

PARTIE I DONNÉES DE CADRAGE

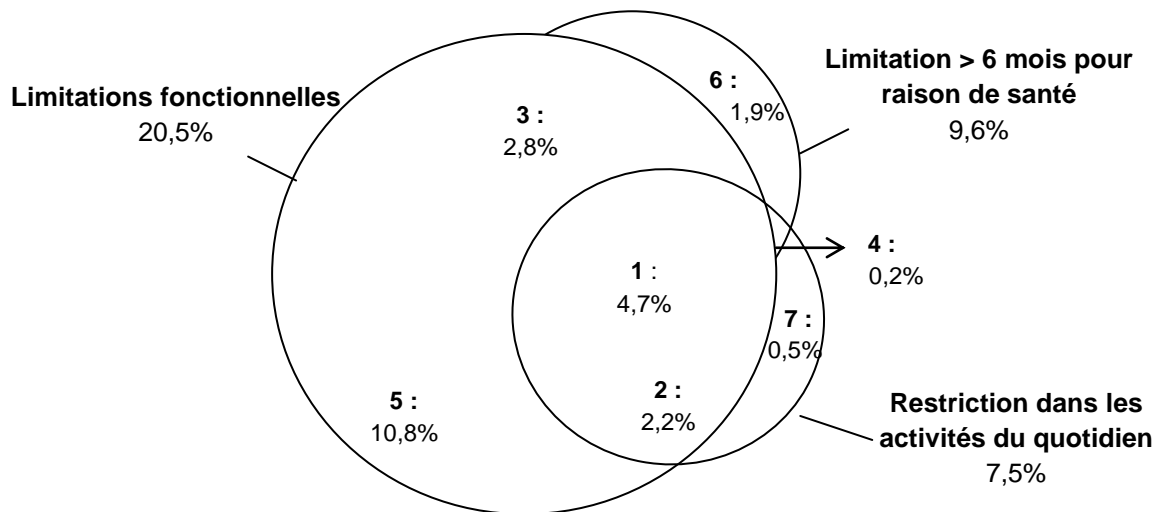
LISTE DES INDICATEURS DE CADRAGE ET DES PRODUCTEURS TECHNIQUES

Indicateur	Producteurs techniques
1 - Évaluation de la population concernée par un handicap	
1-1 - Nombre de personnes vivant en logement ordinaire et ayant des incapacités, repérées à l'aide de l'enquête Handicap-Santé	DREES
1-2 - Effectifs de bénéficiaires des différents types d'aides	DSS
2 - Nombre de personnes percevant une pension d'invalidité et dépenses d'invalidité par régime	DSS
3 - Évolution et répartition du nombre de bénéficiaires de l'APA	DREES
4 - Bénéficiaires des prestations de la PCH, de l'ACTP, de l'AAEH	
4-1 - Évolution et répartition du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP	DREES
4-2 - Contenu de la prestation de compensation du handicap	CNSA
4-3 - Nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH) par complément	CNAF/DSS
5 - Dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées et répartition par financeur	DSS
6 - Offre d'équipements et de services en faveur des adultes et des enfants handicapés	CNSA
7 - Offre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées	CNSA
8 - Nombre de personnes suivies pour la maladie d'Alzheimer	Mission Alzheimer

Indicateur n°1 : Évaluation de la population concernée par un handicap

Sous-indicateur n°1-1 : Nombre de personnes vivant en logement ordinaire et ayant des incapacités, repérées à l'aide de l'enquête Handicap-Santé

À partir de l'enquête Handicap-Santé réalisée en 2008, sept populations ont été identifiées parmi les personnes de 16 ans et plus vivant en logement ordinaire et ayant au moins une limitation fonctionnelle ou une limitation pour raison de santé d'une durée supérieure à 6 mois ou une restriction dans les activités du quotidien. Ces populations représentent 11 500 000 personnes, soit 23,0% de cette classe d'âge.



Source : DREES, INSEE, Enquête Handicap-Santé, volet ménages (HSM – 2008, INSEE)

Ces sept populations se différencient les unes des autres selon qu'elles ont déclaré ou non des limitations fonctionnelles importantes et/ou beaucoup de restrictions dans les activités de la vie quotidienne et/ou des limitations fortes pour raison de santé dans les activités que les gens font habituellement (cf. ci-après pour plus de détails sur ces sept populations).

11,5 millions de personnes, soit près du quart des personnes vivant en domicile ordinaire et âgées d'au moins 16 ans sont ainsi repérées comme ayant des incapacités. Ce nombre approche les 6 millions chez les personnes âgées de 60 ans ou plus, soit 44,9% de cette tranche d'âge.

Avoir une limitation fonctionnelle importante ou absolue est le problème le plus souvent cité. Il concerne 20,5% des personnes de plus de 16 ans. Les personnes ayant beaucoup de restrictions dans les activités essentielles ou instrumentales de la vie quotidienne (AVQ/AIVQ ou ADL/IADL en anglais) - 7,5% des plus de 16 ans - déclarent quasiment toutes avoir des limitations fonctionnelles (95%). 10,8% des personnes de plus de 16 ans signalent n'avoir qu'une ou plusieurs limitations fonctionnelles importantes (population 5) et 4,7% déclarent cumuler les trois types d'incapacité (population 1).

Les personnes de 60 ans et plus sont proportionnellement les plus nombreuses à déclarer des incapacités. Ainsi, 41,2% d'entre elles indiquent au moins une limitation fonctionnelle importante, 20,5% sont limitées depuis au moins 6 mois dans leurs activités pour des raisons de santé et 19,7% ont au moins une restriction dans les activités de la vie quotidienne. Le cumul des trois problèmes concerne 12,5% de cette tranche d'âge.

Caractérisation des différents types de population ayant des incapacités

Groupe de population	Caractérisation du groupe	Effectifs de 16 ans et plus (en milliers)	Effectifs de 60 ans et plus (en milliers)
0	Ensemble de la classe d'âge	50 021	13 186
1	Personnes qui déclarent à la fois une limitation fonctionnelle, une limitation d'activité depuis au moins 6 mois pour raison de santé et une restriction dans les activités du quotidien.	2 342	1 652
2	Personnes qui déclarent une limitation fonctionnelle et une restriction dans les activités du quotidien, mais pas de limitation depuis au moins 6 mois pour raison de santé.	1 089	785
3	Personnes qui déclarent une limitation fonctionnelle et une limitation depuis au moins 6 mois pour raison de santé, mais pas de restriction dans les activités du quotidien.	1 416	678
4	Personnes qui déclarent une restriction dans les activités du quotidien et une limitation depuis au moins 6 mois pour raison de santé, mais pas de limitation fonctionnelle.	75	37
5	Personnes qui déclarent une limitation fonctionnelle mais pas de limitation depuis au moins 6 mois pour raison de santé ni de restriction dans les activités du quotidien.	5 395	2 316
6	Personnes qui déclarent une limitation depuis au moins 6 mois pour raison de santé mais pas de limitation fonctionnelle ni de restriction dans les activités du quotidien.	977	329
7	Personnes qui déclarent une restriction dans les activités du quotidien mais pas de limitation depuis au moins 6 mois pour raison de santé ni de limitation fonctionnelle.	229	128

Source : Enquête Handicap-Santé, volet ménages (HSM – 2008, INSEE).

Précisions méthodologiques

L'enquête Handicap-Santé, dont la maîtrise d'ouvrage a été assurée par l'INSEE et la DREES, a été réalisée en 2008 auprès de personnes de tous âges vivant en ménages ordinaires (HSM) et en 2009 auprès de personnes hébergées en structure spécialisée dans l'accueil de personnes âgées, handicapées ou en grandes difficultés sociales (HSI).

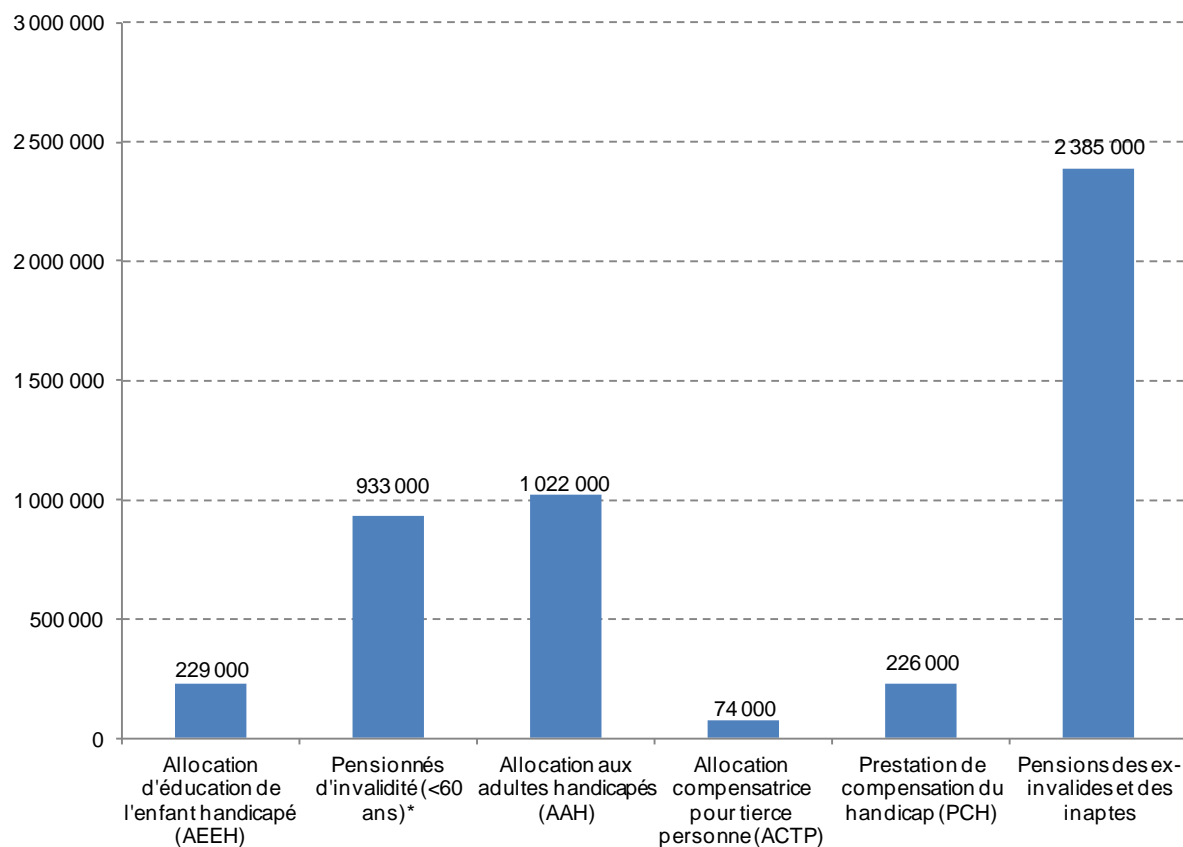
Les présents résultats concernent le champ de la population vivant en domicile ordinaire et âgée d'au moins 16 ans. Ils sont issus de l'exploitation du volet HSM de l'enquête.

Les sept populations présentées ont été déterminées par comparaison de trois indicateurs :

- avoir au moins une impossibilité ou beaucoup de difficultés pour une limitation fonctionnelle physique (marcher, entendre, voir, se servir de ses mains/doigts, porter 5 kg sur 10 mètres, se baisser/s'agenouiller, contrôler ses selles/urines...) ou des difficultés fréquentes pour une limitation fonctionnelle cognitive (se souvenir à quel moment de la journée on est, se concentrer plus de 10 minutes, résoudre des problèmes de la vie quotidienne, se mettre en danger par son comportement...);
- avoir au moins une restriction absolue ou beaucoup de difficultés dans les activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ : manger/boire, se laver, s'habiller, se coucher/se lever du lit...) ou les activités instrumentales de la vie du quotidien (AIVQ : préparer ses repas, sortir de son logement, prendre ses médicaments, se servir du téléphone...);
- être fortement limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement. Cet indicateur est une des quatre questions du mini-module européen sur la santé.

Des informations complémentaires sur l'enquête, ainsi que sur les publications de la DREES et les recherches menées à partir des données de l'enquête sont accessibles à l'adresse suivante :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-enquetes-handicap-sante.4267.html>

Sous-indicateur n°1-2 : Effectifs de bénéficiaires des différents types d'aides**Effectifs de bénéficiaires de différents types d'aides en faveur des personnes handicapées, en 2013**

Sources : CNAF, CNAMTS, DREES. * Les données concernant le régime de la SNCF ne sont pas connues

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.

En ce qui concerne les enfants, une seule prestation en espèces est dédiée au handicap : l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Environ 229 000 enfants en bénéficiaient au 31 décembre 2013 tous régimes confondus. Depuis le 1^{er} 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, 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 de cadrage n°4-2 pour plus de détails).

Parmi les bénéficiaires de plus de 16 ans, 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 deux prestations les plus importantes avec respectivement environ 1 000 000 ménages et 933 000 bénéficiaires tous régimes confondus en 2013. Ces deux catégories de prestations 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 (adossée aux pensions d'invalidité) viennent en complément de ces prestations en cas de besoin de l'aide d'une tierce personne. Environ 74 000 personnes ont perçu l'ACTP en 2013.

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...), 226 000 allocataires ont bénéficié de cette prestation à fin 2013. Cette augmentation témoigne d'une poursuite du déploiement de l'activité des MDPH (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 2-3).

Au moment du passage à la retraite, les invalides, les bénéficiaires d'une rente AT-MP ou de l'AAH, se voient convertir leur allocation en pension à destination des ex-invalides et des inaptes¹. Ils représentent ainsi 2 300 000 bénéficiaires en tous régimes en 2013.

Précisions méthodologiques

Les données relatives aux personnes ayant perçu la PCH sont issues des résultats de l'enquête trimestrielle de la DREES auprès des conseils généraux. Pareillement aux données utilisées dans l'indicateur de cadrage n°4.1, il s'agit des personnes ayant des droits ouverts au titre de la PCH et non celles payées au titre de la PCH (cf. Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°4, 1er sous-indicateur).

Les données relatives aux bénéficiaires de l'ACTP sont issues de l'enquête annuelle de la DREES sur les bénéficiaires de l'aide sociale auprès des conseils généraux. Il s'agit du nombre de personnes ayant des droits ouverts à l'ACTP, nombre qui est très proche de celui des personnes payées, dans ce cas.

Les données relatives aux bénéficiaires de l'AAH et de l'AAE 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).

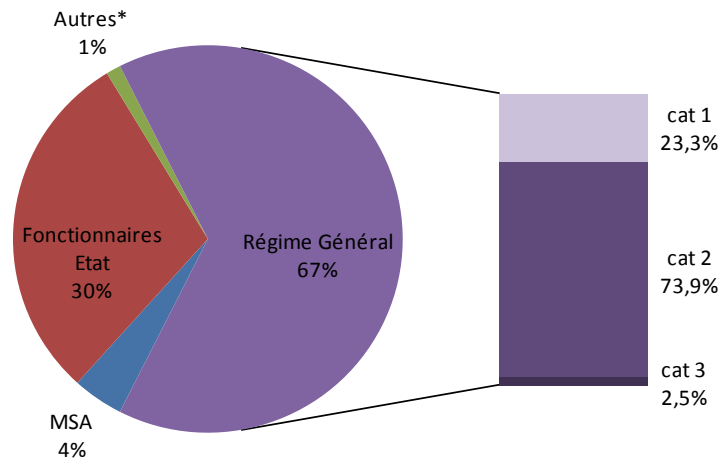
Pour les effectifs de pensionnés d'invalidité, l'indicateur comptabilise les bénéficiaires de moins de 60 ans affichés dans les comptes des différents régimes. Toutefois, ces données peuvent encore comprendre des bénéficiaires retraités (cf. indicateur de cadrage n°2) puisque les invalides de la fonction publique continuent à bénéficier de leur rente d'invalidité après 60 ans. Ces données sont issues de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2013.

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

¹ Pour une description plus détaillée des profils des inaptes, se référer à la fiche éclairage du rapport CCSS de septembre 2014 sur le sujet.

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

Répartition des pensionnés d'invalidité en 2013, par régime

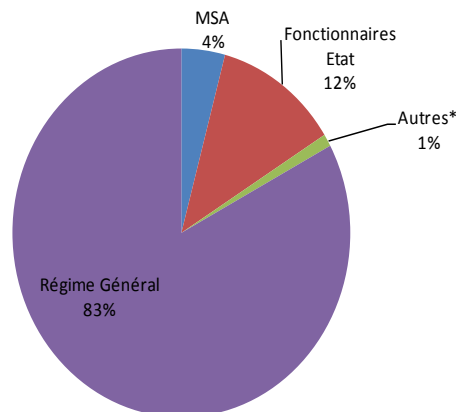


Source : CNAMTS et CCSS septembre 2014. * La liste des régimes pris en compte est détaillée en précisions méthodologiques

En 2013, on dénombre 933 000 pensionnés d'invalidité, tous régimes confondus. Ce nombre ne tient pas compte, pour l'ensemble des régimes, des bénéficiaires d'invalidité partis à la retraite.

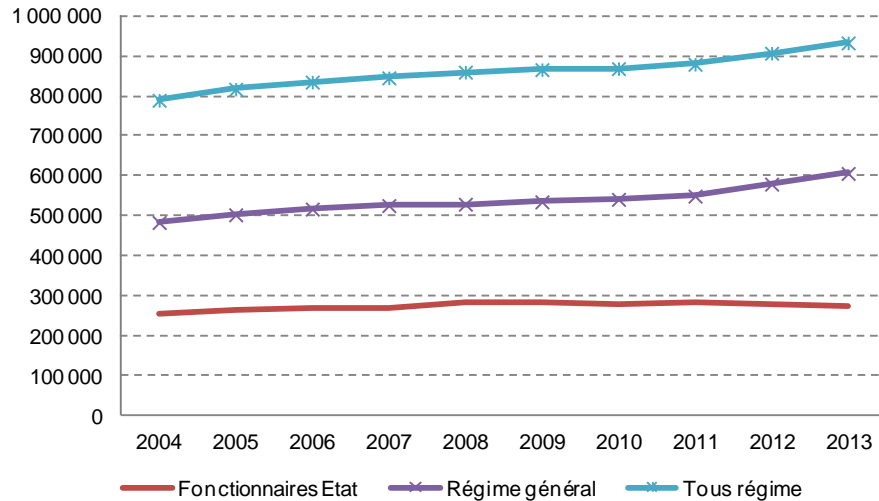
Le régime général compte à lui seul près de 607 000 invalides, soit 65% des bénéficiaires. Au sein de ce régime, on distingue trois principales catégories de pensions en fonction du degré d'invalidité de la personne (cf. définition de ces différentes catégories en précisions méthodologiques). La 1^{re} catégorie, correspondant aux personnes les plus valides, constitue 24% de l'ensemble des invalides en 2013. Les 2^e et 3^e catégories comptent pour respectivement 74% et 2% du total des invalides.

Répartition des dépenses d'invalidité en 2013, par régime



Source : CNAMTS et CCSS septembre 2014. * La liste des régimes pris en compte est détaillée en précisions méthodologiques

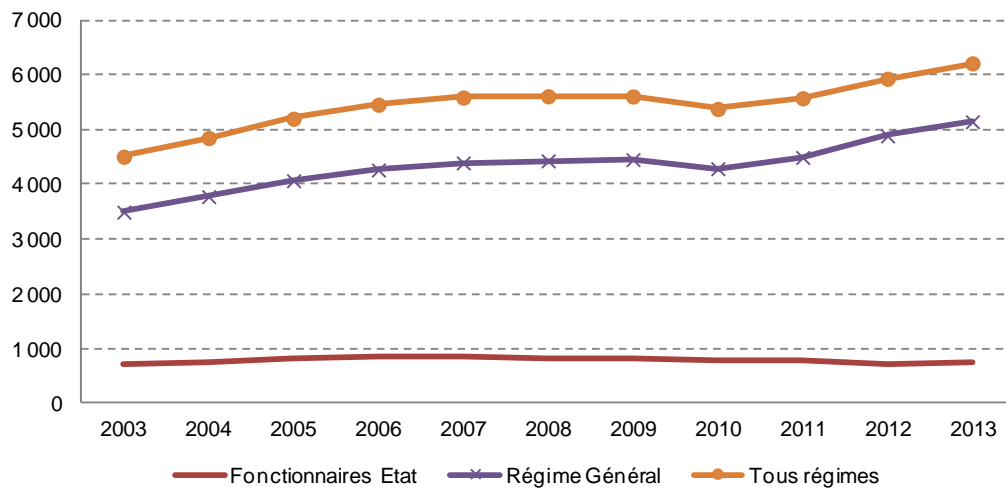
Les dépenses totales d'invalidité tous régimes s'élèvent à 6,2 Md€ en 2013. Les dépenses du régime général représentent 83% du total, contre 12% pour les régimes de la fonction publique et 5% pour l'ensemble des autres régimes (MSA et autres régimes spéciaux). La faible part des régimes de la fonction publique résulte de différences de règles d'admission en invalidité entre ces régimes et le régime général.

Évolution des effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité, sur la période 2003-2013

Source : CNAMTS, Drees et CCSS septembre 2014, calcul DSS

Les effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité, tous régimes confondus, ont progressé de 1,9% par an, en moyenne, sur la période 2004-2013. Le nombre de pensionnés du régime général a augmenté plus rapidement que celui des autres régimes (+2,5% par an en moyenne pour le champ CNAMTS).

Au régime général, le nombre de pensionnés d'invalidité est passé d'environ 484 000 à plus de 606 000 entre 2004 et 2013, soit une augmentation de 25%. L'âge moyen de cette population se situe autour de 52 ans (52,3 au régime général). 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 confondus.

Évolution des dépenses d'invalidité, sur la période 2003-2013, en M€ courants

Source : CCSS septembre 2014

Les dépenses d'invalidité, tous régimes confondus, ont progressé de 3,26% par an, en moyenne, sur la période 2003 - 2013. Les dépenses du régime général ont augmenté un peu plus rapidement que celles des autres régimes (+3,95% par an en moyenne pour le champ CNAMTS). Les dépenses d'invalidité du régime agricole ont progressé plus lentement, au rythme de 1% par an en moyenne, sur la période 2003-2013.

Concernant le régime général, à compter de 2011, la réforme des retraites de 2010 contribue à la hausse des prestations d'invalidité, le recul de l'âge de départ se traduisant par un allongement de la durée en invalidité (cf. fiche 9-4 du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2012).

Précisions méthodologiques

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 et de la Drees 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^{er} juillet de chaque année pour les autres régimes (données issues des régimes).

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

- 1^{re} catégorie : « invalides capables d'exercer une activité rémunérée » ; le montant de leur pension est égal à 30 % du salaire annuel moyen de base ;
- 2^e catégorie : « invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque » ; le montant de leur pension est égal à 50% du salaire annuel moyen de base ;
- 3^{ème} 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) ;
- le régime des Industries électriques et gazières (IEG) ;
- la SNCF ;
- la RATP ;
- l'Établissement National des Invalides de la Marine (ENIM) ;
- la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) ;
- la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) ;
- la Banque de France ;
- la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP).

Le calcul des effectifs de pensionnés ne comptabilise que les bénéficiaires de moins de 60 ans estimés par différents régimes. Les montants de dépenses correspondent à ceux du compte « prestations légales invalidité » (65 116) de la branche maladie de l'ensemble des régimes étudiés. Ils concernent les dépenses d'invalidité agrégées : pensions et allocations supplémentaires (qui font l'objet d'un indicateur spécifique, cf. indicateur « objectifs/résultats » n°1-1).

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 : Évolution et répartition du nombre de bénéficiaires de l'APA

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), entrée en vigueur le 1^{er} 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. les précisions méthodologiques).

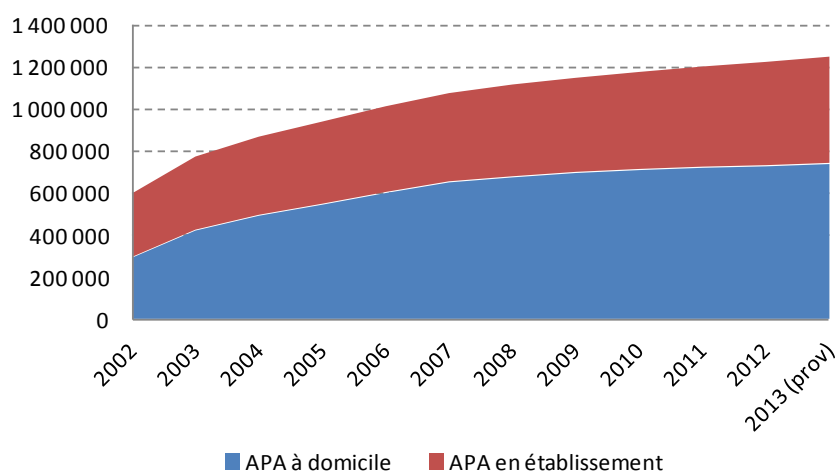
En décembre 2013, 1,24 millions de personnes âgées dépendantes bénéficient de l'APA, soit une augmentation de 2% depuis 2012. Parmi ces bénéficiaires, 60% vivent à domicile et 40% en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Depuis sa création, l'APA a connu des phases de croissance différentes (cf. graphique ci-dessous) :

- jusqu'à fin 2004, le nombre de bénéficiaires de l'APA a connu une très forte croissance, caractéristique d'une phase de montée en charge d'une prestation ;
- de 2005 à 2009, la croissance a ralenti, mais demeure nettement supérieure à celle de la population âgée de plus de 60 ans (ainsi qu'à celle de la population âgée de plus de 75 ans), ce qui semble indiquer que la montée en charge de l'APA a été de fait très progressive, notamment à domicile ;
- depuis 2009, l'infléchissement de la croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA se confirme.

La montée en charge de l'APA en établissement a été plus rapide que celle à domicile au moment de la mise en place de la prestation. Ceci pourrait s'expliquer par une volonté de prendre en charge rapidement les personnes les plus dépendantes qui nécessitent 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. Puis, jusqu'à fin 2009, la croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a été nettement plus dynamique que celle des bénéficiaires de l'APA en établissement (respectivement +28% et +15% de 2005 à 2009). Depuis fin 2009, le taux de croissance annuel de l'APA à domicile est plus faible que celui de l'APA en établissement, ce dernier étant pour partie soutenu par le passage sous dotation globale dépendance d'établissements d'hébergement pour personnes âgées. Fin 2013, 742 000 personnes bénéficient de l'APA à domicile et 507 000 en établissement, soit respectivement 1,6% et 2,9% de plus qu'en 2012.

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA au 31 décembre, par type d'hébergement, de 2002 à 2013

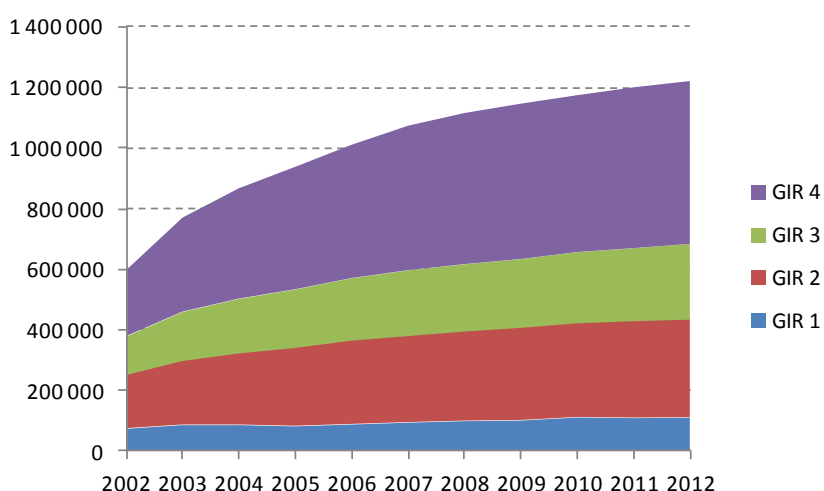


Source : Drees, enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale, 2002-2013, données 2013 provisoires (septembre 2014)
Champ : France métropolitaine et DOM

Deux éléments peuvent expliquer l'évolution des structures par GIR, dans les années suivant la création de l'APA. D'une part, le maintien à domicile encouragé par les pouvoirs publics (cf. indicateur « objectifs/résultats » n°3-3) semble particulièrement adapté pour les personnes en GIR 4, lesquelles représentent 58% des bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2013. D'autre part, il est probable que beaucoup de bénéficiaires potentiels ainsi que leurs familles n'aient que progressivement réalisé que la nouvelle prestation permettait une prise en charge des « dépendances modérées » (GIR 4), alors que la prestation précédente, la PSD, était limitée aux GIR 1 à 3.

Depuis 2006, la structure des bénéficiaires par GIR est stable. En 2012, 9% des bénéficiaires de l'APA sont évalués en GIR1, 27% en GIR2, 20% en GIR3 et 44% en GIR4.

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA au 31 décembre, par GIR, de 2002 à 2012

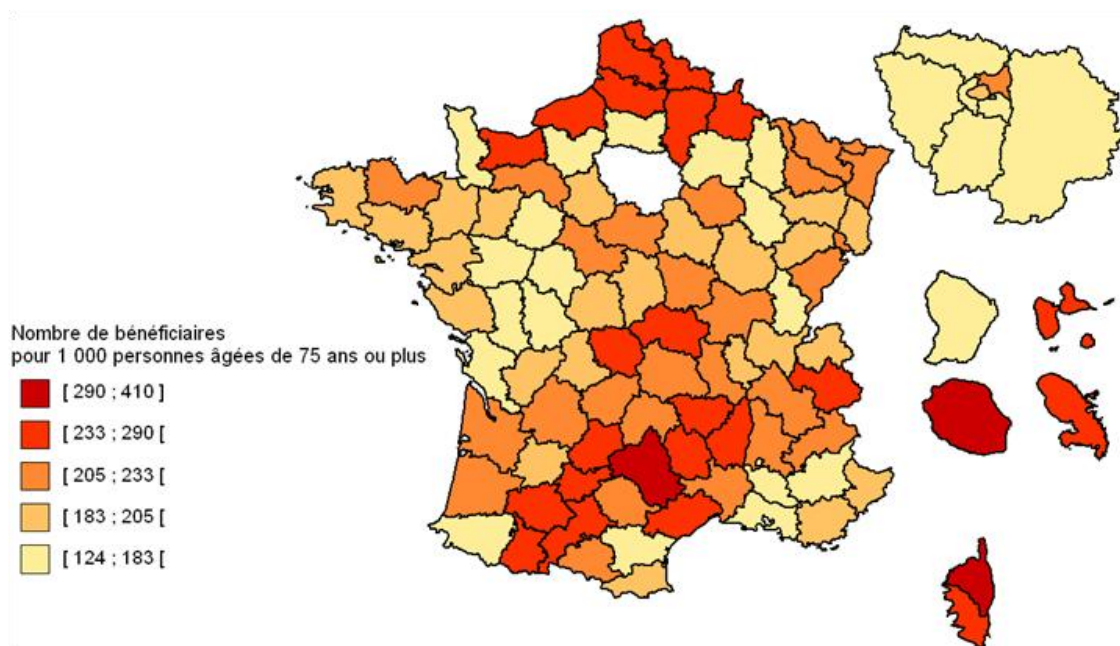


Source : DREES, enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale, 2002-2012, données 2013 estimées et provisoires (septembre 2014).

Champ : France métropolitaine et DOM

Près de 90% des bénéficiaires de l'APA ont 75 ans ou plus. Sur le territoire, le taux des bénéficiaires de l'APA (total des bénéficiaires de l'APA rapporté, pour chaque département, à la population des personnes âgées de 75 ans et plus) est variable d'un département à l'autre, comme l'illustre la carte ci-après. Il est nettement plus élevé dans les départements les plus au nord de la France ainsi que dans certains départements du centre sud ou encore en Corse. Différents facteurs peuvent l'expliquer, tels que : le niveau des ressources individuelles (l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, toutefois, une participation financière pouvant aller jusqu'à 90% du plan d'aide reste à la charge des bénéficiaires lorsque leurs ressources sont supérieures à un plafond), l'hétérogénéité de l'état de santé par département, ou le plus ou moins grand isolement des personnes.

Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, en décembre 2012.



Sources : DREES, enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale 2012
INSEE, estimations de population au 01/01/2013, arrêtées en janvier 2014

Précisions méthodologiques

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

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

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

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

Les données APA citées sont issues de l'enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale réalisée par la DREES auprès des conseils généraux. Les données portant sur le mois de décembre 2013 sont des données provisoires, en partie estimées.

Pour l'élaboration de la carte, le nombre de bénéficiaires de l'APA a été rapporté à l'effectif des personnes âgées de 75 ans et plus au 1^{er} janvier 2013 (données arrêtées en janvier 2014).

Pour plus de précisions sur l'allocation personnalisée d'autonomie, se référer, sur le site de la DREES, à :

- Études et Résultats « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2013 », à paraître en octobre 2014
- Document de travail, série statistiques, n°187, avril 2014, « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2012 ».

Indicateur n°4 : Bénéficiaires des prestations de la PCH, de l'ACTP, de l'AEEH**Sous-indicateur n°4-1 : Évolution et répartition du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP**

La prestation de compensation du handicap (PCH), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, est une aide personnalisée visant à financer les besoins de compensation des personnes handicapées au regard de leur projet de vie. Cette prestation s'adresse aux personnes confrontées à une difficulté absolue ou deux difficultés graves à réaliser au moins une activité parmi les 19 activités du référentiel (annexe 2.5 du CASF). Les altérations de fonction doivent être d'une durée d'au moins un an. Les activités concernées sont définies dans le référentiel et portent sur la mobilité, l'entretien personnel, la communication et les relations avec autrui. Des personnes de plus de 60 ans peuvent bénéficier de cette prestation si elles sont entrées dans ce dispositif avant 60 ans et qu'elles ne choisissent pas d'opter pour l'APA après 60 ans. L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) est attribuée quant à elle, sous condition de ressources, aux personnes dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 %.

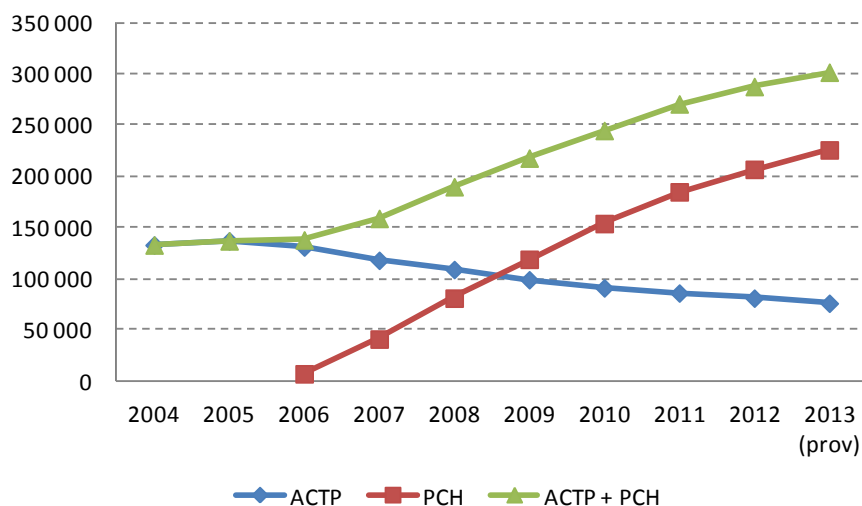
Depuis sa mise en place, la prestation de compensation du handicap a connu une évolution dynamique du nombre de ses bénéficiaires, qui se poursuit encore sur 2013. En décembre 2013, près de 230 000 personnes bénéficient d'un accord pour la PCH en France métropolitaine et dans les DOM, soit une augmentation de 9% des effectifs en un an selon des données provisoires de la DREES. Ces bénéficiaires concernent deux types de populations :

- des personnes qui percevaient auparavant l'allocation l'ACTP et qui ont opté, comme la loi le leur permet, pour la PCH ;
- des personnes qui ont eu des droits ouverts à la PCH sans avoir jamais été bénéficiaires de l'ACTP.

Sur l'année 2012, l'ACTP perd encore 6% de bénéficiaires. Les sorties du dispositifs peuvent correspondre à des personnes optant pour l'APA (pour les plus de 60 ans) ou bien optant pour la PCH, aux décès, ou encore aux personnes ne vérifiant plus les critères d'obtention lors du renouvellement de la prestation.

Au total, le nombre de personnes bénéficiant de la PCH ou de l'ACTP croît de 5% sur 2013.

Les deux allocations ont des critères d'attribution différents. La PCH finance de l'aide en fonction des besoins des personnes, incluant un contrôle d'effectivité. Le montant mensuel maximum de l'ACTP est de 865 euros, l'attribution est possible si la personne touche moins de 800 euro par mois (1 500 euros pour les personnes en couple). De plus, elles ne ciblent pas exactement les mêmes publics (les personnes déficientes auditives ne peuvent prétendre à l'ACTP). Les bénéficiaires de la PCH ont plus souvent des troubles moteurs ou auditifs et ceux à l'ACTP des troubles intellectuels ou psychiques.

Évolution du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP entre 2004 et 2013

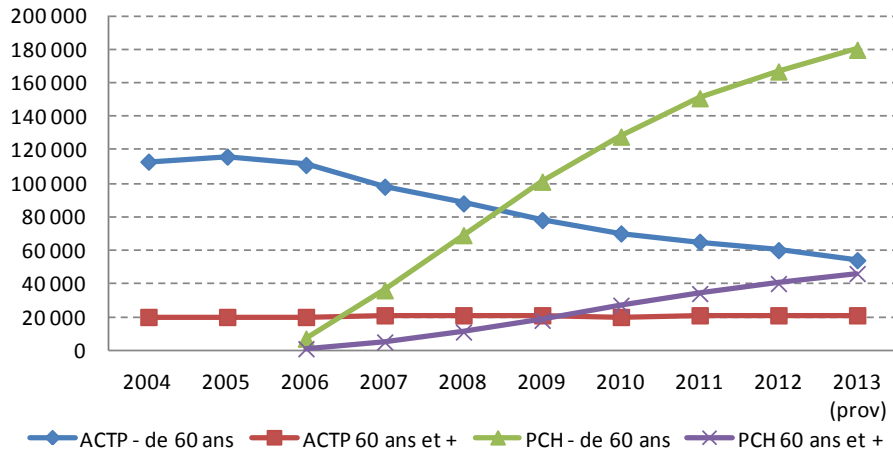
Source : DREES - enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale – données au 31/12 de chaque année – données 2013 provisoires.

Champ : France métropolitaine et DOM, hors Mayotte

La proportion des personnes de 60 ans et plus dans l'ensemble des bénéficiaires de l'ACTP est importante et a tendance à croître depuis 2006. Elle est de 28% au 31 décembre 2012. Comme pour la PCH, les bénéficiaires de l'ACTP peuvent

choisir de conserver cette prestation après 60 ans et de ne pas opter pour l'APA. Les personnes de ces âges sont également bien représentées parmi les bénéficiaires de la PCH (20%).

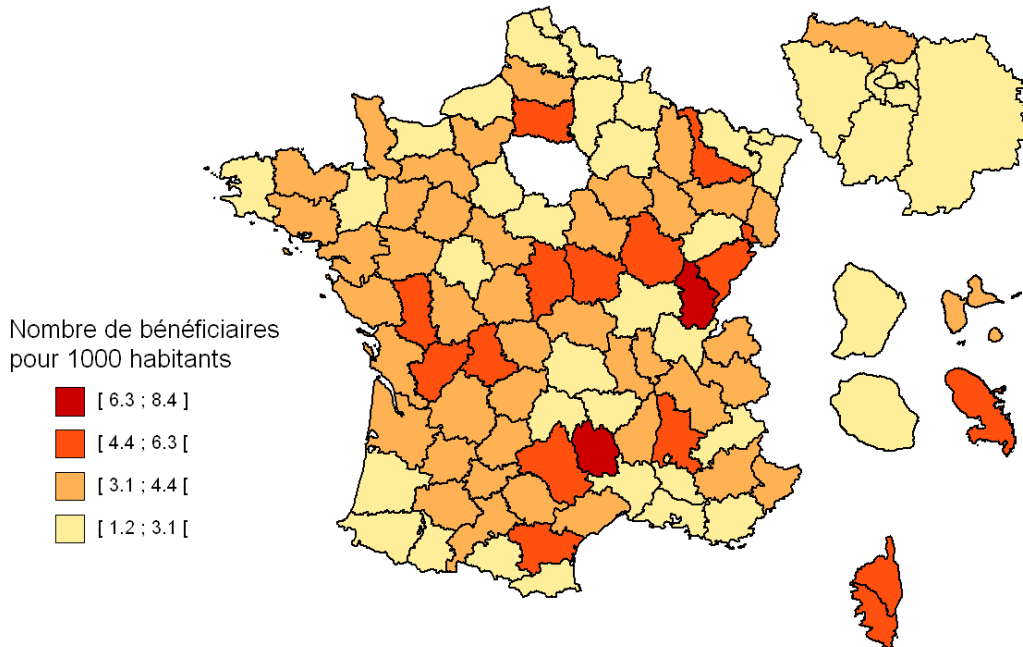
Évolution du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP entre 2004 et 2012, selon l'âge



Source : DREES - enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale
 - données au 31/12 de chaque année
 - données 2013 provisoires.
 Champ : France métropolitaine et DOM, hors Mayotte

La proportion de bénéficiaires de la PCH dans la population totale peut varier d'un département à l'autre, comme l'illustre la carte ci-après.

Nombre de bénéficiaires de la PCH pour 1 000 personnes, au 31 décembre 2012



Sources : DREES - enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2012 ; INSEE - estimations de population au 1er octobre 2013, arrêtées en janvier 2014

Les disparités constatées peuvent être liées à plusieurs facteurs. D'une part, interviennent bien évidemment les caractéristiques des populations vivant sur les territoires, en termes de santé, de critères démographiques, de prévalence du handicap par exemple. D'autre part, dans certains départements, un plus grand nombre de personnes, bénéficiant auparavant de l'ACTP, ont opté pour la PCH. Ainsi, si l'on rapporte pour chaque département le nombre de bénéficiaires de la PCH au nombre de bénéficiaires de l'ACTP, en 2012, le rapport varie de 1 à 9.

Précisions méthodologiques

Créée par la loi du 11 février 2005, et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, la prestation de compensation (PCH) est une aide personnalisée, visant à financer les besoins de compensation des personnes handicapées au regard de leur projet de vie. Il est possible de bénéficier de la prestation à domicile ou en établissement (réduite à 10% dans ce cas). Cette prestation comprend cinq éléments : les aides humaines (élément 1), les aides techniques (élément 2), l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport (élément 3), les charges spécifiques ou exceptionnelles (élément 4), les aides animalières (élément 5).

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

Lorsqu'une personne bénéficiaire de la PCH ou de l'ACTP dépasse les 60 ans, elle peut choisir de conserver cette prestation ou de bénéficier de l'APA lors du renouvellement de ses droits. La PCH a été étendue aux enfants et adolescents handicapés de 0 à 20 ans pour tous les éléments depuis le 1^{er} avril 2008. L'enfant doit bénéficier d'un complément d'AEEH et répondre aux mêmes critères d'éligibilité de la PCH que les adultes. Lorsque l'enfant est éligible à la PCH, les parents peuvent choisir entre le complément d'AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) et la PCH. (cf. indicateur de cadrage n°4-3)

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

- les personnes ayant des droits ouverts pour cette prestation par la commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et les ayant fait valoir auprès du conseil général ou bien bénéficiant d'une procédure d'urgence. Ces personnes peuvent ou non avoir été déjà payées. Le nombre de bénéficiaires est généralement comptabilisé à une date donnée (31 décembre par exemple). En sont exclues les personnes dont les droits sont interrompus avant cette date, suite à décès, déménagement hors du département ou faisant le choix de l'APA par exemple. C'est ce concept qui est retenu dans cet indicateur ;
- les personnes payées au titre de la PCH : ce sont les bénéficiaires qui ont reçu un paiement du conseil général pour au moins un élément de la prestation, sur une période donnée. Le destinataire du versement peut être soit à la personne handicapée elle-même, soit ses représentants légaux, soit directement un service prestataire ou mandataire. C'est le concept retenu dans l'indicateur 1.2 ;
- l'activité de la MDPH : le nombre de demandes déposées auprès de la CDAPH permet de suivre le nombre de décisions prises et le cas échéant le nombre de PCH accordées et la nature de ces besoins de compensation (aide humaine, aide technique, ...).

Pour plus de détails sur la PCH et l'ACTP, se référer, sur le site de la DREES, à :

- Études et Résultats « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2012 » ;
- Document de travail, série statistiques, n° 176, février 2013 « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2011 » ;
- Études et résultats, n°829, janvier 2013 « Évolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012 » ;
- Études et résultats n°819, octobre 2012, « Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap ayant des limitations fonctionnelles physiques : Profils, aides techniques et aménagements du logement ».
- Études et résultats N°772, août 2011 « Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes ».

Sous-indicateur n°4-2 : Contenu de la prestation de compensation du handicap

La prestation de compensation (PCH) possède la particularité d'être composée de cinq éléments : les aides humaines (élément 1), les aides techniques (élément 2), l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport (élément 3), les charges spécifiques ou exceptionnelles (élément 4) et les aides animalières (élément 5). En analysant les décisions relatives à la PCH, prises par la Commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) (cf. sous-indicateur n°4-1), on obtient la composition moyenne du contenu de la prestation en termes de volumes et en termes de montants attribués.

Répartition au sein de la prestation, en nombre d'éléments attribués

Éléments de la PCH	Répartition des éléments de la PCH attribués – en %
Aides humaines	41,9 %
Aides techniques	23,4 %
Aménagement du logement et du véhicule*	16,6 %
Charges spécifiques et exceptionnelles	18,8 %
Aides animalières*	0,2 %

Source CNSA – Chiffres arrondis - Données 2013. Chiffres définitifs

*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.

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

En 2007, les **aides humaines** ont compté pour près de la moitié des éléments attribués (48,3 %). Depuis, elles n'ont cessé de diminuer en proportion jusqu'en 2012, à l'exception d'une augmentation en 2011. L'année 2013 confirme la tendance à la baisse et montre que les aides humaines représentent 41,9% des attributions. Pour mémoire, en 2008, 44,8% des éléments attribués l'étaient au titre de l'aide humaine, 43,3% en 2009, 41,7% en 2010, 43,2% en 2011 et 42,1% en 2012.

Les **aides techniques** comptaient pour un peu plus d'un cinquième (20,8 %) en 2007, elles représentent, en 2013, près d'un quart (23,4%) du total des attributions. La part des aides techniques n'a cessé d'augmenter entre 2007 et 2010 pour représenter jusqu'à 24,2% du total des attributions. Leur part a ensuite diminué en 2011 et 2012, et s'est établie respectivement à 23,1% et 22,7%. L'année 2013 marque à nouveau une augmentation mais la part de l'élément n°3 n'atteint pour autant pas le niveau observé en 2010.

La part des **aménagements du logement, du véhicule et surcoûts de frais de transport** a constamment diminué de 2007 à 2012 : partant de 22,2% en 2007, elle est successivement passée à 18,2% en 2008, 17,2% en 2009, 17% en 2010, 15,4% en 2011 et 2012. L'année 2013 est la première année qui permet d'observer une augmentation de leur part (18,8%).

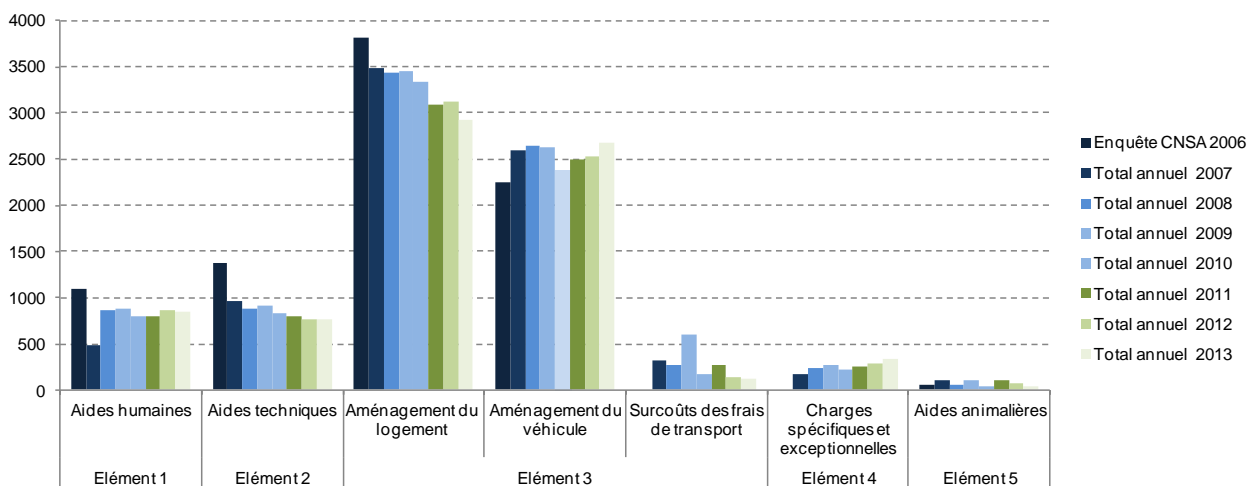
Les **charges spécifiques et exceptionnelles** comptaient en 2007 pour près de 13,1 % du total des attributions accordées par la CDAPH. Leur part n'a cessé d'augmenter depuis 2007 et ce, jusqu'en 2012 : 13,1% en 2007, 12,8% en 2008, 16,1% en 2009, 16,9% en 2010, 17,9% en 2011 et 19,2% en 2012. L'année 2013 est la première année où la part diminue. Les attributions au titre de l'élément n°4 représentent 18,8% en 2013.

Les **aides animalières** constituent une très petite portion du total (0,2 %) reste identique d'une année à l'autre.

Les parts relatives des éléments observées en 2012 sont globalement respectées. L'année 2013 semble-t-il se caractériser par une légère diminution de la part des aides humaines avec une part s'établissant en 2013 à 41,9% (-0,3 point par rapport à l'année précédente), une inversion de la tendance concernant les aides techniques avec une part de l'élément n°2 en augmentation (+0,7 point), une augmentation pour la première fois de la part de l'élément n°3 (des aménagements du logement, du véhicule et surcoûts de frais de transport) et une diminution pour la première fois de la part de l'élément n°4 (charges spécifiques et exceptionnelles).

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

Évolution des montants moyens attribués par la CDAPH par élément de la PCH



Source : CNSA – Chiffres arrondis - Données définitives de l'année 2013. Source déclarative.

Le montant moyen attribué au titre de **l'aide humaine** perd quelques euros en 2013 après avoir augmenté trois années de suite sans toutefois atteindre le niveau de 2010 (794 €). Il atteint 841€ en 2013 (contre 857€ en 2012, 806€ en 2011). Ce montant moyen est versé chaque mois sur toute la période d'attribution.

Le montant moyen attribué au titre des **aides techniques** reste stable en 2013 par rapport à l'année précédente alors qu'une tendance baissière nette était amorcée depuis 2010 : 773 € en 2013 (contre 769€ en 2012). Les montants de ces deux dernières années sont les plus faibles montants observés depuis 2007. Les aides techniques sont attribuées en un seul versement.

Le montant moyen d'un **aménagement de logement** diminue fortement en 2013 (2 921€) après qu'une augmentation en 2012 (3125€) ait été observée. Il renoue avec la tendance observée depuis 2007.

A l'inverse, le montant moyen d'un **aménagement du véhicule** poursuit sa tendance à la hausse, débutée en 2010. En 2013, le montant moyen d'un aménagement du véhicule déclaré est évalué à 2 679€ contre 2 532 € en 2012, 2 498€ en 2011 et 2 381 € en 2010. Il n'a jamais été aussi élevé (2 639€ en 2008). Ces deux aides sont également attribuées en un seul versement.

Le montant moyen relatif aux aides liées aux **surcoûts des frais de transport** diminue légèrement en 2013 après une forte baisse observée en 2012 : 130€ en moyenne en 2013 contre 142€ en 2012, 265€ en 2011 et 166€ en 2010 (le montant moyen était égal à 593 € en 2009). Il s'agit là de dépenses répétitives.

Le montant moyen attribué pour les **charges spécifiques et exceptionnelles** poursuit la tendance à la hausse et atteint un maximum (338€).

Le montant moyen attribué au titre de l'élément n°5 (**aides animales**) atteint 47€ en moyenne. Ce montant tient compte des attributions ponctuelles (attribution en un seul versement de 3000 euros maximum) ou mensualisées (un versement de 50 euros au maximum par mois pour un total n'excédant pas 3000 euros sur la totalité de la durée d'attribution de l'aide).

Précisions méthodologiques

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 l'activité des Maisons départementales des personnes handicapées est envoyé par la CNSA à chacune d'entre elles (101 MDPH). Ce questionnaire vise à recueillir des éléments de suivi d'activité des MDPH et de suivre spécifiquement la montée en charge de la prestation de compensation, en termes de demandes reçues, de décisions prises par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et de contenu (ventilation des éléments accordés).

Le nombre de MDPH répondant au questionnaire est passé de 72 en 2006 à 97 en 2012. Les résultats d'activité sont déclaratifs et redressés par la CNSA des données de population des départements, France entière.

Sous-indicateur n°4-3 : Nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) par complément

Le suivi du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) a vocation à informer 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^{er} 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 si l'enfant répond aux critères d'éligibilité de la PCH. Une majoration pour parents isolés, créée en 2005, peut être versée, depuis le 1^{er} janvier 2006, aux familles monoparentales allocataires.

Nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AEEH et nombre de familles concernées

	2005*	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AEEH de base seule**	75 270	84 900	83 200	88 250	93 313	99 435	108 310	132 010	143 228
base + complément 1	6 900	7 025	6 500	6 350	6 100	6 428	6 780	7 290	7 402
base + complément 2	23 200	22 400	22 900	24 450	26 080	27 627	29 080	32 320	33 595
base + complément 3	13 540	12 750	12 700	13 300	13 240	13 370	13 590	14 380	14 409
base + complément 4	12 170	11 800	10 850	11 050	10 367	10 392	10 300	11 250	10 984
base + complément 5	1 700	1 600	1 550	1 550	1 470	1 419	1 430	1 600	1 606
base + complément 6	4 510	4 050	3 900	3 600	3 176	2 819	2 470	2 570	2 372
Allocation avec majoration de parent isolé (MPI)									
au titre du complément 2	-	4 400	4 950	5 500	6 164	6 518	7 030	7 780	8 263
au titre du complément 3	-	2 400	2 750	3 100	3 244	3 420	3 420	3 520	3 580
au titre du complément 4	-	2 200	2 450	2 650	2 663	2 537	2 580	2 690	2 763
au titre du complément 5	-	350	400	400	379	357	365	400	431
au titre du complément 6	-	850	900	950	829	715	620	580	580
AEEH de base avec PCH (y compris MPI)**		-	-	350	2 300	4 514	5 850	nd	nd
Allocation avec complément, ancienne législation	80	25	1	-	-	-	-	-	-
Total enfants	137 400	154 750	153 050	161 500	169 400	179 551	191 825	216 390	229 213
% évolution annuelle	9,0%	12,6%	-1,1%	5,5%	4,9%	6,0%	6,8%	12,8%	5,90%
Total familles	131 550	147 350	145 500	153 050	160 320	169 470	181 760	203 973	215 585

Source : Données CNAF (données au 31 décembre 2013, chiffres arrondis). *Avant 2006 les enfants vivant en institution et percevant l'AEEH lors de leur retour au foyer des parents étaient inclus dans le dénombrement des bénéficiaires de l'AEEH. Ce n'est plus le cas depuis. **A compter de décembre 2012, les effectifs des bénéficiaires de l'AEEH avec un complément ayant fait le choix de la PCH n'est plus disponible et sont inclus dans les bénéficiaires de l'AEEH. Note : une famille peut compter plusieurs enfants handicapés.

Le nombre de bénéficiaires de l'AEEH a fortement augmenté sur la période 2005-2013 (+ 67%, soit +6,6% en moyenne annuelle). Cette progression est particulièrement marquée entre 2005 et 2006 (13%). Cependant, elle 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 des parents n'étaient pas inclus dans le total des bénéficiaires. 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. Sans l'intégration de 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 près de 6% entre 2012 et 2013, contre 13% l'année dernière.

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 38% des enfants bénéficient des compléments. L'attribution du complément de catégorie 1 (11% des enfants bénéficiaires de compléments en 2013) 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 personne ou parent, il peut recevoir un complément de type 2 à 4 (c'est le cas de respectivement 40%, 20% et 16% des bénéficiaires de compléments en 2013). Les compléments 5 et 6 sont accordés quand l'enfant a besoin de recourir à une personne à temps plein (environ 5 % des enfants bénéficiaires des compléments 5 et 6 en 2013). Depuis le 1^{er} 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. En 2011, environ 5 860 enfants ont fait le choix de la PCH, soit 6% des bénéficiaires des compléments d'AEEH. À compter de décembre 2012, la ventilation des bénéficiaires de l'AEEH avec un complément ayant fait le choix de la PCH n'est plus détaillée par la CNAF. En effet, les CAF ne sont pas toujours informées du choix de l'allocataire.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les personnes assumant seules la charge d'un enfant handicapé et étant éligibles à l'AEEH et un complément attribué pour tierce personne peuvent bénéficier d'une majoration spécifique pour parent isolé. Ces décisions ont concerné 7,3% des enfants bénéficiaires de l'AEEH en 2012.

Les montants de l'allocation de base de l'AEEH, de ses compléments et de la majoration parent isolé sont calculés comme suit :

	AEEH		Majoration parent isolé	
	en % de la BMAF ⁽¹⁾	Montant mensuel au 01/04/2013	en % de la BMAF ⁽¹⁾	Montant mensuel au 01/04/2013
Allocation de base	32% BMAF	129,99 €	-	-
Complément 1	24% BMAF	97,49 €	-	-
Complément 2	65% BMAF	264,04 €	13% BMAF	52,81 €
Complément 3	92% BMAF	373,71 €	18% BMAF	73,12 €
Complément 4	142,57% BMAF	579,13 €	57% BMAF	231,54 €
Complément 5	182,21% BMAF	740,16 €	73% BMAF	296,53 €
Complément 6	MTP (2)	1 103,08 €	107% BMAF	434,64 €

Source : Données CNAF (barème au 01/04/2014). (1) La BMAF est la base mensuelle de calcul des allocations familiales qui sert à fixer le montant des prestations familiales, elle est fixée à 406,21€ au 01/04/2014 ; (2) Majoration pour tierce personne ; Note de lecture : Un parent élevant seul son enfant handicapé bénéficiant d'un complément de type 4 percevra 129,99+580,88+231,54=942,41 € mensuels.

Précisions méthodologiques

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.

Les données de bénéficiaires présentées dans cet indicateur sont issues de la CNAF et couvrent l'ensemble des régimes de sécurité sociale à l'exception des régimes agricoles sur le champ France entière. Les commissions des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap (CDAPH) au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont en charge des décisions d'attribution de l'AEEH, de ses compléments et de la PCH. Les CAF interviennent ensuite pour le versement de l'AEEH auprès des familles. La PCH est versée par le conseil général.

Indicateur n°5 : Dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées et répartition par financeur

Dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes	Montants 2013 (millions €)
État	1 132
Programme Handicap et dépendance	1 132
Personnes âgées	43
Aides au logement	430*
Exonération fiscales	660
CNSA	2 881
Etablissements et services	920
APA (transfert aux départements)	1 729
Plan d'aide à la modernisation des établissements	211
Animations, prévention et études	3
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	18
Autres actions (congrés soutien familial)	0
Sécurité sociale	11 168
Assurance maladie (nette des transferts CNSA)	9 392
<i>ONDAM personnes âgées</i>	8 388
<i>USLD</i>	1 004
Assurance vieillesse (Action sociale pers. âgées)	740
Exonération de cotisations sociales pour emplois à domicile	1 036
Départements (dépenses nettes des transferts CNSA)	6 016
APA (domicile + établissements) net des transferts CNSA	3 691
Aide sociale en établissement hors APA, ACTP et PCH (dont aide sociale à l'hébergement)	2 244*
Aide sociale à domicile hors APA, ACTP et PCH (dont aide ménagère)	81*
Total Personnes âgées	21 197

Source : DSS, DGCS, DGFIP, DREES, CNSA et AGEFIPH - chiffres arrondis * données 2012.

Les dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées se sont élevées à plus de 59 milliards d'euros en 2013 dont plus de 21 milliards en faveur des personnes âgées et environ 38 milliards pour les personnes handicapées. Cette somme est prise en charge pour presque la moitié (46%) par la sécurité sociale au titre de la protection contre les risques sociaux communs à l'ensemble de la population. La majorité des prestations qu'elle verse est constituée de dépenses d'assurance maladie (95% pour les personnes handicapées et 84% pour les personnes âgées). S'agissant de ces dernières, elles bénéficient par ailleurs d'aides financières au titre de l'action sociale des caisses (650 M€ en 2010 d'après le rapport du groupe 4 sur la dépendance). Des exonérations de cotisations pour l'emploi des personnes à domicile sont estimées à plus de 1 Md€ en faveur des personnes âgées dépendantes. Elles n'ont pas pu être estimées pour les personnes handicapées.

L'État prend à sa charge respectivement 2% et 24% de l'ensemble des dépenses en faveur des personnes âgées et handicapées. Ces dépenses comprennent non seulement les crédits inscrits au programme « Handicap et dépendance », mais également le coût des pensions militaires d'invalidité, des crédits relatifs à l'accompagnement scolaire des enfants handicapés et aux aides aux ateliers protégés des programmes « Vie scolaire » et « Accès et retour à l'emploi ».

Dépenses en faveur des personnes handicapées	Montants 2013 (millions €)
État	14 194
Programme Handicap et dépendance	12 338
<i>Évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées</i>	65
<i>(dont contribution au fonctionnement des MDPH, etc.)</i>	
<i>Incitation à l'activité professionnelle (dont GRTH, ESAT, etc.)</i>	2 682
<i>Ressources d'existence (dont AAH, FSI, etc.)</i>	9 566
<i>Compensation des conséquences du handicap</i>	22
<i>(dont instituts nationaux, fonds de compensation aux MDPH, FIAH, etc.)</i>	
<i>Pilotage du programme</i>	3
Hors programme Handicap et dépendance	1 856
<i>Pensions militaires d'invalidité</i>	987
<i>Prog. Vie de l'élève-action élèves handicapés</i>	579
<i>Prog. Accès et retour à l'emploi (Aide au poste)</i>	290
CNSA	989
Établissements et services	288
PCH + MDPH (transfert aux départements)	609
Majoration AEEH (CNAF)	0
Plan d'aide à la modernisation des établissements	79
Animation, préventions et études	4
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	4
Autres actions (STAPS+étudiants+congés soutien familial)	5
AGEFIPH	442
Sécurité sociale	15 824
Assurance maladie (nette des transferts CNSA)	14 977
<i>ONDAM personnes handicapées</i>	8 736
<i>Pensions invalidité</i>	6 217
<i>Action sociale</i>	20
CNAF (AEEH et allocation de présence parentale)	847
Départements (dépenses nettes des transferts CNSA)	6 280
Frais d'hébergement en établissement	4 890
ACTP + PCH, net des transferts CNSA	1 399
Total Personnes handicapées	37 737

Source : DSS, DGCS, DGFIP, DREES, CNSA et AGEFIPH, chiffres arrondis.

Les dépenses des départements représentent environ 21% des dépenses totales (26% sur le champ des personnes âgées et 17% pour les personnes handicapées). Elles s'expliquent par les lois de décentralisation du début des années quatre-vingt, qui ont donné aux départements des compétences accrues en matière d'aide sociale, notamment pour la population âgée et handicapée (gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie, de l'ACTP, de la PCH...).

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public créé en 2004, compte pour 7% de l'ensemble des dépenses de protection sociale afférentes aux personnes âgées et handicapées. La part de cette caisse, qui joue un rôle de pilotage des prestations destinées aux personnes âgées et handicapées, est stable (elle était également de 7% en 2010). Les dépenses de la CNSA devraient s'accroître au fur et à mesure de la montée en charge des dépenses relatives au financement des établissements sociaux et médico-sociaux, y compris les plans d'aide de modernisation. À cela s'ajoutent les dépenses relatives à la prestation de compensation du handicap (PCH) qui progresse encore rapidement (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 4-2).

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 à hauteur de 1% des dépenses totales.

Le périmètre des dépenses destinées aux personnes âgées n'incluent pas ici les dépenses de santé (dépenses hospitalières et dépenses soins de ville) bien qu'elles figurent dans différents rapports publiés dans le cadre des travaux sur la réforme de la dépendance. Ainsi, dans le rapport du groupe « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » présidé par Bertrand Fragonard en 2011, ces dépenses représentent environ 5 Md€ pour la sécurité sociale en 2010. D'autres écarts avec les chiffres des rapports publics sur la dépendance concernent les dépenses d'assurance maladie et les charges de la CNSA qui ont fait l'objet de révisions depuis la publication de ces rapports.

Précisions méthodologiques

Les sommes allouées à la protection sociale des personnes handicapées et âgées dépendantes qui apparaissent dans les tableaux ci-dessus sont extraites des documents comptables des différents organismes concernés, à l'exception des dépenses d'aide sociale à l'hébergement, et d'aide ménagère des départements qui proviennent de l'enquête « Aide Sociale » menée par la DREES.

Par ailleurs, les montants des dépenses globales d'APA et de PCH des départements proviennent de la CNSA et de la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sur la base des données comptables des départements.

Les aides au logement et les exonérations fiscales prises en charge par l'État ont été estimées en faisant évoluer les dépenses de 2011 au même rythme que les dépenses d'APA. Suite à la modification du plan de compte (instruction comptable M52) appliqué par les départements, le montant des frais d'hébergement en établissement des personnes handicapés correspond aux dépenses du compte 65 242 : frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés.

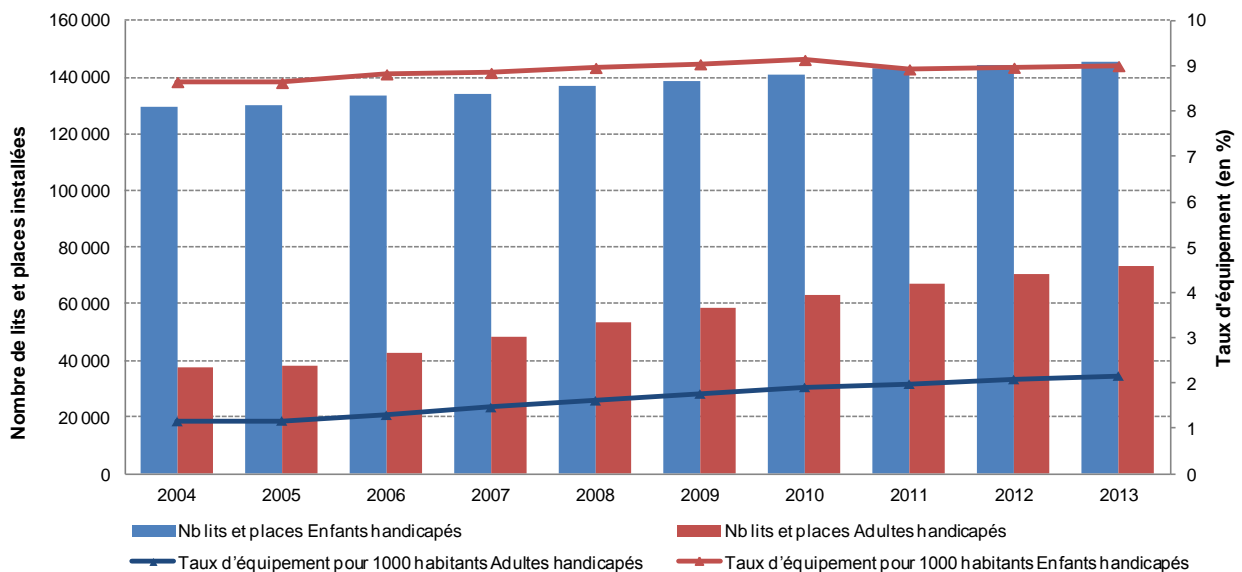
La catégorie « Autres actions » figurant dans les dépenses de la CNSA inclut les dépenses liées à l'animation, la prévention et les études, les dépenses de modernisation, de professionnalisation et de formation et les dépenses liées aux congés de soutien familial. Pour les personnes handicapées, figurent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

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 *supra*.

Il n'est pas aisé d'identifier les dépenses d'actions sociales de la CNAMTS en faveur uniquement des personnes âgées et handicapées. Ont été retenues 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). Toutefois, d'autres dépenses d'actions sociales de la CNAMTS ont pu être au bénéfice des personnes âgées ou handicapées (par exemple, dans le cadre des aides financières individuelles ou encore des subventions à des associations...) sans que celles-ci ne soient clairement identifiables. A noter que le FIAH est le fonds interministériel pour l'accessibilité aux personnes handicapées.

Indicateur n°6 : Offre d'équipements et de services en faveur des adultes et des enfants handicapés

**Nombre de places installées entre 2004 et 2013
et taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux**



Source : DREES-ARS-DRJSCS, FINESS, pour données 2003, 2004 et 2005, DREES pour données 2006 (enquête ES), CNSA pour données 2007-2013 (FINESS).

Champ : France métropolitaine.

Sur l'ensemble de la période 2004-2013, le nombre de places installées en France métropolitaine a augmenté avec un taux annuel de croissance moyen de +7,7% pour les adultes et +1,3% pour les enfants. Entre 2012 et 2013, le secteur des adultes enregistre une progression soutenue (+3,5%). Concernant les enfants handicapés, le développement des places en établissements et services reste toujours modéré (+0,7%). Cette évolution contrastée entre les deux secteurs s'explique par une politique offensive de l'offre médico-sociale à destination des adultes handicapés, compte tenu du retard en termes de nombre de places par rapport aux enfants et de la constance des situations de jeunes en maintien inadapté (« amendements Creton »).

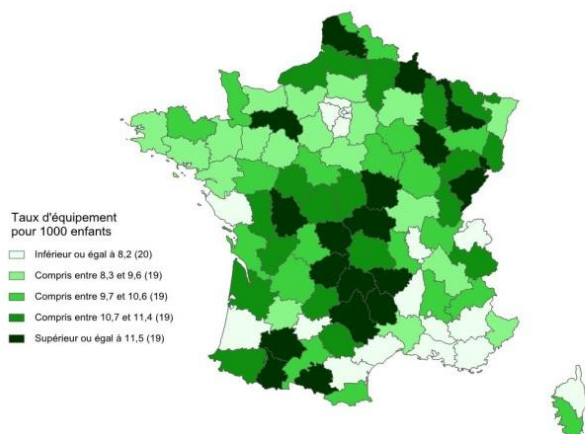
Le programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées (2008-2012) prévoyait ainsi la création de 12 250 places pour les enfants et 29 200 pour les adultes (auxquelles s'ajoutent 10 000 places d'établissements et services d'aides par le travail financées sur crédits d'Etat) soit 41 450 places. Au total 30 076 places nouvelles étaient autorisées fin 2013. Ce programme continuera donc de produire des effets jusqu'en 2016.

On observe en 2013 une évolution soutenue de la capacité en institution de +4,1% sur les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil spécialisés (FAM) par rapport à 2012, institutions qui représentent plus des deux tiers de la capacité du secteur PH. On constate aussi un développement continu sur les deux secteurs de l'offre de services pour les adultes : +3,8% pour les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et +2,9% pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) comme pour les enfants (+2,6% de services d'éducation spécialisée et de soins à domicile, SESSAD).

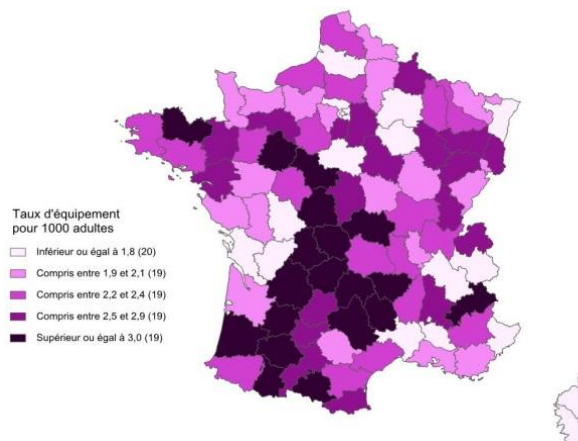
Depuis 2004, l'augmentation du taux d'équipement est donc plus importante sur le secteur des adultes (+1,0 point, portant le taux d'équipement moyen à 2,2 places pour 1 000 adultes) que sur le secteur des enfants (+0,4 point, le taux d'équipement atteignant 9,0 places pour 1 000 enfants). Par ailleurs, la quasi-totalité des régions ont vu leur taux d'équipement progresser (près de 100% des régions métropolitaines sur le secteur enfants et 19 régions métropolitaines sur 22 pour les adultes).

Taux d'équipement en établissement et services médico-sociaux, par département, en 2013

Enfants handicapés



Adultes handicapés



Source : CNSA

Sur le secteur des enfants handicapés, 14 départements ont vu leur taux d'équipement baisser par rapport à 2004 ; plus de la moitié de ces départements présentent néanmoins en 2013 un taux d'équipement supérieur à la moyenne. Ce phénomène de diminution du taux d'équipement peut avoir plusieurs explications : une plus faible progression de l'offre couplée à une démographie particulièrement dynamique dans certains départements, des opérations de création de places en internat (plus chères et donc moins nombreuses mais répondant à des besoins spécifiques), ou enfin la réduction progressive des places occupées par des enfants en provenance d'autres régions qui ont désormais la capacité d'offrir une solution à proximité du domicile de leurs ressortissants.

L'analyse des disparités d'offre de services est traitée dans l'indicateur « objectifs/résultats » n°2-2.

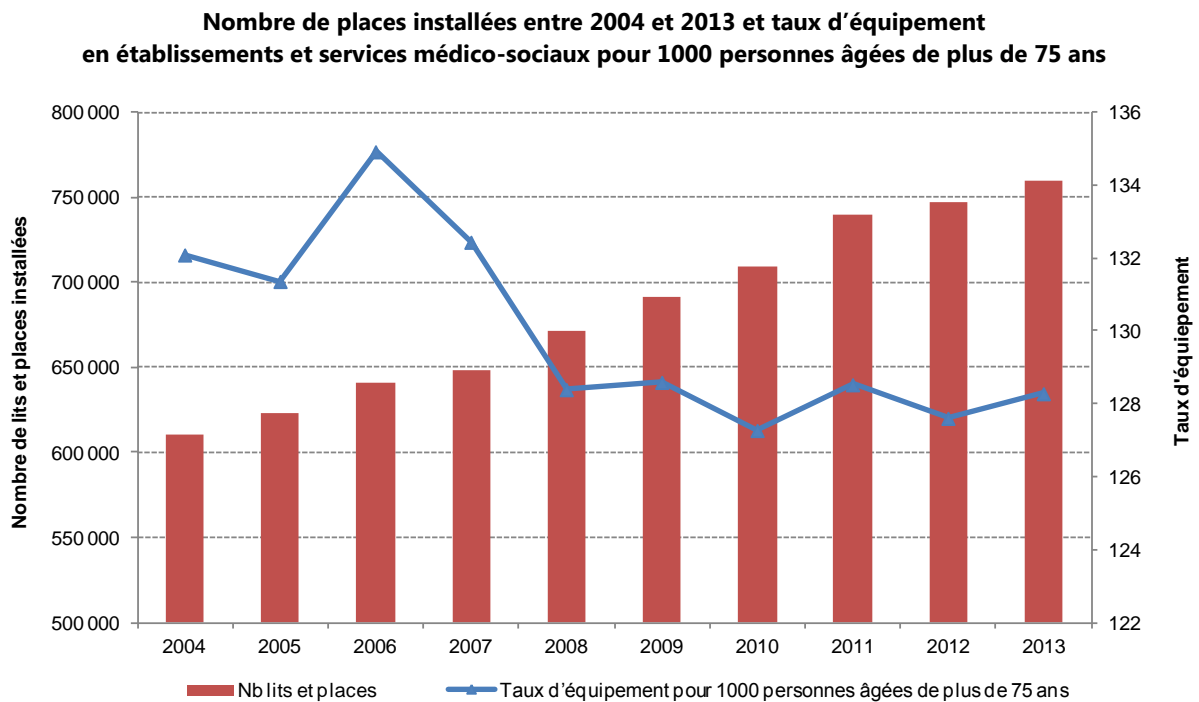
Précisions méthodologiques

Les lits ou places pris en compte concernent les structures bénéficiant d'un financement total ou partiel de l'assurance maladie :

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

Les taux d'équipement départementaux sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population estimée par tranche d'âge (0 - 19 ans pour les enfants et 20 - 59 ans pour les adultes), pour chaque année (estimation INSEE au 14 janvier 2014), multiplié par 1 000 habitants.

Indicateur n°7 : Offre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées



Source : DREES-ARS-DRJSCS, FINESS, pour données 2003, 2004 et 2005, DREES pour données 2006(enquête ES), CNSA pour données 2007-2013 (FINESS).

Champ : France métropolitaine.

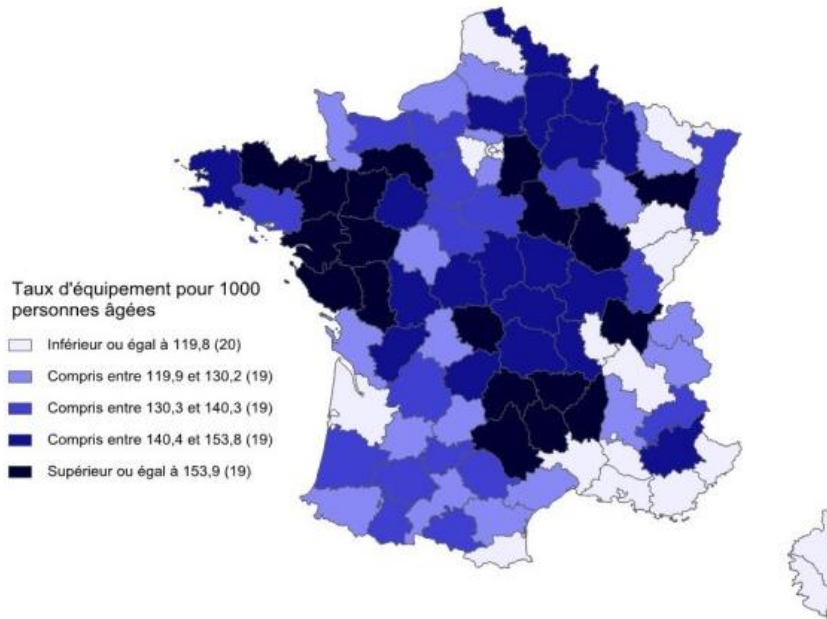
En 2013, le nombre de places en établissements et services pour personnes âgées a connu un rythme de progression de +1,7%, inférieur au rythme annuel moyen observé depuis 2004 (+2,5%). Au total 760 000 lits et places sont installés à fin 2013 pour l'ensemble de l'offre en établissements et services médico-sociaux. L'évolution 2012-2013 est plus dynamique que celle observée entre 2011 et 2012. Sur la période 2012-2013, le secteur des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) enregistre une progression significative (+3,0% contre +2,8% entre 2011 et 2012) comparativement aux prises en charge en établissement (hébergeant des personnes âgées -EHPA- ou personnes âgées dépendantes -EHPAD-) dont l'évolution s'élève à +1,3% (contre +2,2% entre 2011 et 2012). La capacité en institution (EHPAD-EHPA) représente 75% du secteur PA.

La tendance pluriannuelle reste toutefois constante en termes d'évolution tendancielle 2008-2013 (0,1%).

Le nombre de places installées a augmenté d'environ 88 000 entre 2007 et 2013 principalement sous l'impulsion du plan solidarité grand âge (PSGA) 2006-2012 qui prévoyait initialement le financement de 98 000 places nouvelles sur la période (42 500 places en EHPAD, 36 000 places de SSIAD, 19 500 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire).

Le nombre de places effectivement installées au cours de l'année 2013 a été de l'ordre de 12 600 en nette progression par rapport à 2012 (7 400 places avaient été créées), conforme à la dynamique engagée par le PSGA 2006-2012. Cette progression importante est surtout due aux places d'EHPAD et d'hébergement temporaire, qui enregistrent une forte évolution de leur taux d'exécution sur la fin de la période du plan.

Taux d'équipement en établissement et services médico-sociaux pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans, par département en 2013

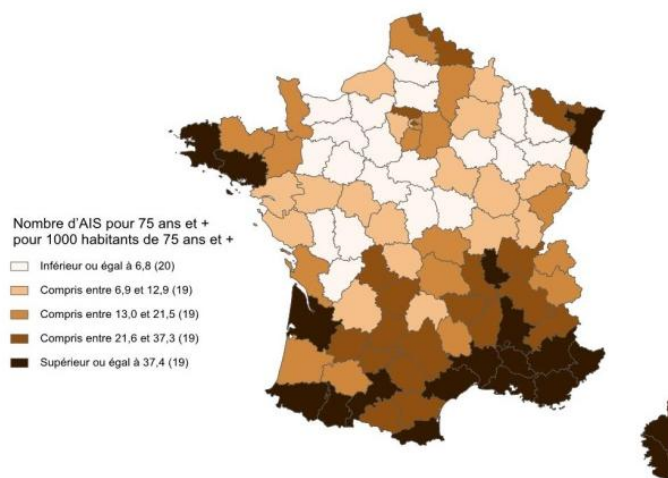


Source : FINESS, traitement CNSA.

La baisse de taux d'équipement constatée de 2004 à 2008 correspond à une progression plus forte de la population âgée que de l'équipement (les évolutions démographiques dans certaines régions entraînent en effet une diminution des taux d'équipement observés), ainsi que d'un retard d'inscription dans le fichier FINESS de la médicalisation des foyers de vie. La tendance pluriannuelle s'infléchit à partir de 2008, année à partir de laquelle on observe une relative stabilité jusqu'en 2013.

La progression constante du nombre de places en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées résulte d'une politique volontariste de développement du secteur depuis 2005 et avec la création de la CNSA, d'une évolution importante des moyens financiers alloués en faveur des personnes âgées sur la période (au titre de l'objectif global des dépenses médico-sociales - OGD). Cette progression du nombre de places a permis de stabiliser le taux d'équipement malgré une forte hausse, sur la même période, de la population de référence (personnes âgées de plus de 75 ans).

Nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans par département en 2013



Source : FINESS, traitement CNSA,

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 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). Le volume d'actes en AIS continue de progresser à un rythme toujours soutenu en 2013 bien qu'inférieur à celui de 2012 (+5,9%). Le taux d'évolution tendanciel sur la période 2006-2013 atteint +87% soit une progression annuelle moyenne de 12%. Cette dépense continue d'apparaître très localisée en termes d'analyse géographique notamment dans le sud de la France.

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

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

Précisions méthodologiques

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

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

Les taux d'équipement départementaux en 2013 sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population âgée de 75 ans et plus, pour chaque année (estimation INSEE au 14 janvier 2014), multipliés par 1 000 habitants.

Les données sur les actes infirmiers de soins (AIS) 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 sont relatives aux seuls assurés relevant du régime général.

Le nombre d'AIS mesuré en 2013 est rapporté à la population des 75 ans et plus, pour chaque année (estimation INSEE au 14 janvier 2014) dans la carte présentée.

Indicateur n°8 : Nombre de personnes suivies pour la maladie d'Alzheimer

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, le programme conjoint européen "ALCOVE" (Alzheimer Cooperative Valuation in Europe) portant sur la démence et piloté par la France a réévalué le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées. Pour la France, on estime le nombre de personnes atteintes entre 762 500 et 880 000 en 2013 (cf. précisions méthodologiques).

En dehors de cette évaluation en population générale, le nombre de personnes suivies pour cette maladie est plus faible (440 200 en 2011), ce qui s'explique notamment 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. En 2007, 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.

Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus suivies pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées de 2007 à 2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Ensemble des personnes suivies pour la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée	385 070	403 546	420 122	437 393	440 215

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

Face aux spécificités médicales et sociales de la maladie d'Alzheimer, le plan Alzheimer pour la période 2008 - 2012 a retenu 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'érigeant 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 « objectifs/résultats » n°3-4.

Précisions méthodologiques

Pour estimer la prévalence de la maladie dans le cadre du projet ALCOVE, deux méthodes ont été utilisées :

- une synthèse de toutes les études européennes publiées entre 2008 et septembre 2011 basée sur les critères d'Eurocode
- une sélection des études basée sur des critères de qualité pour la même période.

Le taux de prévalence a ensuite été appliqué à la population française en 2013.

L'estimation effectuée par l'INVS repose sur 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.

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.