilisateur a été accompagné. La composante « intervention » versée au service pour l'année N est égale à la somme des forfaits usagers.

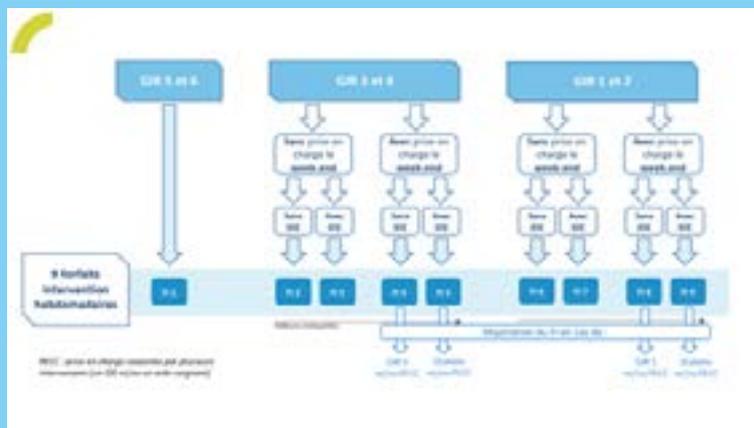


Figure 53 - Les forfaits interventions du nouveau modèle tarifaire des SSIAD et des SPASAD

Source : CNSA

Les données des coupes réalisées en 2022 donnent à voir des disparités entre services et départements en termes de profils des usagers et de la structure des interventions.

La Figure 10 montre la proportion des semaines-usagers associées à chacun des neuf forfaits d'intervention au niveau national (première ligne), ainsi que dans les 10 % des départements pour lesquels cette valeur est la plus faible (P10) et dans les 10 % des départements pour lesquels cette valeur est la plus élevée (P90). Ainsi la proportion de semaines-usagers enclenchant un FI9 (soit le forfait le plus élevé, hors majorants) est de 18 % au maximum dans 10 % des départements, mais de 31,6 % ou plus dans 10 % des départements. La proportion des semaines-usagers en FI1, qui correspond à des usagers en GIR 5 ou 6 (ayant donc un niveau de dépendance modérée), dépasse les 5 % dans les 10 % des départements où elle est la plus élevée, mais est inférieure à 1 % dans 10 % des départements.

Indicateurs	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19
Moyenne nationale	2.3%	12.6%	8.5%	9.2%	25.8%	5%	3%	9.4%	24.3%
P10	0.4%	8.6%	3.6%	5.4%	19.5%	2.6%	1.1%	6%	18%
P90	5.2%	17.2%	12.7%	13.7%	30.8%	7.5%	4.8%	13.9%	31.6%

Figure 54 - Répartition des semaines-usagers entre les différents forfaits d'intervention des SSIAD (coupe 2023) : moyenne nationale et variations interdépartementales

Lecture : Le P10 indique la proportion maximale de semaines-usagers avec un forfait donné dans les 10 % des départements dans lesquels cette proportion est la plus faible.

Source : Coupe SSIAD 2023 réalisée par l'ATIH. Calculs CNSA.

Par ailleurs, sur l'ensemble des « semaines-usagers », 69 % incluent des interventions le week-end, et 23 % enclenchent un majorant. Reflet de l'hétérogénéité des territoires en termes de case-mix et de structuration des interventions, la réforme devrait accentuer les écarts de forfait global de soins (FGS) moyen par place entre départements : l'écart-type des valeurs moyennes par département du FGS projeté pour 2027 par place est de 2 129 €, contre 1 405 € seulement pour le FGS 2022 revalorisé (calculs réalisés sur la base des données de coupe 2022).

Les effets de la réforme sur l'activité des services, leur équilibre économique et les publics accueillis devront être évalués dans les prochaines années, en mettant à profit notamment les données qui seront recueillies chaque année pour calibrer le financement des services.

L'équation tarifaire en EHPAD doit répondre à la diversité des publics accompagnés et à un niveau croissant de perte d'autonomie des résidents

Le financement des établissements accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie a connu des évolutions importantes depuis 2013.

Rapporté au nombre de bénéficiaires APA, on constate une hausse de 10 % du financement par tête en établissement. La hausse marquée des financements à l'offre en établissement, et notamment en EHPAD, s'explique ainsi quasiment intégralement par la hausse du coût de revient unitaire des places. Cette dernière s'explique notamment par les crédits accordés lors de l'épidémie de COVID-19 et par les revalorisations salariales consécutives au Ségur de la Santé (voir encadré sur les revalorisations salariales en Partie B-4).

La logique de financement des EHPAD a connu une inflexion majeure avec l'introduction d'une équation tarifaire en 2017, en remplacement du financement basé sur des dotations historiques. Le financement des EHPAD est composé de trois sections : la section hébergement, la section soins et la section dépendance.

Pour la section soins, chaque EHPAD voit son forfait soins calculé sur la base de son GIR moyen pondéré (GMP) et de son PATHOS moyen pondéré (PMP). Ces deux indicateurs sont calculés sur la base de « coupes » réalisées auprès des résidents de l'EHPAD de manière périodique : ces coupes permettent d'apprécier le niveau de perte d'autonomie et l'état pathologique de chaque résident, au moyen respectivement des outils d'évaluation AGGIR et PATHOS, et de calculer la moyenne de ces deux indicateurs

individuels au niveau de l’EHPAD. Le GMP et le PMP sont ensuite combinés, et multipliés par une valeur de point nationale (définie chaque année, selon les quatre options tarifaires que peut choisir un EHPAD) et par le nombre de places installées, pour obtenir le financement que reçoit l’EHPAD au titre de la section soins.

Pour la section dépendance, le forfait dépendance reçu par l’EHPAD est calculé en multipliant le niveau de perte d’autonomie, reflété par le nombre de points GIR⁷¹, par la valeur du point GIR fixée par chaque département. L’équation tarifaire est ainsi censée proportionner les financements reçus par un EHPAD au case-mix de ses résidents.

A l’échelle nationale, le GMP et le PMP ont connu une hausse (Figure 55) :

- on observe une augmentation 2 % du GMP entre 2016 et 2023, avec une répartition des résidents entre GIR 1 et 2, GIR 3 et 4 et GIR 5 et 6 assez stable en moyenne sur la période.
- Le PMP a augmenté plus fortement sur cette même période (+ 7 %), possiblement tiré par la hausse de l’incidence des maladies neurodégénératives (la Drees avait estimé sur données 2019 que la maladie d’Alzheimer ou une maladie apparentée touchait 40 % des résidents). Dès lors, la hausse du financement par tête en EHPAD observée sur 10 ans reflète pour partie l’accueil de résidents aux besoins croissants, lequel se traduit également par la nécessité de financements permettant la médicalisation de l’accompagnement en EHPAD.

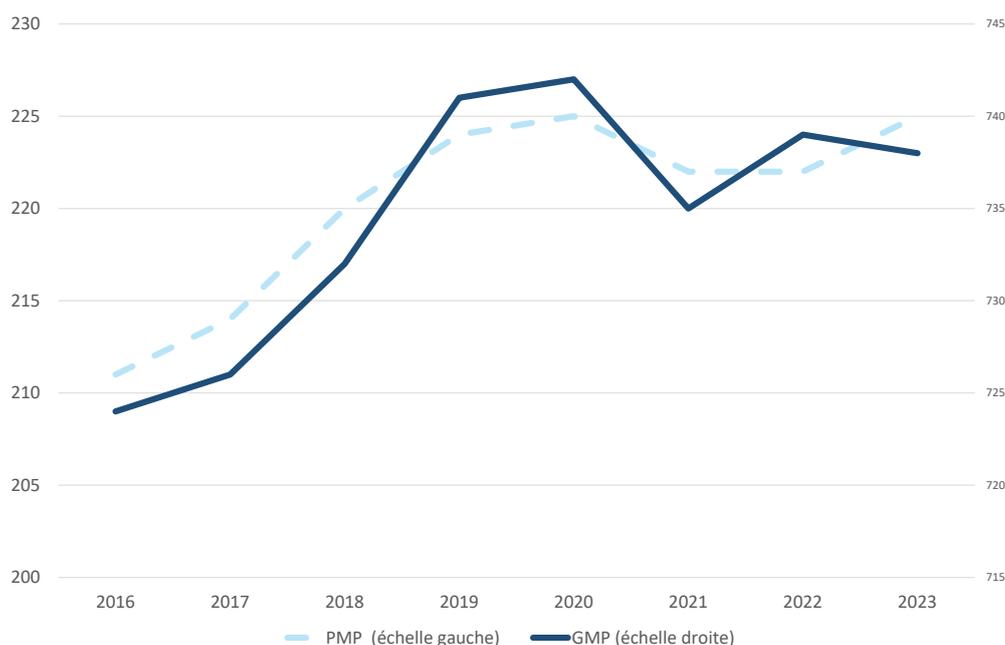


Figure 55 - Evolution du GMP et du PMP entre 2016 et 2023

Source : CNSA, SIDOBA-flux de tarification.

Validation des GMP et PMP, valeur du point GIR et financement des EHPAD

Un enjeu financier pour les EHPAD tient à ce que les besoins d'accompagnement médical et médico-social de leurs résidents doivent être évalués au plus juste. Dans chaque établissement, le médecin coordinateur procède périodiquement à l'actualisation des GMP et PMP. Dans le contexte d'une hausse tendancielle des besoins des personnes accueillies en EHPAD, des actualisations trop espacées peuvent conduire à ce que le GMP et le PMP d'un établissement soient sous-évalués, au vu de son case-mix actuel. La Figure 56 propose une estimation de l'impact financier potentiel d'un manque d'actualisation des GMP et PMP, en montrant les écarts de GMP et PMP entre les validations récentes de ces indicateurs (année N-1) et les validations plus anciennes (antérieure à année N-1).

Les statistiques de distribution présentées sont calculées sur la base des valeurs GMP et PMP moyennes par département. Pour 50 % des départements, le GMP moyen de leurs EHPAD montre un écart de 10,5 points ou plus entre les validations récentes et les validations anciennes (le signe positif indiquant que les validations récentes donnent des GMP et PMP plus élevés). Pour 25 % des départements, cet écart est de 23,25 points ou plus (19,25 points pour le PMP). En appliquant l'équation tarifaire, cela conduit à évaluer un écart sur le forfait soins de 865 euros annuels ou plus par place pour les 25 % des départements ayant les écarts de GMP et PMP les plus marqués, et de 204 euros ou plus d'écart au titre du forfait dépendance pour les 25 % des départements dont l'écart sur les validations de PMP est le plus élevé. A titre de comparaison, le forfait soins représente en moyenne 20 000 euros annuels par place.

Indicateurs	Différence validations récentes (01.07.2022 au 30.06.2023) / validations anciennes (<01.07.2022)				Ecart		
	Différence de GMP (en points)	Différence de GMP (en %)	Différence de PMP (en points)	Différence de PMP (en %)	Ecart sur le forfait soins, par place	Ecart sur le forfait dépendance, par place	Ecart sur les forfaits soins + dépendance, par place
Q1	-2.25	-0.3%	3.75	1.5%	88,36 €	-19,76 €	68,59 €
Q2 (mediane)	10.5	1.4%	10	4.4%	430,98 €	92,23 €	523,21 €
Q3	23.25	3.1%	19.25	8.7%	865,59 €	204,23 €	1 069,82 €

Figure 56 - Différences de GMP et de PMP moyens par département entre les récentes et les anciennes validations - statistiques de distribution

Source : SIDOBA flux de tarification.

Notes : Le Q3 indique que 25 % des départements ont une différence de GMP moyen entre leurs validations récentes et leurs validations anciennes de 23,5 points ou plus. L'écart sur le forfait soins par place est calculé sur la base d'une valeur de point nationale de 11,84 euros (moyenne des quatre valeurs de point 2022 définies pour les quatre options tarifaires existantes). L'écart sur le forfait dépendance est calculé sur la base d'une valeur de point GIR de 7,47 euros (moyenne 2023, calculée à partir des valeurs transmises par 97 départements à la CNSA). Pour traduire l'écart de GMP en écart sur le forfait dépendance, l'écart de GMP a été multiplié par 1,13, ce ratio du nombre de points GIR/GMP étant calculé sur la base de la répartition des résidents d'EHPAD par GIR sur l'ensemble du territoire au 31/12/2019 .

Si l'équation tarifaire pour les EHPAD s'applique à l'ensemble des EHPAD du territoire national, les départements ont toutefois la possibilité de moduler le niveau de financement du forfait dépendance. La valeur du point GIR entrant dans le calcul du forfait dépendance est en effet fixée par le Président du conseil départemental.

L'examen des valeurs arrêtées en 2023 révélait des variations autour de la valeur médiane de 7,47 euros : 25 % des départements affichaient une valeur de points GIR égale ou inférieure à 7,17 euros ou moins et 25 % des départements une valeur égale ou

supérieure à 7,67 euros. La différence entre le département ayant la valeur de point GIR la plus élevée et celui ayant la valeur la plus faible (hors Guyane et Saint-Pierre-et-Miquelon) atteignait 2,87 euros. A noter, une différence de 1 euro de valeur de GIR se traduit en une différence de 225 euros de financement annuel par place sur le forfait dépendance, pour un niveau de dépendance correspondant à la valeur moyenne nationale en 2022 (225 points GIR). Les disparités entre départements sont toutefois moins importantes qu'en 2018 : l'écart interquartile sur la valeur de point GIR était alors de 0,59 euro, et l'écart entre la valeur minimale et la valeur maximale de 3,75 euros (Figure 57). Pour des éléments plus détaillés, voir CNSA (2024), [Synthèse des valeurs de points GIR 2023 et des GIR moyens pondérés départementaux 2023](#).

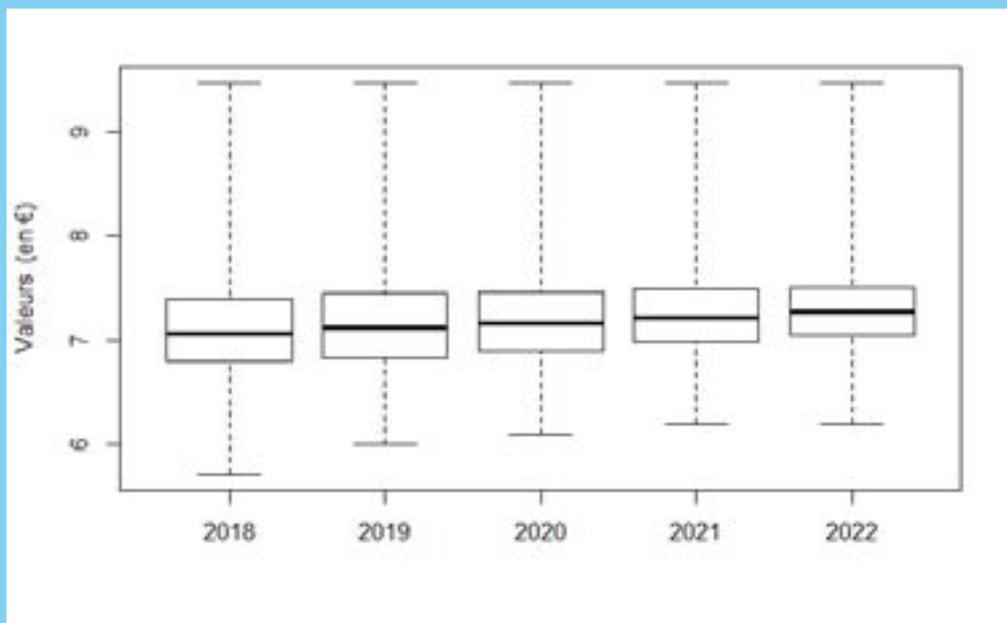


Figure 57 - Dispersion des valeurs de point GIR

Lecture : En 2023, la valeur de point GIR médiane est représentée par le trait horizontal figurant au milieu du rectangle et s'élève à 7,38 euros. Le premier quartile et troisième quartile sont matérialisés par la partie basse et haute du rectangle, avec des valeurs de point GIR respectivement de 7,17 et de 7,67 euros.

Champ : France entière, hors Guyane et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Source : CNSA, Synthèse des valeurs de points GIR 2023 départementaux 2023, mai 2024.

Une équation Serafin PH encore en construction qui a identifié ses principaux déterminants de coûts

Issu des rapports Vachey-Jeannet de 2012 et 2013, le projet SERAFIN-PH vise à améliorer l'allocation de ressources aux ESMS PH, souvent considérée comme inéquitable car reposant sur des dotations historiques sans qu'il soit possible d'en objectiver les sous-jacents. Son périmètre s'étend à tous les établissements et services destinés aux personnes en situation de handicap pour lesquels une orientation de la CDAPH est nécessaire, soit plus de 12 000 ESMS et plus de 500 000 places. La réforme poursuit trois objectifs principaux :

- **Équité :** attribuer des budgets équitables aux établissements et services en faisant le lien entre le budget attribué, les caractéristiques des personnes et les modalités d'accompagnement des ESMS.
- **Fluidifier les parcours de vie :** faciliter et soutenir les parcours de vie des personnes handicapées, en soutenant la transformation de l'offre médico-sociale.
- **Simplicité :** rendre la réforme lisible, afin qu'elle soit comprise par tous .

Des études de coûts ont été menées afin de documenter les facteurs influençant le coût de revient des accompagnements en ESMS. En 2019, un modèle théorique a été retenu, composé d'une part socle et d'une part variable dont les sous-jacents restaient à poser. A été exclu le principe d'un financement à la personne. En 2023 a été adopté le principe d'un déploiement séquentiel par vagues, commençant par les établissements accueillant des enfants.

Dans la foulée, une équipe resserrée CNSA-ATIH-DGCS a approfondi le modèle tarifaire en proposant un modèle avec deux variantes, fondées sur une part socle plus ou moins large et plusieurs compartiments, ainsi qu'en définissant les principaux sous-jacents. Le modèle s'est progressivement consolidé, les analyses se poursuivent pour alimenter les arbitrages nécessaires en vue de la mise en œuvre du modèle en 2026 et la définition d'un mécanisme de convergence.

Les enseignements des études de coûts SERAFIN-PH

A partir des études nationales de coûts menées sur le secteur, trois principaux déterminants de coûts ont été identifiés, à savoir :

- La modalité d'accueil et d'accompagnement, qui est le premier discriminant de coûts. Si le coût hors transport du milieu ordinaire vaut X, en moyenne celui d'un accueil de jour est de 2X et celui de l'hébergement de 2,86X, toutes choses égales par ailleurs.
- Les niveaux de technicité, qui sont approximés par les types de publics majoritairement accompagnés (renseignés sous le terme de « clientèles » dans le répertoire FINESS). Ils constituent le deuxième discriminant de coût le plus important après le mode d'accueil. Une matrice de coûts d'accueil et d'accompagnement par type de public a pu être calculée.
- La durée d'ouverture est également un discriminant significatif.

Autour de ces discriminants, jouent également des disparités tenant aux spécificités des personnes accompagnées.

Mieux financer les services d'aide à domicile

Le financement public des services d'aide à domicile (SAAD) pour leurs prestations auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH est assuré par les départements. Si le SAAD relève du régime de l'habilitation à l'aide sociale, il a droit à :

- un financement couvrant son coût de revient sous la forme d'une tarification horaire ;
- le financeur supporte les coûts qui sont opposables par la loi (par exemple, un accord collectif agréé) ;
- la reprise des déficits.

Les SAAD habilités à l'aide sociale sont remboursés dans le cadre d'un dialogue de gestion sur la base d'un tarif horaire devant couvrir leur coût de production. En contrepartie, le service doit se soumettre à une procédure budgétaire, appliquer strictement le barème légal des participations financières du bénéficiaire (et de ses obligés alimentaires) et se soumettre à un contrôle de l'affectation de ses excédents.

Les SAAD autorisés mais non habilités à l'aide sociale sont exclus du périmètre de la tarification. Un SAAD non habilité :

- ne bénéficie pas d'un financement public légal. Le montant horaire de l'APA et de la PCH est fixé unilatéralement et forfaitairement par le conseil départemental sans tenir compte du coût de revient de l'intervention (éventuellement sous réserve d'un montant plancher). Les accords collectifs, même agréés, ne sont pas opposables aux financeurs ;

- n'est soumis à aucune procédure budgétaire ;
- peut librement fixer ses prix et donc facturer un reste à charge extra-légal en plus des barèmes légaux de participation financière. Il doit cependant respecter un taux annuel d'évolution de ses prix ;
- ne bénéficie d'aucune reprise des déficits.

Les SAAD non habilités à l'aide sociale sont ainsi indirectement solvabilisés par les départements dans le cadre des politiques APA et PCH, à hauteur du tarif plancher national, qui est de 23,5 euros de l'heure en 2024, auxquels s'ajoutent le cas échéant les revalorisations salariales pour près de 2 euros de l'heure, ainsi qu'une dotation complémentaire dans le cadre d'un CPOM pour 3 euros de l'heure.

La loi « Bien vieillir » du 8 avril 2024 prévoit une expérimentation de modalités de financement des SAAD alternatives au financement horaire en vigueur actuellement. Il s'agit d'expérimenter un financement par dotation globale ou forfaitaire, ainsi qu'un financement complémentaire sur critères populationnels.

Un plan d'investissement immobilier porté par le Ségur de la Santé

La mise en œuvre de plans d'aide à l'investissement (PAI) en faveur de l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les ESMS est une des missions historiques de la CNSA. Jusqu'en 2020 et le plan exceptionnel issu du Ségur de la santé, les PAI dédiés au secteur du grand âge étaient issus d'excédents de la Caisse. Au-delà de l'effet levier sur des opérations de modernisation, ces aides versées sous forme de subventions permettent d'atténuer le surcroît de reste à charge des résidents généré par les travaux dans leurs lieux de vie.

De 2021 à 2024, le plan national de relance et de résilience (PNRR) consacre un Ségur de la santé doté de 1,5 milliards d'euros de crédits d'aide à l'investissement en faveur des personnes âgées⁷² sur fonds européens. Plus d'1,3 milliards d'euros sont destinés aux EHPAD sous forme de subventions d'aide à l'investissement. La CNSA délègue ces aides aux ARS par instruction annuelle. En 2022, les ARS, en lien avec les conseils départementaux, ont identifié les projets prioritaires et élaboré des stratégies régionales d'investissement. Après 2 ans de mise en œuvre, les PAI du Ségur de la santé ont permis d'allouer :

- 250 millions d'euros pour des investissements du quotidien dans plus de 3 000 EHPAD ; cela revêt essentiellement des achats de matériel (chariots repas, rails de transfert, rampes, améliorations du confort thermique...) améliorant le confort et les conditions de travail dans ces lieux de vie.
- 522,3 millions d'euros pour la modernisation ou reconstruction de plus de 430 EHPAD et l'accélération de la transition écologique en réponse aux objectifs du décret tertiaire. Trois quarts de ces EHPAD bénéficiaires sont de statut public.

L'année 2023 a marqué le passage à une logique transformatrice de l'offre, désormais exigée pour l'éligibilité aux PAI 2023 et 2024 du Ségur de la santé. Par conséquent, pour bénéficier d'une subvention à l'investissement, les projets d'EHPAD doivent intégrer le sentiment du « chez soi », une ouverture sur l'extérieur, une logique de facilitation des soins et/ou une assistance à maîtrise d'usage (complémentaire de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre, la MUE cible la prise en compte des besoins et des aspirations des utilisateurs). Les mises aux normes seules ne sont plus subventionnables.

Pour accompagner les opérateurs dans ces chantiers d'ampleur, la DGCS et la CNSA ont mis à disposition un panel de ressources en ingénierie :

- des prestations intellectuelles d'assistance de conseils et d'études financées grâce à des subventions du PAI, dont la mise à disposition de marchés allotés techniquement et géographiquement avec le Réseau des acheteurs hospitaliers (Resah) ;
- la mission nationale d'appui à l'investissement (MNAI), une équipe dédiée à l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) pour accompagner les projets complexes de réhabilitation d'EHPAD ;
- à l'instar du secteur sanitaire, le financement de postes de conseillers en transition écologique et énergétique en santé (CTEES), qui permettent d'accompagner plus de 3 600 ESMS et se structurent en un réseau animé par l'ANAP ;
- Une animation de réseaux dont des communautés de pratiques dédiées à l'investissement immobilier, des dialogues de gestion ARS/CNSA, des campagnes de suivi réguliers des opérations et des espaces internet dédiés, en association avec l'outillage des opérateurs, avec des repères de dimensionnement en surface en EHPAD, la mobilisation et complétude des données nécessaires à l'Observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissements de santé ([Oscimes](#)), des webinaires, et des guides disponibles sur les sites de la CNSA et de l'ANAP ;
- le [Laboratoire des solutions de demain](#) mis en place depuis 2021, dont les réflexions visent à orienter le secteur et contribuer à son outillage (guide méthodologique et boîte à outils tiers-lieux par exemple).

Les données disponibles font observer que les trois-quarts des projets d'EHPAD intègrent la logique transformatrice et les enjeux de transition écologique. Si la démarche est vertueuse à plusieurs niveaux, la conjoncture a eu pour conséquence de repousser les délais de réalisation des projets. Le contexte inflationniste, les effets sur l'organisation de la chaîne de production ainsi que la hausse des taux d'intérêts ont engendré une hausse substantielle des coûts de travaux. Egalement, la situation dégradée d'une partie des EHPAD en termes de ressources financières et humaine, alors que les attentes en matière d'évolution de l'accompagnement des personnes et d'environnement de travail sont fortes, rendent la transformation de l'offre plus que jamais nécessaire mais complexe.

La situation des projets d'ampleur tels que celle des EHPAD hospitaliers reste délicate lorsque le projet requiert la transformation plus large du secteur sanitaire, auquel l'établissement est rattaché. Des aides complémentaires à l'investissement ont été dépêchées au regard du contexte, avec pour conséquence potentielle une diminution des aides disponibles pour de nouveaux projets.

À mi-parcours du Ségur de la santé, les ARS se sont mobilisées pour répondre aux décalages des programmations d'opérations et atteindre la cible européenne : cette dernière fixe à 32 200 solutions d'hébergement terminées au 30 juin 2026, son atteinte conditionnant le remboursement sur fonds européens des dépenses engagées dans le cadre du Plan de relance. A noter, les aides attribuées aux investissements du quotidien en 2021 et 2022 ont quant à elles fait l'objet d'audits européens réussis, qui ont permis le remboursement des sommes engagées au niveau national.

La CNSA pilote également un PAI au bénéfice des ESMS du secteur du handicap de 30 millions d'euros chaque année. Alors que la Conférence nationale du handicap (CNH) d'avril 2023 vise à amplifier la transformation de l'offre à destination des personnes en situation de handicap grâce à la création de 50 000 solutions nouvelles, un fond d'appui à l'investissement accompagnera cet objectif.

Aux côtés de l'investissement immobilier, le Ségur de la Santé soutient l'investissement numérique. Le programme ESMS numérique déployé par la CNSA vise à généraliser l'utilisation du dossier usager informatisé (DUI) dans les ESMS. Ce programme, engagé en 2021, fait l'objet de 600 millions d'euros dans le cadre du Ségur de la Santé. Ces crédits, issus du PNNR, sont mobilisables entre 2021 et 2025.

Une transformation et adaptation continue de l'offre, avec un objectif de maximiser le « vivre chez soi »

L'offre médico-sociale à destination des personnes âgées et en situation de handicap est en évolution permanente, l'objectif étant de s'assurer que celle-ci réponde au mieux aux besoins des personnes.

Une approche domiciliaire La transformation de l'offre, telle qu'impulsée actuellement par les pouvoirs publics, concerne avant tout la mise en place d'une approche dite « domiciliaire ».

La transformation de l'offre s'entend ainsi comme la recherche de parcours coordonnés, de modularité et de personnalisation des accompagnements, en réponse aux besoins des personnes, tournés vers le domicile et le droit commun, la prise en compte de l'autodétermination des personnes et la possibilité de vivre « chez soi » dans le cadre d'une offre graduée allant du domicile, au sens « classique » du terme, à l'établissement médico-social médicalisé.

Cette approche est à rapprocher de l'ambition pour la branche Autonomie, telle que définie dans le préambule de la COG 2022-2026 entre l'Etat et la CNSA, de promouvoir l'approche domiciliaire dans la conception et la mise en œuvre des politiques de l'autonomie. Le préambule la définit ainsi : « l'approche domiciliaire procède de la mise en œuvre de modes d'accompagnement respectueux des personnes concernées, quel que soit l'endroit où elles résident, quels que soient leur âge, leur situation de handicap ou de santé, par l'adaptation des moyens permettant de répondre à leurs besoins et à leurs aspirations, grâce à des « services domiciliaires » repensés et soutenus, à domicile, dans des formes innovantes d'habitat comme en « établissements domiciliaires ». Cette approche contribue à faciliter le parcours de vie des personnes et participe pleinement au développement d'une société inclusive. Celle-ci implique une adaptation de la société à la situation de chacune et de chacun et non plus seulement un effort individuel pour s'adapter aux normes sociales. Il s'agit de faire émerger une société à la fois protectrice et émancipatrice, en pensant d'emblée l'ensemble de la diversité des situations. »

Ces axes de transformation traversent les grandes stratégies et les orientations nationales sur le champ de l'autonomie : les mesures issues de la Conférence nationale du handicap du 23 avril 2023, la stratégie nationale pour les troubles du neuro-développement 2023-2027, la stratégie « Agir pour les aidants » 2023-2027, la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie, précédemment la feuille de route « Grand âge et autonomie » de mai 2018.

Les travaux qui ont donné leur assise à ces grandes orientations de politiques publiques sur les sujets d'offre à destination des personnes âgées et en situation de handicap sont nombreux. Peuvent être notamment cités : « Experts, acteurs, ensemble, pour une société qui change » (Rapport de Denis Piveteau, 2022), les Observations finales du Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies suite à l'audition de la France (août 2021), « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap » (rapport de l'IGAS, 2021), le « Rapport issu de la concertation Grand âge et autonomie » (Dominique Libault, 2019), le « Rapport de mission sur les unités de soins longue durée (USLD) et EHPAD, 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie » (Professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin, 2021).

L'action de la branche en 2023 dans ce domaine est présentée à travers 3 thématiques : le renforcement de l'offre à domicile et des parcours en milieu ordinaire sous toutes leurs formes ; l'ouverture des établissements sur leur environnement et le changement de regard sur ces structures qui en découle, ainsi que la prise en charge technique et médicale des situations les plus complexes. Ces trois tendances reflètent la logique de gradation de l'offre recherchée par les agences régionales de santé (ARS), les conseils départementaux (CD) et plus largement les opérateurs de l'offre, afin de développer et de transformer celle-ci au plus près des besoins des personnes.

Renforcer l'appui au domicile et les parcours en milieu ordinaire sous toutes leurs formes

Favoriser le soutien à domicile est donc un objectif fort de la transformation de l'offre. Pour autant, les évolutions constatées visent non seulement un accompagnement au domicile, mais proposent également aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap des alternatives au domicile « historique ». Il est donc présenté ici deux tendances : la transformation des services à domicile d'une part, et le déploiement de l'habitat inclusif et de l'aide à la vie partagé ainsi que des résidences autonomie d'autre part.

Les évolutions du secteur du domicile : une transformation ambitieuse qui vise une organisation des services et un pilotage de l'offre au plus près des besoins des personnes

Les services à domicile sont un élément essentiel dans le soutien à domicile d'une personne en situation de handicap ou de perte d'autonomie puisqu'il s'agit des acteurs du quotidien qui permettent de compenser les difficultés rencontrées. Depuis 2022, les pouvoirs publics portent une transformation de grande ampleur de l'organisation et du financement des services à domicile à travers :

- la restructuration de l'offre par la création des services autonomie à domicile (SAD) ;
- l'instauration d'un tarif horaire plancher national et d'une dotation complémentaire qualité dans les SAD, d'une part ; d'une tarification à la place modulée en fonction du besoin en soins et du niveau de perte d'autonomie des usagers dans les SSIAD, d'autre part.

La réforme de la tarification est détaillée dans la partie précédente (Partie B-2).

S'agissant plus particulièrement de la constitution des services autonomie à domicile, la réforme a pour but de simplifier le parcours des usagers de services d'aide à domicile en permettant la création de services optimisés avec un interlocuteur unique chargé d'appuyer les usagers dans leurs démarches. La création de structures mixtes proposant à la fois des services d'aide à domicile et des soins à domicile permet de couvrir l'ensemble des besoins de la personne et de proposer une offre capable de s'adapter aux besoins de l'utilisateur.

Cette simplification du parcours doit permettre de renforcer le soutien à domicile.

L'année 2023 était une année d'amorce de la réforme avec notamment la publication du cahier des charges que les SAD devront respecter d'ici fin 2025 et l'adoption de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

Cette année 2023 a permis aux acteurs territoriaux de s'organiser, et la direction de l'appui au pilotage de l'offre de la CNSA a pu apporter un premier appui aux territoires dans la mise en œuvre de cette réforme.

Cette réforme doit donner lieu à une transformation en profondeur du secteur du domicile pour permettre aux personnes de pouvoir choisir leur lieu de vie et d'y demeurer aussi longtemps que possible en ayant recours aux aides nécessaires. L'enjeu est donc double : offrir un service intégré de qualité aux personnes, et une organisation territoriale de l'offre de service et soins à domicile améliorée. Cela suppose de mobiliser la réforme comme un outil de pilotage de l'offre conjoint aux conseils départementaux et aux ARS, et comme levier de transformation de cette offre pour répondre au plus près aux besoins des usagers.

Les créations de services autonomie mixtes supposent de relever trois défis principaux : trouver une zone d'intervention unique, se rapprocher avec des statuts juridiques différents mais également créer des places de SSIAD en s'articulant avec les installations, parfois denses dans certains secteurs, des infirmiers libéraux.

Outre l'accompagnement de la réforme des services à domicile, la CNSA a également fait évoluer ses modalités de soutien aux conseils départementaux pour leur permettre de mener des actions complémentaires au bénéfice des services à domicile et plus globalement de leurs politiques de l'autonomie.

L'appel à manifestation d'intérêt (AMI) 2023-2026, lancé par la CNSA en juillet 2023, à destination des conseils départementaux s'inscrit dans cette nouvelle dynamique d'accompagnement. 90 conseils départementaux ont répondu à cet AMI en vue de renforcer leurs actions dans six domaines, dont trois concernent spécifiquement le secteur du domicile :

- Axe 2 « Appui à la transformation en services autonomie à domicile » ;
- Axe 3 « Modernisation et professionnalisation des services d'aide à domicile » ;
- Axe 6 « Promotion de l'accueil familial ».

Les trois autres axes proposés dans le cadre de cet AMI sont les suivants :

- Axe 1 « Stratégie et pilotage » ;
- Axe 4 « Attractivité des métiers de l'autonomie » ;
- Axe 5 « Soutien aux aidants de personnes en situation de handicap ».

84 conseils départementaux ont vu leur candidature retenue.

Dans ce cadre, près de 80 conseils départementaux ont prévu de soutenir, principalement à partir de 2024, des projets de services autonomie mixtes.

Sur près de 55 millions d'euros accordés aux départements dans le cadre de l'AMI, un peu plus de 11 millions d'euros ont été accordés pour l'axe 2 et 7 millions d'euros pour l'axe 3, soit environ 33 % des financements de l'AMI orientés vers les axes de soutien de la transformation des services à domicile. En termes d'actions prévues, le soutien juridique et la formation à la coordination aide et soin dominant au sein de l'axe 2. Pour ce qui est de l'axe 3, les actions mutualisées autour de la qualité de vie et des conditions de travail et de la formation notamment sur les thématiques du cahier des charges des services autonomie sont prépondérantes.

La CNSA a également amorcé le soutien à la mobilité à destination des services autonomie à domicile inscrit à l'article 20 de la loi « Bien vieillir » en soutenant des actions telles qu'une « étude départementale de la conversion du parc automobile des SAAD pour la réduction des émissions de gaz à effet de serre » au titre de l'axe 3. Sur l'ensemble des départements soutenus, une vingtaine mène une action autour de la mobilité.

Le soutien de la CNSA aux conseils départementaux est antérieur au lancement de cet AMI. Elle soutenait précédemment les départements dans leurs politiques d'aide au maintien à domicile via des conventions bilatérales. Sur la vingtaine de départements dont les conventions sont arrivées à échéance fin 2023 :

- 90% avaient au moins une action de modernisation du secteur de l'offre à domicile ;
- 80% avaient au moins une action de structuration de l'offre à domicile ;
- 90% avaient au moins une action visant à soutenir l'accueil familial ;
- 80% avaient au moins une action de soutien à la professionnalisation des métiers du domicile.

Axe	Action
Aide à domicile : structuration de l'offre	Mutualisation, regroupement
	Diagnostic de l'offre
	Adaptation de l'offre à un public spécifique
Aide à domicile : modernisation du secteur	Télégestion pour les SAAD
	Mise en place de la télétransmission
	Démarche qualité
	Mise en place d'une démarche de prévention des risques
Aide à domicile : professionnalisation du secteur	Parcours accès à l'emploi / tutorat / GEIQ
	Formation professionnalisante
Accueil familial	Formation initiale et continue
	Soutien des accueillants familiaux

Figure 58 - Typologie des actions soutenues dans le cadre des conventions avec les conseils départementaux
Source : CNSA

Le soutien aux résidences autonomie et le déploiement de l'aide à la vie partagée (AVP) : vers une plus grande diversité des modes d'habiter

Dans le cadre de la transformation de l'offre médico-sociale et parallèlement au soutien des services à domicile, la branche Autonomie s'est également investie dans la diversification des lieux de vie pour les personnes âgées. Cela se traduit par le soutien au développement des possibilités résidentielles construites autour de la nécessité de produire de nouvelles formes de domicile, pensées pour répondre au souhait de disposer le plus longtemps possible d'un chez soi, adapté et sécurisé.

22,5 millions d'euros pour les résidences autonomie

En 2023, à l'occasion du Ségur, la CNSA et la CNAV ont continué à soutenir la réhabilitation des résidences autonomie à hauteur de 22,5 millions d'euros. Cette initiative a permis à 81 établissements de proposer des logements entièrement adaptés dans un environnement sécurisant au sein d'établissements, bénéficiant du forfait autonomie et proposant une offre de prévention de la dépendance. Cet engagement permet de maintenir une

offre spécifique de logements aux personnes âgées dans des établissements non ou faiblement médicalisés, de petite taille, favorisant le lien social et le maintien dans les territoires de vie.

Dans la même logique, la CNSA et la CNAV ont renforcé, en 2023, leur initiative pour le développement des résidences autonomie (IDRA), visant à soutenir à hauteur de 15 millions d'euros l'autorisation par les conseils départementaux de nouvelles places tant par la création de nouveaux établissements que par extension de structures déjà existantes. Destinée aux départements dont les projections démographiques montrent

un déficit de cette offre à horizon 2030, ce sont 33 d'entre eux qui ont été assurés du versement d'une aide aux porteurs de projets permettant la création de plus de 2 500 nouvelles places.

Autre solution innovante du « virage domiciliaire », la nouvelle politique publique de l'habitat inclusif vise le développement de logements indépendants, regroupés en colocation ou diffus à l'échelle d'un territoire de vie. Leur spécificité est de répondre à la volonté des habitants, âgés ou en situation de handicap, de vivre à domicile et de partager une vie sociale ensemble et avec leur environnement, leur quartier ou leur commune. En conséquence, les logements prévoient des espaces de vie individuelle et un ou plusieurs espaces de vie partagée.

Depuis 2021, les habitants peuvent bénéficier d'une aide à la vie partagée (AVP) finançant l'intervention d'un professionnel chargé de l'animation de leur projet de vie sociale et partagée, de la coordination ou de la régulation de la vie collective, intervention distincte de celle de services d'aide ou de soins à domicile. Cette aide est cofinancée par la CNSA et les conseils départementaux. Les départements l'ont intégrée dans leur règlement départemental de l'aide sociale et ont mis en place la conférence des financeurs de l'habitat inclusif pour déployer une dynamique territoriale avec tous les acteurs concernés.

Fin 2022, 95 départements avaient déployé cette politique d'action sociale sur leur territoire (Figure 2), avec un soutien financier de la CNSA à hauteur de 37 millions d'euros. En 2022, on comptait 628 habitats inclusifs pour plus de 5 600 habitants et 152 projets nouveaux ont été intégrés à la programmation de départements en 2023. Majoritairement portée par des associations d'usagers et des gestionnaires d'ESMS, mais aussi par des bailleurs et des communes, cette nouvelle forme d'habiter se déploie dans des territoires qui facilitent les liens sociaux et l'accès aux services de proximité et ce, dans les petites communes plutôt pour les personnes âgées (où 58 % des habitants sont âgés) et dans les grandes communes pour les personnes en situation de handicap (où 67 % des habitants sont en situation de handicap). Des éléments plus détaillés sont disponibles dans CNSA (2024), [Rapport d'activité des conférences des financeurs de l'habitat inclusif 2022](#).



Figure 59 - Les départements engagés dans le déploiement de l'AVP au 31 décembre 2022

Lecture : Au 31 décembre 2022, les départements de la Corse, la Lozère, la Dordogne, la Guadeloupe et Mayotte ne sont pas engagés dans le déploiement de l'AVP.

Source : CNSA

Note : La Corse est désormais engagée, soit 96 départements en 2024

Mobilisant fortement le parc social (près de 60% des projets recensés en 2022), les pouvoirs publics ont lancé en 2023 un nouveau financement avec le PLAI « logement-foyer habitat inclusif » pour appuyer cette dynamique. En parallèle, la CNSA a renouvelé son appel à manifestation d'intérêt « Investissement dans l'habitat inclusif », doté de 7,5 millions d'euros qui ont permis en 2023 de soutenir les travaux de 103 habitats inclusifs (logements ou espaces partagés) et la dynamique à l'œuvre dans les territoires.

L'habitat inclusif représente une alternative à la fois au domicile « historique » et aux établissements : d'après les données disponibles, 85% des personnes ont quitté leur logement pour intégrer un habitat inclusif tandis que 15% ont quitté une place en établissement sanitaire ou médico-social au profit d'un habitat inclusif. Cette dernière situation tend à croître chaque année depuis 2020.

Ainsi la branche Autonomie a poursuivi un objectif de soutenir le domicile sous toutes ses formes, en mobilisant le levier de l'investissement, du soutien financier ponctuel ou pérenne, ainsi que de l'accompagnement et de l'outillage des autorités de tarification et de régulation de l'offre que sont les conseils départementaux et les ARS.

Cela est à mettre en miroir avec l'évolution qui traverse l'offre en établissement qui tend, elle aussi, à s'ouvrir sur l'extérieur, son environnement et le « milieu ordinaire ».

L'ouverture des établissements sur leur environnement et le changement de regard sur les établissements

Dans cette partie sont présentés des focus sur quelques tendances majeures de l'évolution de l'offre : le déploiement des centres ressources territoriaux, tournés vers une réponse plus adaptée et diversifiée aux besoins des personnes âgées ; les dynamiques d'ouverture des EHPAD sur leur environnement ; les mutations qui traversent l'offre à destination des enfants en situation de handicap, notamment autour du passage en fonctionnement en plateformes de services et le développement des équipes mobiles ; les préoccupations qui président à l'évolution de l'offre destinée aux personnes handicapées vieillissantes.

De l'EHPAD au domicile, le déploiement des centres ressources territoriaux

En cohérence avec le renforcement et la transformation de l'offre domiciliaire, les centres ressources territoriaux (CRT) sont également la résultante du souhait des personnes de vieillir à domicile. Ils répondent donc d'abord à la nécessité de pérenniser et de développer plus amplement une offre renforcée à domicile, en alternative à l'EHPAD.

La création de centres de ressources territoriaux pour personnes âgées a été consacrée par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale 2022, avec deux piliers complémentaires :

- Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et équipements spécialisées ou de locaux adaptés). Il s'agit de donner accès aux ressources des EHPAD par la diffusion des connaissances et ressources disponibles afin d'en faire bénéficier les professionnels et les personnes âgées du territoire.

- Une mission d'accompagnement renforcé à domicile pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD. Cette mission généralise l'expérimentation « Dispositif renforcé d'accompagnement à domicile (DRAD) » qui s'est déroulée jusqu'en décembre 2023 avec le soutien du [dispositif article 51](#). Il s'agit d'intervenir au domicile des personnes en complément des services classiques en offrant un accompagnement renforcé à domicile.

Une dotation annuelle de 400 000 € est versée par les ARS aux structures retenues pour remplir la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets.

En termes de financements nationaux, dès 2022 des crédits ont été alloués aux ARS pour déployer les premiers CRT et organiser la conversion des 23 dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) expérimentés dans le cadre de l'article 51 en CRT. Au total ce sont 20 millions d'euros qui ont été alloués aux ARS en 2022 pour le déploiement des premiers CRT, complétés de 39,7 M€ en 2023.

L'année 2023 a été une année de lancement d'appels à projets, à candidatures et à manifestation d'intérêt dans la quasi-totalité des ARS. De ce fait le déploiement de cette offre a commencé en 2022 et a connu une accélération en 2023.

Il est cependant encore difficile de donner avec exactitude le nombre de CRT installés pour des raisons de référencement dans la base FINESS. Ainsi, la donnée issue du fichier FINESS fait apparaître 62 CRT autorisés au 31 décembre 2023 et 39 CRT installés, les données remontées par les ARS fin 2023 étant supérieures, avec 166 CRT autorisés (49 CRT en 2022 et 117 en 2023).

Les critères appliqués par les ARS pour la sélection des premiers projets ont été essentiellement populationnels (en particulier le nombre et la part des personnes de 75 ans et plus sur le territoire) mais elles ont également, pour certaines, tenu compte des logiques d'organisation territoriale globale ainsi que de la nécessité de couvrir les zones sous-équipées. Ainsi les CRT sont une composante nouvelle majeure du maillage et du pilotage de l'offre à l'échelle territoriale et doivent trouver leur articulation avec les autres composantes de l'offre : les services à domicile, les dispositifs d'appui à la coordination, l'offre en EHPAD et le secteur sanitaire notamment.

La transformation de l'offre comme ouverture des EHPAD vers l'extérieur

Les EHPAD, en tant qu'établissements de soins, doivent également constituer des lieux de vie ouverts offrant le sentiment d'être chez soi. Tous les EHPAD, qu'ils soient neufs ou réhabilités, doivent intégrer cette dualité dans leur fonctionnement. C'est la raison pour laquelle, dès 2022, la CNSA a donné comme instruction aux ARS d'inclure exclusivement dans leur programmation des projets de transformation de l'offre médico-sociale, prévoyant une ouverture fonctionnelle et/ou bâtementaire tournée vers la cité. Ces projets doivent permettre l'intégration d'activités diverses grâce à des espaces partagés ou dédiés.

Les initiatives soutenues par le plan d'aide à l'Investissement (PAI) de la CNSA et déployées par les ARS concernent un ensemble de projets qui intègrent selon les besoins du territoire de proximité, la création d'un jardin partagé, un espace intergénérationnel, une épicerie, des studios pour étudiants, etc.. En 2023, les 120 projets qui ont reçu une subvention dans le cadre du PAI prennent en compte cette nouvelle obligation.

A cette orientation est associée depuis 2022 la mise en place d'un plan d'aide à l'investissement spécifique pour l'intégration de tiers-lieux dans des EHPAD qui ne nécessitent pas de réhabilitations.

Ce PAI fait la suite de l'appel à projet « un tiers-lieu dans mon EHPAD », initié en 2021 lors du lancement du Ségur, lequel a alloué 3 millions d'euros au financement des 25 lauréats précurseurs. Fruit d'un projet commun porté par l'organisme gestionnaire, les acteurs locaux, la collectivité locale et les riverains, un tiers-lieu dans un EHPAD se situe dans l'enceinte de l'établissement avec la volonté de répondre aux besoins de développement local social et d'intégration territoriale.

Un budget annuel de 2,5 millions d'euros associé à ce PAI a été alloué pour la période 2022-2024, permettant le financement des travaux et de l'équipement du tiers-lieu, mais aussi d'accompagner les porteurs de projets grâce à des prestations intellectuelles. En 2023, l'enveloppe du PAI dédiée aux tiers-lieux a permis de soutenir 23 EHPAD à hauteur de 1,7 millions d'euros.

Ce sont au total, depuis 2021, 68 tiers-lieux qui ont pu être soutenus pour un montant total de 6,5 millions d'euros.

Cette dynamique s'étend également aux résidences autonomie. Au cours de l'année 2023, ce sont 817 000 euros qui ont été alloués au financement de 10 tiers-lieux au sein de résidences autonomie.

Pour accompagner les organismes gestionnaires dans la mise en place de tiers-lieux, la CNSA, appuyée par le Laboratoire des solutions de demain, a élaboré une boîte à outils recensant des exemples concrets, des ressources et des sources de financement pour la création et la gestion de tiers-lieux, disponible sur la [page dédiée du site de la Cnsa](#).

La transformation de l'offre à destination des enfants en situation de handicap : les territoires en action

D'une logique de place en établissement, l'accompagnement des enfants en situation de handicap bascule vers une logique de parcours sur un territoire qui s'organise autour de services proposés en fonction des besoins des enfants en situation de handicap. Alors qu'il existait une offre d'accompagnement basée sur ce qui existe dans une structure, il s'agit désormais d'organiser les services nécessaires à un enfant en fonction de ses besoins et selon les différents temps de vie (scolarité, loisirs, famille, soin, ...). Cela se traduit par le développement de nouvelles modalités d'accompagnement : les DITEP, mais également les dispositifs d'accompagnement médico-éducatif (DAME), les dispositifs intégrés médico-éducatif (DIME), les prestations en milieu ordinaire (PMO), les équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS), les équipes mobiles d'appui à la protection de l'enfance (EMAPE).

Ces nouvelles modalités d'accompagnement ont vocation à terme à se substituer à l'offre « historique » constituée par les ITEP, les IME, les SESSAD, et à l'organisation en accueil de jour, internat ou semi-internat.

Ces processus de transformation de l'offre engagés dans le secteur de l'enfance sont encore hétérogènes en fonction des dynamiques de mise en œuvre, des politiques propres à chaque ARS mais aussi des spécificités de chaque territoire (rural, urbain, de montagne, dont des temps de trajet différenciés), des difficultés propres à chaque famille d'enfants en situation de handicap et du type de troubles rencontrés par l'enfant.

La plateforme déployée par la Fondation Hardy en Seine et Marne pour les enfants porteurs de troubles du neurodéveloppement

Dans ce département, des zones d'interventions prioritaires (ZIP) ont été définies par grande catégorie de handicap (troubles du neurodéveloppement, troubles moteurs, polyhandicap, troubles sensoriels et jeunes relevant des DITEP) : chaque établissement ou organisme gestionnaire est responsable d'une zone géographique définie de façon concertée en fonction de la densité de population et de l'étendue du territoire. Il se doit d'accueillir, selon les principes de subsidiarité, d'inconditionnalité, de solidarité et de flexibilité, tout jeune habitant sur sa zone et présentant un trouble du neurodéveloppement (TND).

Un outil de cartographie a été élaboré par l'EPMS de la fondation Hardy, il permet ainsi de repérer les zones d'interventions prioritaires de proximité, les établissements et dispositifs scolaires, les établissements sanitaires, les zones d'intervention des EMAS, l'offre adultes (<https://www.epms-hardy.com/carte/>)

Une évaluation complète des besoins du jeune et de sa famille est faite au domicile familial lors de l'admission dans la plateforme. L'évaluation est faite à partir d'outils standardisés, reconnus et conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles. C'est à partir des besoins que sont ensuite mis en place les prestations nécessaires au jeune (autonomie personnelle, communication pour les plus petits, formation professionnelle et autonomie dans le logement pour les plus âgés...)

Ces parcours souples, adaptables, personnalisés s'appuyant sur des ressources internes et externes ont nécessité la mise en place de coordinateurs de parcours, des éducateurs spécialisés qui représentent, défendent et coordonnent les parcours des jeunes.

L'ensemble de l'équipe a reçu des formations adaptées, ce qui a été un levier pour faire évoluer les pratiques et elle bénéficie régulièrement de prestations de supervision.

L'association indique que ce fonctionnement en plateforme a permis une division par deux de la scolarisation en unités internes au profit de dispositifs externes (JEE, ULIS...), une diminution du nombre de sollicitations en groupe opérationnel de synthèse (GOS) et du nombre de situations complexes sans solution sur la ZIP, une augmentation de la satisfaction des personnes accompagnées et des familles, des réponses pragmatiques à un besoin et un bon accueil de la communauté éducative.

Il est toutefois observé un surcoût de l'accompagnement en plateforme du fait du maintien conjoint des accompagnements en journées et du déploiement des activités en PMO : les besoins humains (hausse des accompagnements individuels) et matériels (notamment de véhicules) ont augmenté.

La mise en place d'équipes mobiles pour les enfants en situation de handicap et relevant de l'aide sociale à l'enfance

Les équipes mobiles d'appui à la protection de l'enfance (EMAPE) ont pu être développées dans le cadre de la stratégie nationale de protection de l'enfance 2020-2022, avec 49 millions d'euros affectés aux mineurs en situation de double vulnérabilité. 22% des 28 millions d'euros déjà consommés en 2023 ont été affectés au développement d'équipes mobiles, soit 32 équipes sur la France.

L'EMAPE mise en œuvre par l'UGECAM dans le Var illustre l'apport de ces équipes dans la transformation de l'offre. Celle-ci accompagne des jeunes de 6 à 17 ans confiés à l'ASE en situation de handicap (reconnue par la MDPH ou en cours de reconnaissance). Elle prévient les ruptures de parcours (pérennisation du lieu d'accueil) et poursuit le maintien de l'enfant dans son lieu de vie. Elle assure également le soutien des lieux d'accueil (conseil, sensibilisation et coordination de parcours). Elle intervient en continu, 365 jours par an et 24h/24. Elle peut également proposer dans l'intérêt de l'enfant des séjours de répit. L'accompagnement s'étend sur une durée de 6 mois renouvelable.

Les principaux facteurs de succès identifiés reposent sur une volonté avérée de l'UGECAM et de ses partenaires de travailler en partenariat, une co-construction du projet par l'ARS et le conseil départemental avec des intérêts convergents et un recrutement de professionnels ayant une double expérience de la protection de l'enfance et du secteur médico-social.

Le vieillissement des personnes en situation de handicap : un enjeu pour le secteur médico-social en termes d'accompagnement et de formation des professionnels

Depuis une quinzaine d'années, le vieillissement des personnes en situation de handicap est devenu un enjeu prioritaire en termes d'accompagnement médico-social.

Si les progrès de la médecine et la qualité des accompagnements ont permis un allongement significatif de l'espérance de vie des personnes handicapées, avec l'avancée en âge, s'ajoute au handicap un vieillissement précoce qui peut être caractérisé par une plus grande fatigabilité, des difficultés motrices ou sensorielles, un vieillissement cognitif qui peut être majoré par les traitements médicamenteux ou le handicap lui-même ou encore l'apparition de maladies. Du point de vue de l'état de santé, peut être considérée comme vieillissante une personne en situation de handicap dès l'âge de 50 ans, parfois même 45 ans. Cette réalité, sur laquelle les professionnels du secteur alertent les pouvoirs publics depuis de nombreuses années, a de fortes répercussions sur l'offre médico-sociale.

Les pouvoirs publics ont identifié les personnes en situation de handicap vieillissantes (PSHV) comme l'un des publics prioritaires de la Conférence nationale du handicap 2023 et des orientations politiques qui en découlent pour les cinq prochaines années.

Dans son rapport, publié en 2023 et dédié à [l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes](#), la Cour des comptes préconise que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les foyers de vie puissent accompagner leurs résidents pour toute la durée de vie afin de ne pas générer de rupture de parcours. Force est de constater cependant que de plus en plus de ces personnes sont orientées en EHPAD dès lors qu'elles montrent des signes de vieillissement précoce ou qu'elles avancent en âge.

La Cour des comptes estime ainsi que les structures pour personnes âgées en perte d'autonomie accueilleraient entre 40 000 et 50 000 personnes en situation de handicap vieillissantes. Ces personnes peuvent y être accueillies en unité dédiée ou en secteur diffus, c'est-à-dire qu'elles sont alors hébergées sans distinction de lieu par rapport aux autres résidents de l'établissement. L'évolution de l'offre en faveur de ce public semble

L'accueil des personnes handicapées vieillissantes en question

néanmoins se confirmer avec un développement significatif d'unités de vie pour les PSHV en EHPAD par transformation de l'offre existante ou création de places.

Cette évolution témoigne d'une recherche de solutions adaptées de la part des ARS et des conseils départementaux qui, par le transfert de résidents des établissements du handicap vers les structures du grand âge, souhaitent également répondre à la problématique des jeunes en attente d'une place en établissement adultes.

Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton, c'est-à-dire maintenus à titre dérogatoire dans un établissement pour enfants dans l'attente d'une place en structure pour adultes, sont en effet au cœur de leurs préoccupations : la Drees estime leur nombre à environ 7 700 fin 2022 (contre 6 600 fin 2018 et 5 000 fin 2006), la part des places occupées à ce titre dans le secteur enfant tendant à augmenter (de 3,6 % fin 2006 à 4,4 % fin 2022). Les ARS et les CD y font souvent référence dans leurs cahiers des charges lorsqu'ils lancent un appel à projet, les parcours de ces publics étant intrinsèquement liés : les aînés libèrent ainsi des places pour les plus jeunes qui attendent en structures enfance. Les périodes de transition constituent alors des étapes clés qui doivent également être anticipées, accompagnées et faire l'objet d'un suivi spécifique.

La Cour des comptes pointe cependant que 45 % des personnes en situation de handicap vieillissantes quittent l'EHPAD dans les 2 ans après leur admission. Ceci alerte sur la nécessité que les modalités d'accompagnement, aujourd'hui très hétérogènes d'une structure à l'autre, garantissent un projet individualisé et respectent les rythmes de la personne afin d'éviter les phénomènes de glissement. Le rapport de la Cour des comptes préconise l'élaboration d'une recommandation de bonnes pratiques professionnelles pour l'accueil en EHPAD des personnes en situation de handicap par la HAS (recommandation n°6).

L'accueil en EHPAD n'est pas l'unique réponse apportée aux besoins des personnes handicapées vieillissantes et les structures du handicap s'adaptent de longue date afin de poursuivre l'accompagnement de leurs résidents âgés. Ces structures sont parfois confrontées à des limites de capacités d'accompagnement, notamment en ce qui concerne les besoins en médicalisation ou la fin de vie.

D'autres modalités sont proposées aux personnes qui peuvent encore vivre à domicile. Outre certains SAVS ou SAMSAH, s'ouvrent à ce public des places dédiées de SSIAD, des équipes mobiles, des structures d'hébergement temporaire, de répit pour elles et leurs aidants. Les solutions pour les personnes les plus autonomes restent encore insuffisantes et mériteraient d'être développées comme l'habitat inclusif.

Quelle que soit la structure qui les accueille, les personnes handicapées vieillissantes ont besoin d'un accompagnement qui nécessite une double expertise à la fois dans le domaine du handicap et de la gériatrie. C'est la raison pour laquelle la formation des professionnels est un levier essentiel pour garantir un accompagnement qualitatif. La CNSA en fait l'un des publics prioritaires dans le cadre du conventionnement avec les OPCO.

Renforcer la prise en charge technique et médicale : l'adaptation de l'offre aux situations les plus complexes et le renforcement de la permanence des soins

Dans cette partie, la question de la prise en compte des besoins des personnes se trouvant dans les situations les plus complexes est illustrée par deux dynamiques : le déploiement des unités résidentielles pour personnes autistes en situation très complexe et les dispositifs permettant d'assurer la continuité des soins de nuit en EHPAD.

La création des unités résidentielles pour personnes autistes en situation très complexe (UR TSA) : une réponse à des besoins spécifiques

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) représentent entre 0,9 % et 1,2 % des naissances, soit quelque 7 500 nouveau-nés chaque année. La Haute autorité de santé (HAS) estime qu'environ 100 000 jeunes de moins de 20 ans et près de 600 000 adultes rencontrent des TSA en France.

Vivre avec des troubles du spectre de l'autisme recouvre une réalité très large et hétérogène. Les personnes concernées par les TSA ont des besoins qui varient considérablement. Pour les personnes qui sont atteintes de troubles très sévères, un accompagnement continu, requérant un haut niveau d'expertise et de technicité, est nécessaire. Or, le manque de places en ESMS contraint encore trop souvent ces personnes à des hospitalisations en structures de santé mentale, des orientations vers des établissements en Belgique ou encore un maintien dans leur milieu familial délétère. Leur parcours de vie est sujet à de nombreuses ruptures qui ont de graves répercussions sur la personne elle-même et son environnement.

Pour répondre au manque de structures pérennes, des moyens conséquents, à hauteur de 50,6 millions d'euros, ont été accordés, dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme et les TND 2018-2022 (mesure 41 bis). Ces crédits de l'ONDAM médico-social ont pu commencer à être délégués par la CNSA aux ARS dès 2021. Ils sont destinés à créer des unités résidentielles pour personnes autistes en situation très complexe (UR TSA) sur l'ensemble du territoire national en s'inscrivant dans une logique populationnelle.

Ces unités ont vocation à mettre en œuvre des modalités d'accompagnement spécifiques et adaptées à ce public. L'instruction interministérielle du 24 juin 2021 relative à leur déploiement en précise les conditions de fonctionnement et d'organisation par un cahier des charges national qui lui est annexé. Les UR TSA ont le statut de MAS et sont adossées à des ESMS adultes handicapés. Elles peuvent également être portées par un établissement de santé disposant d'une autorisation médico-sociale.

Les personnes accompagnées au sein des unités résidentielles sont des adultes de plus de 16 ans qui présentent des troubles du spectre de l'autisme, associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neurodéveloppement, en situation très complexe. Les UR TSA bénéficient d'un taux d'encadrement très élevé, de l'ordre de 4 professionnels pour 1 personne accompagnée, en raison des troubles majeurs du comportement de leurs résidents et d'un fonctionnement prévu 365 jours par an et 24h/24. Les compétences et l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire vise à garantir un accompagnement spécifique et conforme aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), notamment pour la gestion de crises.

Les unités résidentielles répondent également à un projet architectural adapté, notamment sur le plan sensoriel, afin d'offrir aux personnes autistes un environnement sécurisé. Les UR TSA sont ainsi des structures de petite taille, composées de 6 places maximum et pouvant proposer, au cas par cas, de l'accueil temporaire.

Le décroisement entre les secteurs sanitaire et médico-social est un facteur essentiel de réussite et doit s'appuyer sur des coopérations renforcées afin de répondre à une logique coordonnée et territorialisée.

L'expertise développée au sein des URTSA doit également permettre de constituer un pôle ressource territorial. Les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire pourront ainsi intervenir, sur un temps dédié, auprès d'autres établissements et services sanitaires ou médico-sociaux du territoire.

L'URTSA est une structure de vie pérenne pour les personnes accompagnées mais en fonction de l'amélioration de leur situation ou de leur choix de vie, celles-ci pourront évoluer vers d'autres lieux de vie.

La médicalisation des EHPAD : assurer la continuité des soins de nuit

La généralisation des dispositifs d'infirmiers de nuit en EHPAD est un objectif inclus dans la feuille de route Grand âge et autonomie depuis 2018.

De 2018 à 2021, les ARS ont reçu un financement total de 44 millions d'euros pour appuyer des projets dans ce domaine, principalement sous la forme d'astreintes mutualisées. Des projets avaient été soutenus auparavant mais sur des mesures nouvelles dédiées ont été déléguées aux ARS, affirmant l'ambition forte de cet objectif de politique publique.

Dans le but d'objectiver les différents modèles s'étant déployés et les leviers permettant d'en soutenir le déploiement, la CNSA et la DGCS ont confié à l'ANAP une mission d'évaluation, pour un **bilan et des constats sur le déploiement des dispositifs dits « IDE de nuit »**.

Réalisée en 2023, l'évaluation du déploiement de ces dispositifs a mis en lumière plusieurs défis et limites :

- Exécution budgétaire : chaque année, moins de 50 % des fonds disponibles sont utilisés (20,3 millions d'euros utilisés, soit 46 % du budget disponible).
- Couverture du territoire : seuls 33 % des EHPAD bénéficient du dispositif d'infirmiers de nuit.
- Usage limité du dispositif : en moyenne, on observe 1 à 2 sollicitations par nuit dans les projets les plus efficaces, et moins de deux fois par semaine pour l'ensemble des projets.

Parmi les freins et obstacles au déploiement de ces dispositifs figurent :

- Les bénéficiaires mal identifiés du dispositif par de nombreux EHPAD qui n'identifient pas pleinement les avantages potentiels du dispositif.
- Les fortes tensions sur les ressources humaines et notamment pour le recrutement d'infirmiers diplômés d'État (IDE).
- La lourdeur de l'ingénierie de projet liée à des processus administratifs complexes.
- L'arrêt des projets de mutualisation en raison de la pandémie de COVID-19.

Pour autant, plus de 20 000 interventions techniques ont été réalisées en EHPAD (sur un échantillon de 1 333 établissements ayant participé à l'enquête réalisée dans le cadre de l'évaluation). Cela suggère que le dispositif pourrait permettre d'éviter jusqu'à 7,7 % des passages la nuit de personnes âgées dans les services d'accueil des urgences (SAU) si la couverture était universelle (hypothèse maximaliste). Les infirmiers de nuit jouent également un rôle de réassurance pour les équipes de nuit, souvent réticentes à solliciter un médecin régulateur ou le SAMU, en cas de doute.

Le positionnement du dispositif dans l'offre :

Le dispositif initialement dédié principalement à l'évitement du passage aux urgences est devenu une des réponses à l'enjeu plus global de médicalisation des EHPAD et de la continuité de soins, en réponse à des besoins peu ou mal couverts ; par ailleurs les objectifs assignés et les missions qui en découlent peuvent varier selon les dispositifs, ce qui génère l'émergence de nouveaux modèles.

Ainsi le modèle historique des astreintes de nuit en EHPAD a progressivement laissé la place à de nouveaux modèles organisationnels, avec une diversification des opérateurs et des missions sensiblement différentes.

Les recommandations de l'évaluation :

Le dispositif est financé à hauteur de 12 millions d'euros par an. Ce budget équivaut au coût d'environ 100 000 passages aux urgences pour des personnes âgées de plus de 75 ans. Dans l'hypothèse la plus optimiste, ce dispositif pourrait permettre d'éviter un nombre équivalent de transferts nocturnes aux urgences, offrant ainsi un rapport équilibré entre les coûts engagés et les économies réalisées. Cependant, le manque de données plus robustes ne permet pas d'évaluer les besoins réels et l'activité des projets.

Bien que la qualité de service soit satisfaisante, l'implantation généralisée de postes de nuit dédiés dans l'ensemble des EHPAD du pays n'est ni réaliste ni raisonnable compte tenu du faible niveau de sollicitation observé (1 à 2 interventions par nuit dans les projets les plus performants).

Par conséquent, renforcer les opérateurs qui assurent déjà une continuité de nuit apparaît comme une solution potentiellement plus réaliste et pertinente. Le modèle d'hospitalisation à domicile (HAD) offre plusieurs avantages : les infirmiers sont habitués à la mobilité, à l'intervention à domicile et au travail en autonomie. La continuité des soins est assurée jusqu'à 2 heures du matin pour les patients en HAD, avec des horaires alignés sur les besoins d'un IDE de nuit, en cohérence avec le renforcement de la place de l'HAD en EHPAD, notamment pour les évaluations anticipées. Si la nécessité d'assurer une continuité des soins de nuit en EHPAD est réaffirmée, les modèles organisationnels sont à considérer, la HAD pouvant constituer l'option la plus pragmatique, en fonction toutefois des spécificités territoriales d'organisation de l'offre en EHPAD et en HAD.

[Plus d'éléments sont consultables depuis le site de la CNSA.](#)

Renforcer l'attractivité des métiers de l'autonomie

L'attractivité des métiers s'est imposée comme un enjeu majeur au regard des difficultés très fortes de recrutement et de fidélisation dans le champ de l'autonomie.

Un récent avis du Conseil scientifique de la CNSA a estimé le nombre des professionnels comme se situant entre 1,3 million et 1,8 million de professionnels, dans les acceptions les plus larges (voir l'[Avis sur le renforcement de l'attractivité des métiers de l'accompagnement social et médico-social](#)). Ils relèvent des secteurs médico-social, de la santé, du social ou encore de l'éducation. De fortes tensions sont notamment identifiées s'agissant des aides à domicile, des aides-soignants, des infirmiers et des éducateurs spécialisés. C'est également le cas des postes de médecins coordonnateurs en EHPAD ou des AESH en milieu scolaire.

Dans un contexte démographique de progression des besoins d'accompagnement en lien avec l'âge et le handicap, ces tensions sont susceptibles de s'accroître. Les projections à 2030 de la DARES et de France stratégie pointent un risque de pénurie de main d'œuvre qui affecterait les champs de l'aide, de l'accompagnement et du soin à la personne, dans un contexte plus global de déséquilibres sur le marché du travail. Les projections démographiques mettent par ailleurs en visibilité une possible baisse à venir du nombre d'aidants familiaux. Un certain nombre d'évolutions sociales sont également à considérer si l'on souhaite effectivement renforcer l'attractivité des métiers et l'inclusivité de la société : ces dernières sont en lien avec le changement des besoins des personnes concernées et des contenus des emplois.

Les pouvoirs publics, les employeurs et les partenaires sociaux ont depuis plusieurs années investi cet enjeu. Le renforcement de l'attractivité des métiers de l'autonomie emporte toutefois une série de défis, au regard de la diversité des situations professionnelles et des territoires, d'une part ; compte tenu de la pluralité des acteurs et des dimensions qu'elle suppose de mobiliser, d'autre part.

L'attractivité des métiers de l'autonomie en question

L'attractivité des métiers revêt un caractère multifactoriel. Ce dernier est mis en lumière par les enquêtes statistiques et l'analyse fine des réalités professionnelles, à domicile ou en établissement, des difficultés vécues par les professionnels de l'accompagnement et par l'encadrement, ainsi que l'examen des mécanismes de régulations.

Les enquêtes statistiques, notamment les indicateurs de mesure des tensions sur le marché du travail de la DARES, identifient les salaires comme un déterminant majeur de l'attractivité, mais d'autres déterminants sont essentiels pour les métiers de l'autonomie, dont les conditions de travail, le lien emploi-formation ou le manque de main-d'œuvre disponible.

Des facteurs plus difficilement perceptibles dans les statistiques publiques, tels que le défaut ou la non-valorisation du travail, l'organisation du travail, le management, les perspectives de carrière, sont à considérer. Si les métiers de l'autonomie sont riches de sens et porteurs d'une utilité sociale forte, l'analyse des conditions réelles d'emploi et de travail invite à considérer la qualité de ces emplois à la fois dans leurs aspects matériels (la rémunération, les contraintes physiques, etc.), organisationnels (temps de travail, rythme de travail, marges de manœuvre, etc.) et psychosociaux (relations avec la hiérarchie, les autres intervenants, les collègues etc.).

Cette partie vise à mettre en avant les principaux éléments statistiques pertinents sur le sujet. Elle synthétise également : les grands constats dressés lors des 7èmes Rencontres Recherche et Innovation, en novembre 2023, consacrées aux professionnels de l'autonomie (dont les [Actes](#) sont consultables en ligne) ; l'avis du Conseil scientifique en date de février 2024, relatif à la mise en œuvre de la COG 2022 -2026, précédemment cité.

Les actions de la branche Autonomie pour renforcer l'attractivité des métiers

La CNSA au titre de la branche Autonomie a pour rôle de « contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap » (CSS, article L. 223-5). Le renforcement de l'attractivité des métiers de l'accompagnement social et médico-social est par ailleurs l'un des cinq grands enjeux inscrits dans le préambule de la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la CNSA pour 2022-2026.

La branche met en œuvre une approche multidimensionnelle pour relever les défis liés à l'attractivité des métiers de l'autonomie et encourager le recrutement et la fidélisation des professionnels. Les principaux leviers d'actions sont :

- la promotion et la valorisation des métiers et des parcours professionnels à travers notamment l'expérimentation de 19 plateformes des métiers de l'autonomie,
- la formation professionnelle,
- L'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail, associée à l'accompagnement des transformations organisationnelles.

Les plateformes des Métiers de l'Autonomie

La branche soutient le développement de plateformes départementales des métiers de l'autonomie. Ces plateformes réunissent les acteurs du recrutement, de l'orientation, de la formation et de l'emploi, ainsi que les employeurs du secteur de l'autonomie. Elles s'adressent à tous les publics intéressés par ces professions, notamment les jeunes, les demandeurs d'emploi et les personnes en reconversion. Elles visent à promouvoir les métiers, faciliter l'accès à l'emploi et soutenir le maintien dans l'emploi. Des actions telles que la valorisation des métiers, la proposition de parcours d'orientation et de formation, ainsi que des campagnes de communication locales sont mises en place.

La formation professionnelle

La formation professionnelle constitue un levier essentiel pour répondre aux enjeux rencontrés par le secteur de l'autonomie. En premier lieu, elle contribue à l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap ; pour les professionnels, elle facilite le développement des compétences socles nécessaires à l'exercice de leurs missions, l'opportunité d'évolutions de carrière et l'accompagnement et l'optimisation des changements organisationnels et sociétaux souhaités sur le secteur. La branche autonomie continue de soutenir la formation professionnelle, dans le cadre de partenariats financiers avec les principaux opérateurs de compétence du secteur médico-social pour :

- massifier les départs en formation, en complémentarité avec les dispositifs de droit commun,
- rendre l'offre de formation plus accessible aux professionnels de l'ensemble du territoire,
- contribuer à faire évoluer l'offre par une meilleure prise en compte de l'autodétermination, du droit à la participation et de l'expertise d'usage des personnes accompagnées et de leurs proches aidants.

La qualité de vie au travail et des conditions de travail

La qualité de vie au travail et des conditions de travail (QVCT) est un des leviers d'amélioration de l'attractivité des métiers du secteur de l'autonomie. Encore peu identifiée comme un acteur de la QVCT des professionnels, la CNSA accroît ses actions dans ce domaine, en lien avec les référents sur le sujet, notamment la direction des risques professionnels au sein de la CNAM, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) et ses agences régionales (Aract), l'Institut national de recherche et de sécurité (Inrs). L'objectif est de mieux outiller les intervenants du secteur en matière de QVCT afin de lutter contre la sinistralité ainsi que d'évaluer les modes d'organisation innovants.

700 000 professionnels travaillent dans les établissements et services médico-sociaux

La moitié des professionnels des ESMS travaillent en EHPAD

Les données disponibles permettent d'estimer les ressources humaines des ESMS à partir d'un calcul des effectifs en équivalent temps plein (ETP), le nombre des personnes réellement employées étant supérieur dès lors que certains professionnels exercent à temps partiel.

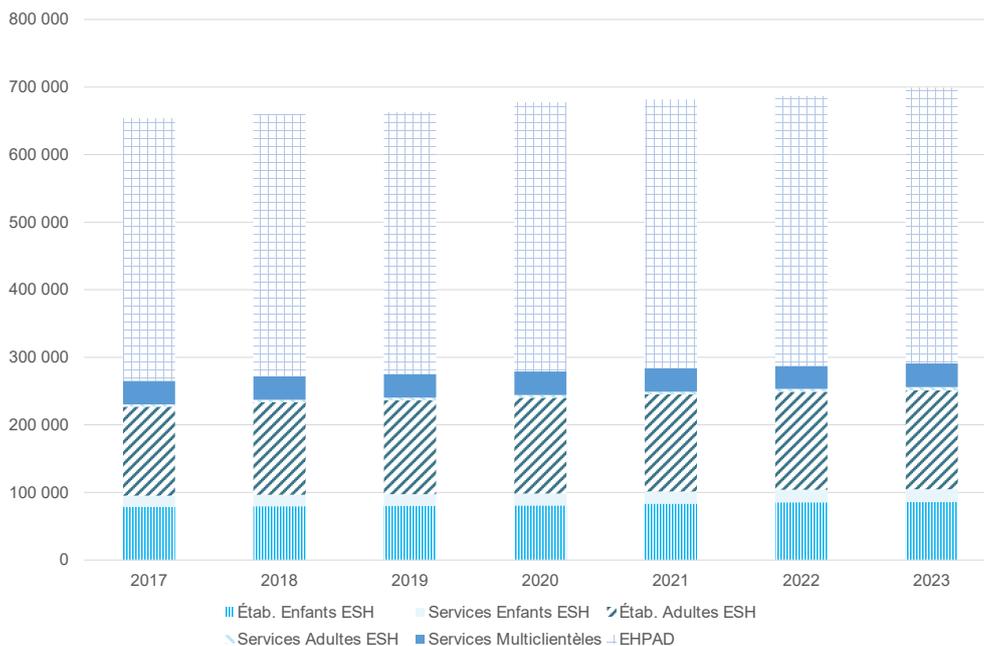


Figure 60 - Nombre d'ETP dans les ESMS

Lecture : En 2023, on dénombre 86 205 ETP en établissements pour enfants en situation de handicap.

Source : CA/ERRD (2017-2023) pour les ESMS pour personnes en situation de handicap, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social pour les EHPAD, traitements CNSA.

En 2023, 699 000 ETP sont recensés dans les ESMS (Figure 60). Ils se répartissent principalement entre les établissements pour personnes âgées (plus de 400 000 ETP en 2023), les établissements pour adultes en situation de handicap (près de 146 800 ETP) et ceux pour enfants en situation de handicap (86 200 ETP environ), les effectifs des différents services étant plus restreints (inférieurs à 60 000 ETP en cumulé).

L'effectif total a peu évolué en 2022 et 2023, respectivement de +0,7 % et +1,8%.

L'augmentation sur la période de 2017 à 2023 est de l'ordre de 7 %. De 2017 à 2023, les composantes les plus dynamiques sont les effectifs du secteur handicap : les effectifs des services pour adultes ont progressé de presque +30 %, en lien avec des créations de places dans ces structures, ceux des services pour enfants de +11,8 %, ceux des établissements pour adultes de +11,5 % et pour enfants de +9,4 %. Les effectifs professionnels des EHPAD ont été moins dynamiques (+ 4,9 %) et ceux des services multiclientèles quasiment stables (+1,2%).

Des différences de taux d'encadrement selon les ESMS

En 2023, les taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places autorisées, sont les plus élevés dans certains types d'établissements pour adultes (132 % en MAS ; 115 % en FAM-EAM) et pour enfants en situation de handicap (118 % en EEAP). Les taux d'encadrement sont intermédiaires en ITEP (73 %) et en IME (69%). Les services pour personnes en situation de handicap présentent des taux d'encadrement moins élevés (35 % dans les SESSAD comme dans les SAMSAH). Le taux observé dans les EHPAD est intermédiaire, s'élevant à 67%. Ces taux d'encadrement sont à mettre en relation avec les besoins auxquels ils répondent, qui diffèrent selon les structures (Figure 61).

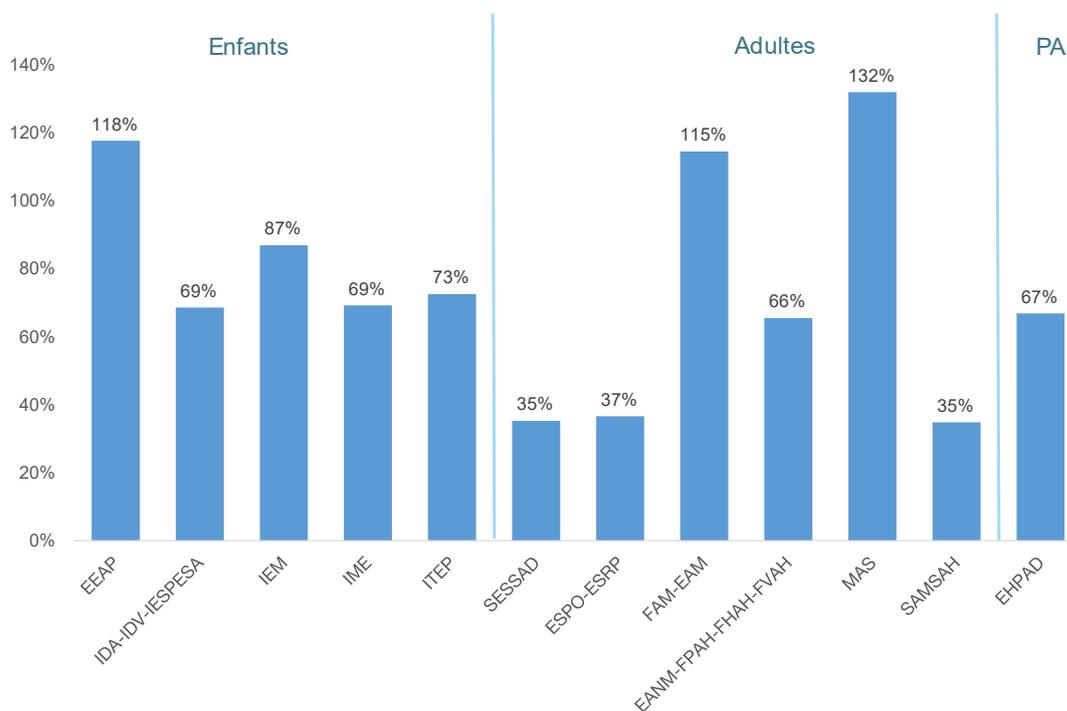


Figure 61 - Taux d'encadrement en 2023

Lecture : En 2023, le taux d'encadrement en IEM est proche de 87% ; en EHPAD, il se trouve légèrement en-dessous de 67%.

Source : CA/ERRD (2017-2023) pour les ESMS pour personnes en situation de handicap, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social pour les EHPAD, traitements CNSA.

Pour un même type d'ESMS, des disparités de taux d'encadrement selon les territoires

Les taux d'encadrement peuvent également être analysés à la maille territoriale. Une analyse globale, tous ESMS, n'est pas pertinente : les disparités constatées risqueraient principalement de refléter des différences de composition dans l'offre locale (pour illustration, une part d'établissements pour adultes plus élevée conduisant à un taux d'encadrement plus élevé).

Pour une analyse des disparités territoriales, trois types d'ESMS sont considérés : les SESSAD (services pour enfants en situation de handicap), les FAM-EAM (établissements pour adultes en situation de handicap) et les EHPAD.

La première carte (Figure 62) recense les données des SESSAD sur le territoire en 2023. Pour 100 places installées dans ces services, on compte entre 27 et 43 ETP selon les régions. Ces extrêmes sont respectivement atteints en Guyane et en Corse.



Figure 62 - Représentation régionale du taux d'encadrement en SESSAD en 2023

Lecture : En 2023, le taux d'encadrement en SESSAD dans la région Ile-de-France est inférieur à 33 %

La deuxième carte (Figure 63) relative aux FAM et EAM est très différente de la précédente. Les observations portent sur l'année 2023. La plage de données est significative, allant de 90 ETP pour 100 résidents (taux d'encadrement de 90 %) à plus de 140 ETP. Ces deux limites se trouvent en Martinique pour l'une et en Bretagne pour l'autre. Les départements des régions Bretagne et Normandie, qui présentaient des taux d'encadrement peu élevés s'agissant des services pour enfants en situation de handicap, se situent parmi les départements aux taux les plus hauts pour ces types d'ESMS. A l'inverse, les départements du Centre présentent des taux d'encadrement plus faibles.



Figure 63 - Représentation régionale du taux d'encadrement en FAM et EAM en 2023

Lecture : En 2023, le taux d'encadrement en FAM et EAM est de 143% en Bretagne.

Source : CA/ERRD , traitements CNSA.

Enfin, le taux d'encadrement en EHPAD varie globalement moins que les taux d'encadrement des autres structures, se situant entre 59 et 79 ETP pour 100 places dans l'ensemble des départements (Figure 64). A noter, les départements d'Ile de France présentent des taux d'encadrement plutôt bas.

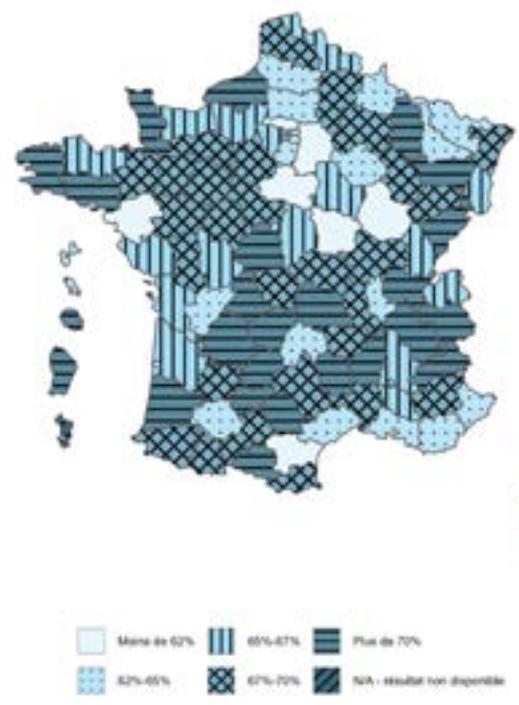


Figure 64 - Représentation départementale du taux d'encadrement en EHPAD en 2023

Lecture : En 2023, le taux d'encadrement en EHPAD est de seulement 58,8% en Loire-Atlantique.

Source : Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, traitements CNSA.

Les personnels paramédicaux et socio-éducatifs sont les plus nombreux au sein des effectifs

L'analyse par profession met en évidence la prédominance des personnels paramédicaux et socio-éducatifs dans les effectifs des ESMS : ils représentent respectivement 40 % et 22 % des ETP en 2023.

Ces proportions sont une moyenne sur l'ensemble des ESMS et il existe des disparités importantes selon les types de structures.

En termes d'évolution temporelle, en valeur absolue, l'augmentation la plus importante réside dans les effectifs paramédicaux, qui ont gagné près de 26 000 ETP entre 2017 et 2023 (Figure 65).

Pour un même type de structure, il est observé que la répartition des ETP a peu varié entre 2017 et 2023 (Figure 66).

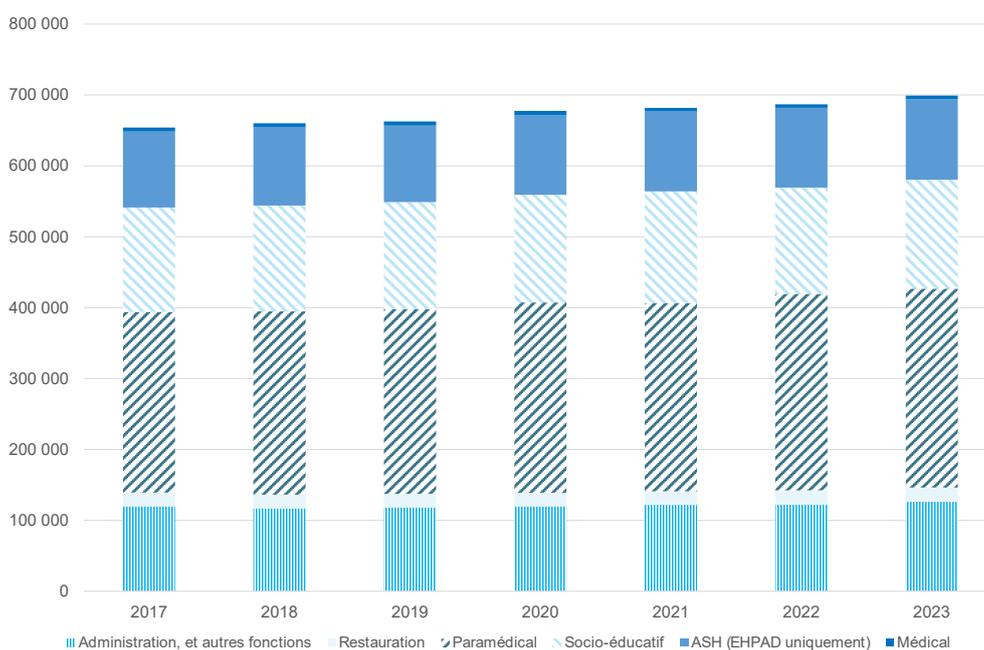


Figure 65 - Evolution de la décomposition des effectifs en ESMS par fonction

Lecture : En 2023, on dénombre 280 574 ETP paramédicaux, 153 720 ETP socio-éducatifs, 126 182 ETP dans la catégorie regroupant administration, gestion, direction, services généraux et les autres fonctions, 113 600 ETP en ASH, 20 037 ETP en restauration et 4 850 ETP médicaux.

Source : CA/ERRD, traitements CNSA.

Le personnel socio-éducatif occupe une place prépondérante dans les structures pour personnes en situation de handicap.

Dans les autres types de structure, on compte très peu d'ETP socio-éducatifs et ce sont les ETP paramédicaux qui prédominent, notamment dans les services multiclientèles où près de 80 % du personnel occupe ce type de fonction.

Dans les EHPAD, la proportion des effectifs paramédicaux est plus proche de 50%, ces établissements disposant également d'effectifs médicaux.

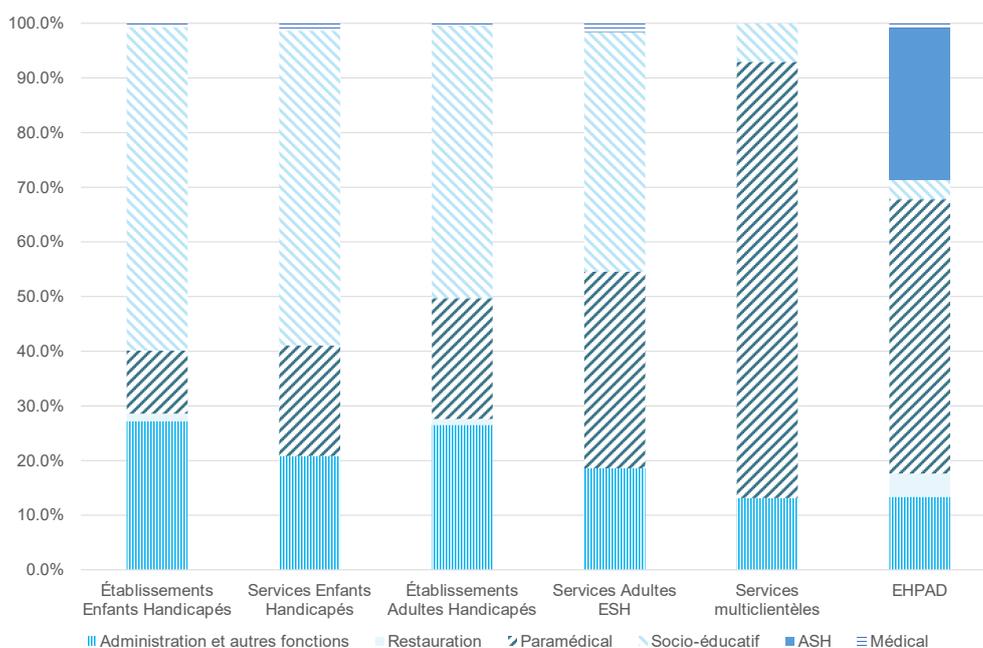


Figure 66 - Décomposition par fonction et par type d'ESMS des effectifs en 2023

Lecture : Dans les établissements pour enfants en situation de handicap en 2023, les ETP sont répartis comme suit : 59 % socio-éducatif, 27 % administration, direction, services généraux et autres, 12 % paramédical et moins de 2 % pour les effectifs médicaux, ASH, ainsi que de restauration.

Source : CA/ERRD, traitements CNSA.

Les indicateurs de tensions des ressources humaines dans les ESMS

Les taux d'encadrement en ESMS et leurs évolutions sont à mettre en relation avec les besoins des différentes structures. Ils peuvent également refléter des difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel.

De manière complémentaire des enjeux d'attractivité, les problématiques d'absentéisme et de sinistralité sont également identifiées comme prioritaires par les acteurs des secteurs social et médico-social.

Pour les documenter, trois indicateurs de tensions des ressources humaines peuvent être mobilisés, à partir de l'exploitation des données 2022 du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social : le taux d'absence, le taux de vacance de poste et le taux de rotation. Alors que la pandémie de Covid-19 est souvent identifiée comme un moment de bascule, les indicateurs de vacance et de rotation font observer une dégradation antérieure à la crise sanitaire.

Le taux d'absentéisme n'était pas encore revenu à son niveau pré-Covid en 2022

Le taux d'absentéisme dans les ESMS a connu une hausse significative en 2020, passant de 11,5 % à presque 13 %. Cette évolution pouvait a priori être mise en relation avec la crise sanitaire de la Covid-19 et s'est retrouvée dans les différents types d'ESMS.

Cependant, le taux d'absentéisme n'était pas revenu à ses niveaux d'avant la pandémie en 2022 (Figure 67), atteignant 13 % (après 12,7 % en 2021 et 12,9 % en 2020). Ce niveau, élevé historiquement, s'observe dans tous les ESMS, avec des disparités : les taux d'absentéisme sont significativement plus élevés dans les établissements (13,5 % dans les établissements pour personnes en situation de handicap et 12,8 % dans les EHPAD) que dans les services (11 % dans les services pour personnes en situation de handicap).

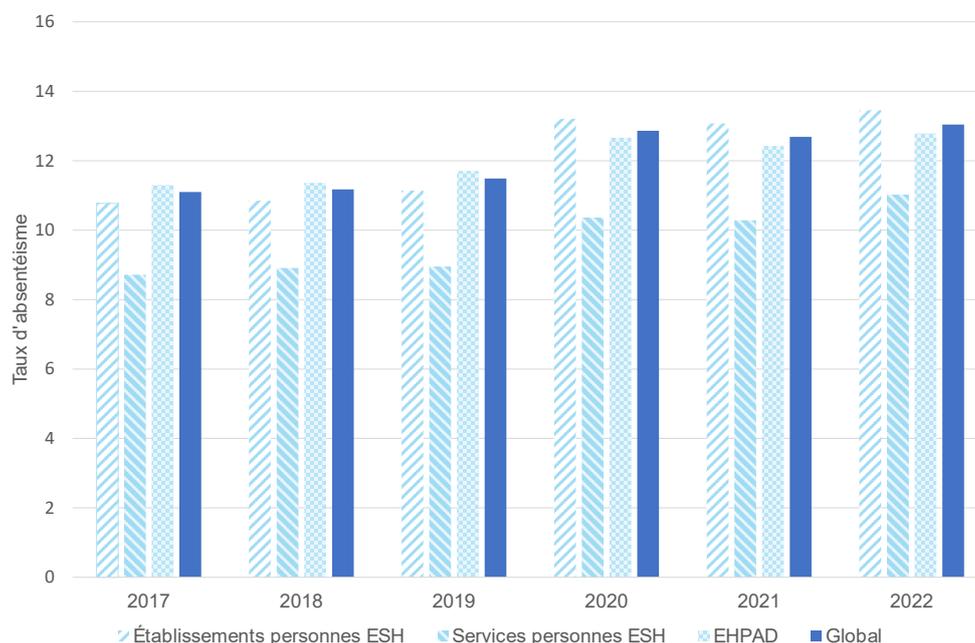


Figure 67 – Evolution du taux d'absentéisme dans les ESMS

Lecture : En 2022, le taux d'absentéisme dans l'ensemble des ESMS est de 13,0%. Dans les établissements pour personnes en situation de handicap, il est de 13,5%.

Source : ANAP (TDBMS 2022), traitements CNSA.

Une hausse continue du taux d'emplois vacants dans les ESMS de 2017 à 2022

En complément de l'analyse des taux d'absentéisme, celle des taux de vacance informe également des tensions pouvant peser sur les ressources humaines des ESMS.

Entre 2017 et 2022, le taux de vacance dans les ESMS a plus que doublé puisqu'il est passé de 2,1% à 4,5%. À titre de comparaison, dans le secteur privé, le taux de vacance moyen était proche de 3,5% en 2022. Cette augmentation des postes vacants s'est réalisée à une vitesse variable selon les années. Dans toutes les catégories de structures, le taux de vacance a fait un bond entre 2020 et 2021, puis repris une hausse plus modérée l'année suivante (Figure 68).

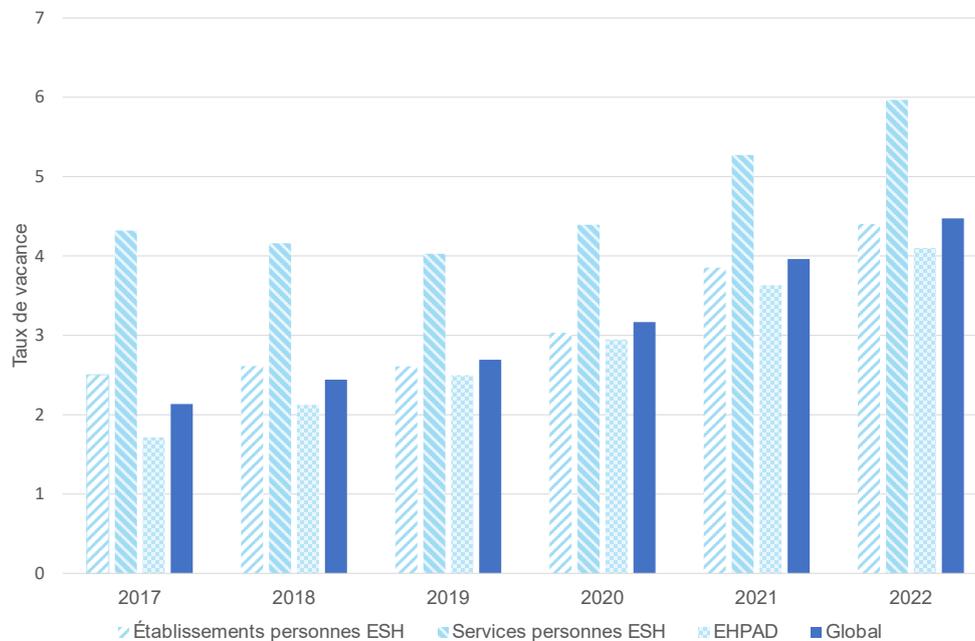


Figure 68 - Evolution du taux de vacances dans les ESMS de 2017 à 2022

Lecture : En 2022, le taux de vacance dans les ESMS est de 4,5%. Dans les services pour personnes en situation de handicap, il est de 6,0%.

Source : ANAP (TDBMS 2022), traitements CNSA

Le taux de vacance en 2022 varie sensiblement selon le type d'ESMS (Figure 69).

Le taux d'emplois vacants le plus bas se trouve dans le regroupement IDA-IDV-IESPESA et les ESAT, avec seulement 2,5% et 2,6% de vacances en 2022.

À l'opposé, les SESSAD, les FAM-EAM et les MAS présentent tous un taux de vacance dépassant 6,5%. Les structures les plus affectées sont les SAMSAH avec près de 8 % des ETP vacants.

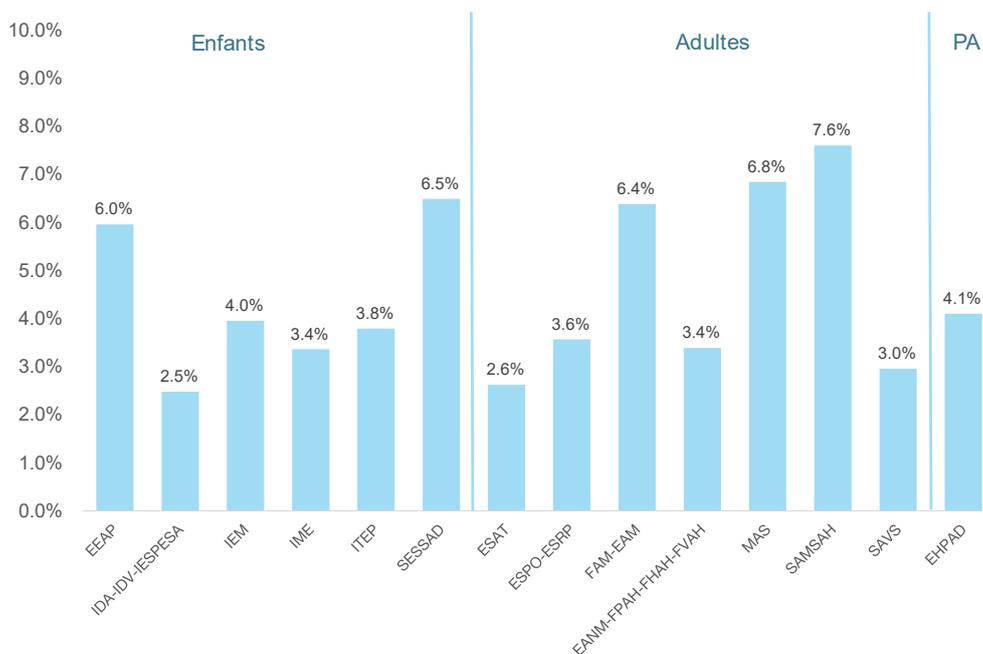


Figure 69 - Taux de vacances dans les ESMS en 2022

Lecture : En 2022, le taux de vacance dans les ESAT est de 2,6 % et de 6,8 % dans les MAS

Source : ANAP (TDBMS 2022), traitements CNSA.

Le taux de rotation a augmenté à partir de 2019, en amont de la crise Covid

Le taux de rotation dans les ESMS, qui correspond à la part du personnel renouvelée chaque année, a significativement augmenté depuis 2018, passant de 19,6 % à 25 % en 2022. A noter, la période étudiée commence en 2018 car le calcul du taux de rotation de l'année N utilise les effectifs de l'année N-1. Après une évolution modérée entre 2019 et 2020, le taux de rotation global a augmenté plus fortement en 2021 et 2022.

Ce taux moyen recouvre de fortes disparités selon le type d'ESMS (Figure 70). En 2022, il est nettement plus faible dans les services, se situant autour de 16,5 % dans les services pour personnes en situation de handicap et 20,5 % dans les services multIClientèles. Cette même année, il est significativement plus élevé dans les établissements, de 25 % dans les EHPAD, de 28 % dans les établissements pour enfants, jusqu'à 34 % dans ceux pour adultes en situation de handicap (hors ESAT).

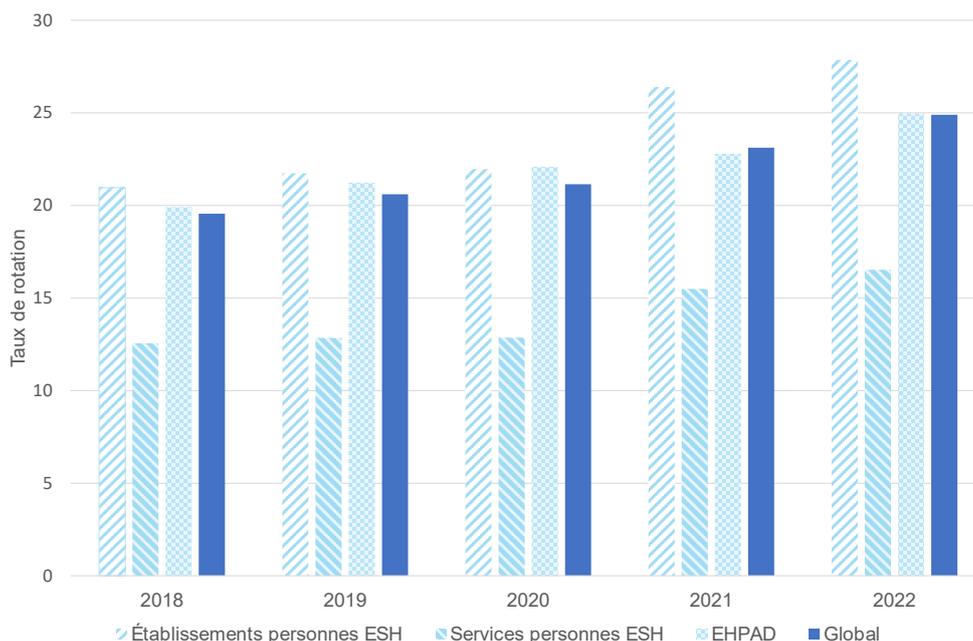


Figure 70 - Evolution du taux de rotation dans les ESMS de 2018 à 2022

Lecture : En 2022, le taux de rotation dans les ESMS est de 25,0%. Dans les services pour personnes en situation de handicap, il est de 15,6%.

Source : ANAP (TDBMS 2022), traitements CNSA.

En 2022, le taux de présence des professionnels se situait entre 78% et 88% selon le type de structure

En 2022, les tensions des ressources humaines sont les plus fortes dans les services multi-clientèles, avec un taux de présence en moyenne sur l'année de 77,8 % et dans les établissements pour adultes en situation de handicap, avec un taux de présence en moyenne sur l'année de 80,8 %.

Toujours en 2022, les EHPAD présentent un taux de présence en moyenne sur l'année de 83,6 %. Parmi les ESMS observés, les ESAT présentent le taux de présence le plus élevé : 87,6% en moyenne sur l'année (Figure 71).

Structures		Taux d'absentéisme	Taux de vacance	Taux de présence	Taux de rotation
Enfants ESH	Établissements	12,4 %	3,6 %	84,4 %	28,2 %
	Services	11,0 %	6,5 %	83,3 %	16,6 %
Adultes ESH	Établissements	14,8 %	5,2 %	80,8 %	34,0 %
	ESAT	10,1 %	2,6 %	87,6 %	13,6 %
	Services	11,1 %	5,0 %	84,4 %	16,5 %
EHPAD		12,8 %	4,1 %	83,6 %	25,0 %
Services multi clientèles		15,0 %	8,4 %	77,8 %	20,5 %
TOUS ESMS		13,0 %	4,5 %	83,1 %	24,9 %

Figure 71 - Principaux indicateurs de tension dans les ESMS en 2022

Source : ANAP (TDBMS 2022), traitements CNSA

La poursuite des revalorisations salariales en 2023

L'année 2023 a été marquée par la poursuite des mesures de revalorisations salariales à destination des ESMS relevant de l'objectif global de dépenses (OGD). Il s'agit d'une année charnière puisque les derniers crédits issus du Ségur de la santé ont été délégués, mais aussi de nouvelles revalorisations centrées sur l'attractivité des métiers et sur les bas salaires, pour un montant total de 719,3 millions d'euros.

Le montant cumulé des revalorisations depuis la mise en place des premières mesures issues du Ségur atteint 4,3 milliards d'euros, soit 14 % de l'objectif global de dépenses 2023 pour le secteur médico-social. Le tableau ci-après synthétise le cumul des crédits délégués à ce titre :

Mesures	Secteur personnes âgées	Secteur personnes en situation de handicap	Total
BAD	64 599 785 €	445 434 €	65 045 219 €
Conférence des métiers Médecins	31 050 000 €	16 000 000 €	47 050 000 €
Conférence des métiers Socio-éducatifs	0 €	417 000 000 €	417 000 000 €
Extension CTI création de places	9 000 000 €	9 000 000 €	18 000 000 €
Extension CTI RA/AJ	6 000 000 €	0 €	6 000 000 €
Extension CTI soignants	84 922 065 €	397 068 965 €	481 991 030 €
Indemnités horaires nuit FPH	29 000 000 €	2 400 000 €	31 400 000 €
PGA	174 000 000 €	0 €	174 000 000 €
Revalorisation Cat C	23 573 441 €	6 626 559 €	30 200 000 €
Revalorisation point d'indice	362 000 000 €	316 000 000 €	678 000 000 €
Ségur Attractivité	99 424 790 €	21 775 210 €	121 200 000 €
Ségur Attractivité complément	11 200 000 €	6 400 000 €	17 600 000 €
Ségur CTI (EHPAD)	1 862 800 000 €	0 €	1 862 800 000 €
Ségur Intéressement	133 939 382 €	31 980 530 €	165 919 912 €
Ségur Médecin	5 364 930 €	0 €	5 364 930 €
Soutien pouvoir d'achat fonction publique	114 200 000 €	28 900 000 €	143 100 000 €
Total général	3 011 074 393 €	1 253 596 698 €	4 264 671 091 €

Figure 72 - Revalorisations salariales cumulées entre 2020 et 2023 (OGD)

Source : CNSA.

Une enveloppe est également déléguée via le FIR pour les ESMS exclusivement financés par les départements et rattachés à un établissement public de santé ou à un EHPAD public hospitalier, à hauteur de 9 millions d'euros.

D'autre part, la CNSA a poursuivi en 2023 son soutien aux conseils départementaux par voie de concours. La CNSA a versé en 2023 au titre des revalorisations salariales des personnels des SAAD privés et FPT :

- Le solde du concours 2022 pour un montant de 60,7 millions d'euros (le montant définitif du concours étant de 220,67 millions d'euros).
- L'acompte du concours 2023 pour un montant de 183,9 millions d'euros.

Concernant les revalorisations des personnels soignants des ESMS relevant exclusivement de la compétence des conseils départementaux, la CNSA a versé un concours à hauteur de 102,5 millions d'euros, dont 98,7 millions d'euros pour l'année 2023.

Ainsi, en 2023, la branche Autonomie a soutenu le déploiement des mesures de revalorisations salariales pour plus d'1 milliard d'euros (1 075,4 millions d'euros).

L'attractivité des métiers au prisme de la recherche et du Conseil scientifique de la CNSA

Les 7èmes Rencontres Recherche et Innovation de la CNSA (novembre 2023), consacrées aux professionnels de l'autonomie, et l'avis du Conseil scientifique de la CNSA (février 2024), dédié au renforcement de l'attractivité des métiers, ont convergé sur un ensemble de constats et de recommandations :

- L'attractivité salariale : le Ségur de la santé étendu au médico-social, les renégociations des conventions collectives, les réformes tarifaires (dont la revalorisation du tarif plancher national pour le financement du secteur de l'aide à domicile) ont permis des revalorisations salariales significatives. L'attractivité salariale peut demeurer toutefois insuffisante dans ce secteur : elle est à considérer de manière différenciée selon les métiers, aussi en incluant le temps de travail effectif, les gains marginaux en termes de revenu disponible, les arbitrages entre conditions de travail (pénibilité) et revenus tirés de celui-ci. L'ensemble des coûts publics associés aux rémunérations est à examiner, dont les exonérations et les revenus de transfert.
- Les réformes tarifaires sont à poursuivre pour construire des modèles de financement favorables à la qualité de l'emploi et de l'accompagnement, qui ne soient pas uniquement fondés sur des tâches et leur juxtaposition. Une revalorisation des temps conçus comme « improductifs » – de déplacement entre deux domiciles, de coordination, de formation, de réunion d'équipe, de « faire avec », d'établissement de relations avec les personnes aidées – est à considérer pour reconnaître le travail réellement effectué, en lien avec les besoins des personnes (en particulier, les dimensions relationnelle et de veille sanitaire et sociale).
- Dans cette perspective, les référentiels métiers sont à (re)penser en tenant compte des besoins et des caractéristiques des personnes et en considérant les compétences mobilisées par le travail du lien mis en œuvre dans l'interaction avec la personne aidée, les différents intervenants professionnels et les proches. Un enrichissement des missions des professionnels de l'aide est une opportunité, notamment autour des enjeux liés à l'isolement et à la prévention au domicile.
- La formation, la reconnaissance de l'expérience et la reconversion sont des leviers d'attractivité de métiers qui pour partie s'exercent sans diplôme (dont la modalité de « faisant fonction ») et sans reconnaissance des compétences acquises par l'expérience et le travail réel. Il convient d'analyser les freins au recours à la formation et à la valorisation des acquis de l'expérience : le manque de lisibilité des professions et des modalités d'accès à ces dernières, les coûts (en termes de temps, de management, d'évolution professionnelle...). Il s'agit également d'adapter l'appareil de formation aux nouveaux besoins des personnes et de l'envisager comme un moyen de construire une « culture commune » propice à l'inclusion.
- L'amélioration des conditions, de l'organisation et de l'environnement de travail doit être poursuivie en portant une attention à la qualité de vie au travail des professionnels, via la rénovation des établissements, l'accès aux aides techniques et le développement du numérique, ainsi que le déploiement des plateformes des métiers de l'autonomie. Le soutien aux organisations du travail innovantes, en lien avec le rôle de l'encadrement et le management, est à considérer avec intérêt, en s'appuyant sur une évaluation des expérimentations, pour envisager leur potentiel de transférabilité. L'amélioration de la coordination des acteurs territoriaux et des interventions professionnelles, au service de l'accès aux droits et de la cohérence des prises en charge, porte également des enjeux forts pour le sens du travail.

- La prévention des risques professionnels constitue une priorité absolue étant donné la sinistralité très forte dans le secteur. En plus de l'impact sur la santé et la sécurité des professionnels et sur leur qualité de vie au travail, cette sinistralité occasionne une désorganisation du fonctionnement des structures médico-sociales et entraîne des conséquences sur la qualité du service rendu aux personnes concernées.

Glossaire

A

AAH : Allocation aux adultes handicapés
ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AESH : Accompagnants des élèves en situation de handicap
AJA : Accueil de jour autonome
AJPA : Allocation journalière du proche aidant
AJPP : Allocation journalière de présence parentale
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARS : Agences régionales de santé
ASE : Aide sociale à l'enfance
ASH : Aide sociale à l'hébergement
ASV : Adaptation de la société au vieillissement
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVP : Aide à la vie partagée
AVPF : Assurance vieillesse des parents au foyer

C

CAF : Caisse d'allocation familiale
CAJ : Centre d'accueil de jour
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CD : Conseil départemental
CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CFEA : Collectif France pour la recherche et la promotion de l'emploi accompagné
CFPPA : Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées
CMI : Carte mobilité inclusion
CNCPH : Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNH : Conférence nationale du handicap
COG : Convention d'objectifs et de gestion
CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CREAI : Centre régional d'études, d'actions et d'informations
CREAI : Centre régionale pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CRP : Centre de ressources et de preuves
CRT : Centre ressources territoriaux
CTEES : Conseillers en transition écologique et énergétique en santé

D

DAME : Dispositif d'accompagnement médico-éducatif
DAR : Dispositifs d'autorégulation
DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire

DIME : Dispositif intégré médico-éducatif
DITEP : Dispositif institut thérapeutiques éducatifs et pédagogique
DOM : Département d'outre-mer
DRL : Dotation régionale limitative

E

EANM : Etablissement d'accueil non médicalisé
EEPA : Etablissement expérimental pour personnes âgées
EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées percevant ou ne percevant pas de crédits de l'assurance maladie
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMAPE : Equipe mobile d'appui à la protection de l'enfance
EMAS : Equipe mobile d'appui à la scolarisation
ERSEH : Enseignant référent des situations d'élèves handicapés
ESH : Elève en situation de handicap
ESMS : Etablissement social et médico-social
ESSMS : Etablissement et service social et médico-social
ETP : Equivalent temps plein

F

FAM : Foyer d'accueil médicalisé
FDR : Feuille de route
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR : Fonds d'intervention régional
FPT : Fonction publique territoriale

G

GALI : Global activity limitation indicator (indicateur global de restriction d'activité)
GEM : Groupes d'entraide mutuelle
GIR : Groupe iso-ressources
GOS : Groupe opérationnel de synthèse
GTN : Groupe technique national

H

HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HCFEA : Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

I

IDE : Infirmier diplômé d'état
IDRA : Initiative pour le développement des résidences autonomie
IME : Institut médico-éducatif
INE : Identifiant national élève
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPP : Institut des politiques publiques
ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

L

LIVIA : Lieux de vie et autonomie
LPI : Livret du parcours inclusif

M

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
MAS : Maison d'accueil spécialisée
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MNAI : Mission nationale d'appui à l'investissement
MPI : Majoration pour parent isolé
MSA : Mutualité sociale agricole

O

OGD : Objectif global de dépenses
OMS : Organisation mondiale de la santé

P

PAI : Plan d'aide à l'investissement
PAS : Pôle d'appui à la scolarité
PCH : Prestation de compensation du handicap
PCO : Plateforme de coordination et d'orientation
PFR : Plateforme d'accompagnement et de répit
PHV : Personne handicapée vieillissante
PIB : Produit intérieur brut
PMO : Prestation en milieu ordinaire
PPC : Plan personnalisé de compensation

R

RAPO : Recours administratif préalable obligatoire
RESAH : Réseau des acheteurs hospitaliers
RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

S

SAD : Service d'autonomie à domicile
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SI SDO : Système d'information de suivi des orientations
SIG : Système d'information géographique

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SPDA : Service public départemental de l'autonomie

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

T

TDAH : Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TDI : Trouble du développement intellectuel

TND : Trouble du neuro-développement

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

U

UEE : Unité d'enseignement externalisé

UEEA : Unité d'enseignement élémentaire autisme

UEMA : Unité d'enseignement maternelle autisme

ULIS : Unité localisé pour l'inclusion scolaire

URTSA : Unité résidentielle pour personnes autistes en situation très complexe

USLD : Unité de soins de longue durée

Z

ZIP : Zone d'intervention prioritaire

Table des Figures

I. Soutenir l'autonomie des personnes âgées, handicapées et leurs aidants

Quels sont les publics concernés par la politique de l'autonomie ?

Figure 1 – Nombre de personnes de 60 ans et plus	12
Figure 2 - Part de la population de 60 ans et plus	12
Figure 3 - Part de la population en situation de handicap	13
Figure 4 - Déficience principale des adultes accompagnés (en pourcentage)	14
Figure 5 - Evolution de la population âgée de 75 ans et plus entre 1991 et 2070	15
Figure 6 - Evolution de la population de 75 ans et plus entre 2024 et 2030, par département (en %)	16

Prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées

Figure 7 - Score moyen de fragilité sociale des retraités du régime général pour les 55-79 ans	21
Figure 8 - Score moyen de fragilité sociale des retraités du régime général pour les 80 ans et plus	21
Figure 9 - Principales thématiques d'actions collectives de prévention financées par le concours « Autres actions de préventions » en 2022	24
Figure 10 - Principales thématiques d'actions collectives de prévention financées par le concours « Forfait Autonomie » en 2022	25
Figure 11 - Taux moyen de consommation des concours «Autres Actions de Prévention» et «Forfait Autonomie» entre 2020 et 2022, en pourcentage (%)	26

Compenser la perte d'autonomie ou le handicap : les prestations, droits et orientations

Figure 12 - Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de plus de 60 ans	30
Figure 13 - Taux de couverture par l'APA des personnes âgées de 60 ans ou plus déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité	31
Figure 14 - Bénéficiaires de l'AAH selon le taux d'incapacité	32
Figure 15 - Part des bénéficiaires de l'AAH pour 1000 habitants de 20 à 59 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2022	34
Figure 16 - Evolution des bénéficiaires de l'AEEH	36
Figure 17 - Part des bénéficiaires de l'AEEH pour 1000 habitants de moins de 20 ans pour lesquels est déclarée une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2022	37
Figure 18 - Evolution des attributions de la PCH par les MDPH	39
Figure 19 - Part des bénéficiaires de la PCH pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité, en 2022	40
Figure 20 - Evolution des attributions des CMI par les MDPH selon la mention	43
Figure 21 - Part des détenteurs d'une CMI mention invalidité ou priorité pour 1000 habitants déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2023	44
Figure 22 - Part des détenteurs d'une CMI mention stationnement pour 1000 habitants déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2023	44
Figure 23 - Evolution des attributions des orientations en ESMS enfants par les MDPH	46
Figure 24 - Evolution des attributions des orientations en ESMS adultes par les MDPH	46

Figure 25 - Part des bénéficiaires d'une orientation ESMS enfant pour 1000 habitants de moins de 20 ans pour lesquels est déclarée une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2023	48
Figure 26 - Part des bénéficiaires d'une orientation ESMS adulte pour 1000 habitants de 20 à 59 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2023	49
Figure 27 - Evolution des attributions de RQTH par les MDPH	51
Figure 28 - Part des bénéficiaires d'une RQTH pour 1000 habitants de plus de 20 ans déclarant une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction d'activité en 2023	51
Soutenir les aidants	
Figure 29 - Part des proches aidants déclarant apporter une aide aux activités de la vie quotidienne (en pourcentage)	56
Figure 30 - Nombre de bénéficiaires de l'AJPP et de l'AJPA de juin 2016 à octobre 2023	59
Figure 31 - Nombre de places en hébergement temporaire dans les établissements pour personnes âgées pour 10 000 habitants âgées de 75 ans ou plus	60
L'accès aux modes de garde, à la scolarisation et à l'enseignement supérieur	
Figure 32 - Temps de scolarisation selon le niveau et le mode de scolarisation	64
Figure 33 - Evolution de la scolarisation des élèves en situation de handicap	66
Figures 34 -Scolarisation des élèves en situation de handicap par département (2023-2024) en pourcentage (%)	68
Figures 35 - Elèves en situation de handicap dans le 1er degré et au collège scolarisés dans une classe ordinaire	69
Figure 36 - Evolution du nombre d'étudiants en situation de handicap inscrits à l'université entre 2002 et 2022	70
Figure 37 - Type de scolarisation et niveau atteint à 17 ans des élèves en situation de handicap nés en 2005 selon l'origine sociale en 2022-2023 (en pourcentage)	71
II. Caractériser l'offre et sa transformation pour proposer des parcours adaptés	
L'offre en établissements et services médico-sociaux (ESMS)	
Figure 38 - Capacité d'accueil et nombre de places en ESMS au 31 décembre 2023	77
Figure 39 - Evolution de la capacité d'accueil en ESMS pour adultes et enfants entre 2019 et 2023	78
Figure 40 - Capacité d'accueil des ESMS accompagnant des adultes au 31 décembre 2023 (pour 1000 habitants de plus de 20 ans)	79
Figure 41 - Capacité d'accueil des ESMS accompagnant des enfants au 31 décembre 2023 (pour 1000 habitants de moins de 20 ans)	79
Figure 42 - Répartition des places installées par catégorie d'ESMS pour personnes âgées au 31 décembre 2023 (hors SAAD)	80
Figure 43 - Places installées en établissement pour personnes âgées au 31 décembre 2023 (pour 1000 habitants de 75 ans et plus)	81
Figure 44 - Places installées en service pour personnes âgées au 31 décembre 2023 (pour 1000 habitants de 75 ans et plus)	81

Les enjeux financiers de l'offre

Figure 45 - Dépenses engagées dans le cadre de l'objectif global de dépenses en 2023 (en millions d'euros)	84
Figure 46 - Concours versés au titre de l'année 2022 aux départements par la CNSA dans le cadre de la politique APA et PCH (en millions d'euros)	85
Figure 47 - Evolution des financements de l'offre « personnes âgées » entre 2013 et 2023 (en milliards d'euros)	86
Figure 48 - Financements de l'offre PH en 2013 et 2022, par nature et par public	88
Figure 49 - Evolution des financements de l'offre pour les personnes en situation de handicap, entre 2013 et 2022 (en milliards d'euros)	89
Figure 50 - Dépenses consolidées sur le champ des personnes âgées à domicile : évolution entre 2013 et 2022	90
Figure 51 - Financements pour le développement et la transformation de l'offre PH entre 2013 et 2022 (en millions)	91
Figure 52 - Crédits consommés pour le développement et la transformation de l'offre pour les personnes en situation de handicap entre 2013 et 2022, par type de structure (en millions d'euros)	92
Figure 53 - Les forfaits interventions du nouveau modèle tarifaire des SSIAD et des SPASAD	95
Figure 54 - Répartition des semaines-usagers entre les différents forfaits d'intervention des SSIAD (coupe 2023) : moyenne nationale et variations interdépartementales	96
Figure 55 - Evolution du GMP et du PMP entre 2016 et 2023	97
Figure 56 - Différences de GMP et de PMP moyens par département entre les récentes et les anciennes validations - statistiques de distribution	98
Figure 57 - Dispersion des valeurs de point GIR	99
Une transformation et adaptation continue de l'offre, avec un objectif de maximiser le « vivre chez soi »	
Figure 58 - Typologie des actions soutenues dans le cadre des conventions avec les conseils départementaux	106
Figure 59 - Les départements engagés dans le déploiement de l'AVP au 31 décembre 2022	107
Renforcer l'attractivité des métiers de l'autonomie	
Figure 60 - Nombre d'ETP dans les ESMS	119
Figure 61 - Taux d'encadrement en 2023	120
Figure 62 - Représentation régionale du taux d'encadrement en SESSAD en 2023	121
Figure 63 - Représentation régionale du taux d'encadrement en FAM et EAM en 2023	122
Figure 64 - Représentation départementale du taux d'encadrement en EHPAD en 2023	122
Figure 65 - Evolution de la décomposition des effectifs en ESMS par fonction	123
Figure 66 - Décomposition par fonction et par type d'ESMS des effectifs en 2023	124
Figure 67 - Evolution du taux d'absentéisme dans les ESMS	125
Figure 68 - Evolution du taux de vacances dans les ESMS de 2017 à 2022	126
Figure 69 - Taux de vacances dans les ESMS en 2022	126
Figure 70 - Evolution du taux de rotation dans les ESMS de 2018 à 2022	127

Figure 71 - Principaux indicateurs de tension dans les ESMS en 2022	128
Figure 72 - Revalorisations salariales cumulées entre 2020 et 2023 (OGD)	129
Glossaire	
Table des Figures	
Notes	

Notes

- 1 L'Insee fournit une pyramide des âges consultable sur le lien suivant : <https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5014911/pyramide.htm>.
- 2 Dumont G.-F. (2017), Vieillesse de la population de la France : les trois causes de son accentuation. *Population & Avenir*, n° 732, p.17-19. DOI : 10.3917/popav.732.0017.
- 3 Livia : Lieux de vie et autonomie.
- 4 France, portrait social, édition 2019 - Insee Références.
- 5 Louvel A., Monirijavid S. (2024), Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015. Premiers résultats de l'enquête Autonomie 2022, *Etudes et résultats*, DREES, n° 1318.
- 6 Cour des comptes (2023), L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes.
- 7 Centre d'excellence sur l'autisme et les troubles du neurodéveloppement (2023), Prévalence des troubles du neurodéveloppement, Document préparatoire à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-2027.
- 8 Theou O., Stathokostas L., Roland K.P., Jakobi J.M., Patterson C., Vandervoort A.A., Jones G.R. (2011), The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review. *Journal of Aging Research*, doi: 10.4061/2011/569194. PMID: 21584244; PMCID: PMC3092602.
- 9 Morley J.E., Vellas B., van Kan G.A., Anker S.D., et. al. (2013), Frailty consensus: a call to action, *Journal of the American Medical Directors Association*, doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022. PMID: 23764209; PMCID: PMC4084863.
- 10 Beard J. R. et. al. (2024), Cohort trends in intrinsic capacity in England and China, *Nature Aging*, <https://doi.org/10.1038/s43587-024-00741-w> .
- 11 L'Organisation Mondiale de la Santé (1948) définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».
- 12 Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J., Seeman T., Tracy R., Kop W.J., Burke G., McBurnie M.A. (2001), Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype, *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences*, doi: 10.1093/gerona/56.3.m146. PMID: 11253156.
- 13 Labellisé en 2023 sur les recommandations de l'Agence Nationale de la Recherche dans le cadre du volet santé du plan d'investissement France 2030, l'IHU HealthAge porté par l'Inserm, le CHU de Toulouse et l'Université Toulouse III – Paul Sabatier est le seul IHU en France exclusivement dédié au vieillissement. La CNSA apporte son soutien à deux axes du programme de recherche de l'IHU HealthAge : l'évaluation de l'efficacité du programme ICOPE de l'OMS dans la prévention du déclin fonctionnel lié à l'avancée en âge (ICOPE TRIAL) et une cohorte humaine de plus de 1000 individus destinée à modéliser des trajectoires de vieillissement et à définir l'âge biologique des sujets (COHORTE INSPIRE T).
- 14 Cette part apparaît stable par rapport à l'année précédente (58,2%), mais en baisse par rapport aux années précédentes (59,4 % en 2020, 64,1 % en 2019), au profit notamment de l'apport des conseils départementaux, des CARSAT et des ARS. Cette évolution est toutefois à considérer avec une certaine prudence, la fiabilité et la qualité des données étant dépendantes de la complétion du système d'information.
- 15 Les ressources mises à disposition par le CRP sont disponibles en ligne sur le site de la CNSA <https://www.cnsa.fr/informations-thematiques/prevention/centre-de-ressources-et-de-preuves>.

16 Le coefficient peut-être défini comme la variance entre l'écart type départemental et la moyenne de l'indicateur.

17 Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

18 Voir en particulier les travaux de l'Institut des politiques publiques au titre de son programme de recherche « santé-autonomie » conduits avec le soutien de la CNSA, dont les publications associées au partenariat de recherche « [Trajectoires des personnes âgées en perte d'autonomie et disparités départementales de prise en charge](#) ».

19 Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

20 Décret n° 2018-1222 du 24 décembre 2018 portant diverses mesures de simplification dans le champ du handicap.

21 La loi n°2022-1158 du 16 août 2022 instaurant la mesure portant sur la déconjugalisation de l'AAH.

22 Source : note de la CNAF mesurant l'impact de la mise en œuvre de la déconjugalisation de l'allocation pour les adultes handicapés au cours du dernier trimestre 2023 (données provisoires).

23 Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

24 Hors enfants accueillis en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'aide sociale ou l'État. Dans ce cas, le droit à l'AEEH de base, à ses compléments éventuels et à la MPI n'est ouvert que pour les périodes de congé ou de suspension de prise en charge.

25 Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

26 La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a d'abord mis en place les anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement. La loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique a modernisé ce dispositif en introduisant la Carte Mobilité Inclusion (CMI), qui remplace ces trois anciennes cartes.

27 L'orientation vers les établissements et services médico-sociaux existait avant 2002, dans des modalités toutefois moins formalisées. La loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale a réformé le cadre juridique des ESMS, en précisant leurs missions, leur organisation et les modalités de prise en charge des personnes. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a renforcé le dispositif d'orientation vers les ESMS en structurant davantage le rôle des MDPH et a apporté de nouvelles garanties de parcours personnalisé et de droit à la compensation du handicap.

28 Voir également la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés instituant pour les employeurs une obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH).

29 « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée : son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui 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. » (art. L. 113-1-3 du CASF).

30 « Est considéré comme un aidant familial, pour l'application de l'article L. 245-12, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième

degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine définie en application des dispositions de l'article L. 245-3 du présent code et qui n'est pas salarié pour cette aide » (art. R. 245-7 du CASF).

31 Cf. notamment Blavet T. (2023). [9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021](#). DREES, Études et Résultats, 1255.

32 Cf. Besnard X. & Abdoul-Carime S. (2021). [L'entourage des personnes âgées en établissements : relations familiales et sociales, aides reçues - Résultats de l'enquête « CARE-Institutions »](#) (2016). DREES, Les Dossiers de la DREES, 71.

33 Cf. Brunel, M., Latourelle, J. & Zakri, M. (2019). [Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien](#). DREES, Études et Résultats, 1103.

34 DREES (2022). [L'action et l'aide sociales en France](#). Panoramas de la DREES.

35 Blavet, T. (2023). [9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021](#). DREES, Études et Résultats, 1255, p. 5.

36 cf. notamment : Besnard, X., Brunel, M., Couvert, N. & Roy, D. (2019). Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes «CARE» auprès des aidants (2015-2016). Les Dossiers de la DREES, 45 et Besnard, X. & Abdoul-Carime, S. (2021). L'entourage des personnes âgées en établissements : relations familiales et sociales, aides reçues - Résultats de l'enquête « CARE-Institutions » (2016). DREES, Les Dossiers de la DREES, 71.

37 Bellidenty, J. & Radé, E. (2021). Aider son parent âgé en ayant des enfants à charge - Quelle est la situation de cette « génération pivot » ?. Les dossiers de la DREES, 83.

38 Buisson, G. & De La Rosa, G. (2020). Parents d'enfant handicapé : davantage de familles monoparentales, une situation moins favorable sur le marché du travail et des niveaux de vie plus faibles. DREES, Études et Résultats, 1169.

39 Banens, M., Campéon, A., Caradec, V., Charlap, C., Eideliman, J-S., Le Bihan, B., Mallon, I. & Renaut, S. (2020). Aider un proche âgé à domicile - Résultats des post-enquêtes qualitatives CARE-Ménages. Les dossiers de la DREES, 64.

40 Cf. Blavet, T. & Caenen, Y. (2023). Les proches aidants : une population hétérogène », Les dossiers de la DREES, 110. A noter, si les effectifs ont évolué depuis 2008 et seraient à actualiser, les grandes situations types demeurent utiles pour cadrer les besoins d'aide des proches aidants.

41 Giraud, O. & Le Bihan, B. (2022), Les politiques de l'autonomie : vieillissement de la population, handicap et investissement des proches aidants, Politiques sociales : l'état des savoirs, p. 115-133.

42 Pour une présentation historique et un bilan des principales mesures : Haute Autorité de soutien. (2024). Le répit des aidants – argumentaire et Bouttier-Ory, A-S. & Petiau, A. (2023). Les actifs aidants. FIRAH, Dossier-documentaire, 41.

43 Agir pour les aidants | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités.

44 Circulaire n°DSS/2B/2006/189 du 27 avril 2006 relative à l'allocation journalière de présence parentale et au congé de présence parentale.

45 <https://www.caf.fr/allocataires/aides-et-demarches/droits-et-prestations/handicap/l-allocation-journaliere-de-presence-parentale-ajpp> pour le détail des conditions.

46 Décret n°2020-1208 du 1er octobre 2020 relatif à l'allocation journalière du proche aidant et l'allocation journalière de présence parentale.

47 <https://www.caf.fr/allocataires/aides-et-demarches/droits-et-prestations/handicap/l-al>

location-journaliere-du-proche-aidant-ajpa pour le détail des conditions.

48 Néanmoins, certains des PFR de ces établissements peuvent accueillir des personnes en situation de handicap, avec une maladie chronique invalidante ou la maladie d'Alzheimer (ainsi que les maladies apparentées).

49 Cf. notamment : Carrère, A., Roy, D. & Toulemon, L. (2023), Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives. Rapport IPP, 41.

50 Emmanuelli J., Frossard, J-B. & Vincent, B. (2024). Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire. Tome 2 , Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), p. 40.

51 C'est-à-dire au sein d'un établissement de l'Éducation nationale, en classe ordinaire ou via un dispositif d'appui à la scolarisation, y compris si la scolarité est partagée entre un établissement scolaire et une structure médico-sociale.

52 Blavet T., Roy D., Caenen Y. & Guedj H. (2023). Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants handicapés : Les parents en première ligne, Etudes et résultats, DREES, 1286.

53 Zaouche Gaudron C., Lang T., Raynaud J.-P. & Fontaine-Benaoum E. (2014), Accueil des enfants en situation de handicap dans les structures collectives de la petite enfance [Rapport de recherche], Université Toulouse 2 Jean-Jaurès, UMR Lisst-Cers.

54 Fely S. (en cours). Quand grandir devient un problème, l'identification et la qualification des difficultés [Thèse de doctorat en sociologie], EHESS.

55 DEPP et DGESCO, enquêtes n°3 et n°12 relatives aux élèves scolarisés en milieu ordinaire dans les établissements du premier degré et du second degré relevant du ministère chargé de l'éducation nationale ; DEPP, enquête n°32 relative aux élèves scolarisés dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux relevant du ministère chargé de la santé ; DEPP, Panels d'élèves en situation de handicap nés 2001 ou en 2005. Pour les résultats détaillés, voir DEPP. (2024). Repères et références statistiques 2024. DEPP. <https://www.education.gouv.fr/reperes-et-references-statistiques-2024-414953>.

56 Depuis 2011, les enquêtes annuelles de la DEPP identifient les élèves en situation de handicap comme ceux bénéficiant d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS). Le PPS, établi par la Maison Départementale des personnes en situation de handicap (MDPH), définit le déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers de l'enfant. Il précise également les aménagements matériels ou accompagnement humain nécessaires.

57 Farges A. (2024), L'accompagnement médico-social des personnes handicapées fin 2022 : 20 000 places supplémentaires en 4 ans, Etudes et résultats, DREES, 1306.

58 DREES (2004), Le handicap en chiffres – édition 2024, Fiche thématique 2.3. Scolarisation des enfants et adolescents accompagnés par les ESMS.

59 Développées par l'Inserm depuis 1993, les expertises collectives constituent une démarche d'évaluation et de synthèse des connaissances scientifiques existantes sur des thèmes de santé publique. L'objectif est le partage de connaissances et l'apport d'un éclairage scientifique indépendant, dans une perspective d'aide à la décision publique. Ce rapport présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective pour répondre à la demande de la CNSA concernant le polyhandicap.

60 Verger, P (en cours), Impact sur le cursus universitaire des étudiants des situations de handicap et des dispositifs d'accompagnement : Faisabilité d'une étude de cohorte Handi-Etud [CNSA-IRESP].

61 Kinnig, T. (en cours), Parcours académique des étudiants.es en situation de handicap invisible : Identifier les barrières et leviers à la réussite académique. Université de

Strasbourg.

62 Être « à l'heure » signifie que les élèves en situation de handicap sont dans la classe dans laquelle il devrait être par rapport à l'âge qu'ils ont.

63 Viviani Z. (en cours), Handicap, genre et classe sociale: Jugements des enseignants et vécu des élèves dans une perspective psychosociale intersectionnelle [Thèse en psychologie]. Université Lumière Lyon II.

64 Toullec M. & Granger N. (2023), École inclusive et personnes accompagnantes des élèves en situation de handicap: État des lieux de la recherche, *Empan*, 132(4). <https://doi.org/10.3917/empa.132.0026>.

65 Toullec M (2020), L'AESH, aide ou écran à l'inclusion scolaire ?, *Ressources*, 22.

66 Toullec M., & Pascaud J. (en cours), Scolarisation d'enfants avec autisme: Étude des dispositifs d'autorégulation (DAR) et de leurs effets dans une perspective compréhensive et comparative (DARAutiscol).

67 Association Hovia (en cours), S'appuyer sur l'étude des interactions sociales en milieu scolaire pour soutenir et renforcer l'inclusion des enfants et adolescents en situation de handicap.

68 André A., & Lemeunier-Lespagnol M. (2022), Parcours inclusif du jeune enfant ayant un trouble du spectre autistique scolarisé dans les Unités d'Enseignement Maternelle: Quelle articulation entre le milieu spécialisé et le milieu ordinaire ? » [Rapport de recherche].

69 Le périmètre du financement de l'offre médico-sociale n'inclut pas le financement des prestations d'hébergement assurées par les établissements. Ces dernières sont financées soit par les personnes hébergées elles-mêmes, soit par les départements dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

70 La réforme de la fusion des sections dont l'expérimentation se déploiera en 2025, vise à revisiter ce partage. Les CD expérimentateurs ne financeront pas d'APA établissement, la section dépendance des EHPAD devenant dans ces départements financés via les ARS.

71 Comme le GMP, le nombre de points GIR d'un établissement est calculé sur la base de la répartition de ses résidents par GIR, mais les poids accordés à chaque GIR diffèrent entre les deux variables. Au niveau national, le nombre de points GIR est égal à 1,13 fois le GMP, calculé sur la base de la répartition des résidents par GIR au 31/12/2019 telle qu'observée par l'enquête EHPA 2019 de la Drees.

72 155 millions d'euros sont destinés à créer ou réhabiliter des logements en habitats intermédiaires.

Direction de la publication : Maëlig Le Bayon

Rédaction : Cécile Alimi, Virginie Azoulai, Marine Boisson-Cohen, Gabrielle Bourdillat, Élodie Corcuff, Meggie Daubian, Déborah Ensminger, Ruben Endres, Aurélien Fortin, Coline Fouché, Alexandra Garabige, Anne-Marie Ho Dinh, Armelle Klein, Nathalie Kurzawa, Anne Legal, Myriam Lévy, Benjamin Leroux, Florence Leroy-Warin, Typhaine Mahé, Pauline Mergier, Pearl Morey, Béatrice Niderkorn, Nicolas Pazold, François Reynaud, Romain Sibille, Marianne Tenand, Fanny Thiron, Marie-Hélène Toupin, Éléonore de la Varde, Vanessa Wisnia-Weill, Yamilé Zemirli.

Coordination et réalisation : Virginie Azoulai

Photos : Sabrina Budon, Augustin Detienne, Alexandra Lebon, pour la CNSA

Accessibilité : Ce document a été conçu en tenant compte des règles d'accessibilité numérique. Toutefois, il peut ne pas répondre intégralement à toutes les règles du RGAA (Référentiel général d'amélioration de l'accessibilité). Si vous rencontrez des difficultés pour accéder à certaines informations ou fonctionnalités de ce document, nous vous invitons à nous contacter à l'adresse email : accessibilite@cnsa.fr

Nous ferons notre possible pour vous fournir les informations sous une autre forme accessible. En cas de non-réponse ou de réponse insatisfaisante, vous pouvez également saisir le Défenseur des droits via : [Formulaire en ligne](#)

Date de parution : février 2025

Dépot légal : 2025



cnsa.fr

pour-les-personnes-agees.gouv.fr

monparcourshandicap.gouv.fr