

**PROGRAMME DE QUALITÉ  
ET D'EFFICIENCE « INVALIDITE ET  
DISPOSITIFS GÉRÉS PAR LA CNSA »**

---



# PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

## DU PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE

### « INVALIDITÉ ET DISPOSITIFS GÉRÉS PAR LA CNSA »

En 2008, le montant des dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées s'est élevé à 45 milliards d'euros. Ces dépenses sont financées par une diversité d'acteurs : l'État, les organismes publics comme la sécurité sociale et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ainsi que les départements. Par ailleurs, le monde associatif joue un rôle important dans la gestion de ce secteur.

La population des personnes souffrant d'une restriction d'activité est très hétérogène et potentiellement étendue (*cf. indicateur de cadrage n° 1*). Toutes les situations de ce type n'appellent pas nécessairement une prise en charge par la collectivité. Si on se limite aux effectifs de bénéficiaires des différentes prestations en faveur des personnes handicapées et âgées, on peut dénombrer au 31 décembre 2008 plus d'un million de pensionnés d'invalidité, près de 850 000 bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), 100 000 bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), près de 60 000 bénéficiaires de la nouvelle prestation de compensation du handicap (PCH), et 1,1 million de personnes âgées titulaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). S'agissant des enfants, plus de 168 000 sont bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Au cours des dernières années, ce champ des politiques sociales a connu d'importantes réformes résolument orientées vers l'amélioration des conditions de vie des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Ainsi, s'agissant des personnes âgées, la prestation spécifique dépendance (PSD) créée en 1997 a été relayée, dès 2002, par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation universelle dont le champ est considérablement plus large en termes de degrés de perte d'autonomie éligibles à la prise en charge. Face à la progression rapide des coûts, un réajustement de cette prestation est intervenu dès 2003.

Deux ans plus tard, l'adoption de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 traduit la volonté de mobiliser la société civile et les acteurs économiques en faveur des personnes handicapées, au travers des orientations suivantes :

- l'accès des personnes handicapées à tous les domaines de la vie sociale (éducation, emploi, cadre bâti, transports...);
- la participation des personnes handicapées et la proximité des services à leur disposition, mises en œuvre par la création des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH);
- le droit à compensation des conséquences du handicap, principe qui s'est concrétisé notamment par la création de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2006, laquelle doit apporter une contribution essentielle à la réalisation du projet de vie de la personne handicapée.

L'originalité de l'architecture de la prise en charge de l'autonomie en France réside dans l'alliance entre une gestion décentralisée et un souci d'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. À cet effet, la CNSA est chargée de veiller à la bonne allocation des aides et dispose d'un levier financier à travers les fonds qu'elle apporte aux collectivités locales qui restent maîtres d'œuvre sur le terrain. C'est également la CNSA qui gère l'objectif global de dépenses en matière d'établissements et de services médico-sociaux en complétant sur ses ressources propres l'apport financier de l'assurance maladie.

Bien que le risque de perte d'autonomie n'entre pas entièrement dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale – la CNSA est cependant selon l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale un « organisme finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie » –, un programme de qualité et d'efficience est consacré aux politiques

visant à leur prise en charge, afin de fournir au Parlement les informations nécessaires à l'analyse de leurs interactions, notamment financières, avec les politiques de sécurité sociale proprement dites.

Le programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » comporte quatre objectifs principaux :

- Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides.
- Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées.
- Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées.
- Garantir la viabilité financière de la CNSA.

Les résultats obtenus par les politiques de compensation de la perte d'autonomie seront successivement examinés au regard de ces quatre objectifs.

#### **Objectif n° 1 : assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides**

Les prestations d'invalidité répondent à l'approche classique de la sécurité sociale, tendant à assurer les travailleurs contre le risque de perte ou de diminution des revenus à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle. Un filet de protection est prévu pour les personnes qui voient la réalisation de ce risque survenir alors même que leur période de cotisation et leurs rémunérations perçues sont trop réduites pour ouvrir des droits à une pension suffisante. L'État intervient dans ce cas à travers le financement de l'allocation du Fonds spécial d'invalidité (FSI), allocation différentielle opérant selon des modalités proches de celles du « minimum vieillesse » dans le domaine des retraites. L'indicateur n° 1-1 mesure la proportion de bénéficiaires de pensions d'invalidité complétées par l'allocation du FSI : à 15 % en 2008, cette proportion est orientée à la baisse depuis le début de la présente décennie, ce qui traduit la préservation d'une logique contributive forte du dispositif de prise en charge de l'invalidité.

#### **Objectif n° 2 : répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées**

Face au besoin d'autonomie, un des principaux enjeux des politiques publiques consiste à permettre aux personnes handicapées de demeurer

à domicile, dans la mesure du possible et de leurs souhaits. Si cet objectif ne peut pas être rempli, une prise en charge au sein de structures d'accueil doit être possible.

Répondre aux besoins de maintien à domicile ou d'hébergement de personnes handicapées requiert en premier lieu une offre d'établissements et de services médico-sociaux suffisante en nombre total et équilibrée dans sa répartition sur le territoire. A cet égard, l'indicateur n° 2-1 fait état de disparités importantes entre régions, tout particulièrement dans le domaine des établissements et services accueillant des handicapés adultes. Au-delà du nombre de places disponibles d'accueil en établissements et en services pour personnes handicapées dans les territoires, l'analyse des dépenses médico-sociales rapportées à la population montre également des disparités qui peuvent traduire des choix différents quant à la nature des établissements et services financés. Le plan « Handicap » annoncé par le Président de la République lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008, qui prévoit d'engager la création de 50 000 places supplémentaires d'accueil des personnes handicapées d'ici à 2012, permettra d'améliorer tout à la fois l'offre globale au niveau national et sa répartition territoriale.

Les politiques du handicap ont été traditionnellement axées sur l'hébergement en établissement qui permet de répondre aux besoins les plus lourds, ce qui se traduit par une part minoritaire des services au sein des structures médico-sociales en faveur des personnes handicapées : 25,7 % pour les enfants, et 15,9 % pour les adultes (indicateur n° 2-2). Ces politiques doivent évoluer pour permettre plus fréquemment le maintien à domicile, au moyen d'une offre de services plus diversifiée. Ainsi, le plan de création de places annoncé le 10 juin 2008 prévoit-il que près de la moitié des places dont la création sera engagée d'ici à 2012 porteront pour les enfants sur les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et pour les adultes sur les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Il reste qu'un trop grand nombre d'enfants ou d'adultes handicapés éprouve des difficultés à bénéficier effectivement d'une place d'accueil en établissement ou service une fois obtenue une décision favorable de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Il entre dans les missions de ces Maisons départementales de

suivre l'exécution de leurs décisions, et à cet égard des travaux sont en cours sous l'égide de la CNSA pour harmoniser les systèmes d'information des MDPH, afin de réaliser un recueil national de données relatives au nombre de personnes dans l'attente de l'exécution d'une décision.

Au delà de la prise en charge des besoins médico-sociaux des personnes handicapées, la compensation du handicap repose, depuis la loi du 11 février 2005, sur la prise en compte du projet de vie global de ces personnes, au moyen de la prestation de compensation du handicap (PCH). Cette prestation comporte cinq volets d'aides – humaines, techniques, liées au logement et au véhicule, spécifiques, animalières – dont la combinaison est adaptée aux besoins de chaque personne. L'année 2008 a vu la montée en charge de cette prestation franchir une nouvelle étape, avec 100 000 demandes contre 84 000 l'année précédente, et surtout 112 000 décisions rendues contre 77 000 en 2007 (*indicateur n°2-3*).

Jusqu'en 2007, les enfants handicapés ne pouvaient accéder qu'à un seul volet de la PCH. Ils bénéficient en effet de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), assortie ou non d'un complément en fonction des charges supportées par leurs familles. En 2008, 161 500 enfants d'assurés du régime général ont reçu cette allocation. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, les familles peuvent, tout en conservant le bénéfice de l'AEEH, exercer un droit d'option entre un complément de l'AEEH et la PCH, afin de déterminer le dispositif le plus favorable à l'enfant (*indicateur n° 2-4*).

### **Objectif n° 3 : répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées**

Dans le domaine des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées, l'offre d'établissements et de services médico-sociaux apparaît répartie de façon plus homogène sur le territoire qu'en ce qui concerne les personnes handicapées, et les écarts résiduels vont en diminuant, en nombre de places comme en euros dépensés par habitant (*indicateur n° 3-1*). Une certaine complémentarité existe avec les prestations des infirmières libérales, les taux d'équipement apparaissant les plus faibles là où les densités d'infirmières sont les plus fortes.

Comme pour les personnes handicapées, la préoccupation du maintien à domicile des

personnes âgées constitue un axe majeur des politiques de prise en charge de la perte d'autonomie. Les services qui favorisent le maintien à domicile des personnes âgées – services de soins infirmiers à domicile, accueil de jour et hébergement temporaire – ont vu leur part dans l'ensemble des structures médico-sociales accueillant des personnes âgées dépasser 16 % en 2008, en progression par rapport à l'année précédente (*indicateur n° 3-2*). Prolonger cette évolution au cours des prochaines années constitue un enjeu majeur, afin que la proportion de personnes âgées bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie vivant à domicile augmente à tous les niveaux de perte d'autonomie, ce qui n'est pas encore le cas pour les personnes les plus lourdement dépendantes (*indicateur n° 3-3*). Des efforts adéquats de création de places en services pour personnes âgées devront donc être poursuivis afin d'accompagner la progression rapide du nombre de personnes âgées dépendantes dans le contexte du vieillissement de la population.

#### **Proportion de bénéficiaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie vivant à domicile selon le degré de dépendance**

	2005	2006	2007	2008
<b>GIR1</b>	22%	23%	24%	20%
<b>GIR2</b>	39%	40%	40%	40%
<b>GIR3</b>	65%	66%	67%	68%
<b>GIR4</b>	76%	77%	78%	79%
<b>Total</b>	59%	60%	61%	62%

Source : DREES.

En ce qui concerne l'évolution du système de protection sociale relatif au risque de perte d'autonomie, le Président de la République a annoncé en mai 2009 que ce chantier, entamé en 2008, sera poursuivi en 2009-2010. Un débat public sur la place des aînés dans la société sera ainsi initié au quatrième trimestre 2009.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées constituent des formes de dépendance pour lesquelles un nombre croissant de personnes âgées sont traitées. Cependant, les dispositifs généraux de compensation de la perte d'autonomie ne prennent pas toujours parfaitement en compte la nature comportementale de cette dépendance, et en particulier répondent de façon imparfaite à la charge physique et mentale que constitue pour un aidant familial l'assistance à une personne malade. Le plan Alzheimer 2008 – 2012 lancé le 1<sup>er</sup> février 2008 par le Président de la République constitue un

ensemble de dispositions visant à améliorer la prise en charge des malades et le soutien aux aidants, à favoriser une mobilisation de la société en faveur des enjeux éthiques et sociaux liés à la maladie d'Alzheimer, et à stimuler la recherche médicale. L'indicateur n° 3-4 comporte une sélection des indicateurs qui sont destinés à suivre les réalisations de ce plan.

#### **Objectif n° 4 : garantir la viabilité financière de la CNSA**

La viabilité financière de la CNSA est assurée par la pluralité de ses sources de financement. La Caisse perçoit en effet la composante médico-sociale de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), 0,1 point de contribution sociale généralisée (CSG) et l'intégralité de la nouvelle contribution de solidarité autonomie (CSA). Cette dernière contribution, assise sur les salaires et les revenus du patrimoine au taux de 0,3 %, a été instaurée à la mi-2004 afin de pérenniser le financement de l'APA, de contribuer à la construction d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées et de lancer la PCH.

En matière de financement des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées ou âgées, la CNSA prend en charge l'objectif global de dépenses en faveur de ces établissements (14,2 Md€ en 2008) en mobilisant l'ONDAM médico-social (12,9 Md€) et un apport prélevé sur ses ressources fiscales propres (1,2 Md€). Cependant, les charges de prestations relatives aux établissements et services médico-sociaux ne se sont élevées qu'à 13,8 Md€ en 2008 (*indicateur n° 4-1*). L'exercice 2008 s'est donc à nouveau caractérisé par une sous-consommation de l'objectif global de dépenses, presque entièrement dû aux dépenses en faveur des établissements et services pour personnes âgées.

La persistance de ces sous-consommations est préoccupante dans un contexte de rareté des fonds publics. Les excédents ainsi constitués ont toutefois été utilisés au cours des exercices précédents pour soutenir l'investissement, permettant la rénovation et la modernisation des établissements pour personnes âgées. Il convient à présent de faire évoluer la planification des places en établissements et services pour personnes handicapées et âgées, le suivi des réalisations effectives des places – compte tenu des délais

importants qui séparent le début de la construction et la mise à disposition des places -, et la programmation budgétaire des concours de la CNSA, afin de parvenir sur le moyen terme à une allocation des moyens au secteur médico-social conforme à ses capacités effectives d'extension. A court terme, compte tenu de la non consommation de crédits médico-sociaux et de la situation financière de la branche maladie en 2009, il est proposé de restituer à l'assurance maladie pour cet exercice 150 millions d'euros de l'enveloppe médico-sociale en faveur des établissements et services pour les personnes âgées de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cette rectification est incluse dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, et sa mise en œuvre devrait ramener à 99 % en 2009 le taux d'adéquation global des dépenses médico-sociales de la CNSA aux recettes affectées à leur financement. Elle n'aura aucun effet sur la mise en œuvre des plans de créations de places pour les personnes âgées et handicapées en 2009 et 2010.

En ce qui concerne les prestations de compensation du handicap et de la dépendance – PCH et APA -, la CNSA cofinance ces dépenses avec les départements. La part apportée par la CNSA pour le financement de l'APA est stable depuis 2005 au voisinage d'un tiers. S'agissant de la PCH, la montée en charge très progressive de cette nouvelle prestation s'est traduite par des sur-financements importants de la part de la CNSA en 2006 et 2007. L'exercice 2008 voit heureusement la fin de ce déséquilibre, les concours versés par la CNSA aux départements (551 millions d'euros) étant très proches des dépenses effectives au titre de la PCH (*indicateur n° 4-2*).

\*  
\*\*

#### **Synthèse**

Les indicateurs présentés dans le présent programme de qualité et d'efficacité permettent de dresser un bilan relativement favorable des politiques menées dans le domaine de la compensation de la perte d'autonomie. On relèvera en particulier :

- la montée en charge progressive de la prestation de compensation du handicap, qui voit le nombre de décisions rendues excéder en 2008 le nombre de nouvelles demandes,

- grâce à une forte mobilisation des Maisons départementales des personnes handicapées ;
- la progression régulière de la part des services dans les capacités d'accueil des personnes handicapées et âgées, qui crédibilise l'engagement du Gouvernement de favoriser le maintien à domicile des personnes ayant perdu leur autonomie ;
  - les progrès de la gouvernance financière de la perte d'autonomie, que traduit la stabilisation de la part de la CNSA dans le financement des prestations de compensation.

Un des axes de progrès de ces politiques réside dans le financement des établissements et services médico-sociaux, particulièrement en faveur des personnes âgées, pour lequel une amélioration de la programmation pluri-annuelle et du suivi annuel des dépenses est nécessaire. Cette amélioration permettra de mettre fin au décalage entre les ressources attribuées et les dépenses effectivement constatées, tout en clarifiant la répartition des financements dédiés au fonctionnement et à l'investissement. Elle permettra également de suivre avec précision, dans le contexte des réformes en

cours dans le champ des personnes âgées, la reprise par les établissements médico-sociaux de dépenses antérieurement financées sur l'enveloppe « soins de ville ».

\*  
\*\*

Les responsables administratifs portant à titre principal les politiques sous-jacentes au programme « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » sont les suivants (par ordre alphabétique des institutions concernées) :

- Monsieur Hervé Drouet, Directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- Monsieur Laurent Vachey, Directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- Monsieur Fabrice Heyriès, Directeur général de l'action sociale (DGAS) ;
- Monsieur Dominique Libault, Directeur de la sécurité sociale (DSS).

# LISTE DES INDICATEURS DE CADRAGE DU PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE « INVALIDITÉ ET DISPOSITIFS GÉRÉS PAR LA CNSA »

Partie I - Données de cadrage	Producteurs techniques	Page
1 - Evaluation de la population concernée par un handicap : * nombre de personnes handicapées au sens de l'enquête Handicap-incapacité dépendance (HID) ; * effectifs de bénéficiaires des différents types d'aides.	DREES / DSS	12
		14
2 - Nombre de personnes percevant une pension d'invalidité et dépenses d'invalidité par régime.	DSS	16
3 - Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA.	DGAS / DREES / DSS	22
4 - Dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées et répartition par financeur.	DGAS / DREES / DSS	26
5 - Offre d'équipements et de services en faveur des adultes et enfants handicapés.	CNSA / DREES	28
6 - Offre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées : * nombre de places au niveau national pour les personnes âgées ; taux d'équipement par région et par département pour les personnes âgées ; * nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) délivrés aux personnes âgées de 75 ans et plus par région et par département.	CNSA / DREES	30
		32
7 - Nombre de personnes soignées pour la maladie d'Alzheimer.	CNAMTS / RSI / MSA / INVS	34

# LISTE DES OBJECTIFS ET INDICATEURS DU PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE « INVALIDITÉ ET DISPOSITIFS GÉRÉS PAR LA CNSA »

Partie II - Objectifs / résultats		Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal	Page
Objectif	Indicateurs				
<b>1 - Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides</b>	1-1 - Nombre et proportion de titulaires de pensions d'invalidité bénéficiant de l'allocation du Fonds spécial d'invalidité (FSI).	Diminution	DSS	DSS	38
<b>2 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées</b>	2-1 - Ecart d'équipement inter-régionaux et inter-départementaux en établissements et services médico-sociaux pour adultes et enfants handicapés : * en nombre de places par habitant ; * en euros par habitant.	Réduction des écarts	CNSA	CNSA	40 42
	2-2 - Mode de prise en charge des personnes handicapées : * part des services dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées ; * exécution des décisions d'orientation en établissement des personnes handicapées.	*Augmentation de la part des services *A définir	CNSA / DREES CNSA	CNSA	44 45
	2-3 - Suivi de la prestation de compensation du handicap (PCH) : * nombre de décisions de PCH rendues ; * nombre de recours contentieux concernant la PCH.	*Montée en charge *Limitation	CNSA DREES	CNSA	46 48
	2-4 - Nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), par complément.	Adéquation aux besoins	DSS	CNAF	50

Partie II - Objectifs / résultats		Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal	Page
Objectif	Indicateurs				
<b>3 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées</b>	3-1 - Ecarts d'équipement inter-régionaux et inter-départementaux en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées : * en nombre de places par habitant ; * en euros par habitant.	Réduction des écarts	CNSA	CNSA	52 54
	3-2 - Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes âgées.	Augmentation de la part des services	CNSA / DREES	CNSA	55
	3-3 - Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le degré de dépendance.	Augmentation	DREES	CNSA / DGAS	56
	3-4 - Indicateurs de suivi du Plan Alzheimer 2008-2012.		CNSA / DGAS / DREES / HAS	CNSA / DGAS / HAS	58
<b>4 - Garantir la viabilité financière de la CNSA</b>	4-1 - Taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux.	Equilibre financier	CNSA	DSS	60
	4-2 - Part des dépenses d'APA et de PCH financées par la CNSA.	Stabilité (pour la PCH, une fois la montée en charge achevée)	CNSA	DGAS	62

**PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE  
« INVALIDITÉ ET DISPOSITIFS GÉRÉS PAR LA  
CNSA »**

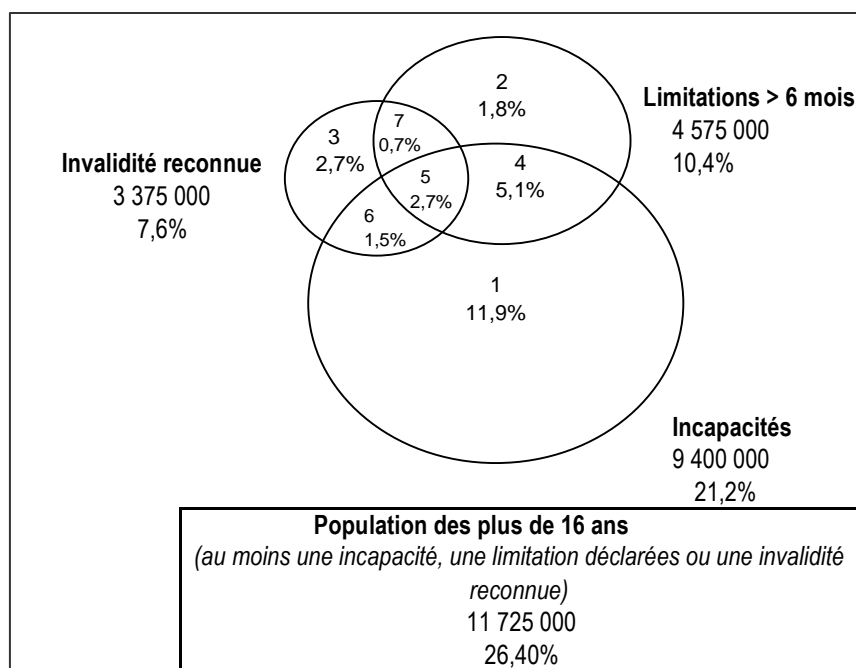
**PARTIE I  
DONNEES DE CADRAGE**

---

**Indicateur n°1 : Evaluation de la population concernée par un handicap.**

**1<sup>er</sup> sous-indicateur : nombre de personnes handicapées au sens de l'enquête Handicap-Incapacité Dépendance (HID).**

**Sept populations handicapées identifiées à partir de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance**



Source : Revue des Affaires Sociales, n°1-2 (2003) – Chiffres arrondis.

Populations	Effectifs (en milliers)	Caractérisation	Groupes d'âge sur ou sous-représentés
<b>Population 1</b> :des incapacités isolées et mineures	5 300	personnes qui ne déclarent qu'une (ou plusieurs) incapacité(s), sans restriction d'activité ni reconnaissance administrative	
<b>Population 2</b> :des incapacités diffuses non repérées	800	personnes qui ne déclarent qu'une limitation d'activité, sans incapacité ni reconnaissance administrative	moins de 30 ans sur-représentés
<b>Population 3</b> :des modes de reconnaissance aux critères disparates	1 200	personnes qui déclarent une reconnaissance d'un taux d'invalidité ou d'incapacité, sans incapacité ni limitation	moins de 40 ans sur-représentés
<b>Population 4</b> :des personnes âgées dépendantes	2 300	personnes qui déclarent une (ou plusieurs) incapacité(s) et une restriction de leurs activités, sans reconnaissance administrative	croît avec l'âge
<b>Population 5</b> :le noyau dur du handicap	1 200	personnes qui déclarent à la fois une ou plusieurs incapacités, une limitation des activités et une reconnaissance d'un taux d'invalidité ou d'incapacité	30-59 ans sur-représentés
<b>Population 6</b> :les personnes présentent des déficiences intellectuelles ou mentales	650	personnes qui déclarent avoir une (ou plusieurs) incapacité(s) avec reconnaissance d'un taux d'invalidité mais sans limitation	moins de 70 ans sur-représentés
<b>Population 7</b> :des maladies limitantes	325	personnes qui déclarent une limitation avec reconnaissance d'un taux d'incapacité ou d'invalidité, sans incapacité	30-59 ans sur-représentés

Source : Revue des Affaires Sociales, n°1-2 (2003) – Chiffres arrondis.

Les dernières données disponibles pour caractériser les types de handicaps sont issues de l'enquête Handicap – Incapacités - Dépendance (enquête déclarative réalisée de 1998 à 2000) qui a permis de mettre en évidence sept populations handicapées distinctes sur le champ des personnes âgées de 16 ans ou plus vivant en domicile ordinaire. Ces populations se différencient les unes des autres par le repérage, ou non, d'incapacités, de

limitations d'activité et/ou d'une reconnaissance sociale d'une invalidité. Mise à part la reconnaissance administrative d'une invalidité qui nécessite d'être reconnue par des spécialistes, les déclarations d'incapacité ou de limitation d'activité semblent davantage subjectives. Ainsi, déclarer une incapacité revient en fait à noter des difficultés pour au moins une des sept activités suivantes : « ramasser un objet », « lire », « entendre », « remplir un formulaire simple », « reconnaître un visage à quelques mètres », « s'habiller ou se déshabiller » et « parler ou se faire comprendre ». En outre, les notions d'incapacité et de limitation peuvent être relativement proches. Seulement 1,8 % de la population interrogée déclarent une limitation sans incapacité alors que presque trois fois plus associent une incapacité à une limitation.

D'après l'enquête HID, on observe que plus d'une personne sur quatre (26,4 % de la population générale soit environ 11 725 000 individus estimés) déclare avoir au moins une incapacité ou une limitation d'activité ou une reconnaissance administrative. Au sein de ces 26,4 % :

- près de la moitié déclare une ou plusieurs incapacités ;
- une personne sur cinq environ déclare une ou plusieurs incapacités accompagnées d'une restriction d'activité, sans reconnaissance ;
- environ une personne sur dix cite à la fois une incapacité, une restriction d'activité et la reconnaissance d'une invalidité, soit 2,7 % de la population générale.

Par ailleurs, environ 2 250 000 personnes âgées dépendantes déclaraient au moment de l'enquête HID, à la fin des années quatre-vingt-dix, une ou plusieurs incapacités et une restriction de leurs activités, sans toutefois que ces incapacités fassent à l'époque l'objet d'une reconnaissance administrative. Depuis, la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002 et de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2006 ont sans doute amélioré la situation de ces personnes.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°1 (1<sup>er</sup> sous-indicateur) :

L'enquête *Handicap-Incapacité-Dépendance* (HID) a été réalisée par l'INSEE en 1998 et 2000 pour la population résidant en institution médico-sociale, et en 1999 et 2001 pour la population résidant à domicile. L'enquête déclarative, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population française, a permis une meilleure connaissance des caractéristiques de la population de France métropolitaine en termes de déficiences et d'incapacités.

Les sept populations handicapées issues de l'enquête HID ont été obtenues par des approches croisant l'incapacité, la restriction d'activité et la reconnaissance d'un taux d'invalidité ou d'incapacité, ainsi que leurs intersections. Elles portent sur le champ de la population adulte – soit les plus de 16 ans. L'ensemble des pourcentages exprimés renvoie à la population générale (métropole, 1999-2001).

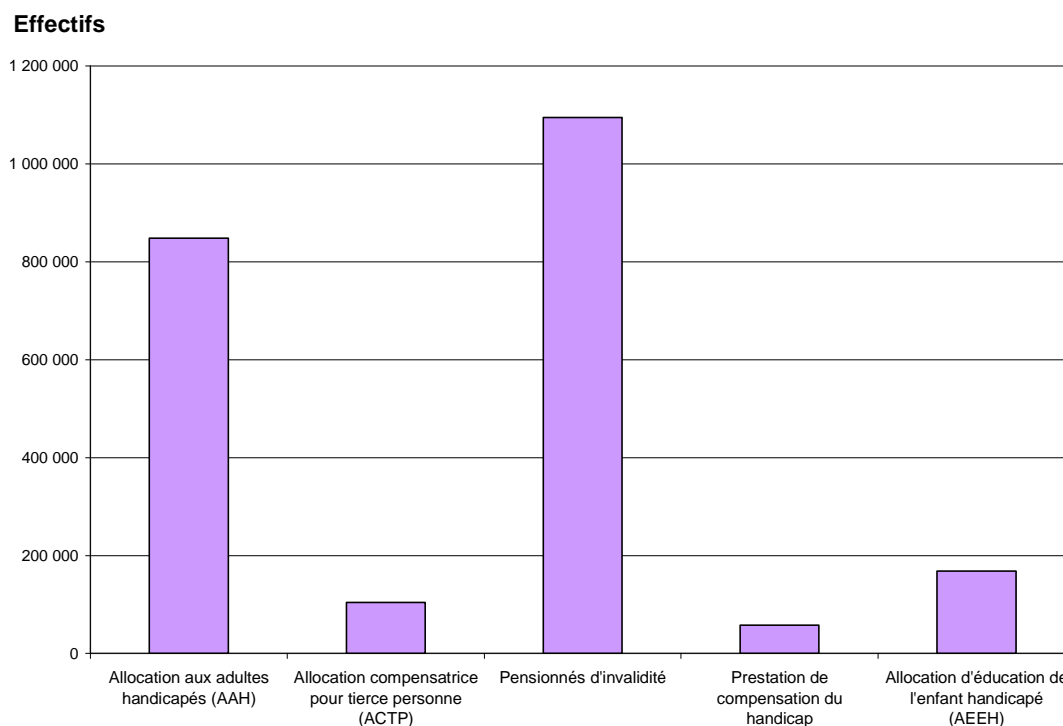
Pour plus de détails, se reporter à Ville I., Ravaut J.-F. et Letourmy A., « Les désignations du handicap. Des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative », *Revue des Affaires Sociales*, n°1-2, janvier-juin 2003 et Goillot C., Mormiche P., Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » en institution en 1998, *INSEE Résultats*, collection Démographie-Société, n°83-84, 2001.

Une nouvelle enquête du même type, dénommée « Handicap-santé », a eu lieu entre avril 2008 et juillet 2008 pour les personnes vivant en domicile ordinaire, et sera complétée fin 2009 pour les personnes vivant en établissement. Le champ de la nouvelle enquête est élargi à l'ensemble du territoire national et inclut les DOM.

**Indicateur n°1 : Evaluation de la population concernée par un handicap.**

**2<sup>ème</sup> sous-indicateur : effectifs de bénéficiaires des différents types d'aides.**

**Effectifs de bénéficiaires de différents types d'aides en faveur des personnes handicapées, en 2008**



Source : CNAF, CNAMTS, DREES. \* : il est possible que l'effectif des pensionnés d'invalidité contienne des invalides de plus de 60 ans qui devraient normalement être comptabilisés au titre de la vieillesse.

Les prestations destinées aux personnes handicapées se distinguent à la fois par l'objectif qu'elles visent à remplir, par la manière dont elles sont servies et par la population qu'elles ciblent. Au sein de la population adulte, les prestations d'invalidité (hors accidents du travail et maladies professionnelles qui font l'objet d'un programme spécifique) et l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont les plus importantes en termes de bénéficiaires (respectivement environ 1 100 000 et 850 000 tous régimes confondus en 2008). Elles visent à compenser une perte de ressources, et sont cumulables dans un nombre restreint de cas. L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou la majoration pour tierce personne (qui complète les pensions d'invalidité) viennent en complément de ces prestations en cas de besoin de l'aide d'une tierce personne.

La prestation de compensation du handicap (PCH), créée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a commencé à être délivrée en 2006. Elle vise comme l'ACTP ou l'AEEH à compenser les conséquences d'un handicap (aides humaines, techniques...). Plus de 58 000 allocataires de cette prestation ont été payés à la fin 2008. Cet effectif qui reste modeste témoigne d'une montée en charge lente, à mettre en relation avec la mise en place progressive, au cours de l'année 2006, des Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), au sein des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Cependant, le nombre d'allocataires ayant bénéficié d'un premier règlement de PCH a plus que doublé entre décembre 2007 et décembre 2008, ce qui témoigne d'une poursuite du déploiement de l'activité des MDPH (cf. indicateur n° 2-3).

En ce qui concerne les enfants, une seule prestation en espèces est dédiée au handicap : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Plus de 168 000 enfants en bénéficiaient au 31 décembre 2008 tous régimes confondus. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, les bénéficiaires de l'AEEH peuvent la cumuler avec un des éléments de la PCH dès qu'ils remplissent les conditions d'ouverture aux compléments de l'AEEH (*cf. indicateur n° 2-4*), et qu'ils sont exposés, du fait du handicap de leur enfant, à des charges relevant effectivement de la PCH (aides humaines, aides techniques, aides liées à l'aménagement du logement et du véhicule, aides spécifiques ou exceptionnelles et aides animalières, *cf. indicateur n° 2-3* pour plus de détails).

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 1 (2<sup>ème</sup> sous-indicateur) :

Les données relatives aux bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH sont issues de la publication de la DREES : « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2008 », *Etudes et résultats*, n°690, mai 2009. Le nombre de bénéficiaires de l'ACTP comprend des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont fait le choix de conserver cette prestation et de ne pas opter pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA sont traitées à l'*indicateur de cadrage n° 3* du présent programme.

Les données relatives aux bénéficiaires de l'AAH et de l'AEEH ont été fournies par la DREES à partir des informations données par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la Mutualité sociale agricole (MSA).

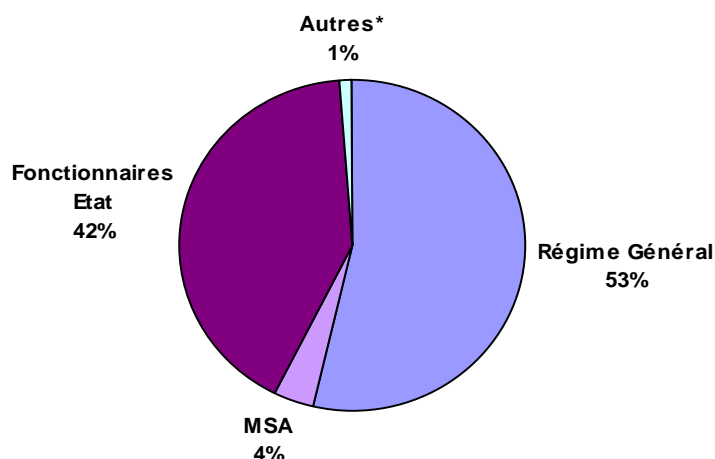
Les données des pensionnés d'invalidité sont issues de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2009 et sont cohérente avec l'*indicateur n° 2-1*.

L'ensemble des données de cet indicateur concerne la France entière (métropole + DOM).

**Indicateur n°2** : Nombre de personnes percevant une pension d'invalidité et dépenses d'invalidité par régime.

**1<sup>er</sup> sous-indicateur** : Nombre de personnes percevant une pension d'invalidité.

Nombre de pensionnés d'invalidité en 2008, par régime



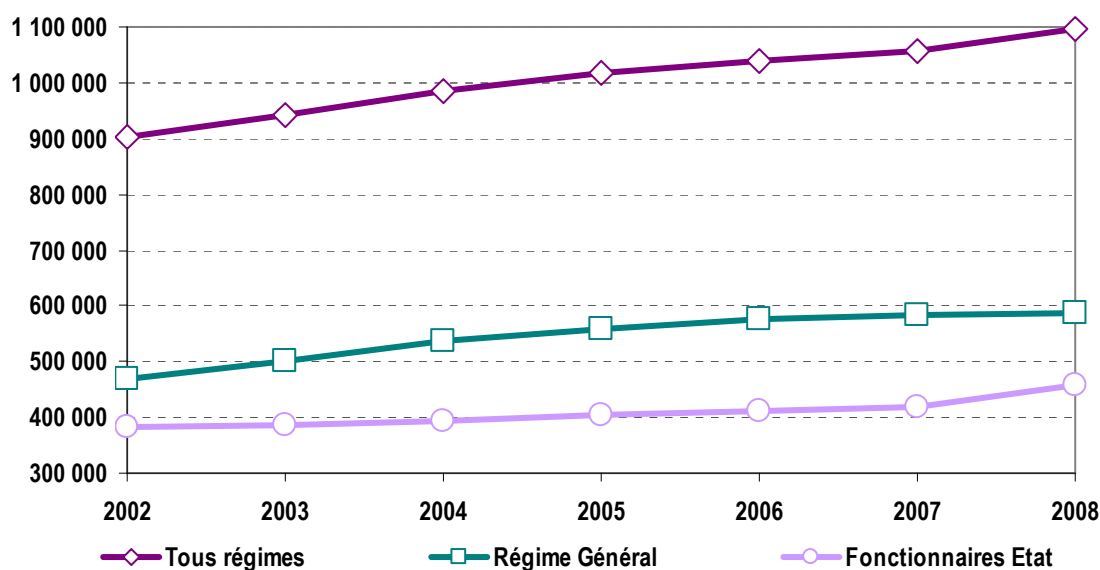
Source : CNAMTS et CCSS septembre 2009.

\* La liste des régimes pris en compte est détaillée en *Précisions méthodologiques*.

En 2008, on dénombre plus d'un million de pensionnés d'invalidité, tous régimes confondus. Il est probable que pour les régimes autres que le régime général, l'effectif des bénéficiaires de pensions d'invalidité incluse également des personnes à la retraite (ex-invalides). Le champ de cet indicateur n'est donc que partiellement comparable au suivant qui retrace l'ensemble des dépenses d'invalidité comptabilisées dans la branche maladie des différents régimes.

Le régime général compte à lui seul plus de 585 000 invalides. Au sein de ce régime, on distingue trois principales catégories de pensions en fonction du degré d'invalidité de la personne (*cf.* définition de ces différentes catégories en *Précisions méthodologiques*). La 1<sup>ère</sup> catégorie, correspondant aux personnes les plus valides, constitue 23 % de l'ensemble des invalides en 2008. Les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégories comptent pour respectivement 74 % et 3 % du total des invalides. Enfin, les autres catégories représentent 0,4 % de l'ensemble des pensions du régime général en 2008.

### Evolution des effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité, sur la période 2002-2008



Source : CNAMTS et CCSS septembre 2009.

Les effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité, tous régimes confondus, ont progressé de 3,3 % par an, en moyenne, sur la période 2002-2008. Le nombre de pensionnés du régime général a augmenté plus rapidement que celui des autres régimes (+3,8 % par an en moyenne pour le champ CNAMTS). *A contrario*, les effectifs des régimes agricoles ont progressé plus lentement que l'ensemble des régimes (+0,7 % par an en moyenne, sur la période 2002-2008).

La dynamique des effectifs de pensionnés a été étudiée au sein du régime général (*cf.* fiche 9-9 du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2008). Dans ce régime, le nombre de pensionnés d'invalidité est passé d'environ 458 000 à 585 000 entre 2000 et 2007, soit une augmentation de 27,7 %. L'âge moyen de cette population se situe autour de 52 ans. Plus de 94 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont âgés de plus de 40 ans et 45 % de plus de 55 ans. La prévalence de l'invalidité est en effet plus forte aux âges élevés. Elle atteint 9,8 % pour la classe d'âge des plus de 55 ans en 2007 selon les estimations de la CNAMTS contre 2,4 % en moyenne toutes classes d'âge confondues.

A partir de 1998, les premières générations de baby-boomers, nées en 1946 et après, ont atteint l'âge moyen d'entrée en invalidité. Cela a induit une accélération de la progression des effectifs de pensionnés, surtout sensible à compter de 2002. En considérant que la durée moyenne d'invalidité est proche de 9 années, à compter de 2007 le flux entrées-sorties des pensionnés devrait avoir tendance à s'équilibrer. Ainsi, en 2008, la progression du nombre d'invalides au régime général par rapport à 2007 n'est que de 0,4 % alors qu'elle était de 3,1 % en moyenne annuelle entre 1998 et 2007.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 2 - 1<sup>er</sup> sous-indicateur :

Les effectifs présentés sont identiques à ceux des rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) pour les régimes spéciaux et la MSA, et issus de la CNAMTS pour le régime général. Ils ont été dénombrés :

- en approximation annuelle pour le régime général (estimations réalisées par la DSS, à partir des données annuelles au 31 décembre) ;
- au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année pour les autres régimes (données issues des régimes). Il est probable que certaines de ces caisses n'opèrent pas une distinction franche dans les effectifs d'invalides de moins de 60 ans et ceux de plus de 60, qui doivent normalement être comptabilisés au sein des pensions de vieillesse.

Afin d'assurer un minimum de cohérence avec l'indicateur suivant, lorsqu'aucune dépense de pensions d'invalidité n'apparaissait dans la branche maladie, l'effectif d'invalides du régime concerné a été mis à zéro.

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

- 1<sup>ère</sup> catégorie : « invalides capables d'exercer une activité rémunérée » ; le montant de leur pension est égal à 30 % du salaire annuel moyen de base ;
- 2<sup>ème</sup> catégorie : « invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque » ; le montant de leur pension est égal à 50 % du salaire annuel moyen de base ;
- 3<sup>ème</sup> catégorie : « invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie » ; le montant de leur pension est égal à 50 % du salaire annuel moyen de base auquel s'ajoute le montant forfaitaire de la majoration pour tierce personne (MTP) ;
- autres catégories : pensions du conjoint survivant, pensions du décret loi, pensions servies aux migrants et autres pensions.

Les invalides dépendant du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE) et de la Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales (CNRACL) sont ici intégrés dans la catégorie « Fonctionnaires ». La catégorie « Autres » regroupe :

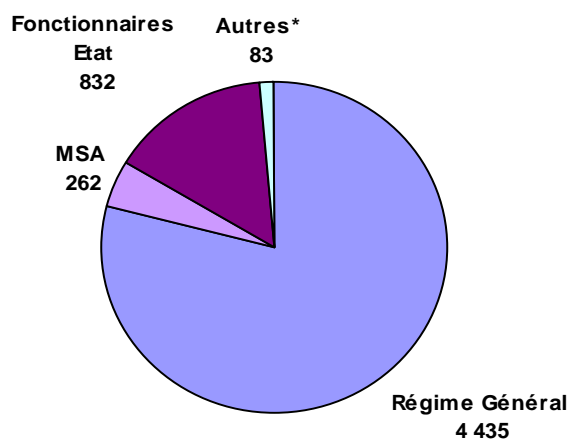
- la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM) ;
- EDF-IEG Pensions (régime des industries électriques et gazières) ;
- la SNCF ;
- la RATP ;
- l'Établissement National des Invalides de la Marine (ENIM) ;
- la Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires (CRPCEN) ;
- la Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes (CAVIMAC) ;
- la Banque de France ;
- la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP).



**Indicateur n°2** : Nombre de personnes percevant une pension d'invalidité et dépenses d'invalidité par régime.

**2<sup>ème</sup> sous-indicateur** : Dépenses d'invalidité par régime.

Dépenses d'invalidité (M€) en 2008, par régime



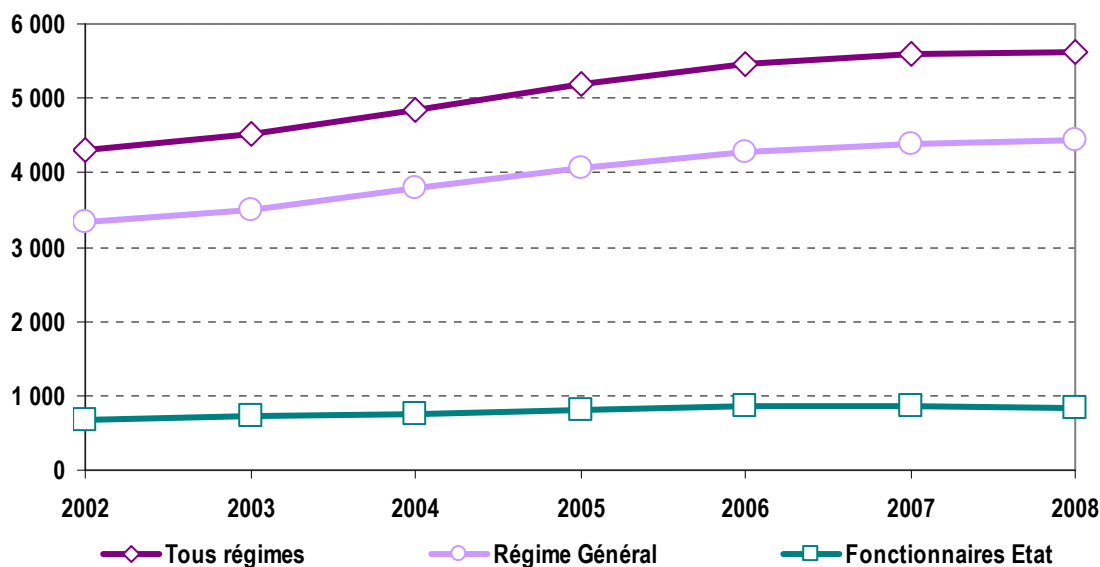
Source : CCSS septembre 2009.

\* La liste des régimes pris en compte est détaillée en *Précisions méthodologiques*.

En 2008, les dépenses totales d'invalidité tous régimes s'élèvent à 5,6 Md€. Les dépenses du régime général représentent 79 % du total, contre 14,8 % pour les régimes de la fonction publique et 6,1 % pour l'ensemble des autres régimes (MSA et autres régimes spéciaux).

La faible part des régimes de la fonction publique résulte de différences de règles dans le passage du statut d'invalidé à celui de retraités (ex-invalidé). En effet, alors que dans le régime général, les invalides liquident leur retraite à 60 ans, les fonctionnaires invalides peuvent choisir à tout moment de prendre leur retraite ou d'être radiés des cadres d'office. De ce fait, ils ne sont plus comptabilisés dans la branche maladie, dont sont ici issues les montants de dépenses d'invalidité (cf. précisions méthodologiques), mais dans la branche vieillesse même s'ils ont moins de 60 ans.

### Evolution des dépenses d'invalidité, sur la période 2002-2008, en M€ courants



Source : CCSS septembre 2009.

Les dépenses d'invalidité, tous régimes confondus, ont progressé de 4,5 % par an, en moyenne, sur la période 2002-2008. Les dépenses du régime général ont augmenté un peu plus rapidement que celles des autres régimes (+4,8 % par an en moyenne pour le champ CNAMTS). Les dépenses d'invalidité des régimes agricole et de la fonction publique (Etat, FSPOEIE et CNRACL) ont progressé plus lentement, au rythme de respectivement +2,9 % et +3,5 % par an en moyenne, sur la période 2002-2008.

Pour le régime général, les principaux facteurs d'évolution des dépenses sur la période 2000-2007, hors revalorisation annuelle des pensions, ont été identifiés : pour 80 %, cette évolution serait imputable à la croissance des effectifs et la progression des salaires étant un facteur complémentaire (cf. fiche 9-9 du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2008).

#### Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 2 - 2<sup>ème</sup> sous-indicateur :

Les montants correspondent à ceux du compte « prestations légales invalidité » (65116) de la branche maladie de l'ensemble des régimes étudiés. Ils concernent les dépenses d'invalidité : pensions et allocations supplémentaires (qui fait toutefois l'objet d'un indicateur spécifique, voir *infra* indicateur II-1) sont ici agrégées. Ces montants sont identiques à ceux présentés dans les rapports de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (CCSS). Ils sont exprimés en droits constatés et en millions d'euros courants.

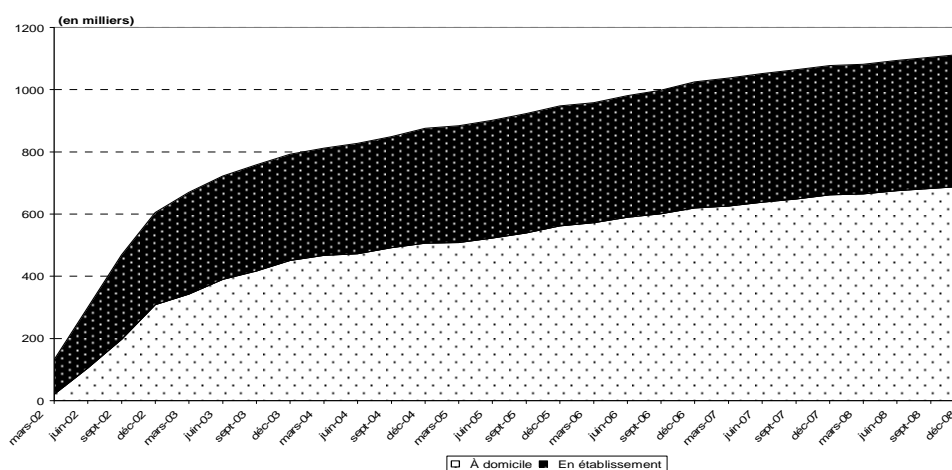
### Indicateur n° 3 : Evolution et répartition du nombre de bénéficiaires de l'APA.

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

Au total, 1 115 000 personnes âgées dépendantes ont bénéficié de l'APA en décembre 2008, soit une augmentation de 3,4 % sur un an. Le nombre de bénéficiaires de l'APA croît à un rythme plus rapide que celui de l'ensemble de la population française des 75 ans et plus (+2,8 % entre 2007 et 2008), qui représente plus de 80 % des bénéficiaires de l'allocation. Au 31 décembre 2008, 62 % des bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile et 38 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Cette répartition entre APA à domicile et en établissement a toutefois évolué depuis la création de l'allocation.

En effet, la montée en charge de l'APA en établissement a été plus rapide que celle à domicile au moment de la création de l'allocation. Ceci pourrait s'expliquer par une volonté de prendre en charge le plus rapidement possible les personnes fortement dépendantes, nécessitant la plupart du temps d'être hébergées en institution. Par ailleurs, la montée en charge des soins à domicile a pu être retardée par la nécessité de développer les emplois répondant à ce type de prestation et de mettre en place des formations adaptées aux besoins. A partir de 2003, la croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a été nettement plus dynamique que celle des bénéficiaires de l'APA en établissement (+14 % en moyenne annuelle contre +6 %), dans un contexte où les pouvoirs publics cherchent à favoriser le maintien à domicile des personnes dépendantes (*cf. indicateur n° 3-3*).

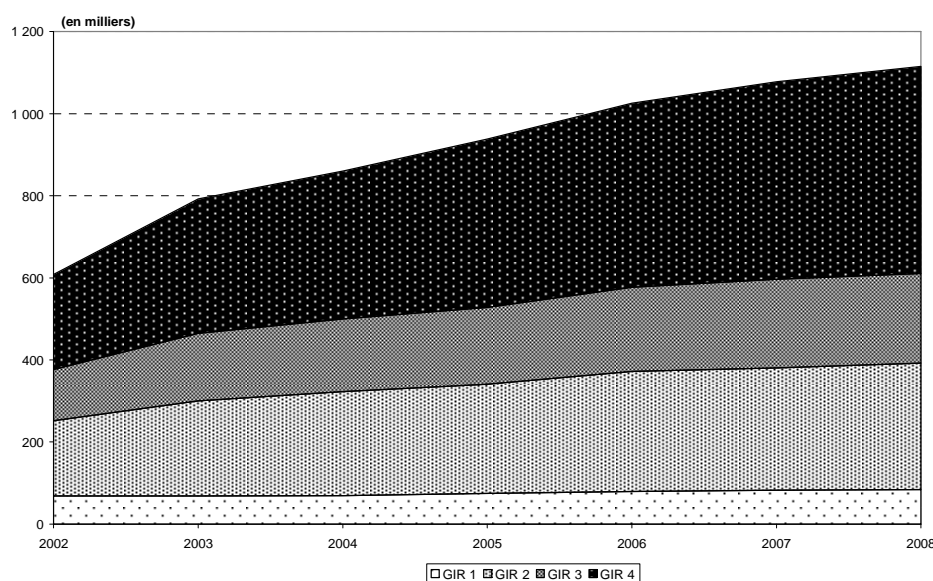
Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA entre 2002 et fin 2008, par type d'hébergement



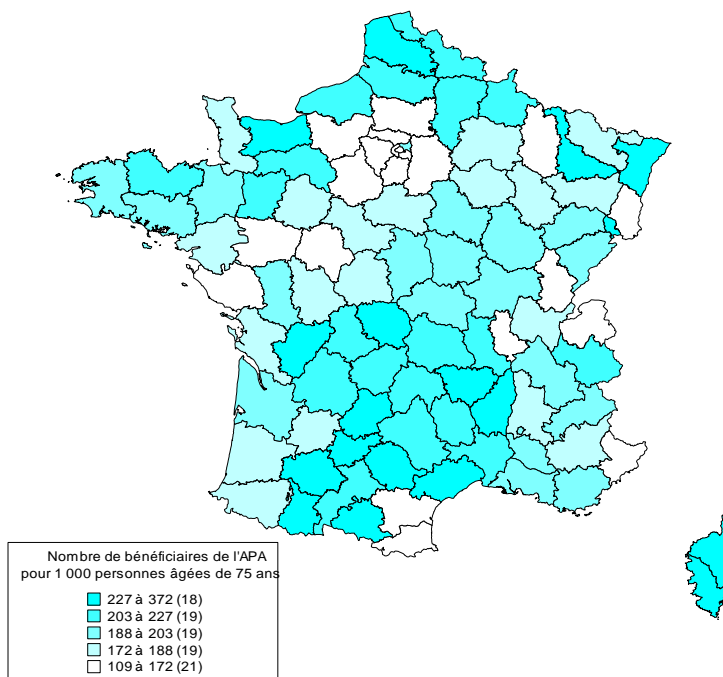
Source : données DREES – mai 2009.

Si chacun des groupes iso-ressources a vu ses effectifs augmenter, l'évolution de la structure des bénéficiaires par GIR fait apparaître certaines modifications : ainsi, alors que la part des bénéficiaires du GIR 4 représentait 38 % du total en décembre 2002, celle-ci a augmenté pour atteindre 45 % à la fin 2008. Dans le même temps, la proportion de bénéficiaires du GIR 1 connaissait une baisse (de 11 % du total en 2003 à 8 % en 2008). De leur côté, les GIR 2 et 3 ont connu des évolutions moins marquées (légère baisse de la part du GIR 2, stabilité de la part du GIR 3).

### Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA entre 2002 et fin 2008, par GIR



### Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, au 31.12.2007



Source : données DREES – mai 2009.

Note de lecture : les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de départements concernés.

Le nombre total de bénéficiaires de l'APA a été rapporté, pour chaque département, à la population des personnes âgées de 75 ans ou plus. Il apparaît ainsi que le taux de bénéficiaires de l'APA est plus élevé dans certaines régions (centre de la France, Sud-Ouest, Corse, Bretagne, Nord, ...) que dans d'autres (Ile-de-France...). Cette hétérogénéité dans la répartition des bénéficiaires de l'APA peut s'expliquer par différents facteurs : niveau des ressources individuelles (l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, toutefois une participation financière pouvant aller jusqu'à 90 % du plan d'aide reste à la charge des bénéficiaires lorsque leurs ressources sont supérieures à un plafond), hétérogénéité de l'état de santé, plus ou moins grand isolement.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 3 :

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) évalue la dépendance des personnes âgées en termes de niveau de soins requis (appelé groupe iso-ressources (GIR)).

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

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

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

L'ensemble des données (définitives de 2002 à 2007, provisoires au 31 décembre 2008) est issu de l'enquête trimestrielle sur l'APA de la DREES. Il s'agit d'une extrapolation, à partir des réponses des départements. La répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA à domicile est obtenue à partir des départements répondants. En établissement, l'APA est versée par le conseil général soit directement aux bénéficiaires, soit aux établissements sous forme d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance. Dans ce dernier cas, l'établissement déduit des factures de ses résidents qui bénéficient de l'APA la somme qui lui est accordée par le conseil général. La répartition des bénéficiaires de l'APA en établissement ne relevant pas de la dotation globale est obtenue à partir des départements répondants. Par convention, la structure par GIR observée dans ces établissements a été appliquée à l'ensemble des bénéficiaires en établissement.

Pour la détermination de la carte, le nombre de bénéficiaires de l'APA a été rapporté à l'effectif des personnes âgées de 75 ans et plus estimé par l'INSEE au 1<sup>er</sup> janvier 2007, dernières données de population disponibles.

Pour plus de précisions sur l'allocation personnalisée d'autonomie, voir le numéro 690 de la publication « Etudes et résultats » de la DREES (« *L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2008* »).



**Programme « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » - Partie I Données de cadrage**

**Indicateur n°4 : Dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées et répartition par financeur.**

	Montants 2008 (millions €)	%
<b>État</b>	<b>9 917,6</b>	<b>22,1</b>
Programme Handicap et dépendance	8 452,8	18,8
Évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées (dont contribution au fonctionnement des MDPH, etc)	14,5	
Incitation à l'activité professionnelle (dont aide au poste, ESAT, etc)	2 393,9	
Ressources d'existence (dont AAH, FSI, etc)	5 940,9	
Compensation des conséquences du handicap (dont instituts nationaux, fonds de compensation aux MDPH, etc)	64,2	
Personnes âgées	32,6	
Pilotage du programme	6,7	
Hors programme Handicap et dépendance	1 464,8	3,3
Pensions militaires d'invalidité	1 016,0	
Prog. Vie de l'élève - action « Élèves handicapés »	217,1	
Prog. Accès et retour à l'emploi (aide au poste dans les étab. adaptés)	231,7	
<b>CNSA</b>	<b>3 615,1</b>	<b>8,0</b>
Dépenses en faveur des personnes handicapées	1 082,3	2,4
Etablissements et services	332,5	
PCH + MDPH (transfert aux départements)	596,2	
Majoration AEEH	21,2	
Plan d'aide à la modernisation des établissements	107,7	
Autres actions	24,7	
Dépenses en faveur des personnes âgées	2 532,8	5,6
Etablissements et services	551,0	
APA (transfert aux départements)	1 619,4	
Plan d'aide à la modernisation des établissements	291,7	
Autres actions	70,8	
<b>AGEFIPH</b>	<b>584,0</b>	<b>1,3</b>
<b>Sécurité sociale</b>	<b>21 184,9</b>	<b>47,1</b>
Assurance maladie	19 897,2	44,3
ONDAM personnes handicapées	7 376,0	
ONDAM personnes âgées	5 523,0	
USLD	1 354,7	
Pensions invalidité	5 612,7*	
Action sociale	31,5	
Assurance vieillesse (Action sociale pers. âgées)	579,8	1,3
CNAF (AEEH et allocation de présence parentale)	706,4	1,6
<b>Départements (dépenses nettes des transferts CNSA)</b>	<b>9 655,7</b>	<b>21,5</b>
Personnes handicapées	4 225,5	9,4
Frais d'hébergement en établissement	3 600,0	
ACTP + PCH	1 221,6	
Transfert CNSA	- 596,2	
Personnes âgées	5 430,2	12,1
APA (domicile + établissements)	4 854,6	
Aide sociale à l'hébergement	2 131,4	
Aide ménagère	63,6	
Transfert CNSA	-1 619,4	
<b>Dépenses publiques totales</b>	<b>44 956,4</b>	

\* Changement de méthode d'évaluation entre 2007 et 2008.

Source : DSS, DGAS, DGFIP, DREES, et AGEFIPH - chiffres arrondis.

Les dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées se sont élevées à 45 milliards d'euros en 2008. Cette somme est prise en charge pour près de la moitié (47,1 %) par la sécurité sociale au titre de la protection contre les risques sociaux communs à l'ensemble de la population. 94 % des prestations qu'elle verse est constituée des dépenses d'assurance maladie.

Les départements et l'Etat prennent à leur charge respectivement 21,5 % et 22,1 % chacun de l'ensemble des dépenses en faveur des personnes âgées et handicapées. Les dépenses de l'État incluent non seulement les crédits inscrits au programme « Handicap et dépendance », mais également le coût des pensions militaires d'invalidité et des crédits relatifs à l'accompagnement scolaire des enfants handicapés et aux aides au poste dans les établissements adaptés des programmes « Vie scolaire » et « Accès et retour à l'emploi ». La place des départements à un niveau presque équivalent à celui de l'Etat s'explique par les lois de décentralisation du début des années quatre-vingt, qui ont donné aux départements des compétences accrues en matière de politiques sociales en faveur des personnes handicapées et âgées.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public créé en 2004, compte pour 8 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale afférentes aux personnes âgées et handicapées. La part de cette nouvelle caisse, qui joue un rôle de pilotage des prestations destinées aux personnes âgées et handicapées, devrait s'accroître au fur et à mesure de la montée en charge des dépenses prévues et non encore réalisées, telle que celles relatives au financement des plans d'aide de modernisation des établissements médico-sociaux. A cela s'ajoutent les dépenses relatives à la nouvelle prestation de compensation du handicap (PCH), délivrée pour la première fois en 2006 et encore en phase de montée en charge.

Par ailleurs, l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) intervient pour promouvoir l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

#### Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 4 :

Les sommes allouées à la protection sociale des personnes handicapées et âgées dépendantes qui apparaissent dans le tableau ci-dessus sont extraites des documents comptables des différents organismes concernés, à l'exception des dépenses d'aide ménagère des départements qui proviennent de l'enquête « Aide Sociale » menée par la DREES, et des montants relatifs aux pensions militaires d'invalidité tirés des comptes de la protection sociale élaborés également par la DREES. A ce titre, le chiffre des dépenses d'aide ménagère présenté pour 2008 est provisoire, seuls 88 départements ayant retourné le questionnaire à ce jour. Par ailleurs, les montants des dépenses globales d'APA et de PCH des départements proviennent d'une estimation de la CNSA effectuée à partir des remontées des départements auprès de la Caisse et sur la base des données comptables des départements (fournies par la Direction générale des finances publiques – DGFIP).

La catégorie « Autres actions » figurant dans les dépenses de la CNSA inclut les dépenses liées à l'animation, la prévention et les études, les dépenses de modernisation, de professionnalisation et de formation et les dépenses liées aux congés de soutien familial. Pour les personnes handicapées, figurent également sous la rubrique « Autres actions » les financements STAPS et ceux en faveur des étudiants handicapés.

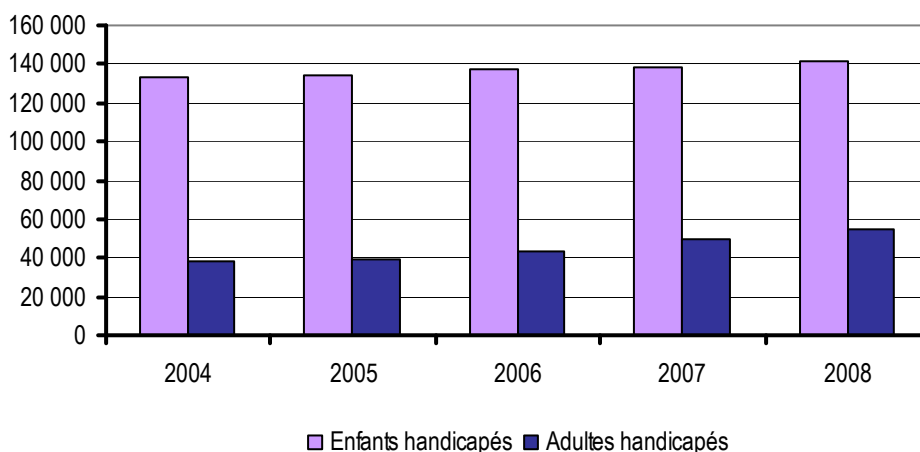
Concernant l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées figurant dans les dépenses des départements, les montants présentés (2 131 M€) concernent les dépenses brutes des départements. Toutefois, une partie du montant de ces prestations peut être récupéré au titre du recours sur succession. 1 382 M€ ont été récupérés en 2008, mais ce montant ne peut être en totalité déduit du poste de l'aide sociale à l'hébergement.

Les dépenses d'invalidité prises en compte concernent uniquement les dépenses de prestations légales d'invalidité de la branche maladie des régimes de base, en cohérence avec l'indicateur de cadrage n° 2, à l'exclusion de dépenses de la branche vieillesse comme cela pu être le cas les années précédentes.

Il n'est pas aisé d'identifier les dépenses d'action sociale de la CNAMTS en faveur des personnes âgées et handicapées. On retient ici les dépenses en faveur du maintien à domicile des personnes handicapées et celles permettant la création de places dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, en structures de travail protégé (ESAT) et en faveur d'adultes lourdement handicapés (foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisés). D'autres dépenses non réservées aux personnes âgées et handicapées ont pu toutefois leur bénéficier (par exemple, aides financières individuelles).

**Indicateur n° 5 : Offre d'équipements et de services en faveur des personnes handicapées.**

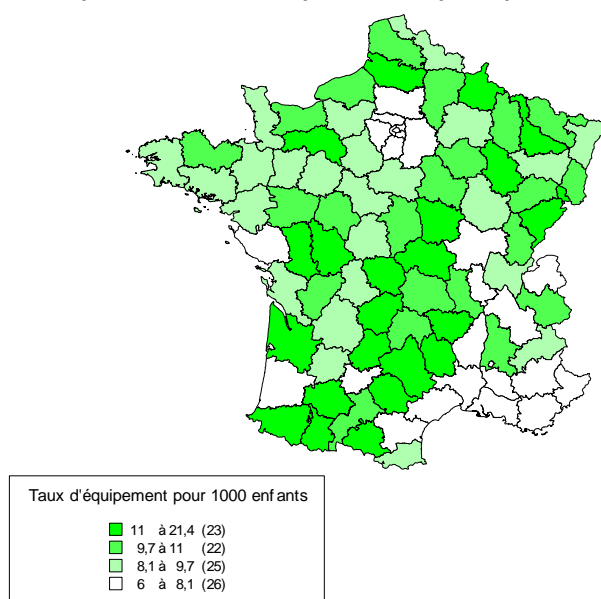
**Nombre de lits et de places installés**



Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005, DREES pour données 2006, CNSA pour données 2007 et 2008 (FINESS)

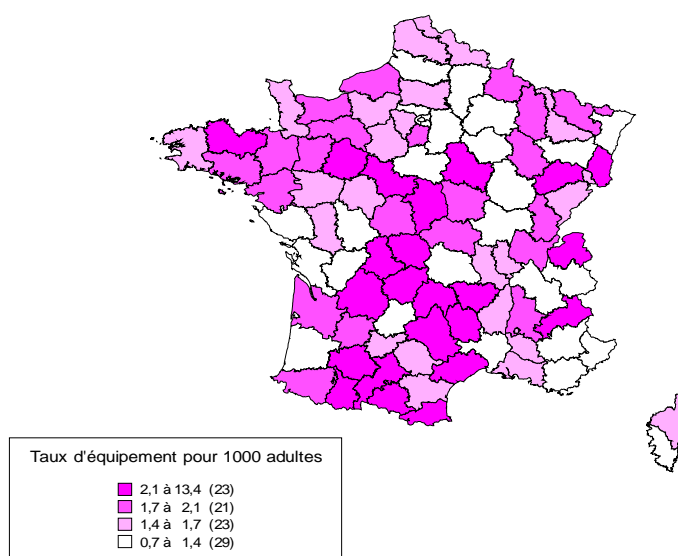
Les taux moyens de progression annuelle observés sur la période 2004-2008 sont respectivement de +9,5 % pour les places adultes et +2,5 % pour les places enfants. En 2008 le nombre de lits et places pour adultes a augmenté de façon plus modérée qu'en 2007 (+10,7 % contre +14,1 %). Concernant les enfants handicapés, les places en établissements et services ont augmenté plus vite que l'année précédente (+2,3 % contre +0,8 %). Au total, l'évolution observée en 2008 retrouve pour les adultes comme pour les enfants handicapés le rythme constaté en 2006. Toutefois, cette évolution intègre une baisse sensible de l'offre en établissements, et une augmentation de +12,5 % de l'offre de services en SESSAD.

**Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés en 2008, par département**



Source : CNSA (FINESS).

### Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés en 2008, par département



Source : CNSA (FINESS).

Au niveau national les taux d'équipement ont globalement progressé depuis 2004, sous l'impulsion notamment du plan pluriannuel « personnes handicapées » qui prévoyait une augmentation des places de MAS-FAM (7 100 places), un développement des SAMSAH-SSIAD (4 500 places) et des SESSAD, avec 3 750 places en projets, sur la période 2005-2007. Au total, l'augmentation des taux d'équipement entre 2004 et 2008 est plus forte pour les adultes (+0,45 points) que pour les enfants (+0,35 points) et concerne la totalité des régions pour les adultes handicapés avec toutefois le maintien des disparités régionales.

Sur le secteur des enfants handicapés, 26 départements ont vu leur taux d'équipement baisser par rapport à 2004, dont six d'au moins un point. La plupart de ces départements présentent néanmoins en 2008 un taux d'équipement supérieur à la moyenne. Cette diminution du taux d'équipement peut s'expliquer par des opérations de transformation (établissements accueillant des enfants en internat) ou par la modification de comportement de certaines régions ayant la capacité désormais d'offrir une solution à proximité du domicile de ces ressortissants.

L'analyse des disparités d'offre de services est traitée dans *l'indicateur n° 2-1*.

#### Précisions méthodologiques sur l'indicateur de cadrage n° 5 :

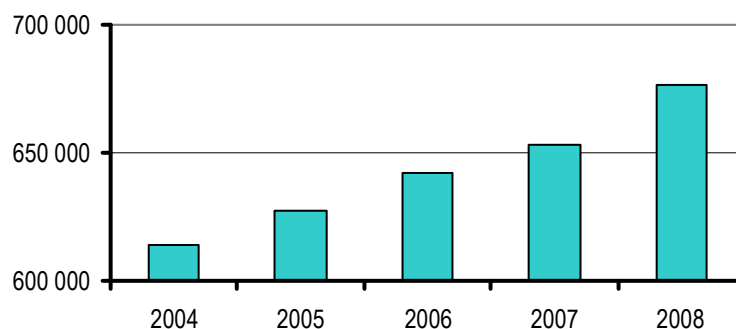
Les lits ou places pris en compte concernent les structures suivantes :

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

Les taux d'équipement départementaux sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population par tranche d'âge (0 – 19 ans pour les enfants et 20 – 59 ans pour les adultes), au 1<sup>er</sup> janvier 2007, multiplié par 1 000 habitants.

**Indicateur n° 6 : Offre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées.**

**1<sup>er</sup> sous-indicateur : nombre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées.**



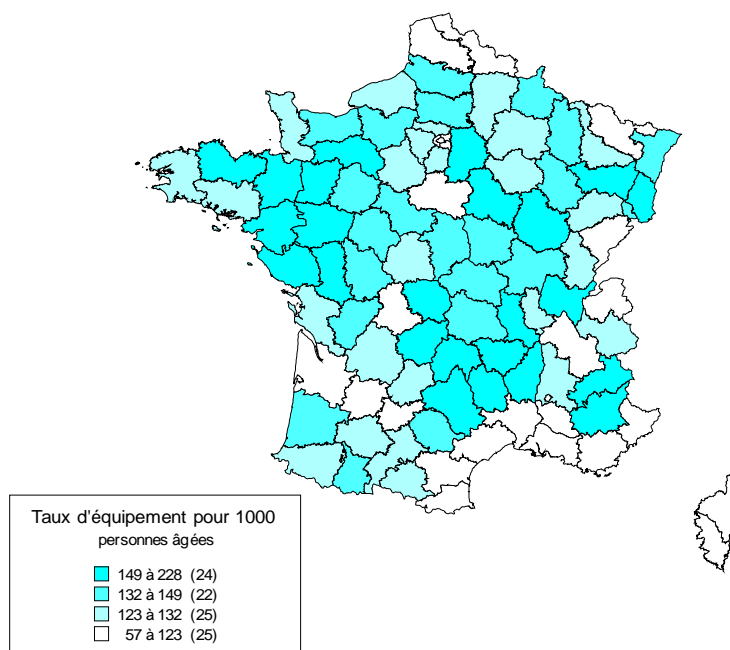
Source : STATISS 2004 2005 et 2006 pour données 2003, 2004 et 2005, DREES pour données 2006, CNSA pour données 2007 et 2008 (FINESS).

Le nombre de places pour personnes âgées a connu un rythme de progression annuel moyen de +2,4 % entre 2004 et 2008 avec un total de 676 655 lits et places installés fin 2008 pour l'ensemble de l'offre en établissements et services médico-sociaux. La progression de l'offre de services a été plus dynamique entre 2007 et 2008 qu'une année auparavant (+3,6 % contre +1,4 %). Cette progression est beaucoup plus forte sur le secteur des services médicalisés à domicile (+11 %) que sur la prise en charge en établissements (+2,2 %), sous l'impulsion des différents plans et de la plus grande rapidité d'installation de ces services.

Le nombre de lits et places installées a augmenté d'environ 52 000 entre 2003 et 2007 sous l'impulsion du *plan Vieillesse et Solidarité* qui prévoyait initialement le financement de 40 000 places nouvelles sur la période se décomposant en : 10 000 places en EHPAD, 17 000 places de SSIAD, 13 000 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Les places supplémentaires proviennent d'installation de places financées sur les plans antérieurs (2000-2001).

Le nombre de places effectivement installées au cours de l'année 2008 a été de l'ordre de 23 000, du fait de la nouvelle dynamique engagée par le Plan Solidarité Grand Age dont l'objectif pour 2008 était la création de 16 750 places nouvelles, soit 7500 places d'EHPAD, 6000 places de SSIAD, 2125 places d'accueil de jour, et 1125 places d'hébergement temporaire.

### Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées en 2008, par département



Source : CNSA

Si certains départements ont pu accroître le taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées depuis 2004, la tendance nationale est à la diminution. Les évolutions démographiques montrent en effet que les besoins en services sont supérieurs à l'offre. Cependant, on constate une amélioration du taux d'équipement en 2008, qui résulte d'une politique volontariste depuis 2005 et se traduit par une évolution importante de l'objectif global des dépenses médico-sociales (OGD) en faveur des personnes âgées sur la période. L'entrée en dépendance plus tardive et moins fréquente tend en outre à réduire la pression de la demande.

#### Précisions méthodologiques sur l'indicateur de cadrage n° 6 (1<sup>er</sup> sous-indicateur) :

Les lits ou places pris en compte concernent les structures suivantes : maisons de retraite (médicalisées - dont lits en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en sections de cure médicale - ou non médicalisées), logements-foyers (médicalisés uniquement), unités de soins de longue durée, services de soins à domicile (SSIAD), accueil de jour et hébergement temporaire. Ces données sont extraites de FINESS.

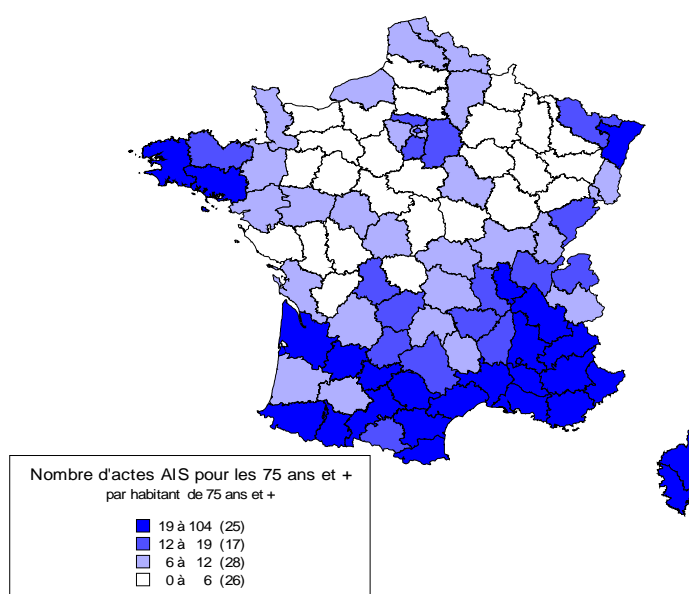
Le nombre de lits en USLD n'est plus renseigné dans FINESS depuis 2007 : les chiffres retenus sont ceux de la statistique annuelle des établissements au 31 décembre 2007.

Les taux d'équipement départementaux sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population âgée de 75 ans et plus, multipliés par 1 000 habitants.

**Indicateur n° 6 : Offre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées.**

**2<sup>ème</sup> sous-indicateur : nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) délivrés aux personnes âgées.**

Nombre d'actes infirmiers de soins pour les 75 ans et plus, par habitant, en 2008, par département



Source : CNSA – SNIIRAM, données régime général

L'activité des infirmiers libéraux intervenant au domicile des personnes âgées dépendantes constitue un élément essentiel de l'offre de soins médicaux à domicile (accompagnement en SSIAD, interventions d'une infirmière libérale). Le nombre d'actes cotés AIS (actes infirmiers de soins) effectués auprès des personnes de 75 ans et plus est un critère de répartition utilisé par la CNSA pour répartir les enveloppes de mesures nouvelles dans le secteur des personnes âgées (au sein du critère de l'euro par habitant qui participe pour 50% dans la répartition). Il a progressé de 6,5 % en 2008 par rapport à 2007.

Le rapprochement de l'offre libérale de soins infirmiers et des taux d'équipement médico-sociaux met en évidence que les régions ayant des taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux élevés sont caractérisés par un faible ratio d'AIS par habitant (c'est le cas en Bourgogne, Champagne Ardennes, Poitou-Charentes). Inversement les régions du littoral méditerranéen (PACA, Corse, Languedoc-Roussillon) à fort volume d'AIS / habitant se caractérisent par des taux d'équipement bas. La dispersion du nombre d'AIS par habitant de 75 ans et plus est particulièrement importante et peut être corrélée à la densité d'infirmiers libéraux.

La dépense en AIS pour les personnes âgées de 75 ans et plus en secteur libéral vient compléter la dépense globale de l'assurance maladie pour la prise en charge de la perte d'autonomie (cf. *indicateur n° 3-1, 2<sup>ème</sup> sous-indicateur* relatif aux écarts inter-départementaux et inter-régionaux de dépenses médico-sociales en euros par habitant).

Précisions méthodologiques sur l'indicateur de cadrage n° 6 (2<sup>ème</sup> sous-indicateur) :

Il s'agit des actes infirmiers de soins (AIS) pour l'ensemble de l'année 2008 concernant les seuls bénéficiaires âgés de 75 ans et plus.

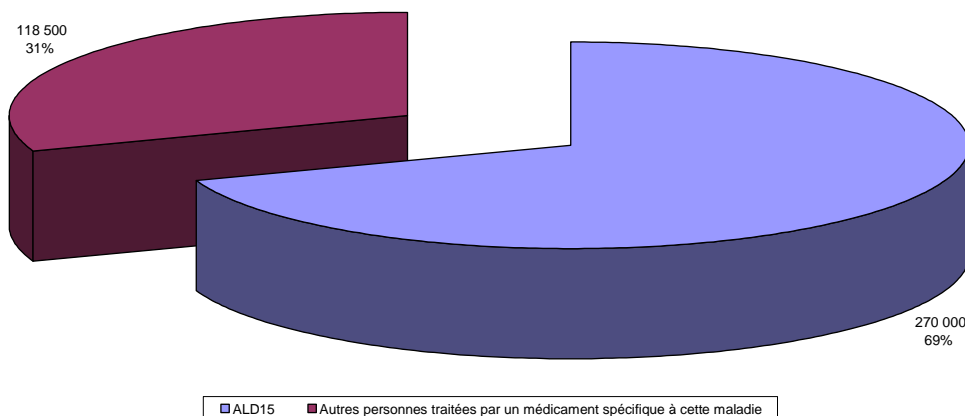
Ces données sont extraites du Système National d'Information Inter-Régimes d'Assurance Maladie (SNIIRAM). Elles concernent les seuls assurés relevant du régime général.

Le nombre d'AIS mesuré en 2008 est rapporté à la population des 75 ans et plus

La population par département est fournie pour 2007 par l'Insee.

**Indicateur n° 7 : Nombre de personnes suivies pour la maladie d'Alzheimer.**

**Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus suivies pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées en 2007**



Source : HAS, CNAMTS, MSA, RSI ; calculs INVS.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées constituent une forme particulière de perte d'autonomie, dans laquelle les facultés mentales, relationnelles et comportementales des malades sont altérées.

Pour estimer l'ampleur de la maladie, l'INSERM avait évalué en 2004 à 850.000 le nombre de personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou assimilée, en extrapolant les résultats d'une enquête menée en Aquitaine. Au regard des données internationales obtenues en 2005 par consensus d'experts, cette estimation paraît plutôt un majorant, d'autant que le dénombrement d'une maladie dont l'apparition est progressive est naturellement entaché d'incertitudes.

En dehors de cette évaluation en population générale, le nombre de personnes suivies pour cette maladie est plus faible (388 500), ce qui s'explique par le délai d'évolution à partir des premiers symptômes, puis du diagnostic et enfin de la prescription, qui n'est d'ailleurs pas systématique. 69 % d'entre elles étaient prises en charge au titre d'une l'affection de longue durée (ALD 15 : maladies d'Alzheimer et autres démences). Les 31 % restantes ont été repérées par la prescription de médicaments spécifiques à la maladie d'Alzheimer.

Face aux spécificités médicales et sociales de la maladie d'Alzheimer, le Président de la République a lancé le 1<sup>er</sup> février 2008 un plan national courant sur la période 2008 – 2012 qui retient trois axes principaux :

- améliorer la qualité de vie des malades et de leurs familles (par un diagnostic plus précoce et une meilleure prise en charge plus intégrée) ;
- mieux connaître la maladie (axe recherche) ;
- changer le regard sur la maladie, en l'érigant en enjeu de société tant national qu'europpéen.

Le pilotage du Plan national Alzheimer et maladies apparentées est confié à une mission interministérielle qui rend compte directement au Président de la République. Une sélection d'indicateurs de suivi du plan Alzheimer 2008 – 2012 est présentée à l'indicateur n° 3-4.

Construction de l'indicateur : L'InVS calcule le nombre de personnes suivies pour la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée en additionnant, pour les trois régimes d'assurance maladie CNAMTS, RSI, MSA, d'une part le nombre de personnes enregistrées en affection de longue durée 15, d'autre part, le nombre de personnes non enregistrées en affection de longue durée 15 mais traitées par un médicament spécifique.

Précisions méthodologiques : Pour déterminer le nombre de personnes traitées pour la maladie d'Alzheimer, l'assurance-maladie prend en compte les assurés présentant au moins deux remboursements dans l'année par un des traitements Aricept®, Exelon®, Reminyl® ou Ebixa®. Les données sont analysées par département, par sexe et par tranche d'âge.



**PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE  
« INVALIDITÉ ET DISPOSITIFS GÉRÉS PAR LA  
CNSA »**

**PARTIE II  
« OBJECTIFS / RÉSULTATS »**

---

**Programme « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » - Partie II « Objectifs / Résultats »**  
**Objectif n°1 : Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides**

**Indicateur n° 1-1 : Nombre et proportion de titulaires de pensions d'invalidité bénéficiant de l'allocation du Fonds spécial d'invalidité (FSI).**

*Finalité* : l'indicateur a pour objet de mesurer la part relative des bénéficiaires de pensions d'invalidité dont le montant est faible et qui bénéficient, en complément de leur pension, d'une aide financière de l'Etat au titre du filet de sécurité que constitue l'allocation du FSI.

*Précisions sur le dispositif* : l'allocation du fonds spécial d'invalidité (FSI) peut être versée en complément d'une pension d'invalidité si les ressources de l'assuré (y compris l'allocation supplémentaire) sont inférieures à un plafond (7 859,08€ par an pour une personne seule et 13 765,73 € par an pour un couple au 1<sup>er</sup> avril 2009). Le montant maximal de l'allocation du FSI est de 4 520,24 € par an en 2009.

Les pensions d'invalidité peuvent être attribuées aux assurés sociaux âgés de moins de 60 ans qui présentent une réduction d'au moins des deux tiers de leur capacité de travail ou de gain. Le code de la sécurité sociale distingue trois principales catégories de personnes invalides :

- catégorie 1 : « invalides capables d'exercer une activité rémunérée » ; le montant de la pension correspond à 30% du salaire moyen annuel de référence ; il ne peut être inférieur à 262,77 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2009 ;
- catégorie 2 : « invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque » ; le montant de la pension correspond dans ce cas à 50% du salaire moyen annuel de référence et ne peut, là encore, être inférieur à 262,77 € mensuels au 1<sup>er</sup> avril 2009 ;
- catégorie 3 : « invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie » ; le montant de la pension est calculé de façon identique à celui des pensionnés de deuxième catégorie, augmenté de la majoration pour tierce personne (1 029,11 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2009).

*Résultats* : le nombre des bénéficiaires du FSI et leur part, par catégorie de pension, dans l'ensemble des pensionnés d'invalidité sont retracés dans le tableau suivant :

Catégorie de pension	2004		2005		2006		2007		2008		Objectif
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
<b>Pensions de 1<sup>ère</sup> catégorie</b>	19 300	13%	19 000	13%	18 500	12%	16 100	11%	13 600	10%	<b>Diminution</b>
<b>Pensions de 2<sup>ème</sup> catégorie</b>	75 300	20%	76 500	20%	77 000	19%	74 300	18%	70 500	16%	
<b>Pensions de 3<sup>ème</sup> catégorie</b>	3 800	25%	3 900	25%	3 900	24%	3 800	23%	3 600	21%	
<b>Total*</b>	<b>95 500</b>	<b>18%</b>	<b>99 300</b>	<b>18%</b>	<b>100 500</b>	<b>17%</b>	<b>95 100</b>	<b>16%</b>	<b>88 300</b>	<b>15%</b>	

\* Tient compte d'autres pensions en plus des principales que sont celles de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégorie.

Source : CNAMTS (DSES) – données France métropolitaine – 2009.

En moyenne, 15 % des pensionnés d'invalidité du régime général bénéficient de l'allocation supplémentaire du FSI en 2008. Cette part a diminué sur la période 2002-2008, passant de 20 % à 15 %.

Les pensionnés de 1<sup>ère</sup> catégorie sont moins fréquemment titulaires de l'allocation supplémentaire du FSI que les pensionnés de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie, bien que leurs pensions soient, par construction (voir mode de calcul des

pensions en précisions méthodologiques), plus faibles que celles des pensionnés de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie. Ce phénomène peut vraisemblablement s'expliquer par le fait que certains pensionnés de 1<sup>ère</sup> catégorie, aptes à travailler, disposent de ressources d'activité complétant le montant de leur pension d'invalidité qui les excluent de fait de l'allocation du FSI.

Par ailleurs, l'allocation du FSI est plus fréquemment octroyée aux pensionnés de 3<sup>ème</sup> catégorie (21% à 29% des pensionnés de cette catégorie bénéficient de l'allocation supplémentaire sur la période 2002-2008). Or, la majoration pour tierce personne (MTP), attachée à la pension de 3<sup>ème</sup> catégorie, est exclue de la base ressources de l'allocation du FSI – ce qui devrait se traduire, toutes choses égales par ailleurs, par une proportion d'allocataires du FSI équivalente en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégories. La plus forte proportion d'allocataires du FSI parmi les pensionnés de 3<sup>ème</sup> catégorie pourrait s'expliquer par le fait que le montant moyen des pensions versées aux bénéficiaires d'une pension de 3<sup>ème</sup> catégorie, hors majoration pour tierce personne, est inférieur à celui versé aux pensionnés de 2<sup>ème</sup> catégorie (455 €/mois contre 621 €/mois en 2008, selon les données relative au régime général fournies par la CNAMTS).

Construction de l'indicateur : le nombre de bénéficiaires de l'allocation du FSI est présenté de manière distincte pour chaque catégorie de pension, de 2004 à 2008. Il figure à la fois en moyenne annuelle (colonne « effectif ») et rapporté à l'effectif moyen de pensionnés d'invalidité recensé au cours de l'année considérée (colonne « % »). L'effectif des pensionnés d'invalidité est repris de l'indicateur 2 de la partie I, sur un champ limité au régime général.

Précisions méthodologiques : l'indicateur est présenté sur le champ de la France métropolitaine et ne concerne que le régime général de sécurité sociale.

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

La pension d'invalidité servie ne peut être :

- inférieure à un montant correspondant à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (262,77 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2008) ;
- supérieure à 30 % du plafond de la Sécurité sociale pour les invalides de catégorie 1 ;
- supérieure à 50 % du plafond de la Sécurité sociale pour les invalides de catégories 2 ou 3.

La pension d'invalidité n'est pas un droit définitif, mais peut être réduite, suspendue ou supprimée. En tout état de cause, elle est remplacée à 60 ans par une pension de vieillesse qui lui est substituée.

**Programme « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » - Partie II « Objectifs / Résultats »**  
**Objectif n° 2 : Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées**

**Indicateur n° 2-1 : Ecarts d'équipement inter-régionaux et inter-départementaux en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés.**

**1<sup>er</sup> sous-indicateur : en nombre de places par habitant.**

Finalité : cet indicateur contribue à mesurer la réduction des disparités d'équipement en matière d'établissements et services accueillant des personnes handicapées.

Précisions sur le dispositif : la mise en place des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC) début 2006 a pour objectif une répartition plus équitable des ressources sur le territoire et une réduction des disparités inter et infra-régionales.

Résultats : les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour personnes handicapées sont mesurées par les écarts inter-quartiles des taux d'équipement pour 1 000 enfants et adultes :

	Enfants handicapés					Adultes handicapés					Objectif
	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	
<b>Ecart inter-départemental</b>	<b>36,0%</b>	<b>38,5%</b>	<b>34,2%</b>	<b>34,9%</b>	<b>32,0%</b>	<b>56,3 %</b>	<b>62,1 %</b>	<b>59,5 %</b>	<b>48,9%</b>	<b>48,1%</b>	<b>Réduction des écarts</b>
<b>Ecart inter-régional</b>	<b>25,5%</b>	<b>27,0%</b>	<b>23,6%</b>	<b>23,3%</b>	<b>26,6%</b>	<b>37,3 %</b>	<b>46,3 %</b>	<b>40,6 %</b>	<b>29,6%</b>	<b>31,6%</b>	
<i>Médiane des départements</i>	9,2	9,5	9,5	9,5	9,7	1,1	1,2	1,2	1,4	1,7	
<i>Médiane des régions</i>	9,2	9,1	9,4	9,3	9,4	1,0	1,1	1,2	1,4	1,6	
<i>Moyenne France entière</i>	8,5	8,5	8,7	8,8	8,9	1,1	1,2	1,3	1,4	1,6	

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005-DREES pour données 2006 –CNSA pour données 2007 et 2008 (FINESS).

Lecture : on compte en moyenne sur la France entière 8,9 places en établissements et services pour 1 000 enfants en 2008 ; la moitié des départements dispose d'au moins 9,7 places pour 1 000 enfants. Rapporté à la moyenne l'écart de taux d'équipement entre les 25% des départements les mieux dotés et les 25% les moins bien dotés atteint 32% en 2008.

L'augmentation des écarts interrégionaux en taux d'équipement entre 2007 et 2008 est relativement importante sur le secteur des enfants handicapés, alors que dans le même temps les écarts en euros par habitant se réduisent (cf. 2<sup>ème</sup> sous-indicateur), ce qui peut s'expliquer en partie par des stratégies locales intégrant des politiques de coût diversifiées et conduisant à une offre hétérogène en termes de capacité d'accueil.

Ce résultat s'explique aussi par la variabilité du rythme de mise en œuvre des établissements et services entre régions. Cette accentuation des écarts s'observe en premier lieu au niveau de l'offre en établissements. L'installation des places de SESSAD en 2008 permet quant à elle de rendre plus homogène l'offre de services, mais cela ne suffit pas à réduire les écarts d'offre globale de services sur le territoire.

La situation de l'offre de service pour les adultes handicapés apparaît quant à elle beaucoup plus hétérogène que pour les enfants : on observe en tendance une nette réduction des écarts, amorcée en 2007 et stabilisée en 2008, tant au niveau inter-régional qu'inter-départemental. Le maintien des écarts entre 2007 et 2008 est en premier lieu imputable à la répartition des places de SAMSAH-SSIAD dont les délais de mise en œuvre sont plus courts, mais qui se déploient à des rythmes différents selon les régions, à la différence des MAS-FAM qui connaissent un déploiement plus équilibré.

En dynamique, la réduction des écarts territoriaux dans les deux secteurs depuis 2004 ne repose pas sur les mêmes leviers d'action. Pour les adultes handicapés, le rééquilibrage s'est opéré par des créations de places de MAS-FAM et l'émergence des services (SAMSAH-SSIAD) plus dynamiques dans les départements moins équipés que dans les départements bien équipés, permettant la réduction des écarts. En revanche, pour les

enfants handicapés, la répartition des moyens – moins importants dans les plans que pour les adultes – n'a pas permis de corriger significativement les déséquilibres observés entre les régions.

Les disparités inter-départementales de places d'accueil en établissements et services pour personnes handicapées diminuent entre 2007 et 2008, alors même que les disparités inter-régionales augmentent, et ce tant pour les enfants que pour les adultes. Ces évolutions suggèrent que les disparités intra-régionales – entre départements d'une même région – se sont fortement réduites, ce qui peut s'interpréter comme un succès de la démarche poursuivie au travers des PRIAC.

L'approche des disparités territoriales en termes d'effort financier en euro par habitant (*cf. 2<sup>ème</sup> sous- indicateur*) vient toutefois nuancer cette première analyse.

Construction de l'indicateur : les taux de dispersion entre les régions et/ou les départements sont mesurés par les écarts inter-quartiles. Il s'agit de la différence entre le troisième quartile – valeur au-dessus de laquelle se situe le quart des régions et/ou départements les mieux équipés – et le premier quartile, valeur au-dessous de laquelle se situe le quart des régions et/ou départements les moins bien équipés. Cet indicateur est à considérer en termes relatifs, rapporté à la moyenne des taux d'équipement au niveau national.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur retenu : les taux d'équipement pour enfants et adultes handicapés retenus pour bâtir cet indicateur se réfèrent aux mêmes structures que celles définies aux *Précisions méthodologiques de l'indicateur de cadrage n° 5*.

**Indicateur n° 2-1: Ecarts d'équipement inter-régionaux et inter-départementaux en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés.**

**2<sup>ème</sup> sous-indicateur : en euros par habitant.**

Finalité : cet indicateur a pour finalité de compléter la mesure des disparités de l'offre médico-sociale en matière d'établissements et services accueillant des personnes handicapées, à partir de la dépense d'assurance maladie en euro par habitant. Il est complémentaire du premier sous-indicateur sur la mesure des écarts d'équipement mais il reflète les disparités territoriales à la fois au niveau de l'offre de services en termes de capacité d'accueil en établissements et services médico-sociaux, mais également en termes de diversité des structures accueillant des personnes handicapées (caractérisées par des coûts par place très différents selon le type de structure).

Résultats : les disparités d'efforts financiers concernant les établissements et services pour personnes handicapées sont mesurées par les écarts inter-quartiles des dépenses d'assurance maladie en euro par habitant :

	€/habitant enfants handicapés			€/habitant adultes handicapés			€/habitant personnes handicapées*			Objectif
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	
<b>Ecart inter-départemental</b>	35,1%	34,5%	41,3%	59,5%	60,9%	66,9%	34,8%	35,3%	38,4%	Réduction des écarts
<b>Ecart inter-régional</b>	25,9%	26,1%	18,9%	37,2%	33,5%	28,3%	24,1%	22,0%	20,9%	
<i>Médiane des départements</i>	332	337	326	56	59	61	141	150	157	
<i>Médiane des régions</i>	329	337	340	51	55	57	133	145	156	
<i>Moyenne France entière</i>	313	329	320	53	57	58	135	145	151	

\*Le champ concerné par la colonne personnes handicapées sont les enfants et les adultes handicapés (moins de 60 ans).  
Lecture : l'effort financier moyen de l'assurance maladie sur le champ des ESMS personnes handicapées est de 151€ par habitant ; la moitié des départements a dépensé plus de 157 €. Rapporté à la moyenne, l'écart de l'euro par habitant entre les 25% des départements qui ont dépensé le plus et les 25% qui ont dépensé le moins atteint 38,4%.

L'évolution des écarts régionaux en euros par habitant sur le secteur du handicap n'est pas exactement corrélée avec l'évolution des écarts mesurée en taux d'équipement (cf. indicateur n° 2-1) : si on constate en 2008 une divergence entre les taux d'équipement par région surtout pour les enfants, on observe en revanche une convergence de l'effort financier en euro par / habitant sur les deux secteurs.

La juxtaposition des deux indicateurs suggère que les écarts se sont creusés en termes de capacité d'accueil entre les régions, alors qu'en termes d'effort financier les résultats sont devenus plus homogènes entre régions. La répartition inter-régionale des mesures nouvelles de création de places par la CNSA est réalisée en enveloppes financières selon trois critères (population, taux d'équipement et places en attente de financement), avec l'objectif de réduire les inégalités territoriales. Il est donc normal d'en observer les effets directs en termes d'écarts de dépense effective en euros par habitant. En revanche, les enveloppes allouées peuvent conduire à une diversité inter-régionale du nombre de places financées et installées, ce qui contribue à expliquer l'augmentation des écarts de taux d'équipement en 2008.

On peut notamment supposer que des régions insuffisamment équipées dans le secteur de l'enfance ont installé un faible nombre de places dédiées à des handicaps lourds (type polyhandicap, handicap moteur ou autisme) qui coûtent relativement cher, et inversement des régions bien équipées ont majoritairement installé un nombre important de places de SESSAD à des coûts unitaires moindres.

Paradoxalement la mesure des disparités inter-départementales montre une augmentation significative de la dispersion des valeurs de l'euro par habitant sur le territoire tant sur le secteur de l'enfance que des adultes. On peut expliquer cette divergence des valeurs de l'euro par habitant par la grande hétérogénéité de l'offre en

établissements et services sur le secteur du handicap et une politique de coûts de fonctionnement très disparates sur l'ensemble du territoire.

Construction de l'indicateur : la dépense en euro par habitant est calculée en rapportant les versements aux établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapés à la population par tranche d'âge, multiplié par 1 000 habitants : 0-19 ans pour les enfants handicapés ; 20-59 ans pour les adultes handicapés.

Les écarts inter-départementaux et inter-régionaux sont calculés en écart inter-quartile relatif (*cf. 1<sup>er</sup> sous-indicateur*).

Précisions méthodologiques : les dépenses d'assurance maladie, fournies par la CNAMTS, concernent le même périmètre que celui retenu dans *l'indicateur de cadrage n° 5*, c'est à dire les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés financés par la CNSA.

**Indicateur n° 2-2 : Mode de prise en charge des personnes handicapées.**

**1<sup>er</sup> sous-indicateur : Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées.**

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

Précisions sur le dispositif : la mise en place des programmes interdépartementaux d'accompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC) début 2006 a notamment pour objectif une diversification de l'offre de structures accueillant des personnes handicapées.

Résultats : la part des services dans l'offre totale de places médico-sociales (établissements et services) pour les personnes handicapées en 2006 et 2007 est égale à :

	Enfants (part des places de SESSAD, en %)			Adultes (part des places de SSIAD-SAMSAH, en %)			Objectif
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	
Moyenne France entière	22,3	23,4	25,7	2,4	11,5	15,9	Augmentation de la part des services
Médiane des régions	21,8	23,4	27,1	0,7	11,9	16,5	
Médiane des départements	22,8	24,2	26,6	0,0	10,0	16,1	
<i>Ecart inter-régional</i>	28,8 %	26,4 %	23,6 %	122,3 %	87,8 %	36,5 %	
<i>Ecart inter-départemental</i>	37,5 %	38,6 %	32,0 %	75,3 %	105,1 %	70,7 %	

Source : DREES pour données 2006 et CNSA pour données 2007 et 2008.

Lecture : Pour les enfants handicapés, on compte en moyenne, sur la France entière, 25,7 % de places en services dans l'ensemble des places en établissement et services en 2008. La moitié des régions dispose d'au moins 27,1 % de places en services par rapport au total des places en établissements et services. Et rapporté à la moyenne, l'écart de la part des places en services entre les 25 % des régions les mieux dotées et les 25 % les moins bien dotées atteint 23,6 %.

L'objectif de diversification de l'offre de services inscrit dans les plans nationaux connaît une traduction réelle sur l'ensemble du territoire, notamment dans le secteur de l'enfance, avec en 2008 le quart des places disponibles concernant la prise en charge à domicile ou en milieu scolaire (SESSAD). Cette part a augmenté de plus de 2 points en 2008, soit deux fois plus que l'année précédente, ce qui rejoint la priorité du gouvernement de scolarisation accrue des enfants handicapés. Elle a augmenté de manière sensible dans la quasi-totalité des régions.

On observe sur les trois dernières années une tendance à la réduction des disparités régionales et départementales en termes de diversification des services.

Pour le secteur des adultes, le poids relatif des SAMSAH-SSIAD dans l'offre globale devient réellement significatif en 2007 avec une moyenne de 11,5 % et connaît une vraie progression en 2008 avec 15,9 %. Mais cette moyenne nationale en progression recouvre une grande hétérogénéité dans les capacités d'offre à domicile entre régions et départements imputable vraisemblablement à la montée en charge relativement récente et hétérogène de ce type de service sur le territoire.

Construction de l'indicateur : Les écarts inter-départementaux et inter-régionaux sont calculés en écart inter-quartile relatif (cf. indicateur n° 2-1, 1<sup>er</sup> sous-indicateur).

Précisions méthodologiques : les structures accueillant des enfants et adultes handicapés sont les mêmes que celles définies à l'indicateur de cadrage n° 5 (Précisions méthodologiques).

**Indicateur n° 2-2 : Mode de prise en charge des personnes handicapées.**

**2<sup>ème</sup> sous-indicateur : délai de réalisation des décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux.**

Finalité : la qualité de la prise en charge des personnes handicapées peut être appréciée par la capacité des prestations sociales et de l'offre de services et d'établissements à répondre aux besoins, tels qu'ils se reflètent dans les décisions des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Il est proposé en particulier de suivre le délai d'exécution des décisions de placement des personnes handicapées en établissement spécialisé. Ce suivi est important en termes de politique publique puisqu'il questionne la pertinence de l'implantation des établissements ou services et leur capacité.

Précisions sur le rôle des CDAPH : la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est l'instance décisionnaire au sein de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Elle est composée notamment de représentants du département, des services de l'Etat, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves, de représentants de personnes handicapées et de leur famille désignés par les associations représentatives et d'un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées. Des représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou services siègent en commission avec voix consultative.

La CDAPH se réunit régulièrement et, sur la base des souhaits exprimés par la personne dans son projet de vie, de l'évaluation des besoins de compensation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire, et des préconisations proposés dans le plan personnalisé de compensation, prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne. Les décisions d'orientations pour les personnes sont de la compétence de la CDAPH.

Les orientations prononcées par la CDAPH sont de plusieurs nature : il peut s'agir d'une orientation en établissement – établissement pour adultes handicapés, pour enfants ou adolescents handicapés – en service – services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) – ou d'une orientation professionnelle.

Résultats : l'indicateur n'est pas disponible à ce stade au niveau national bien que différentes expérimentations et initiatives aient été prises par les MDPH : elles ont mis en place des systèmes d'échanges – dématérialisés ou non – avec les établissements ou services qui accueillent ou accompagnent les personnes handicapées, ce qui leur permet de connaître les suites réservées aux décisions prononcées par la CDAPH. Ces échanges se concrétisent en général par une plateforme extranet dans laquelle les établissements ou services du département mettent à jour leurs listes d'attente et les noms des personnes accueillies.

Conformément à la loi, il est prévu que les informations relatives aux suites réservées aux décisions prononcées par la CDAPH figurent dans le système d'information partagé entre les MDPH et la CNSA. La disponibilité de ces informations complexes ne sera pas immédiate, mais la CNSA prendra des dispositions pour disposer d'éléments de connaissance. Deux types d'actions sont ainsi mises en œuvre : d'une part, un recensement des initiatives développées dans les MDPH, qui a d'ores et déjà fait l'objet d'une réunion d'échange de pratiques le 14 mai 2008 ; d'autre part le soutien à la mise en place d'actions locales structurées et leur évaluation, à travers la politique de soutien aux études et actions innovantes de la Caisse, qui s'est déjà traduite par un financement à un département sur ce sujet.

**Programme « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » - Partie II « Objectifs / Résultats »**  
**Objectif n°2 : Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées**

**Indicateur n° 2-3 : Suivi de la prestation de compensation du handicap (PCH).**

**1<sup>er</sup> sous-indicateur : nombre de décisions de PCH rendues.**

**Finalité :** cet indicateur vise à mesurer l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans le cadre de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap (PCH). Partant de l'ensemble des demandes de la prestation, sont étudiées successivement le nombre de décisions rendues, la proportion de décisions de refus de PCH et la composition des attributions de la prestation, par élément de la prestation, en volume et en montants.

**Résultats :**

	2006	2007	2008	Objectif
<b>Nombre total de demandes de PCH*</b>	70 800	83 900	100 300	Montée en charge
<b>Nombre total de décisions rendues de PCH*</b> <b>- dont part des décisions consistant en un refus de PCH</b>	23 500 -	76 600 33,6 %	112 200 32,3 %	

Source : CNSA – chiffres arrondis

\* Valeurs extrapolées à la population française à partir des résultats de l'enquête adressée mensuellement aux MDPH. En moyenne, depuis 2007, 88 MDPH répondent chaque mois au questionnaire.

La PCH, créée par la loi du 11 février 2005, vise à répondre aux besoins de compensation des personnes handicapées au regard, notamment, de leur projet de vie, Prenant le relais de l'allocation de compensation pour tierce personne (ACTP) pour ce qui concerne l'aide humaine, cette prestation vient en sus des autres prestations destinées à garantir un revenu de base aux personnes handicapées telle que l'allocation aux adultes handicapés. Elle permet de prendre en charge cinq types de besoins : les aides humaines, les aides techniques, les aménagements du logement, du véhicule et les surcoûts liés au frais de transport, les charges exceptionnelles et/ou spécifiques et les aides animalières,

Depuis 2006, 255 000 demandes de prestation de compensation ont été déposées et 212 300 décisions ont été prises. La montée en charge des demandes, que l'on pouvait prévoir être achevée en 2007, s'est en réalité poursuivie et accélérée en 2008. La CNSA estime à environ 100 300 le nombre de demandes de PCH en 2008, soit une progression de 19,6 % par rapport à l'année précédente. La CNSA évalue le nombre moyen de demandes déposées chaque mois à 8 400, ce qui est nettement supérieur au nombre de demandes moyen mensuel déposé en 2007 (7 000).

Il s'agit d'un constat sur l'activité et non sur les bénéficiaires : sans qu'on puisse le chiffrer, on peut indiquer que certaines de ces demandes sont sans doute déjà des renouvellements pour certains bénéficiaires de la PCH. Pour apprécier le nombre des bénéficiaires de la PCH à fin 2008, il faudrait en effet connaître ces doubles comptes éventuels ainsi que les dossiers clos.

Les décisions relatives à la prestation de compensation continuent à augmenter bien qu'à un rythme ralenti en 2008 par rapport à 2007 et *a fortiori* à 2006, année de lancement de la prestation de compensation. En 2008, 112 200 décisions PCH ont été rendues contre 76 600 en 2007 et 23 500 en 2006. Le nombre moyen de décisions rendues, évalué à de 9 100 par mois au premier trimestre 2008, approche 9 600 au dernier trimestre 2008. On constate ainsi que, depuis le dernier trimestre 2007, le nombre moyen de décisions PCH dépasse celui des demandes déposées, ce qui traduit un rattrapage des stocks de demandes en attente de décisions, et a nécessairement une incidence sur la diminution des délais moyens de traitement.

En 2008, sur la base des données de l'enquête, en moyenne près d'un tiers des demandes de prestation de compensation (32,3 %) examinées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ont été refusées. En 2007, les refus représentaient 33,6 % des décisions.

Les décisions de PCH représentent 3,2 % du total de l'ensemble des décisions prises par les MDPH en 2008 et ont concerné à 97 % des adultes et à 3 % des enfants. Cette répartition reste stable par rapport à celle observée en 2007, mais devrait sans doute se modifier en 2009 du fait de l'entrée en vigueur de la prestation de compensation pour les enfants. En effet, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, les enfants peuvent prétendre à tous les éléments de la prestation de compensation. Cette modification du périmètre d'accès à la prestation se ressent dès le premier semestre 2008 sur les demandes PCH : alors que les enfants représentaient en moyenne 3,2% de l'ensemble des demandes PCH en 2007, ils comptent pour 3,6 % puis 8,0 % des demandes au cours des premier et second semestres 2008. Logiquement, la hausse des demandes se répercutera sur les décisions.

Précisions sur la PCH : la prestation de compensation du handicap possède la particularité d'être composée de cinq éléments dont la répartition, en nombre et en montant, est présentée dans le tableau suivant :

	Répartition des éléments de la PCH attribués – en %	Répartition des montants des éléments de la PCH – en %
Aides humaines	44,8 %	39,7 %
Aides techniques	22,9 %	18,9 %
Aménagement du logement et du véhicule*	18,2 %	38,1 %
Charges spécifiques exceptionnelles	13,9 %	3,2%
Aides animalières*	0,3 %	0,0 %

Source CNSA – Chiffres arrondis - Données de l'année 2008.

\*Les aides liées à l'aménagement du logement et du véhicule contiennent également les surcoûts dus aux frais de transport et les frais de déménagement. Les aides animalières concernent par exemple les chiens guides d'aveugle.

En 2008, les aides humaines représentent en moyenne moins de la moitié des éléments de PCH accordés et les aides techniques concernent presque un quart des éléments de PCH accordés. La composante liée à l'aménagement du logement et du véhicule compte pour 18 % alors que celle concernant les charges spécifiques et exceptionnelles représente près de 14 % du total des PCH attribuées.

En termes de montant, les aides humaines, dont le montant moyen est proche de 860€ mensuel, comptent pour environ 40 % du coût moyen mensuel de la prestation tandis que les aménagements du logement et du véhicule, par nature très coûteux (respectivement 3 400 € et 2 600 € en moyenne par aménagement), atteignent 38 % du montant total, ramenant la part des aides techniques à 19 %. En effet, les aides techniques sont d'un montant moyen inférieur (900 € en moyenne), Enfin, les charges spécifiques et exceptionnelles et les aides animalières représentent une très faible part (respectivement 3 % et moins de 1 %) des montants de PCH attribués.

Il est important de noter que la répartition des montants ne représente pas celle du coût total des décisions prises par la CDAPH puisqu'il s'agit, pour les aides humaines et les aides spécifiques, du montant mensuel accordé, indépendamment du nombre de mois pour lequel l'élément est accordé. Ainsi, les montants ne représentent pas la dépense mais la répartition moyenne des montants au sein d'une prestation de compensation au moment de la décision de l'attribution.

Construction de l'indicateur : tous les mois, depuis 2006, date de l'entrée en vigueur de la prestation de compensation et de la mise en place des (MDPH), un questionnaire relatif à leur activité et à leur fonctionnement est envoyé par la CNSA à chacune d'entre elles (100 MDPH) pour, en phase transitoire de construction des systèmes d'information, recueillir des éléments de fonctionnement et de suivi d'activité des MDPH. La collecte des données permet notamment de suivre la montée en charge de la prestation de compensation, en termes de demandes reçues, de décisions prises par la CDAPH et de son contenu pour ce qui regarde la répartition des différents éléments attribués. En 2006, chaque mois entre 72 et 84 MDPH ont répondu au questionnaire. En 2007, elles ont été entre 77 et 94 à répondre. En 2008, entre 81 et 95 MDPH ont participé à l'enquête.

Précisions méthodologiques : les résultats d'activité sont déclaratifs et redressés par la CNSA des données de population des départements, France entière.

**Indicateur n° 2-3 : Suivi de la prestation de compensation du handicap (PCH).**

**2<sup>ème</sup> sous-indicateur : nombre de recours contentieux concernant la PCH.**

Finalité : en repérant le nombre de recours contentieux formés à l'encontre des décisions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) concernant la prestation de compensation, l'enjeu est ici de mesurer l'insatisfaction des personnes à l'égard d'une décision prise par la CDAPH en réponse à une demande de prestation de compensation. Cet indicateur n'est donc pas un indicateur de la qualité des décisions prises par la CDAPH, mais une mesure du nombre de recours au tribunal formés par des personnes en désaccord avec la décision prononcée.

Précisions sur le rôle des CDAPH : la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est l'instance décisionnaire au sein de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Elle est composée notamment de représentants du département, des services de l'Etat, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves, de représentants de personnes handicapées et de leur famille désignés par les associations représentatives et d'un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées. Des représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou services siègent en commission avec voix consultative.

La CDAPH se réunit régulièrement et, sur la base des souhaits exprimés par la personne dans son projet de vie, de l'évaluation des besoins de compensation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire, et des préconisations proposés dans le plan personnalisé de compensation, prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne. Les décisions sont motivées.

La personne bénéficiaire de la décision (le cas échéant, son représentant légal) peut, si elle estime que la décision méconnaît ses droits, demander l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation. Elle peut également déposer un recours. Celui-ci gracieux ou contentieux :

- si le recours est gracieux : il est déposé à la MDPH et instruit par les services administratifs de la Maison départementale des personnes handicapées ;
- si le recours est contentieux : la requête est déposée devant le tribunal compétent (juridiction du contentieux technique de la sécurité sociale ou juridiction administrative), lequel notifie à la MDPH l'action contentieuse exercée contre elle et instruit le recours.

Résultats : l'indicateur n'est pas disponible à ce stade : bien que la plupart des MDPH ait répondu au questionnaire mensuel de la CNSA (entre 81 et 95 en moyenne en 2008), elles n'ont pas, en grande majorité, été en mesure de renseigner l'indicateur concernant le nombre de recours contentieux.

Construction de l'indicateur : le nombre de recours contentieux concernant la prestation de compensation est le nombre de recours déposés devant le tribunal compétent et notifiés à la MDPH, concernant la prestation de compensation, quelles que soient la juridiction et la conclusion de l'action contentieuse. L'indicateur est calculé indépendamment du contenu de la décision de PCH rendue par la CDAPH.

Précisions méthodologiques : l'indicateur est obtenu par exploitation des réponses à une question de l'enquête mensuelle adressée aux MDPH (cf. 1<sup>er</sup> sous-indicateur pour la description de l'enquête). Le taux de réponse pour cet item ne permet pas son exploitation en 2008.

Il sera analysé dans la mesure du possible en 2009 et le cas échéant redressé par la CNSA dans les cas où l'ensemble des MDPH ne répondrait pas.



**Programme « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » - Partie II « Objectifs / Résultats »**  
**Objectif n°2 : Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées**

**Indicateur n° 2-4 : Nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), par complément.**

*Finalité* : le suivi du nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) a vocation à renseigner à la fois sur l'évolution de la prévalence du handicap chez l'enfant et sur le niveau de la réponse apportée par la collectivité aux familles qui ont un enfant handicapé.

*Précisions sur l'AEEH*: l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est versée sans condition de ressources aux familles ayant un enfant de moins de 20 ans justifiant d'un certain niveau de handicap. Elle est composée d'une allocation de base et, si les besoins de l'enfant le justifient, de six compléments. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, les bénéficiaires de l'AEEH éligibles à ces compléments peuvent choisir entre le bénéfice de ceux-ci et les différents volets de la PCH (cf. indicateur précédent n° 2-3). Une majoration pour parents isolés, créée en 2005, peut être versée, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, aux familles monoparentales allocataires.

	AEEH		Majoration parent isolé	
	en % de la BMAF <sup>1</sup>	Montant mensuel au 01/01/2009	en % de la BMAF <sup>1</sup>	Montant mensuel au 01/01/2009
<b>Allocation de base</b>	32 % BMAF	124,54 €	-	-
<b>Complément 1</b>	24 % BMAF	93,51 €	-	-
<b>Complément 2</b>	65 % BMAF	252,98 €	13 % BMAF	50,60 €
<b>Complément 3</b>	92 % BMAF	358,06 €	18 % BMAF	70,06 €
<b>Complément 4</b>	143 % BMAF	554,88 €	57 % BMAF	221,84 €
<b>Complément 5</b>	182 % BMAF	709,16 €	73 % BMAF	284,12 €
<b>Complément 6</b>	MTP <sup>2</sup>	1 029,10 €	107 % BMAF	416,44 €

Source : Données CNAF (barème au 01/01/2009)

<sup>1</sup> La BMAF est la base mensuelle de calcul des allocations familiales qui sert à fixer le montant des prestations familiales ; <sup>2</sup> Majoration pour tierce personne : cette dernière a été revalorisée au 01/04/09, suivant l'évolution de l'indice des prix à la consommation hors tabac.

Note de lecture : Un parent élevant seul son enfant handicapé qui bénéficie d'un complément de type 4 percevra 124,54+554,88+221,84=901,26 € mensuels.

*Résultats* : le nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AEEH est présenté dans le tableau ci-dessous ainsi que le nombre de famille concerné (une famille pouvant compter plusieurs enfants handicapés) :

	2005	2006*	2007*	2008	Objectif
AEEH de base seule	75 270	84 900	83 200	88 250	<b>Adéquation aux besoins</b>
base + complément 1	6 900	7 025	6 500	6 350	
base + complément 2	23 200	22 400	22 900	24 450	
base + complément 3	13 540	12 750	12 700	13 300	
base + complément 4	12 170	11 800	10 850	11 050	
base + complément 5	1 700	1 600	1 550	1 550	
base + complément 6	4 510	4 050	3 900	3 600	
Allocation avec majoration de parent isolé (MPI)					
au titre du complément 2	-	4 400	4 950	5 500	
au titre du complément 3	-	2 400	2 750	3 100	
au titre du complément 4	-	2 200	2 450	2 650	
au titre du complément 5	-	350	400	400	
au titre du complément 6	-	850	900	950	
AEEH de base avec PCH (y compris MPI)		-	-	350	
Allocation avec complément, ancienne législation	80	25	1	-	
<b>Total enfants</b>	<b>137 400</b>	<b>154 750</b>	<b>153 050</b>	<b>161 500</b>	
% évolution annuelle	9,0 %	12,6 %	-1,1 %	5,5 %	
Total familles	131 550	147 350	145 500	153 050	

Source : Données CNAF (données au 31 décembre 2008, chiffres arrondis).

\*En 2006 et 2007, des modifications dans le dénombrement des bénéficiaires de l'AEEH « retour au foyer » sont à noter.

Le nombre de bénéficiaires de l'AEEH a fortement augmenté sur la période 2002–2008 (+43 %, soit +6,1 % en moyenne annuelle). Cette progression est particulièrement marquée entre 2004 et 2006 : +9 % entre 2004 et 2005 et, surtout, +13 % de 2005 à 2006. Cependant, celle-ci est liée à une modification du champ retenu pour comptabiliser le nombre de bénéficiaires de l'AEEH. En effet, avant 2006, les enfants vivant en institution et percevant l'AEEH lors de leur retour au foyer de leurs parents n'étaient pas inclus dans le total des bénéficiaires. Or, ils ont été dénombrés en 2006, et leur effectif a été imputé au troisième trimestre de l'année civile. Environ 13 000 bénéficiaires de cette AEEH « retour au foyer » ont ainsi été recensés en 2006. En occultant ces bénéficiaires, le nombre d'enfants percevant l'AEEH en 2006 aurait cependant augmenté de 3,2 % entre 2005 et 2006. En 2007, le nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AEEH est en diminution de 1 % par rapport à 2006. Ce mouvement résulte d'une nouvelle modification dans le dénombrement des AEEH « retour au foyer » qui sont à présent comptabilisés à partir du paiement effectué pour cette prestation au titre du mois de décembre. Même si la déclaration de cette AEEH « retour au foyer » est devenue mensuelle, il est possible que des établissements continuent de ne renseigner le nombre de jours effectifs de retour au foyer de l'enfant qu'une seule fois par an, en début ou en fin d'année scolaire. En conséquence, le dénombrement de la CNAF effectué en décembre 2007 ne prendrait pas en compte l'ensemble des bénéficiaires de l'AEEH « retour au foyer », mais n'en recenserait que 1 100 environ. Hors prise en compte des AEEH « retour au foyer », le nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AEEH a augmenté de 5,5 % en moyenne annuelle entre 2007 et 2008.

Depuis 2002, six compléments à l'allocation de base ont été créés et sont attribués selon un barème reflétant le coût du handicap de l'enfant pour la famille et prenant en compte la cessation ou la réduction d'activité professionnelle des parents ou l'embauche d'une tierce personne. Environ 45 % des enfants peuvent bénéficier des compléments. L'attribution du complément de catégorie 1 (8,7 % des enfants bénéficiaires de compléments en 2008) est uniquement liée aux dépenses d'aides techniques entraînées par le handicap de l'enfant. Lorsque l'enfant nécessite le recours à une personne à temps partiel, tierce ou parent, il peut recevoir un complément de type 2 à 4 (c'est le cas de respectivement 33,4 %, 18,2 % et 15,1 % des bénéficiaires de compléments en 2008). Les compléments 5 et 6 sont accordés quand l'enfant a besoin de recourir à une personne à temps plein (7 % des enfants bénéficiaires de compléments en 2008). Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, si un droit au complément de l'AEEH est reconnu, le bénéficiaire peut choisir entre le bénéfice de ce complément et la prestation de compensation du handicap (*cf. indicateur précédent n° 2-3*). En 2008, environ 350 enfants ont fait ce choix, soit 0,5 % des bénéficiaires des compléments d'AEEH.

Par ailleurs depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, les personnes assumant seules la charge d'un enfant handicapé et percevant l'AEEH et un complément attribué pour tierce personne peuvent bénéficier d'une majoration spécifique pour parent isolé. Celle-ci a concerné 7,8 % des enfants bénéficiaires de l'AEEH en 2008.

Construction de l'indicateur : le dénombrement des familles et enfants bénéficiaires de l'AEEH est centralisé par la CNAF qui le restitue dans ses publications périodiques. Du fait de la mise en œuvre progressive de la réforme de 2002, deux catégories de compléments (législation actuelle et ancienne législation) sont présentées. Il n'est pas possible de calculer de taux de couverture par l'AEEH de la population potentiellement éligible car ce ratio nécessiterait de connaître avec précision les effectifs d'enfants handicapés, qui ne sont pas connus ; seul est disponible le nombre d'enfants handicapés aidés par la CNAF.

Précisions méthodologiques : la branche Famille (CNAF) couvre l'ensemble des régimes de sécurité sociale à l'exception des régimes agricoles. Les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont en charge des décisions d'attribution de l'AEEH, de ses compléments et de la PCH. Les CAF interviennent ensuite pour le versement de l'AEEH auprès des familles. La PCH est versée par le conseil général.

**Indicateur n° 3-1 : Écarts d'équipement inter-régionaux et interdépartementaux en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées.**

**1er sous-indicateur : en nombre de places par habitant.**

*Finalité* : cet indicateur contribue à mesurer la réduction des disparités d'équipement en matière d'établissements et services accueillant des personnes âgées.

*Processus sur le dispositif* : La mise en place des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC) depuis 2006 a pour objectif une répartition plus équitable des ressources sur le territoire et une réduction des disparités inter et infra-régionales.

*Réalisations de l'indicateur* :

	2004	2005	2006	2007	2008	Objectif
<b>Ecart inter-départemental</b>	<b>25,8 %</b>	<b>26,3 %</b>	<b>24,1 %</b>	<b>26,0 %</b>	<b>22,8%</b>	<b>Réduction des écarts</b>
<b>Ecart inter-régional</b>	<b>26,0 %</b>	<b>27,0 %</b>	<b>23,9 %</b>	<b>23,9 %</b>	<b>27,4%</b>	
<b>Médiane des départements</b>	140,3	140,6	139,0	132,2	131,4	
<b>Médiane des régions</b>	134,8	133,6	134,0	133,5	130,0	
<b>Moyenne France entière</b>	131,0	130,3	129,7	126,7	127,5	

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005–DREES pour données 2006 – CNSA pour 2007 et 2008 (FINESS).

Lecture : on compte en moyenne sur la France entière en 2008 127,5 places en établissements et services pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; la moitié des départements dispose d'au moins 131,4 places pour 1 000 personnes âgées. Rapporté à la moyenne l'écart de taux d'équipement entre les 25% des départements les mieux dotés et les 25% les moins bien dotés atteint 22,8%.

Le calcul des écarts inter-régionaux fait apparaître une augmentation des disparités de taux d'équipement en 2008, disparités qui se concentrent particulièrement sur l'offre en institution. *A contrario*, la rapidité d'installation des places de SSIAD a eu un effet favorable sur la réduction des écarts. Ce constat s'explique à la fois par le rythme d'installation des places d'EHPAD variable selon les régions, et l'évolution démographique des personnes âgées.

On observe en revanche une réduction des écarts inter-départementaux aussi bien sur le secteur des services médicalisés à domicile, que des établissements : comme pour les enfants handicapés, il semblerait que le dynamisme de l'offre de services à domicile a permis de réduire les écarts entre départements. L'évolution de la population cible, la saisonnalité des installations de capacités nouvelles dans certaines régions où l'offre de création (promoteurs) est tendue, les délais de création de places nouvelles en EHPAD et en AJ-HT sont peut-être des facteurs pénalisant dans certaines régions.

La diminution des disparités inter-départementales de places d'accueil en établissements et services pour personnes âgées entre 2007 et 2008, alors même que les disparités inter-régionales augmentent, suggère que les disparités intra-régionales – entre départements d'une même région – se sont fortement réduites, ce qui peut s'interpréter comme un succès de la démarche poursuivie au travers des PRIAC.

L'approche des disparités territoriales en termes d'effort financier en euro par habitant (cf. 2<sup>ème</sup> sous-indicateur) vient compléter cette première analyse.

Construction de l'indicateur : les taux de dispersion entre les régions et/ou les départements sont mesurés par les écarts inter-quartiles. Il s'agit de la différence entre le troisième quartile – valeur au-dessus de laquelle se situe le quart des régions et/ou départements les mieux équipés – et le premier quartile, valeur au-dessous de laquelle se situe le quart des régions et/ou départements les moins bien équipés. Cet indicateur est à considérer en termes relatifs, rapporté à la moyenne des taux d'équipement au niveau national.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur retenu : les taux d'équipement pour personnes âgées retenus pour bâtir cet indicateur se réfèrent aux mêmes structures que celles définies à l'indicateur de cadrage n° 6 (1<sup>er</sup> sous-indicateur, Précisions méthodologiques).

**Indicateur n° 3-1 : Écarts d'équipement inter-régionaux et interdépartementaux en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées.**

**2ème sous-indicateur : en euros par habitant.**

*Finalité* : cet indicateur contribue à mesurer les disparités en matière de prise en charge de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, à partir de la mesure de la dépense d'assurance maladie en euros par habitant. Il concerne à la fois le niveau de l'offre de services en établissements et services médico-sociaux, en unité de soins de longue durée (USLD), mais également l'offre d'actes infirmiers de soins (AIS) dispensée en secteur libéral à des personnes de 75 ans et plus, et pris en charge sur l'enveloppe « soins de ville » de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Résultats :

	€/habitant personnes âgées			Objectif
	2006	2007	2008	
Ecart inter-départemental	19,8%	17,5%	14,7%	<b>Réduction des écarts</b>
Ecart inter-régional	20,8%	18,2%	17,9%	
<b>Médiane des départements</b>	1 441	1 489	1 661	
<b>Médiane des régions</b>	1 417	1 496	1 688	
<b>Moyenne France entière</b>	1 437	1 510	1 657	

Source : CNSA.

Lecture : l'effort financier moyen de l'assurance maladie sur le champ des personnes âgées est de 1657€ / habitant de 75 ans et plus ; la moitié des départements a dépensé plus de 1661 €. Rapporté à la moyenne l'écart de l'euro par habitant entre les 25% des départements qui ont dépensé le plus et les 25% qui ont dépensé le moins atteint 14,7% en 2008.

La mesure de la dispersion inter régionale et inter départementale à partir de la dépense en euros par habitant permet d'observer que la prise en charge de la perte d'autonomie est de plus en plus homogène depuis 2006 avec une diminution significative des écarts aussi bien au niveau régional que départemental. Ce constat est cohérent avec l'objectif de réduction des écarts régionaux affiché pour la répartition des mesures nouvelles, dont l'euro par habitant est un des principaux critères utilisés, et confirme l'importance du secteur libéral comme vecteur de réduction des inégalités de l'offre médico-sociale dans certains territoires. Par ailleurs, la disparité des coûts selon les structures est moindre dans le secteur des personnes âgées par comparaison au secteur du handicap.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°3-1 (2ème sous-indicateur) : la dépense d'assurance maladie concerne l'ensemble des dépenses relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie (source : CNAMTS) :

- les versements aux établissements et services médico-sociaux financés par la CNSA : EHPAD, EHPA, AJ-HT, SSIAD ;
- la dépense en USLD ;
- la dépense relative aux AIS réalisés en secteur libéral sur les personnes âgées de 75 ans et plus.

La dépense en euros par habitant est calculée en rapportant le montant annuel dépensé à la population des personnes âgées de 75 ans et plus. La population par départements est fournie pour 2007 par l'Insee.

Les écarts inter-départementaux et inter-régionaux sont calculés en écart inter-quartile relatif (cf. 1<sup>er</sup> sous-indicateur).

**Indicateur n° 3-2 : Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes âgées.**

*Finalité* : cet indicateur vise à mesurer la diversification des prises en charge, en repérant la part des places dédiées à l'accompagnement des personnes âgées par des services exerçant au domicile ou par des formules intermédiaires (accueil de jour ou hébergement temporaire).

*Précisions sur le dispositif* : La mise en place des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC) début 2006 a notamment pour objectif une diversification de l'offre de structures accueillant des personnes âgées.

*Réalisations de l'indicateur* :

	2006	2007	2008	Objectif
<b>Moyenne France entière</b>	<b>14,6 %</b>	<b>15,2 %</b>	<b>16,3 %</b>	<b>Augmentation de la part des services</b>
<b>Médiane des régions</b>	<b>14,2 %</b>	<b>14,9 %</b>	<b>15,7 %</b>	
<b>Médiane des départements</b>	<b>14,3 %</b>	<b>15,6 %</b>	<b>16,1 %</b>	
<i>Ecart inter-départemental</i>	34,6 %	36,0 %	30,3 %	
<i>Ecart inter-régional</i>	37,4 %	37,0 %	28,6 %	

Source : DREES pour données 2006 et CNSA pour 2007 et 2008.

Lecture : Pour les personnes âgées, on compte en moyenne, sur la France entière, 16,3 % de places en services rapportés à l'ensemble des places en établissements et services en 2008. La moitié des régions dispose d'au moins 15,7 % de places en services. Et rapporté à la moyenne, l'écart de la part des places en services entre les 25 % de départements les mieux dotés et les 25 % les moins bien dotés atteint 30,3 %.

La part des services dans l'ensemble des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées progresse entre 2006 et 2008, passant de 14,6 % à 16,3 %. Si l'objectif de diversification de l'offre de services favorisant le maintien à domicile est difficile à mettre en œuvre dans un contexte où la demande sociale de places en institution est encore soutenue et détermine le choix de la programmation dans de nombreuses régions, l'évolution constatée depuis 2006 est favorable.

L'indicateur retenu pour mesurer la diversification des modes d'accueil des personnes âgées fait masse de l'ensemble des services aux personnes âgées et ne permet pas de décrire les contributions spécifiques des SSIAD (14,5 %) et des places d'offre séquentielle (accueil de jour et hébergement temporaire, 2 %). S'agissant de cette dernière, l'augmentation par rapport à 2006 (2 % contre 1,1 %) peut être en partie liée au décret du 11 mai 2007 autorisant la prise en charge des frais de transport journalier des personnes bénéficiant d'un accueil de jour. Par ailleurs dans le cadre du plan Alzheimer, la mise en place de ces structures de répit devrait connaître un développement dans le futur.

*Construction de l'indicateur* : on rapporte le nombre de places offertes en services et en accueil séquentiel au nombre de places global (établissements + services) pour personnes âgées.

Les écarts inter-départementaux et inter-régionaux sont calculés en écart inter-quartile relatif (cf. 1<sup>er</sup> sous-indicateur).

*Précisions méthodologiques sur l'indicateur retenu* : les structures accueillant des personnes âgées sont les mêmes que celles définies à l'indicateur de cadrage n° 6 (1<sup>er</sup> sous-indicateur, cf. Précisions méthodologiques).

**Indicateur n° 3-3 : Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le niveau de dépendance.**

*Finalité* : faire croître la part de personnes âgées dépendantes vivant à domicile est l'une des ambitions affichées par le Gouvernement dans le cadre des réflexions sur l'amélioration de la prise en charge de la perte d'autonomie. L'objectif est de permettre à ces personnes de s'assurer une certaine autonomie au quotidien en leur fournissant les aides humaines, techniques et en aménagement de leur logement nécessaires. Sans méconnaître la diversité des situations, cet objectif s'applique à l'ensemble des personnes dépendantes, y compris celles appartenant au GIR 1.

*Résultats* :

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Objectif
<b>GIR1</b>	20%	22%	22%	23%	24%	20%	<b>Augmentation</b>
<b>GIR2</b>	41%	40%	39%	40%	40%	40%	
<b>GIR3</b>	63%	65%	65%	66%	67%	68%	
<b>GIR4</b>	73%	74%	76%	77%	78%	79%	
<b>Total</b>	<b>57%</b>	<b>58%</b>	<b>59%</b>	<b>60%</b>	<b>61%</b>	<b>62%</b>	

Source : DREES.

La proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile a augmenté de 5 points entre 2003 et 2008, passant de 57 % à 62 %. Cette évolution est en premier lieu liée à la forte hausse du nombre de bénéficiaires vivant à domicile répertoriés en GIR 4, qui a crû de 68 % entre 2003 et 2008. Ainsi, en 2008, près de 80 % des bénéficiaires de l'APA du GIR 4 vivaient à domicile, contre 73 % en 2003. Ceci s'explique par le fait que les personnes appartenant au GIR 4 sont les moins dépendantes, ce qui facilite le maintien à domicile.

Toutefois, une analyse par GIR montre que chacun des groupes a contribué à la hausse globale, à l'exception du GIR 1, qui rassemble les personnes nécessitant une présence continue d'intervenants et pour lequel la part semble se stabiliser autour de 20 %.

L'augmentation de la proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile s'inscrit pleinement dans l'objectif de garantir à chaque personne dépendante la faculté de demeurer sur son lieu de vie habituel (ou dans un autre logement de son choix) à une double condition : qu'elle en exprime le désir, tout d'abord, et que, ensuite, son état de dépendance le lui permette. En concentrant l'accès aux établissements pour personnes âgées sur les cas les plus lourds, elle vise également à mieux réguler le coût élevé d'un hébergement dans une structure d'accueil pour les différents financeurs (assurance-maladie, conseils généraux).

*Précisions méthodologiques* : le ratio est calculé en prenant au numérateur le nombre de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile et au dénominateur le nombre total de bénéficiaires de l'APA. Pour des précisions concernant l'allocation personnalisée d'autonomie, se reporter à l'indicateur de cadrage n° 3.



**Indicateur n° 3-4 : Indicateurs de suivi du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008 – 2012.**

Finalités : le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008 - 2012, lancé par le Président de la République le 1<sup>er</sup> février 2008, comporte un ensemble de 44 mesures répondant au triple objectif de l'amélioration de la qualité de vie des malades d'Alzheimer et de leurs familles, de la prise de conscience par la société des enjeux éthiques et sociaux que soulève la maladie, et des progrès de la connaissance scientifique des pathologies associées et de leurs traitements. L'indicateur reprend un sous-ensemble des données permettant le suivi du premier de ces indicateurs, pour son aspect médico-social.

Résultats : le tableau présente les premiers résultats observés des indicateurs de suivi du Plan Alzheimer 2008 – 2012 :

	2007	2008	2009	Objectif 2012
<b>Nombre d'aidants formés</b>	0	0	nd-	<b>60 000</b>
<b>Nombre de places d'accompagnement et de répit</b>	7 123	8 756	nd	<b>23 723 (+16 600)</b>
<b>Nombre de places d'équipes spécialisées en SSIAD</b>	0	0	400	<b>5000</b>
<b>Nombre de malades pris en charge par un système intégré (MAIA)</b>	0	0	0	<b>A définir</b>
<b>Nombre de places en unités spécifiques d'EHPAD</b>	0	0	nd	<b>30 000</b>
<b>Nombre de professionnels spécialisés formés à la maladie (ASG, psychomotriciens, ergothérapeutes)</b>	0	0	nd	<b>8000</b>
<b>Pourcentage de malades sous prescription inappropriée de médicaments délétères (neuroleptiques)</b>	16,9 %	16,1 %	nd	<b>10 %</b>

Source : CNSA, DGAS, DREES, équipe pilotage des MAIA, HAS

Nd : non disponible.

Construction de l'indicateur :

Afin d'apporter un soutien accru aux aidants, la mesure 2 du plan prévoit deux jours de formation pour chaque aidant familial. Le nombre d'aidants formés est suivi par la CNSA qui finance la mesure sur sa section IV.

La mesure 1 prévoit quant à elle d'offrir sur chaque territoire une palette diversifiée de structures de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants. Dans le cadre de l'expérimentation puis la généralisation de formules de répit innovantes, 12 plateformes de répit et d'accompagnement sont en cours d'expérimentation depuis juin 2009. Le plan prévoit la création de 11 000 places d'accueil de jours ou équivalent et 5 600 places d'hébergement temporaire supplémentaires. Le nombre de places existantes fin 2007 et 2008 a été estimé sur la base d'une enquête spécifique de la CNSA auprès des DDASS. Pour la suite, une enquête *ad hoc* sur l'activité de ces structures, réalisée par la DREES, permettra d'obtenir ces chiffres, ainsi que des données plus qualitatives.

Pour favoriser le libre choix de la vie à domicile, des équipes spécialisées composées d'assistants de soins en gérontologie et de psychomotriciens ou ergothérapeutes au sein de services spécialisés de soins fourniront au domicile des malades une nouvelle prestation de « soins d'accompagnement et de réhabilitation » (mesure 6 du plan). 40 équipes pilotes (400 places) ont été sélectionnées en juillet 2009 pour déterminer la tarification à

appliquer lors de la généralisation. La DGAS suit annuellement par enquête le nombre d'équipes spécialisées, le nombre de places et la file active de malades pris en charge par ces équipes.

Afin de simplifier la vie quotidienne des patients et aidants et d'intégrer la multitude de services de soins et de prise en charge existant localement, des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA, mesure 4), portes d'entrée unique dans le dispositif, vont être créées sur le territoire, par transformation de structures déjà existantes. 17 MAIA sont actuellement en cours d'expérimentation depuis février 2009, soutenues par une équipe de pilotage spécifique. Elles seront généralisées à compter de 2011. Chaque MAIA suit le nombre de patients qu'elle prend en charge et remonte ces chiffres auprès de l'équipe projet qui les agrège.

Pour adapter l'accueil en établissement à la spécificité de la maladie, deux types d'unités spécifiques seront créées (mesure 16) : dans des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA, 25 000 places), proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins ; des unités d'hébergement renforcées (UHR, 5 000 places) pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités les accueillant nuit et jour, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités et de soins. Le nombre de places est suivi par la DGAS par l'intermédiaire de FINESS.

La meilleure prise en charge des patients Alzheimer repose sur la spécialisation de professionnels à la prise en charge des troubles cognitifs (mesure 20). Les assistants de soins en gérontologie et les psychomotriciens ou ergothérapeutes interviendront auprès des malades pour apporter des soins de réhabilitation.

Pour faire face aux troubles du comportement chez les malades d'Alzheimer (85% en présentent pendant leur maladie), il existe en France une sur-prescription de neuroleptiques au long cours chez les malades d'Alzheimer, alors qu'elle n'est pas indiquée : en 2007, 18% des patients Alzheimer se sont vu prescrire de façon régulière des neuroleptiques. Une bonne prise en charge des patients doit permettre de faire chuter fortement ce taux (mesure 15). La Haute Autorité de santé suit annuellement ces chiffres repères.

**Programme « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » - Partie II « Objectifs / Résultats »**  
**Objectif n°4 : Garantir la viabilité financière de la CNSA**

**Indicateur n° 4-1 : Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) relatives au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux.**

*Finalité* : cet indicateur vise à mesurer le taux d'adéquation des fonds alloués à la CNSA pour répondre au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux. Il compare les recettes comptables de la CNSA obtenues à ce titre aux dépenses réalisées.

*Résultats* : le tableau suivant présente le taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la CNSA relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux pour la période de 2006 à 2009. Outre le taux d'utilisation global des fonds, sont successivement proposés les taux d'adéquation des produits et charges finançant les établissements accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées :

Année	2006	2007	2008	2009 (p)	Objectif
Taux d'adéquation global	105,6 %	103,8 %	102,8 %	99,0 %	<b>Equilibre financier</b>
Produits (Md €)	12,1	13,0	14,2	15,2	
Charges (Md €)	11,5	12,5	13,8	15,3	
- taux d'adéquation des établissements pour personnes handicapées	101,7 %	100,0 %	100,3 %	99,4 %	
Produits (Md €)	6,9	7,3	7,7	8,0	
Charges (Md €)	6,8	7,3	7,7	8,1	
- taux d'adéquation des établissements pour personnes âgées	111,2 %	109,1 %	105,9 %	98,6 %	
Produits (Md €)	5,2	5,7	6,4	7,1	
Charges (Md €)	4,7	5,2	6,1	7,2	

Source : CNSA, tableau d'emplois- ressources définitifs pour 2006, 2007, 2008 et prévisionnel pour 2009 – chiffres arrondis.

Depuis 2006, les produits obtenus en faveur du financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux ont été supérieurs aux charges utilisées à cet effet. Ceci s'explique par le fait qu'une nouvelle recette, la contribution solidarité autonomie (CSA), dont une part (52,74 % en 2006 et 2007 et 54 % en 2008) est allouée au financement des établissements et services, est affectée à la Caisse depuis mi-2004. Dans le contexte de la croissance rapide du nombre de places en établissements et services pour personnes handicapées et âgées, les financements attribués par la CNSA ne sont pas systématiquement utilisés au cours de l'exercice budgétaire, compte tenu des délais de mise à disposition des places nouvelles. Il s'ensuit des excédents temporaires de la section relative au financement des établissements et services, qui sont utilisés par la CNSA pour financer d'importants plans d'investissements en faveur de la modernisation de ces structures.

Si le taux d'adéquation entre les recettes et les dépenses est relativement voisin de 100 % pour les dépenses afférentes aux personnes handicapées, il est plus élevé pour celles en faveur des personnes âgées. L'année 2006 a amorcé la montée en charge de ces dépenses, ce qui peut expliquer l'excès important des produits sur les charges. Depuis, ce ratio ne cesse de décroître passant de 111,2 % en 2006 à 105,9 % en 2008. L'écart persistant entre recettes et dépenses relatives aux soins reçus en établissements pour personnes âgées peut s'expliquer par :

- la poursuite de la mise en œuvre de la nouvelle tarification par PATHOS - le processus de conventionnement initial est quant à lui quasiment achevé à fin 2008 avec 99% des places médicalisées ; à un rythme moins important que prévu (171 351 places fin 2008 pour un objectif global de 266 834 places, soit un taux de 64%) ;
- des délais d'ouverture des places d'EHPAD et la difficulté des créations de places d'accueil séquentiel (AJ-HT) qui retardent la consommation effective des crédits ;
- des crédits non délégués par la CNSA (32 M€ de crédits non notifiés pour les dispositifs médicaux, crédits canicules et une part de Réserve nationale non notifiée.

Il n'en reste pas moins que la persistance de ces sous-consommations est préoccupante dans un contexte de rareté des fonds publics. Les excédents ainsi constitués ont toutefois été utilisés au cours des exercices précédents pour soutenir l'investissement, permettant la rénovation et la modernisation des établissements pour personnes âgées. Il convient à présent de faire évoluer la planification des places en établissements et services pour personnes handicapées et âgées, le suivi des réalisations effectives des places – compte tenu des délais importants qui séparent le début de la construction et la mise à disposition des places –, et la programmation budgétaire des concours de la CNSA, afin de parvenir sur le moyen terme à une allocation des moyens au secteur médico-social conforme à ses capacités effectives d'extension. A court terme, compte tenu de la non consommation de crédits médico-sociaux et de la situation financière de la branche maladie en 2009, il est proposé de restituer à l'assurance maladie pour cet exercice 150 millions d'euros de l'enveloppe médico-sociale en faveur des établissements et services pour les personnes âgées de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cette rectification est incluse dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, et sa mise en œuvre devrait ramener à 99 % en 2009 le taux d'adéquation global des dépenses médico-sociales de la CNSA aux recettes affectées à leur financement. Elle n'aura aucun effet sur la mise en œuvre des plans de créations de places pour les personnes âgées et handicapées en 2009 et 2010.

Construction de l'indicateur : selon la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la CNSA doit retracer ses ressources et ses charges en six sections comptables. La première section est consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux : elle est elle-même subdivisée en deux sous-sections, la première traite des établissements accueillant des personnes handicapées et la seconde concerne les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Ce sont ces deux sous-sections qui sont considérées pour le calcul de l'indicateur.

Le taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la CNSA relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux est obtenu en rapportant les produits aux charges relevant de la première section.

Figurent au numérateur la contribution solidarité autonomie, les transferts des régimes d'assurance maladie (ONDAM) au titre du médico-social et les éventuels produits exceptionnels ou excédents des années précédentes (non provisionnés antérieurement). Les reprises sur provisions sont exclues des produits figurant dans les tableaux emplois-ressources.

Le dénominateur comprend les dépenses d'assurance maladie au titre de l'objectif global de dépenses (OGD), les charges liées au financement de divers organismes : les groupes d'entraide mutuelle, l'agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux et l'atténuation de recettes par rapport aux recettes prévues. Sont exclues des charges, les contributions de la section 1 aux sections 5 et 6, ces dernières étant consacrées respectivement aux « Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie » et aux « Frais de gestion de la caisse », les charges liées aux frais de collecte et les excédents de l'année en cours, non provisionnés, qui sont par définition non dépensés.

Précisions méthodologiques : les données utilisées pour la réalisation de cet indicateur sont issues, pour la période de 2006 à 2008, des tableaux emplois-ressources fournis par la CNSA retraçant ses dépenses et ses recettes. Pour 2009, les prévisions effectuées par la Caisse à mi-année restent provisoires.

L'année 2005 n'est pas présentée car il s'agit d'une année de transition pour la CNSA. Cette année là, le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux n'apparaît pas, en outre, de manière explicite dans le compte emplois-ressources de la CNSA.

**Programme « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » - Partie II « Objectifs / Résultats »**  
**Objectif n°4 : Garantir la viabilité financière de la CNSA**

**Indicateur n° 4-2 : Part des dépenses d'APA et de PCH financées par la CNSA.**

*Finalité* : cet indicateur vise à évaluer la part des dépenses relatives à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la Prestation de compensation du handicap - PCH financées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le restant étant à la charge des départements.

*Résultats* :

Type de prestation (M€)	2004	2005	2006	2007	2008	Objectif
Dépenses d'APA versées par les départements	3 616	3 930	4 243	4 555	4 855	<b>Stabilité (pour la PCH, une fois la montée en charge achevée)</b>
- Dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA	1 339	1 341	1 437	1 518	1 619	
<b>Part des dépenses d'APA financées par la CNSA</b>	<b>37,0 %</b>	<b>34,1 %</b>	<b>33,9 %</b>	<b>33,3 %</b>	<b>33,4 %</b>	
Dépenses de PCH versées par les départements			79	277	569	
- Dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de la PCH	-	-	523	530	551	
<b>Part des dépenses de PCH financées par la CNSA</b>			<b>662,0 %</b>	<b>191,5 %</b>	<b>96,9 %</b>	

Source : DGFIP et CNSA – compte de résultat – chiffres arrondis

Les prestations d'APA et de PCH sont gérées par les départements mais cofinancées par la CNSA et les départements. La part des dépenses relative à l'allocation personnalisée d'autonomie financée par la CNSA a légèrement diminué entre 2004 et 2008. Cependant, elle reste au moins égale à un tiers et s'établit à 33,4 % en 2008. Toutefois, cette baisse est relative car elle s'inscrit dans une forte dynamique des dépenses totales d'APA qui ont progressé de 34 % sur cette même période, l'effort financier de la CNSA augmentant de 280 millions d'euros dans le même temps.

En 2006, première année de mise en œuvre de la prestation de compensation du handicap, le concours versé par la CNSA au titre de cette prestation a excédé de 444 M€ les dépenses relatives à la PCH. Cet excédent a vocation à être mis en réserve sur un compte spécial dans la comptabilité des départements, afin d'être affecté au financement des dépenses ultérieures de PCH desdits départements. En 2007, le montant des dépenses de PCH a augmenté de 198 M€ pour atteindre 277 M€. En 2008, les dépenses de PCH des départements ont encore fortement augmenté : elles ont effet plus que doublé pour s'établir à 569 M€. Ainsi, pour la première fois depuis sa création, la part des dépenses de PCH financées par la CNSA est inférieure à 100 %.

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

*Précisions méthodologiques* : les montants des dépenses globales d'APA et de PCH des départements proviennent d'une estimation de la CNSA effectuée à partir des remontées des départements auprès de la Caisse et sur la base des données comptables des départements (fournies par la Direction générale des finances publiques – DGFIP). Le montant des dépenses globales de PCH en 2006 a été révisé car, selon les données transmises directement par les départements à la CNSA, il intégrait des dépenses d'ACTP ou des « forfaits de personnes très lourdement handicapées » (la PCH ayant vocation à terme à remplacer l'ancienne Allocation de Compensation). Le basculement de l'ancienne prestation (ACTP) vers la nouvelle (PCH), pour les bénéficiaires qui en ont fait le choix (puisque les anciens bénéficiaires de l'ACTP peuvent opter pour la conservation de cette prestation au dépend de la PCH), a été progressif au cours de l'année 2006 au fur et à mesure de la mise en place des MDPH. Dans ce contexte, certaines dépenses d'ACTP ont été comptabilisées dans la ligne PCH (il n'existait pas en 2006 de compte propre à l'ACTP contrairement à la PCH). En 2007, la création d'un compte spécifique relatif à l'ACTP a permis de minimiser cette mauvaise imputation d'ACTP sur la ligne PCH.