

**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 2007, 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 des acteurs de nature très diverse : 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.

Les différentes prestations couvrent les besoins d'une population nombreuse et hétérogène. Dans les faits, les données d'enquête montrent que plus d'une personne sur quatre – près de 12 millions d'individus âgés de plus de 16 ans – déclare au moins une incapacité, une limitation ou une reconnaissance sociale de cette dernière. Cette proportion masque naturellement des situations très diverses qui n'appellent pas toutes une prise en charge par la collectivité.

Les effectifs de bénéficiaires des différents types d'aides donnent une autre approche de la population concernée. Au 31 décembre 2007, on comptait plus d'un million de pensionnés d'invalidité, plus de 800 000 bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), 100 000 bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), près de 30 000 bénéficiaires de la nouvelle prestation de compensation du handicap (PCH), et de 1,1 million de personnes âgées titulaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). S'agissant des enfants, 153 000 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 du quotidien des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Ainsi, 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. Face à la progression rapide des coûts, une redéfinition de cette prestation est intervenue 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 sensibiliser la société civile ainsi que les employeurs à l'insertion des personnes handicapées.

Cette politique volontariste concrétise des principes forts :

- 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 matérialisé 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.

Le Président de la République a fixé l'objectif, et le Ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité a exposé le 28 mai 2008

les orientations de la création d'une cinquième branche de la protection sociale dédiée à la prise en charge de toutes les formes de perte d'autonomie, qui se concrétisera dans un projet de loi au début de l'année 2009. Cette priorité politique souligne la place centrale occupée par ces problématiques dans l'évolution de la protection sociale. C'est aussi cette importance prise par les questions de la dépendance et du handicap qui explique que, bien que la CNSA n'entre pas dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale – elle 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 soit 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 au regard de ces quatre objectifs seront successivement examinés, et complétés par quelques données complémentaires permettant d'apprécier la performance d'ensemble des politiques de prise en charge de l'invalidité et de compensation du handicap et de la dépendance des personnes âgées.

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

Les prestations d'invalidité répondent à l'approche classique de la protection sociale. Il s'agit d'assurer les travailleurs contre le risque de perte ou de diminution des revenus. 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. La sécurité sociale intervient dans ce cas

à travers 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 16 % en 2007, 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 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. 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 : 23,4 % pour les enfants, et 11,5 % pour les adultes (indicateur n°2-2). Ces politiques doivent évoluer pour, au travers de l'accroissement de cette part, permettre plus fréquemment le maintien à domicile. 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 2007 a vu une progression notable de la montée en charge de cette prestation, avec 84 000 demandes contre 71 000 l'année précédente, et surtout 77 000 décisions rendues contre 23 500 en 2006 (*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) qui leur est spécifiquement dédiée. En 2007, 153 000 enfants ont reçu cette allocation (*indicateur n°2-4*). Depuis le 1^{er} avril 2008, les familles peuvent exercer un droit d'option entre l'AEEH et la PCH, afin de déterminer le dispositif le plus favorable à l'enfant handicapé.

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 pour personnes âgées apparaît répartie de façon plus homogène sur le territoire qu'en ce qui concerne les personnes handicapées, même si des

écarts notables demeurent (*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 15 % en 2007, en progression par rapport à l'année précédente (*indicateur n°3-2*). Prolonger cette évolution au cours des prochaines années constitue un enjeu majeur. D'une part, les créations de places en établissements et services devront être importantes afin d'accompagner la progression rapide du nombre de personnes âgées dépendantes dans le contexte du vieillissement de la population. D'autre part, un haut degré de priorité politique s'attache au maintien à domicile des personnes âgées dans les orientations retenues par le Gouvernement afin de mettre en oeuvre l'objectif du Président de la République de créer une cinquième branche de la protection sociale dédiée à la perte d'autonomie.

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 (12,5 Md€ en 2007) en mobilisant

l'ONDAM médico-social (11,8 Md€) et un apport prélevé sur ses ressources fiscales propres (0,7 Md€). La progressivité de la montée en charge de certaines de ces dépenses, notamment en faveur des personnes âgées, s'est traduite en 2006 et en 2007 par la constitution d'excédents (*indicateur n°4-1*), dans une large mesure recyclés en investissements de modernisation des établissements.

En ce qui concerne les prestations de compensation du handicap et de la dépendance – PCH et APA –, la CNSA co-finance 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 (*indicateur n°4-2*). Une telle situation n'est pas compatible avec les conditions actuelles de l'équilibre des finances sociales dans leur ensemble, marquées par une progression rapide des dépenses et un ralentissement conjoncturel des recettes, et doit donc être impérativement corrigée.

*
**

Synthèse

Le tableau suivant présente le bilan des indicateurs décrits dans le programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », pour lesquels une cible quantifiée ou une trajectoire d'évolution ont été assignées.

Indicateurs évoluant dans le sens de la trajectoire retenue pour objectif	5
Indicateurs évoluant dans le sens contraire de la trajectoire retenue comme objectif	1
Indicateurs dont l'évolution ne peut être appréciée ou suivant une évolution ambiguë	1
Total	7

Cinq indicateurs sur sept évoluent dans le sens souhaité, notamment ceux portant sur la diversification de l'offre d'établissements et de services pour personnes handicapées et âgées, la montée en charge de la PCH, ou le financement des dépenses médico-sociales. En particulier, le développement de services pour personnes âgées contribue de façon appréciable à la mise en œuvre de la priorité du Gouvernement en faveur du maintien à domicile de ces personnes.

En revanche, l'indicateur relatif aux écarts d'équipements en établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées entre départements et entre région a évolué défavorablement en 2007. En ce qui concerne le financement des prestations de compensation de la perte d'autonomie, le partage du coût de l'APA entre la CNSA et les conseils généraux est resté stable en 2007, dans un rapport un tiers / deux tiers, mais présente dans le cas de la PCH un déséquilibre persistant au détriment de la CNSA qu'il importe de résorber rapidement au cours des prochains exercices.

*
**

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 Philippe Georges, Directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- Monsieur Laurent Vachey, Directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- Monsieur Jean-Jacques Trégoat, 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

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				
1 - Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides	1-1 - Nombre et proportion de titulaires de pensions d'invalidité bénéficiant de l'allocation du Fonds spécial d'invalidité (FSI).	Diminution	DSS	DSS	36
2 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées	2-1 - Ecart d'équipement inter-régionaux et inter-départementaux en établissements et services médico-sociaux pour adultes et enfants handicapés.	Réduction des écarts	CNSA	CNSA	38
	2-2 - Mode de prise en charge des personnes handicapées :	*Augmentation de la part des services *A définir	CNSA / DREES	CNSA	40
	* part des services dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées ; * exécution des décisions d'orientation en établissement des personnes handicapées.		CNSA		42
	2-3 - Suivi de la prestation de compensation du handicap (PCH) :	*Montée en charge *Limitation	CNSA	CNSA	44
* nombre de décisions de PCH rendues ; * nombre de recours contentieux concernant la PCH.	DREES		46		
2-4 - Nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), par complément.	Adéquation aux besoins	DSS	CNAF	48	

Partie II - Objectifs / résultats		Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal	Page
Objectif	Indicateurs				
3 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées	3-1 - Ecarts d'équipement inter-régionaux et inter-départementaux en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées.	Réduction des écarts	CNSA	CNSA	50
	3-2 - Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes âgées.	Augmentation de la part des services	CNSA / DREES	CNSA	52
4 - Garantir la viabilité financière de la CNSA	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	54
	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	56

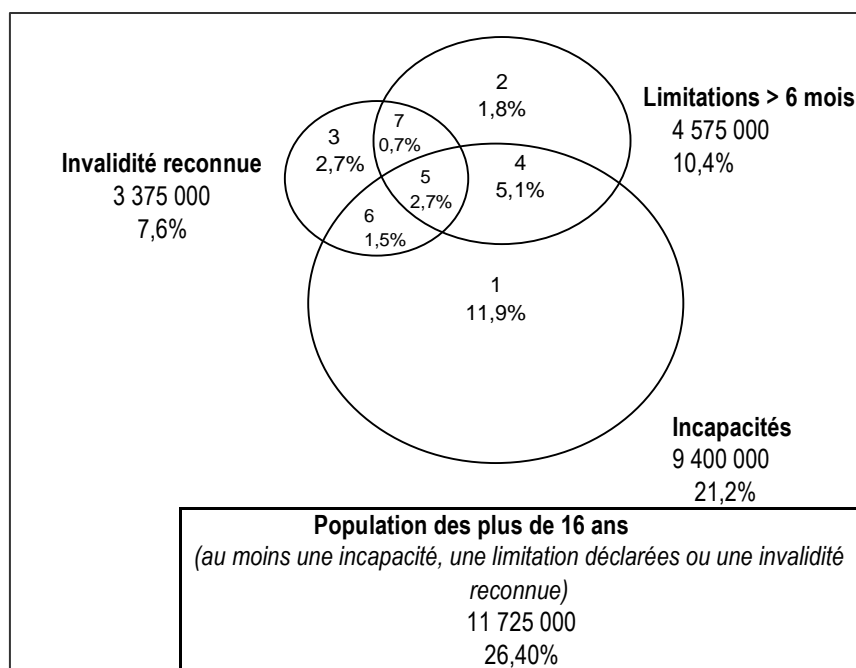
**PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE
« INVALIDITÉ ET DISPOSITIFS GÉRÉS PAR LA
CNSA »**

**PARTIE I
DONNEES DE CADRAGE**

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

1^{er} 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
Population 1 : des incapacités isolées et mineures	5 300	personnes qui ne déclarent qu'une (ou plusieurs) incapacité(s), sans restriction d'activité ni reconnaissance administrative	
Population 2 : 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
Population 3 : 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
Population 4 : 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
Population 5 : 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
Population 6 : des 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
Population 7 : 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 HID (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) incapacité(s),
- une personne sur cinq environ déclare une (ou plusieurs) incapacité(s) accompagnée(s) 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 incapacité(s) 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 a sans doute amélioré la situation de ces personnes.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°1 (1^{er} 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).

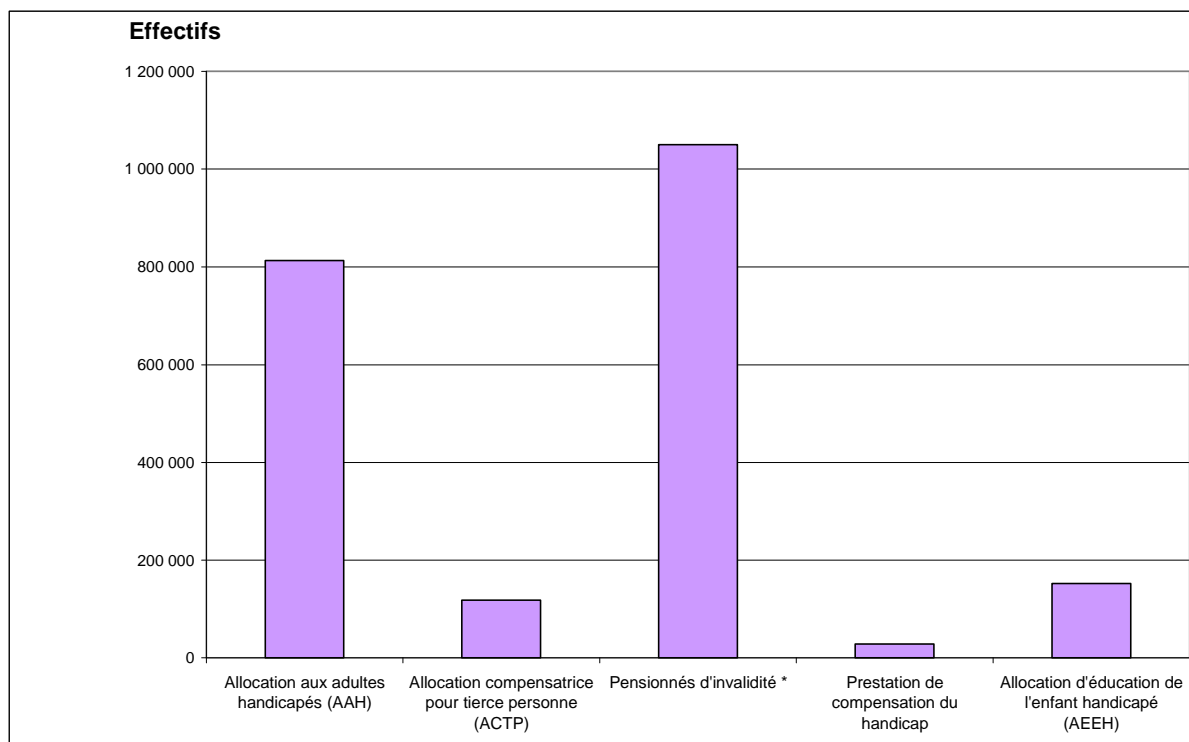
Pour plus de détails, se reporter à Ville I., Ravaud J.-F. et Letourmy A., « Les désignations du handicap. Des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative », *Revue des Affaires Sociales*, n°1-2, janvier-juin 2003 et Goillot C., Mormiche P., Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance »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

Une nouvelle interrogation du même type dénommée Handicap-santé aura lieu entre avril 2008 et juillet 2008 pour les personnes vivant en domicile ordinaire et 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^{ème} sous-indicateur : effectifs de bénéficiaires des différents types d'aides

Effectifs de bénéficiaires de différents types d'aides en faveur des personnes handicapées, en 2007



Source : CNAF, CNAM, 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), ou subsidiaire (allocation aux adultes handicapés - AAH) sont les plus importantes en termes de bénéficiaires (respectivement 1 050 000 et 813 200 au 31 décembre 2007). Ces deux catégories de prestations constituent les principales aides en espèces servies aux adultes. 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 (adossée aux 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...). Environ 29 000 bénéficiaires de cette prestation sont comptabilisés à la fin 2007. Cet effectif 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 de prestations de compensation du handicap attribuées a plus que triplé entre décembre 2006 et décembre 2007, ce qui témoigne d'une poursuite du déploiement de l'activité des MDPH.

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 153 000 enfants en bénéficiaient au 31 décembre 2007. 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 (*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^{ème} 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 2007 », *Etudes et résultats*, n°637, mai 2008. 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).

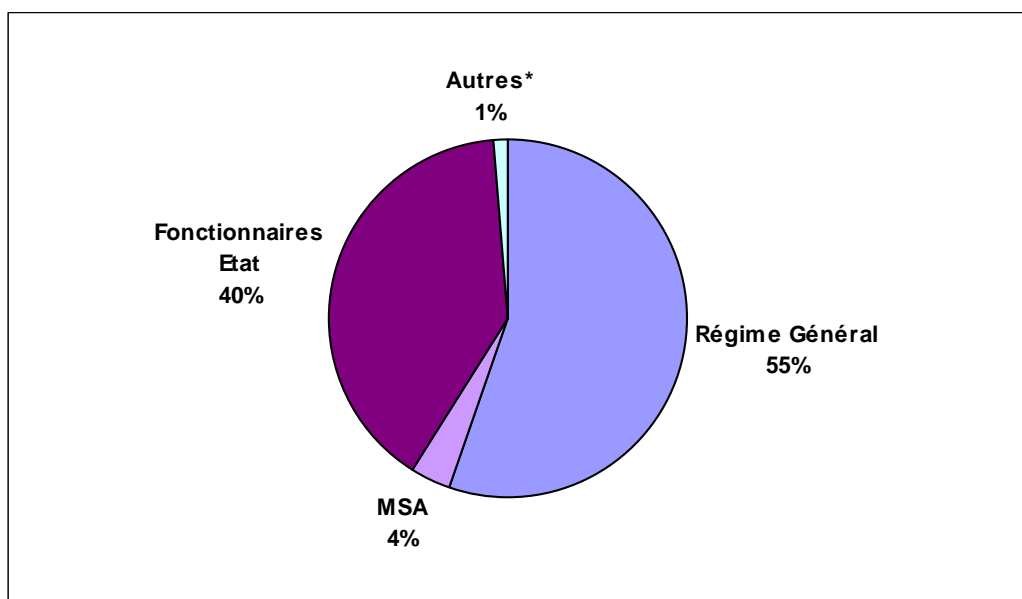
Les données des pensionnés d'invalidité sont issues de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2008.

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^{er} sous-indicateur : nombre de personnes percevant une pension d'invalidité

Nombre de pensionnés d'invalidité en 2007, par régime



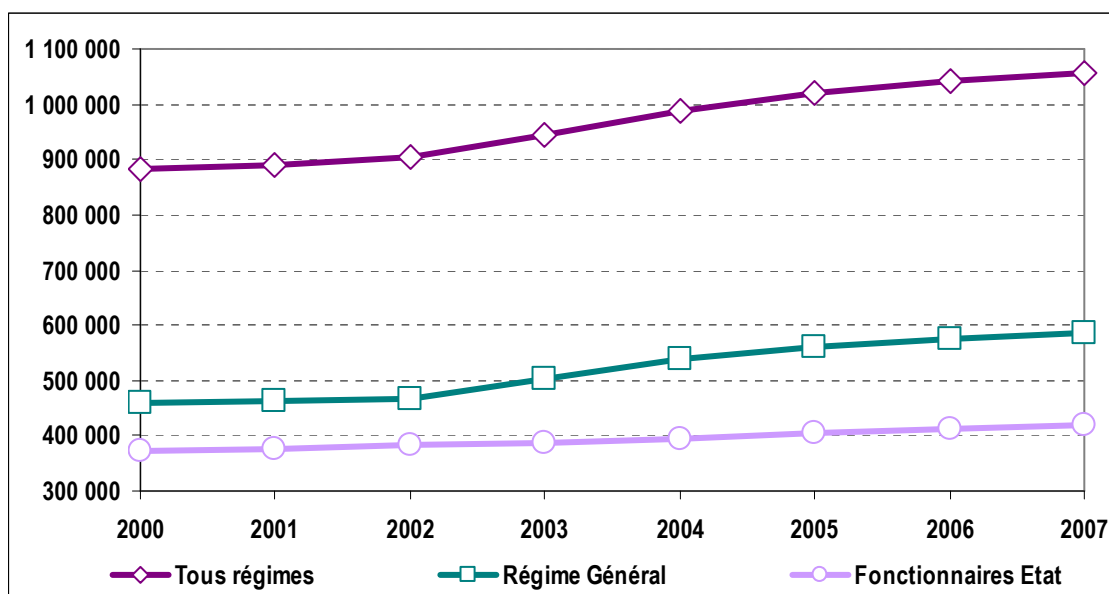
Source : CNAMTS et CCSS septembre 2008.

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

En 2007, on dénombre plus d'un million de pensionnés d'invalidité, tous régimes confondus. Le régime général compte à lui seul près de 585 000 invalides, et représente 55 % de l'effectif total. Au sein de ce régime, on distingue trois principales catégories de pensions en fonction du degré d'invalidité de la personne (cf. ci-dessous, *Précisions méthodologiques, pour une définition de ces différentes catégories*). La 1^{ère} catégorie, correspondant aux personnes les plus valides, constitue 24 % de l'ensemble des invalides en 2007. Les 2^{ème} et 3^{ème} catégories comptent pour respectivement 71 % et 3 % du total des invalides. Enfin, les autres catégories représentent 2 % de l'ensemble des pensions du régime général en 2007.

Parmi les autres régimes, la fonction publique (Etat, FSPOEIE et CNRACL) représente 40 % de l'ensemble des pensionnés, soit près de 420 000 personnes. Les régimes agricoles (salariés et exploitants) regroupent 4 % des invalides. Les autres régimes ne concernent que très peu d'invalides puisqu'ils ne comptent que pour 1 % du total.

Evolution des effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité, sur la période 2000-2007



Source : CNAMTS et CCSS septembre 2008.

Les effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité, tous régimes confondus, ont progressé de 2,6 % par an, en moyenne, sur la période 2000-2007. Le nombre de pensionnés du régime général a augmenté plus rapidement que celui des autres régimes (+3,6 % par an en moyenne pour le champ CNAMTS). *A contrario*, les effectifs des régimes agricoles ont progressé plus lentement que l'ensemble des régimes (+1,5 % par an en moyenne, sur la période 2000-2007), juste devant ceux de la fonction publique (Etat, FSPOEIE et CNRACL) : +1,7 % par an en moyenne sur la même période.

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 2007). 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 neuf années, à compter de 2007 les flux d'entrées et de sorties des pensionnés devraient avoir tendance à s'équilibrer.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°2 (1^{er} 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^{er} juillet de chaque année pour les autres régimes (données issues des régimes). Il est possible 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, autrement dit des invalides de plus de 60 ans peuvent tout de même pris en compte.

Les prestations d'invalidité retenues couvrent uniquement les personnes de moins de 60 ans. En effet, la pension d'invalidité prend fin à l'âge de 60 ans. A compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'intéressé a atteint son soixantième anniversaire, la pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse servie au titre de l'incapacité et dont le montant ne peut être inférieur à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés. Toutefois, les titulaires d'une pension d'invalidité liquidée avant le 31 mai 1983 peuvent prétendre à une pension de vieillesse qui ne peut être inférieure à la pension d'invalidité dont bénéficiait l'invalidé avant 60 ans.

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

- 1^{ère} catégorie : « invalides capables d'exercer une activité rémunérée » ; le montant de leur pension est égal à 30 % du salaire annuel moyen de base ;
- 2^{ème} 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.

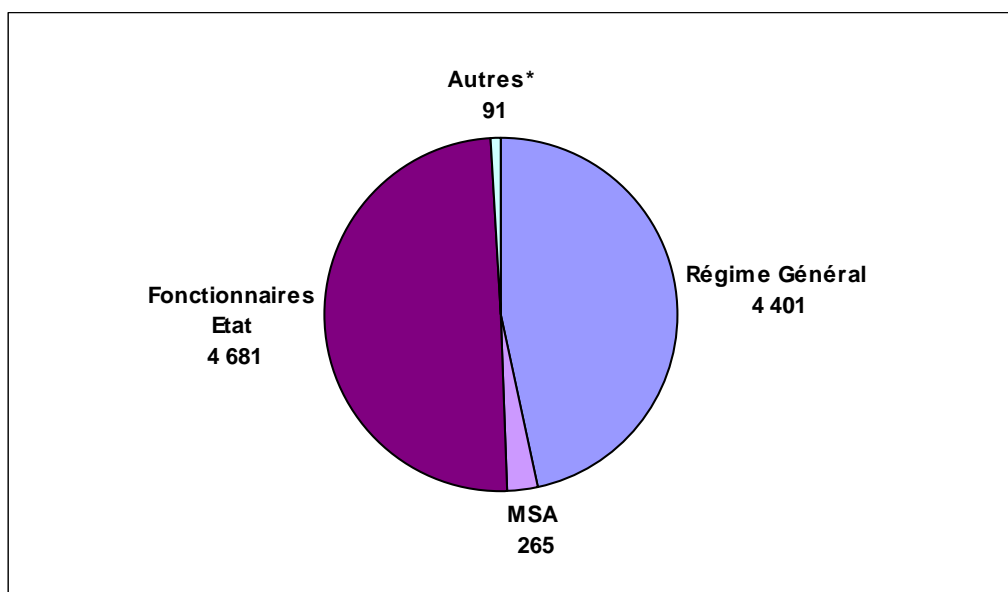
Les invalides dépendant du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE) et de la Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales (CNRACL) sont ici intégrés dans la catégorie « Fonctionnaires ». La catégorie « Autres » regroupe :

- la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM),
- EDF-IEG Pensions (régime des industries électriques et gazières),
- la SNCF,
- la RATP,
- l'Etablissement 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.

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

2^{ème} sous-indicateur : Dépenses d'invalidité par régime

Dépenses d'invalidité (M€) en 2007, par régime

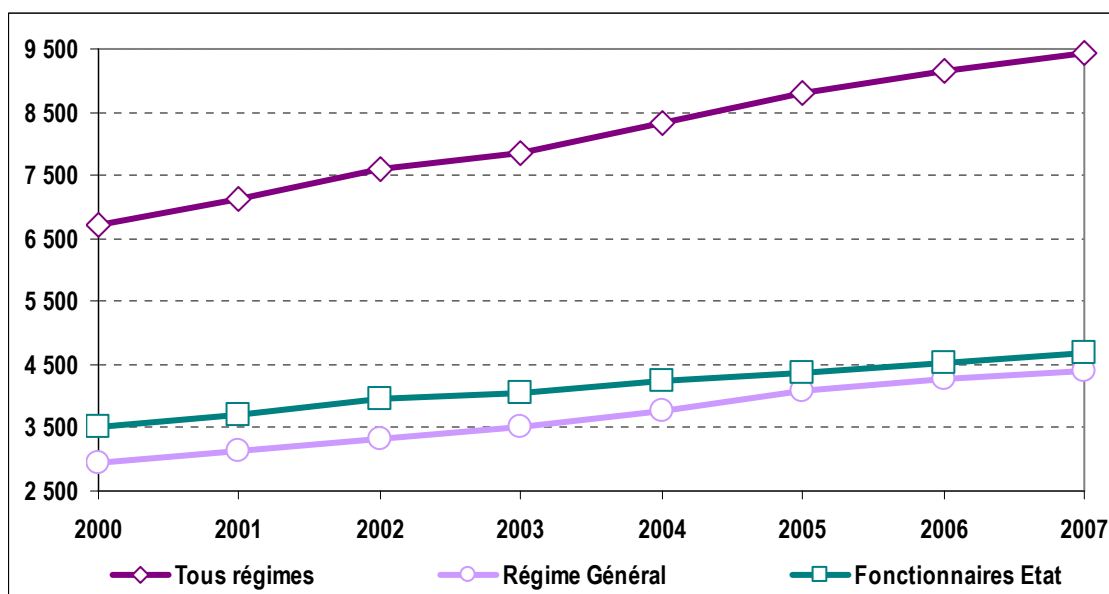


Source : CCSS septembre 2008.

En 2007, les dépenses totales d'invalidité tous régimes s'élèvent à 9,4 Md€. Les dépenses du régime général représentent 46,6 % du total, contre 49,6 % pour les régimes de la fonction publique et 3,8 % pour l'ensemble des autres régimes (MSA et autres régimes spéciaux).

En rapportant le montant total des dépenses de chaque régime constaté pour 2007 à l'effectif moyen annuel de bénéficiaires, le niveau annuel moyen des pensions est de 7 500 € au sein du régime général, 6 800 € pour les salariés et exploitants de la MSA et 11 150 € sur le champ de la fonction publique. Tous régimes confondus, le montant moyen des dépenses s'établit à 8 900 €. Cette forte hétérogénéité des niveaux de prestations versées peut s'expliquer par plusieurs facteurs tels que la spécificité des barèmes de chaque régime, un effet de structure des qualifications, et des caractéristiques propres aux populations concernées.

Evolution des dépenses d'invalidité, sur la période 2000-2007, en M€ courants



Source : CCSS septembre 2008.

Les dépenses d'invalidité, tous régimes confondus, ont progressé de 5,0 % par an, en moyenne, sur la période 2000-2007. Les dépenses du régime général ont augmenté un peu plus rapidement que celles des autres régimes (+6,0 % 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 +4,3 % et +4,2 % par an en moyenne, sur la période 2000-2007.

Pour le régime général, les principaux facteurs d'évolution des dépenses, 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.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°2 (2^{ème} sous-indicateur) :

Les 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. Ces montants 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.

Sources : rapports de la CCSS, notamment juin 2007 pour l'analyse de la dynamique des pensions d'invalidité du régime général (cf. fiche 9-9).

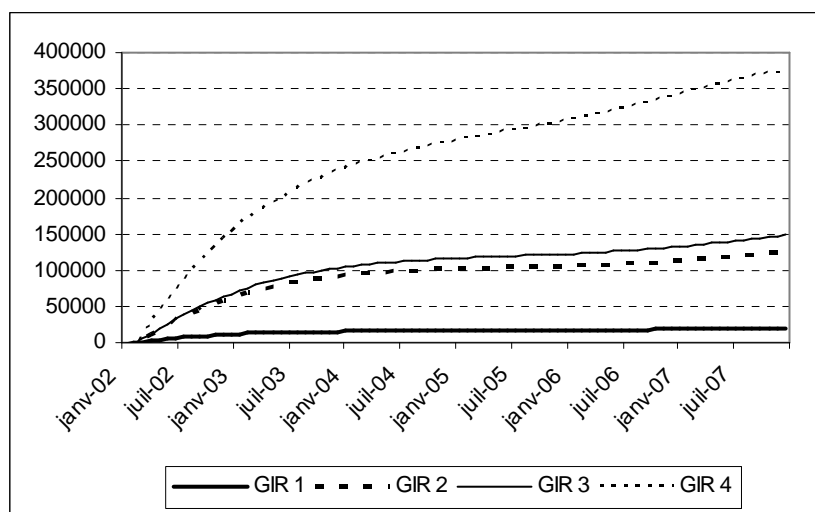
Indicateur n°3 : Evolution et répartition du nombre de bénéficiaires de l'APA.

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. ci-dessous, Précisions méthodologiques*).

Au total, 1 078 000 personnes âgées dépendantes ont bénéficié de l'APA en décembre 2007, soit une augmentation de 5,1 % 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 (+2,7 % entre 2006 et 2007), qui représentent plus de 80 % des bénéficiaires de l'allocation. Au 31 décembre 2007, 61,4 % des bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile et 38,6 % 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, au début de la mise en place de la prestation, plus rapide que celle à domicile. Ceci pourrait s'expliquer par une volonté de prendre en charge le plus rapidement, au début de la mise en place de la prestation, 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. Après la période de montée en charge, la croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile est maintenant la plus dynamique.

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile entre 2002 et fin 2007, par GIR

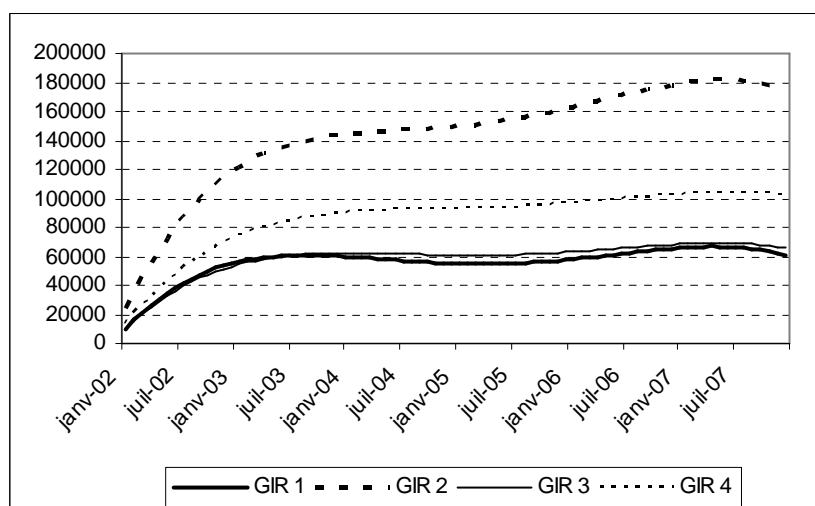


Source : données DREES – mai 2008.

On dénombre 662 000 bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2007. Ceux-ci sont majoritairement en GIR 4 (57 % en 2007) et très peu nombreux en GIR 1 (3 %). La prédominance des personnes en GIR 4, c'est-à-dire des personnes « modérément dépendantes », tient au fait que le maintien à domicile semble particulièrement adapté pour cette catégorie de bénéficiaires, qui peuvent le cas échéant bénéficier du soutien d'aidants familiaux.

Au cours de la période qui a suivi la phase initiale de montée en charge de l'APA, c'est-à-dire après 2004, l'évolution moyenne des bénéficiaires en GIR 4 est de 11,7 % par an, soit beaucoup plus que l'évolution des bénéficiaires des GIR 1 à 3 (7,5 % par an en moyenne sur la période 2004-2007).

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement entre 2002 et fin 2007, par GIR

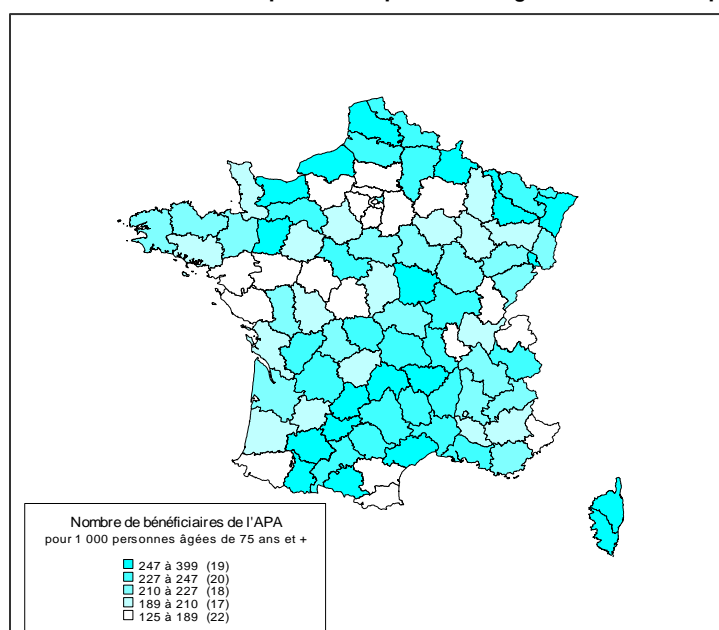


Source : données DREES – mai 2008.

Au 31 décembre 2007, l'APA est versée à 416 000 personnes de 60 ans ou plus résidant en établissement. Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont, pour leur part, majoritairement en GIR 2 (40 % en 2002, 43 % en 2007) et peu nombreux en GIR 1 et 3 (16 % en 2007 pour chaque catégorie de GIR). Les personnes en GIR 2 sont, par la gravité de leur état, plus fréquemment hébergées en établissement qu'à domicile. En effet, ces personnes dépendantes, qui peuvent notamment souffrir de la maladie d'Alzheimer, nécessitent le plus souvent une prise en charge continue et une surveillance permanente. Toutefois, certaines personnes vivant en établissement sont moins dépendantes : en effet, 25 % d'entre eux relèvent du GIR 4. S'agissant des GIR 1, leur effectif global – plus faible que pour les autres GIR – explique leur moindre représentation en établissement (comme à domicile).

Le nombre de bénéficiaires en GIR 2 en établissement a augmenté de 6,8 % par an en moyenne depuis 2004. Les autres catégories de bénéficiaires ont évolué moins rapidement, en moyenne annuelle, de +3,9 % (GIR 4), +3,9 % (GIR 3) et +4,2 % (GIR 1) sur la période 2004-2007.

Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, au 31.12.2006



Source : données DREES – mai 2008.

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 de 75 ans ou plus. Il en ressort 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, 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.

L'ensemble des données (définitives de 2002 à 2006, provisoires au 31 décembre 2007) 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^{er} janvier 2006, dernières données de population disponibles.

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 2007 (millions €)	%
État	9 855,6	21,9
Programme Handicap et dépendance	8 360,6	18,6
Évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées (dont contribution au fonctionnement des MDPH, etc.)	115,5	
Incitation à l'activité professionnelle (dont aide au poste, ESAT, etc.)	2 300,9	
Ressources d'existence (dont AAH, FSI, etc.)	5 678,7	
Compensation des conséquences du handicap (dont instituts nationaux, fonds de compensation aux MDPH, FIAH, etc.)	124,1	
Personnes âgées	82,7	
Pilotage du programme	58,7	
Hors programme Handicap et dépendance	1 495,0	3,3
Pensions militaires d'invalidité	1 070,0	
Prog. Vie de l'élève-action élèves handicapés	181,4	
Prog. Accès et retour à l'emploi (ateliers protégés)	243,6	
CNSA	3 174,7	7,1
Dépenses en faveur des personnes handicapées	1 010,8	2,2
Etablissements et services	314,3	
PCH + MDPH (transfert aux départements)	580,5	
Majoration AEEH	19,0	
Plan d'aide à la modernisation des établissements	79,4	
Autres actions	17,6	
Dépenses en faveur des personnes âgées	2 163,9	4,8
Etablissements et services	406,5	
APA (transfert aux départements)	1 517,6	
Plan d'aide à la modernisation des établissements	179,0	
Autres actions	66,6	
AGEFIPH	470,0	1,0
Sécurité sociale	22 498,4	50,0
Assurance maladie	21 310,2	47,3
ONDAM personnes handicapées	6 996,0	
ONDAM personnes âgées	4 795,0	
USLD	1 376,2	
Pensions invalidité	7 860,0	
Action sociale	283,0	
Assurance vieillesse (Action sociale pers. âgées)	527,1	1,2
CNAF (AEEH et allocation de présence parentale)	661,1	1,5
Départements (dépenses nettes des transferts CNSA)	9 007,5	20,1
Personnes handicapées	3 823,0	8,5
Frais d'hébergement en établissement	3 434,6	
ACTP + PCH	968,9	
Transfert CNSA	- 580,5	
Personnes âgées	5 184,5	11,5
APA (domicile + établissements)	4 555,0	
Aide sociale à l'hébergement	2 080,4	
Aide ménagère	66,7	
Transfert CNSA	-1 517,6	
Dépenses publiques totales	45 006,2	

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 2007.

Cette somme est prise en charge pour moitié 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 des dépenses d'assurance maladie (à près de 95 %).

Les départements et l'Etat prennent à leur charge respectivement 20 % et 22 % 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 d'invalidité et 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 ». 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 d'aide sociale, notamment pour la population âgée et handicapée (gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie, de l'ACTP...).

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public créé en 2004, compte pour 7,1 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale afférentes aux personnes âgées et handicapées. La part de cet organisme, 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 à la 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, qui vise à la prise en charge du projet de vie global des personnes handicapés, au-delà des seuls critères médicaux.

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 2007 est provisoire, seuls 82 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.

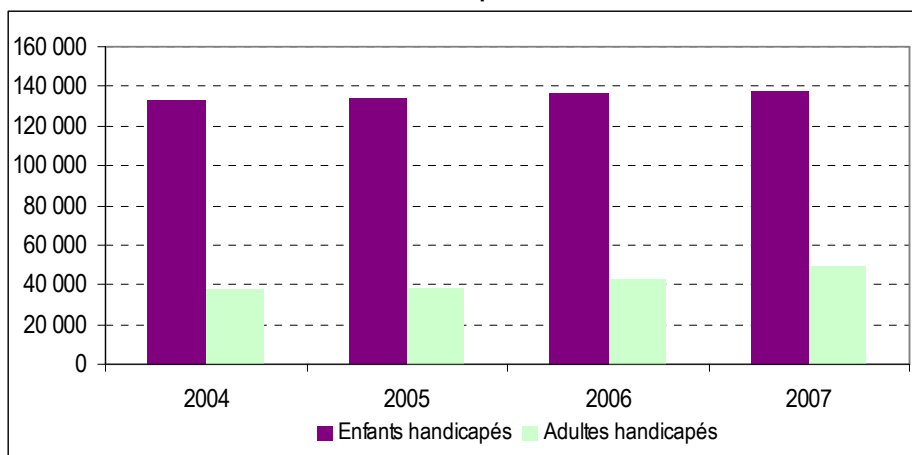
Concernant l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées figurant dans les dépenses des départements, les montants présentés (2 080 millions d'euros) concernent les dépenses brutes des départements. Toutefois, une partie du montant de ces prestations peut être récupérée au titre du recours sur succession. Dans l'arborescence des comptes des départements, au niveau du compte 751 « Recouvrements d'aides sociales », le compte 7513 intitulé « Recouvrements sur bénéficiaires, tiers-payant et successions » indique que 1 347 millions d'euros ont été récupérés en 2007. Cependant, ces dépenses ne viennent pas nécessairement en totalité en déduction du seul poste de l'aide sociale à l'hébergement.

Les sigles utilisés dans le tableau non explicités dans les autres indicateurs de ce programme correspondent à :

- ESAT : établissements et services d'aide par le travail ;
- FIAH : fonds interministériel pour l'accessibilité aux personnes handicapées.

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

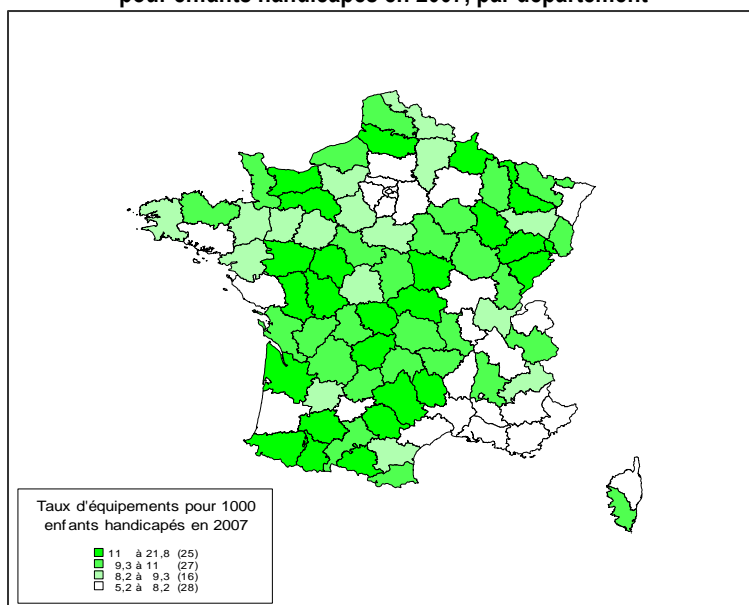
Nombre de lits et places installés



Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005 - DREES pour données 2006 - CNSA pour données 2007.

Les taux moyens de progression observés sur la période 2004-2007 sont respectivement de +9,1 % pour les places adultes et 1,2 % pour les places enfants. En 2007, de façon analogue à 2006, le nombre de lits et places pour adultes a augmenté de façon très dynamique (+14 %) par rapport à l'année précédente.

Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés en 2007, par département

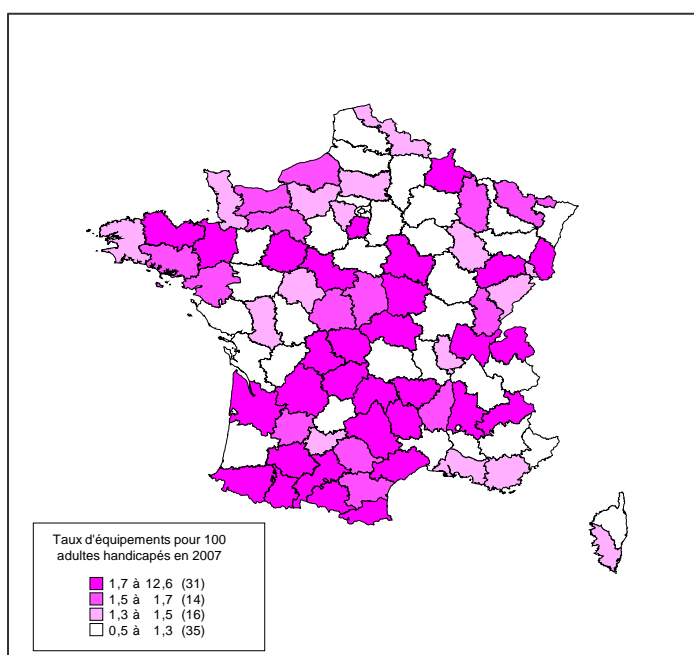


Source : CNSA.

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

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 (7100 places), un développement des SAMSAH-SSIAD (4500 places) et des SESSAD, avec 3750 places en projets, sur la période 2005-2007 (cf. ci-dessous, *Précisions méthodologiques, pour l'explicitation des sigles*).

**Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux
pour adultes handicapés en 2007, par département**



Source : CNSA.

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

L'augmentation des capacités est plus forte pour les adultes (+0,30 point) que pour les enfants (+0,22 point), et concerne l'ensemble des régions pour les adultes avec toutefois des disparités régionales qui restent importantes.

S'agissant des enfants handicapés, 4 régions ont un taux d'équipement en baisse par rapport à 2004 : l'Aquitaine, Midi-Pyrénées, la Picardie ainsi que la Guyane. Les trois premières régions continuent d'enregistrer en 2007 comme en 2004 des taux d'équipement plus élevés que la moyenne nationale. Cette diminution du taux d'équipement peut s'expliquer par des opérations de transformation (établissements accueillant des enfants en internat) et par la modification de comportement de certaines régions ayant la capacité désormais d'offrir une solution à proximité du domicile de leurs ressortissants.

Concernant les services, la plupart des départements ont vu leur offre progresser mais l'utilisation d'un simple indicateur d'équipement révèle des disparités notables de services entre les départements. L'évaluation du traitement des disparités d'offre est traité dans *l'indicateur n°2-1*.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°5 :

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

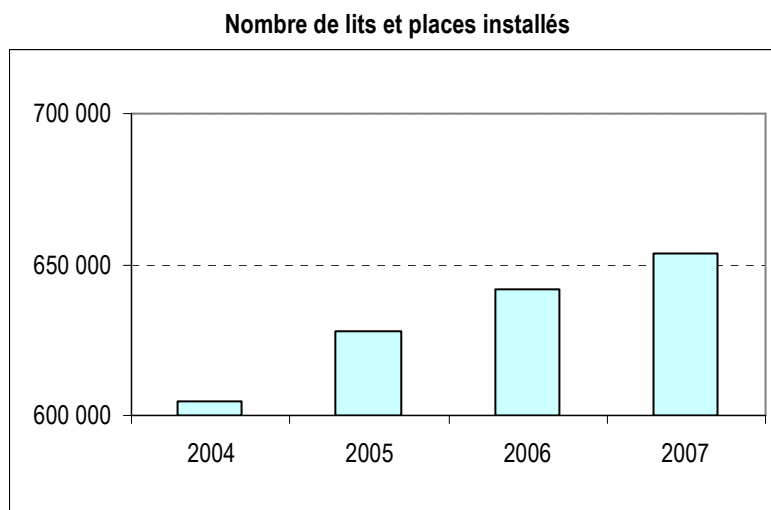
- enfants handicapés : établissements pour déficients mentaux, établissements pour polyhandicapés, établissements pour troubles du comportement, établissements pour handicapés moteurs, établissements pour déficients sensoriels, services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ;
- adultes 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 (régionaux et départementaux) sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population par tranche d'âge au 1^{er} janvier 2006, multiplié par 1 000 habitants :

- enfants handicapés : il s'agit de la tranche d'âge des moins de 20 ans
- adultes handicapés : il s'agit de la tranche d'âge entre 20 et 60 ans

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

1^{er} sous-indicateur : offre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées



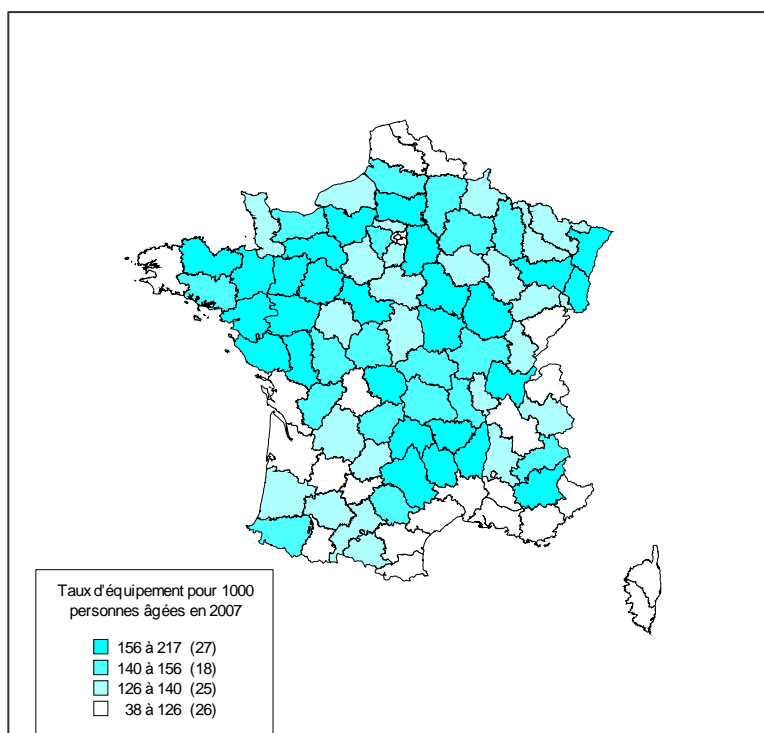
Source : STATISS 2004 2005 et 2006 pour données 2003, 2004 et 2005– DREES pour données 2006 – CNSA pour données 2007 (extraction FINESS janvier 2008).

Le nombre de places pour personnes âgées a connu un rythme de progression annuel moyen de 2,1 % entre 2004 et 2007 avec un total de 653 406 lits et places installés en 2007 pour l'ensemble de l'offre de services financée sur l'objectif global de dépenses médico-sociales.

Le nombre de lits et places installés a augmenté d'environ 43 000 entre 2003 et 2006 sous l'impulsion du *plan Vieillesse et Solidarité* qui prévoyait 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.

Le nombre de places effectivement installées au cours de l'année 2007 a été de l'ordre de 11 400, soit une première application du plan *Solidarité grand âge* dont l'objectif pour 2007 était la création de 14 250 places nouvelles se décomposant en 5000 places d'EHPAD, 6000 places de SSIAD, 2125 places d'accueil de jour, et 1125 places d'hébergement temporaire. Ce plan sera recalibré dans le cadre des mesures concrétisant la création d'une cinquième branche de la protection sociale dédiée à la perte d'autonomie, qui seront arrêtées au début 2009.

**Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux
pour personnes âgées en 2007, par département**



Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005 – DREES pour données 2006 - CNSA pour 2007.

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

La diminution du taux d'équipement constaté en 2007 dans certains départements s'explique en partie par le dynamisme de la demande de services, conséquence du vieillissement de la population : le nombre de places créées ne permet à ce stade que de maintenir en 2007 un niveau d'équipement national égal à celui de 2004 avec des disparités régionales et départementales notables. Globalement le nombre de places créées en 2007 augmente moins vite que le nombre de personnes âgées (respectivement +1,4 % versus +3 %), ce qui explique en partie la dégradation conjoncturelle du taux d'équipement entre 2006 et 2007.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur de cadrage n°6 (1^{er} 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.

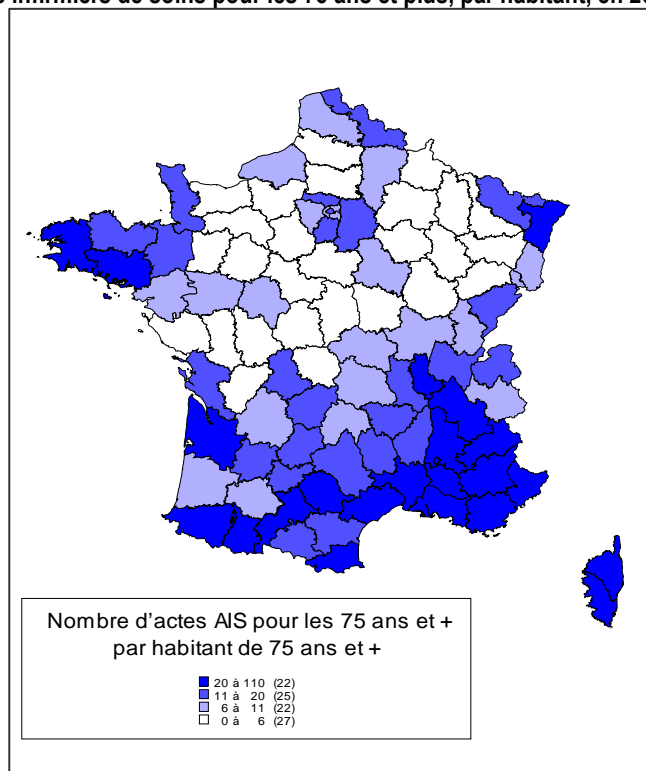
Le nombre de lits en unités de soins de longue durée (USLD) n'est plus renseigné dans le fichier FINISS depuis 2007 : les chiffres retenus sont ceux de 2006.

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

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

2^{ème} 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 2007, par département



Source : SNIIRAM – données sur l'ensemble de l'année 2007 – Régime général.

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

L'activité des infirmiers libéraux intervenant au domicile des personnes âgées dépendantes constitue un élément essentiel de l'offre de soins médicalisée à domicile (accompagnement en SSIAD, interventions d'une infirmière libérale). Le nombre d'actes cotés « AIS » 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.

Le rapprochement de l'offre de soins infirmiers libérale et des taux d'équipement médico-sociaux met en évidence le fait que les régions ayant des taux d'équipement élevés sont caractérisées 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 par habitant se caractérisent par des taux d'équipement bas.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 6 (2^{ème} sous-indicateur) :

Il s'agit des actes infirmiers de soins (AIS) pour l'ensemble de l'année 2007 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 2007 est rapporté à la population des 75 ans et plus au 1^{er} janvier 2006.

**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 dont le niveau est proche de celui du minimum vieillesse (7 635,53€ par an pour un célibataire et 13 374,16 € par an pour un couple marié au 1^{er} janvier 2007). Le montant maximal de l'allocation du FSI est de 4 391,68 € par an en 2007.

Les pensions d'invalidité peuvent être attribuées aux assurés sociaux âgés de moins de 60 ans qui présentent une réduction des deux tiers au moins 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 255,30 € par mois au 1^{er} janvier 2007 ;
- 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 255,30 € mensuels au 1^{er} janvier 2007 ;
- 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 (999,83 € par mois au 1^{er} janvier 2007).

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	2003		2004		2005		2006		2007		Objectif
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Pensions de 1 ^{ère} catégorie	18 700	14 %	19 300	13 %	19 000	13 %	18 500	12 %	16 100	11 %	
Pensions de 2 ^{ème} catégorie	71 900	21 %	75 300	20 %	76 500	20 %	77 000	19 %	74 300	18 %	
Pensions de 3 ^{ème} catégorie	4 100	28 %	3 800	25 %	3 900	25 %	3 900	24 %	3 800	23 %	
Autres pensions d'invalidité	800	7 %	900	8 %	800	6 %	900	9 %	900	12 % [*]	
Total	92 000	20 %	95 500	19 %	99 300	18 %	100 500	17 %	95 100	16 %	

Source : CNAMTS (DSES) – données France métropolitaine – 2008.

* Une rupture de série dans l'effectif des autres pensionnés d'invalidité entre 2006 et 2007 semble être à l'origine de l'augmentation de la part des titulaires du FSI.

En moyenne, 16 % des pensionnés d'invalidité du régime général bénéficient de l'allocation supplémentaire du FSI. Cette donnée est en légère décroissance (20 % à 16 %) sur la période 2002-2007, ce qui traduit la prédominance persistante d'une logique contributive dans la prise en charge de l'invalidité.

Les pensionnés de 1^{ère} catégorie sont moins fréquemment titulaires de l'allocation supplémentaire du FSI que les pensionnés de 2^{ème} ou 3^{ème} 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^{ème} ou 3^{ème} catégorie. Ce phénomène peut vraisemblablement s'expliquer par le fait que certains pensionnés de 1^{ère} 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^{ème} catégorie (23 % à 28 % des pensionnés de cette catégorie bénéficient de l'allocation supplémentaire sur la période considérée). Or, la majoration pour tierce personne (MTP), attachée à la pension de 3^{ème} 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^{ème} et 3^{ème} catégories. La plus forte proportion d'allocataires du FSI parmi les pensionnés de 3^{ème} catégorie pourrait s'expliquer par le fait que le montant moyen des pensions versées aux bénéficiaires d'une pension de 3^{ème} catégorie est inférieur à celui versé aux pensionnés de 2^{ème} catégorie (568 €/mois contre 627 €/mois en 2005, selon l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux – 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 2003 à 2007. 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 la 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 (255,30 € par mois au 1^{er} janvier 2007) ;
- 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.

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

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

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005– DREES pour données 2006 – CNSA pour 2007

Note de lecture : on compte en moyenne sur la France entière 8,8 places en établissements et services pour 1000 enfants en 2007 ; la moitié des départements dispose d'au moins 9,5 places pour 1000 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 34,9 %

Entre 2004 et 2006, la tendance pour les établissements et services pour enfants handicapés a été au resserrement des écarts entre les départements les plus en retard (taux inférieurs au 1^{er} quartile) et les départements très bien équipés (taux supérieurs au 3^{ème} quartile). L'année 2007 a connu une stabilisation des écarts : légère baisse pour les écarts inter-régionaux, accroissement modeste pour les écarts inter-départementaux.

La situation apparaît beaucoup plus nuancée pour les adultes handicapés : les écarts inter-quartiles régionaux et départementaux sont plus élevés que pour les enfants handicapés, mais la tendance à une réduction de ces écarts amorcée en 2006 se confirme en 2007.

En dynamique, la réduction des écarts territoriaux dans les 2 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 mieux équipés, permettant la réduction des écarts ; en revanche pour les enfants handicapés la répartition des moyens – moins importants dans les plans- n'a pas suffisamment profité aux départements les moins dotés par rapport aux départements mieux dotés ne permettant pas une réduction suffisante des écarts.

Le suivi de cet indicateur prendra un sens particulier à partir de 2009, avec la prise en charge par la CNSA des crédits destinés à accompagner l'effort d'investissement des collectivités locales et des autres organismes dans le financement de places nouvelles en établissements et services pour enfants et adultes handicapés, jusqu'à présent inscrits en crédits budgétaires au titre des contrats de plan État - régions (8,3 millions d'euros d'autorisations d'engagement dans la loi de finances pour 2008). Cet indicateur n'est donc désormais plus inséré dans le projet annuel de performance n°157 (« Handicap et dépendance ») de la loi de finances, mais repris dans le présent programme de qualité et d'efficience.

Construction de l'indicateur : Les taux de dispersion entre les régions et 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 départements les mieux équipés – et le premier quartile, valeur au-dessous de laquelle se situe le quart des régions et départements les moins bien équipés. Cet indicateur est ici à considérer en termes relatifs, rapporté à la moyenne des taux d'équipement au niveau national.

Précisions méthodologiques : les taux d'équipements 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.

La source des données utilisées, STATISS, fait référence à un mémento réalisé annuellement par la DREES qui propose un résumé des informations disponibles auprès de chaque service « statistiques et études » des DRASS.

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

1^{er} 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	2006	2007	
Moyenne France entière	22,3	23,4	2,4	11,5	Augmentation de la part des services
Médiane des régions	21,8	23,4	0,7	11,9	
Médiane des départements	22,8	24,2	0	10,0	
Ecart inter-régional	28,8 %	26,4 %	122,3 %	87,8 %	
Ecart inter-départemental	37,5 %	38,6 %	75,3 %	105,1 %	

Source : DREES pour données 2006 et CNSA pour 2007

Note de lecture : Pour les enfants handicapés, on compte en moyenne, sur la France entière, 22,3 % de places en services dans l'ensemble des places en établissement et services en 2006. La moitié des régions dispose d'au moins 21,8 % de places en services par rapport au total des places en établissements et services. 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 28,8 %.

L'objectif de diversification de l'offre de services dans le secteur de l'enfance inscrit dans les plans nationaux connaît une traduction réelle bien que limitée. Le recours à l'institution continue de constituer une modalité prépondérante en matière d'accompagnement. Une analyse plus fine démontre cependant que le poids relatif des SESSAD dans l'offre globale a augmenté dans la majorité des régions entre 2006 et 2007, ce qui concrétise la priorité du Gouvernement d'accroître la scolarisation des enfants handicapés. Certaines régions comme le Nord-Pas de Calais, la Picardie, la Guyane accusent néanmoins un net retard dans le développement de cette offre de services. Ces résultats sont à interpréter avec précaution : ainsi, à la lecture des données concernant la Corse, il ressort que le nombre de places de SESSAD représente 45,6 % de l'offre, soit près de deux fois la moyenne nationale. Ce pourcentage masque le faible nombre de places installées en établissements pour enfants en Corse, le taux d'équipement en places de SESSAD étant en fait plutôt conforme à la moyenne nationale.

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 % (contre 2,4 % en 2006), mais cette moyenne nationale en progression recouvre une grande hétérogénéité dans les capacités d'offre à domicile entre régions et départements explicable le plus souvent par la montée en charge relativement récente de ce type de services.

Construction de l'indicateur : on rapporte le nombre de places offertes en services au nombre de places global (établissements et services) pour chacun des deux secteurs :

- pour les enfants : nombre de places de SESSAD par rapport à l'ensemble de l'offre pour les enfants ;
- pour les adultes : nombre de places de SSIAD et de SAMSAH par rapport à l'ensemble de l'offre pour les adultes.

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

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

2^{ème} sous-indicateur : exécution des décisions d'orientation des personnes handicapées en établissement

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.

Construction de l'indicateur : des travaux sont en cours pour construire un indicateur de suivi de l'exécution des décisions d'orientation en établissement prises par les MDPH.

Le décret n°2008-833 du 22 août 2008 portant création du système national d'information prévu à l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles et organisant la transmission des données destinées à l'alimenter prévoit que les MDPH transmettent à la CNSA « sous forme de données agrégées, le contenu, la date, la durée de mise en œuvre et le suivi de ses décisions ainsi que lorsque la commission désigne un établissement ou service dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 241-6, le numéro national d'identification de l'établissement ou service désigné et la durée pendant laquelle les personnes doivent être accueillies ou accompagnées ».

Dès lors que les MDPH auront commencé à alimenter ce système d'information, il sera possible de produire un indicateur décomptant à chaque fin de période le pourcentage de personnes bénéficiant d'une orientation en établissement. Toutefois, cet indicateur n'apportera qu'une information partielle car il suppose que les MDPH aient effectivement connaissance de l'accueil de la personne dans un établissement du département ou d'un autre département, et que cette information soit également saisie dans le système d'information.

A titre indicatif et expérimental, cet indicateur pourra être produit en 2009 à partir des premiers fichiers transmis par les MDPH dans le cadre du décret 2008-833.

Au cas où ce protocole conduirait à des données peu fiables, il sera envisagé de mettre en œuvre des méthodologies alternatives, sur la base soit d'enquêtes auprès d'un échantillon représentatif de MDPH, soit de l'exploitation des données issues des observatoires mis en place à cette fin par des MDPH.

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

1^{er} sous-indicateur : nombre de décisions de PCH rendues

Finalité : ce sous-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 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	Objectif
Nombre total de demandes de PCH*	70 800	83 900	Montée en charge
Nombre total de décisions rendues de PCH* - dont part des décisions consistant en un refus de PCH	23 500 -	76 600 33.6 %	

Source : CNSA – chiffres arrondis

* Valeurs extrapolées à la population française à partir des résultats de l'enquête adressée mensuellement aux MDPH. En moyenne, en 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 aux personnes handicapées (AAH...). 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.

La CNSA estime à environ 83 900 le nombre de demandes de PCH en 2007 soit une progression de 7,9 % par rapport à l'année précédente. La montée en charge des demandes, rapide puis progressive au cours de l'année 2006, semble terminée en 2007. La CNSA évalue le nombre moyen de demandes déposées chaque mois à 7 000 en 2007. En décembre 2007, selon la Drees, 28 600 personnes ont reçu un paiement au titre de la PCH, et 38 100 ont bénéficié d'un accord ou fait valoir un droit à cette prestation.

Les décisions relatives à la prestation de compensation sont en constante augmentation chaque mois : bien que le rythme d'accroissement du nombre de décisions se soit ralenti en 2007 par rapport à 2006, il reste soutenu (+4 % chaque mois). En 2007, 76 600 décisions relatives à la PCH ont été rendues contre 23 500 en 2006. Le nombre moyen de décisions rendues, évalué à 5 300 par mois au premier trimestre 2007, approche 7 800 au dernier trimestre 2007.

Il est à noter que le nombre moyen de décisions relatives à la PCH prises au dernier trimestre 2007 dépasse celui des demandes déposées. Ce résultat est un élément important puisqu'il traduit un rattrapage des stocks de demandes en attente de décisions et, à plus long terme, aura une incidence sur la diminution des délais moyens de traitement.

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

Les décisions de PCH prises en 2007 ont concerné à 97 % des adultes et à 3 % des enfants. La faible part des enfants dans le nombre de bénéficiaires de la PCH s'explique par le fait que les enfants ne peuvent en 2007 demander à bénéficier que de l'élément de la prestation relatif à l'aménagement du logement ou du véhicule de leurs parents. En effet, jusqu'au 1er avril 2008, les enfants handicapés ne peuvent prétendre aux autres éléments de la prestation de compensation. Ils se voient accorder les prestations qui leur sont spécifiquement destinées, à savoir l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH, cf. indicateur n°2-4 pour plus de détails).

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	46,2 %	45,2 %
Aides techniques	19,9 %	15,7 %
Aménagement du logement et du véhicule*	21,2 %	37,1 %
Charges spécifiques exceptionnelles	12,5 %	1,9 %
Aides animalières*	0,2 %	0,0 %

Source CNSA – Chiffres arrondis - Données de l'année 2007.

*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 moyenne en 2007, les aides humaines représentent près de la moitié des éléments de PCH accordés et les aides techniques concernent un cinquième des éléments de PCH accordés. La composante liée à l'aménagement du logement et du véhicule compte pour 21 % alors que celle concernant les charges spécifiques et exceptionnelles représente 12 % du total des PCH attribuées.

En termes de montant, les aides humaines, dont le montant moyen est proche de 500€ mensuel, comptent toujours pour près de la moitié du coût moyen mensuel de la prestation tandis que les aménagements du logement et du véhicule, par nature très coûteuses (respectivement 3 500 € et 2 600 € en moyenne par aménagement), atteignent 37 % du montant total, ramenant la part des aides techniques à 16 %. En effet, les aides techniques sont d'un montant moyen sensiblement inférieur (1 000 € en moyenne). Enfin, les charges spécifiques et exceptionnelles, les aides animalières représentent une très faible part (respectivement 1,95 % et 0,02 %) des montants de PCH attribuée.

Les montants exposés représentent non pas la dépense, mais la répartition moyenne des montants au sein d'une prestation de compensation au moment de l'attribution. Par exemple, ils ne tiennent compte que du premier versement mensuel suite à l'attribution d'une aide humaine, et non pas des flux cumulés de versements au cours du temps au titre de l'élément « aide humaine » de la PCH attribuée.

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 l'activité et au fonctionnement des Maisons départementales 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 Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), et leur contenu en termes de répartition des différents éléments attribués. En 2006, entre 72 et 84 MDPH ont répondu chaque mois au questionnaire. En 2007, elles ont été entre 77 et 94 à répondre.

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^{ème} sous-indicateur : nombre de recours contentieux concernant la PCH

Finalité : ce sous-indicateur vise à repérer 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. On obtient ainsi une mesure approchée des écarts entre les décisions prises et les demandes des intéressés pour cette nouvelle prestation, qui peuvent conduire à des contestations importantes pour lesquelles le traitement amiable des litiges ou le recours gracieux ne sont pas suffisants.

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 prend, 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, des décisions motivées relatives à l'ensemble des droits de la personne.

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 peut être 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, car l'enquête mensuelle réalisée en 2007 par la CNSA auprès des maisons départementales des personnes handicapées ne permet pas de l'obtenir. Bien que la majorité des MDPH ait répondu au questionnaire (entre 77 et 94 en moyenne en 2007), elles n'ont pas, en grande majorité, été en mesure de renseigner l'indicateur. Celui-ci sera présenté dans le prochain programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » qui sera annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

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 sera calculé indépendamment du contenu de la décision de PCH rendue par la CDAPH.

Précisions méthodologiques : l'indicateur sera obtenu par enquête incorporée à l'enquête mensuelle adressée aux MDPH (cf. le 1^{er} sous-indicateur pour la description de l'enquête). Dans la mesure du possible, il sera 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, anciennement allocation d'éducation spéciale, AES), 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 compléments. À compter du 1^{er} avril 2002, le nombre des niveaux de compléments à l'AES est passé de trois à six. Les montants des premier et dernier compléments sont restés inchangés par rapport à la législation précédente. Une majoration pour parents isolés peut être versée, depuis le 1^{er} janvier 2006, aux familles monoparentales allocataires.

	Réforme de 2002	Réforme de 2005	Montant mensuel au 01/01/2007	
	Allocation d'éducation*	Ajout d'une majoration personne isolée	AEEH	Majoration personne isolée
Allocation de base	32% BMAF	-	119,72 €	-
Complément 1	24% BMAF	-	89,79 €	-
Complément 2	65% BMAF	13% BMAF	243,18 €	48,64 €
Complément 3	92% BMAF	18% BMAF	344,19 €	67,34 €
Complément 4	143% BMAF	57% BMAF	533,38 €	213,25 €
Complément 5	182% BMAF	73% BMAF	681,68 €	273,11 €
Complément 6	MTP ¹	107% BMAF	999,83 €	400,31 €

Source : Données CNAF (barème au 01.01.2007)

¹ Majoration pour tierce personne. * AES jusqu'en 2005, AEEH depuis cette date ; la BMAF est la base mensuelle de calcul des allocations familiales qui sert à fixer le montant des prestations familiales.

Note de lecture : Un parent élevant seul son enfant handicapé qui bénéficie d'un complément de type 4 percevra 119,72+533,38+213,25=866,35€ mensuels.

Résultats : le nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AEEH et le nombre de familles concernées (une famille pouvant compter plusieurs enfants handicapés) sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	2002	2003	2004	2005	2006*	2007*	Objectif
Allocation de base	60 250	65 650	70 050	75 270	84 900	83 200	Adéquation aux besoins
Allocation avec complément, législation 2002							
Complément 1	2 700	5 700	6 500	6 900	7 025	6 500	
Complément 2	5 950	15 400	19 950	23 200	26 810	27 800	
Complément 3	4 700	10 300	12 100	13 540	15 150	15 500	
Complément 4	4 450	9 150	10 500	12 170	14 000	13 300	
Complément 5	600	1 200	1 450	1 700	1 950	1 950	
Complément 6	2 400	4 000	4 200	4 510	4 900	4 800	
Allocation avec complément, ancienne législation							
Complément 1	15 100	4 100	600				
Complément 2	14 500	3 500	600	80	25	1	
Complément 3	2 150	350	50				
Total enfants	112 900	119 400	126 000	137 400	154 750	153 050	
% évolution annuelle		5,8 %	5,5 %6%	9,0 %	12,6 %	-1,1 %	
Total familles	109 000	114 400	120 800	131 550	147 350	145 500	

Source : Données CNAF (données au 31 décembre 2007, 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'AAEH a fortement augmenté sur la période 2002–2006 (+ 37,1 %, soit + 8,3 % en moyenne annuelle). Cette progression est particulièrement marquée à partir de 2004 : + 9,0 % entre 2004 et 2005 et, surtout, + 12,6 % de 2005 à 2006. Cependant, elle découle pour partie d'une modification du champ retenu pour comptabiliser le nombre de bénéficiaires de l'AAEH. En effet, avant 2006, les enfants vivant en institution et percevant l'AAEH lors de leur retour au foyer de leurs parents n'étaient pas inclus dans le total des bénéficiaires. Or ils ont été comptés en 2006, leur dénombrement s'effectuant sur le troisième trimestre de l'année civile. Environ 13 000 bénéficiaires de cette AEEH « retour au foyer » ont alors été recensés. En occultant ces bénéficiaires, le nombre d'enfants percevant l'AAEH aurait tout de même augmenté de 3,2 % entre 2005 et 2006.

En 2007, le nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AAEH est en diminution de 1,1 % 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 devenu mensuelle, il est possible que certains établissements continuent d'envoyer le formulaire du nombre de jours effectifs de retour au foyer de l'enfant qu'une seule fois par an (une gestion mensuelle étant probablement trop lourde à gérer) au début ou en fin d'année scolaire. En conséquence, le dénombrement de la CNAF effectué en décembre 2007 ne couvrirait pas l'ensemble des bénéficiaires de l'AAEH « retour au foyer » mais n'en recenserait que 1 150 environ. Hors prise en compte des AEEH « retour au foyer », le nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AAEH aurait augmenté de 7,2 % entre 2006 et 2007.

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. L'attribution du complément de catégorie 1 (7,8 % des enfants bénéficiaires de l'allocation de base en 2007) 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 33,5 %, 18,6 % et 16,0 % des bénéficiaires en 2007). Les compléments 5 et 6 sont accordés quand l'enfant a besoin de recourir à une personne à temps plein (8,1 % des enfants bénéficiaires de l'AAEH en 2007).

Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2006, les personnes assumant seules la charge d'un enfant handicapé et percevant l'AAEH et un complément attribué pour tierce personne peuvent bénéficier d'une majoration spécifique pour parent isolé. Celle-ci a concerné 7,5 % des enfants bénéficiaires de l'AAEH en 2007, soit une augmentation de 0,9 point de pourcentage par rapport à 2006.

Construction de l'indicateur : le dénombrement des familles et enfants bénéficiaires de l'AAEH 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 2002 et ancienne législation) sont présentées. Il n'est pas possible de calculer de taux de couverture par l'AAEH de la population potentiellement éligible car ce ratio nécessiterait de connaître avec précision les effectifs d'enfants handicapés, ce qui n'est pas le cas ; 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) sont en charge de la décision d'attribution de l'AAEH. Les CAF interviennent ensuite pour le versement de la prestation auprès des familles.

Pour plus de détails, notamment sur les conditions d'attribution des compléments, se reporter à l'Etudes et Résultats n° 586 de la DREES du 30 juillet 2007 : « Augmentation des bénéficiaires de l'AAEH et de l'activité des CDAPH concernant les enfants handicapés en 2006 ».

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

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

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 âgées sont mesurées par les écarts inter-quartiles des taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus :

	2004	2005	2006	2007	Objectif
Ecart inter-départemental	25,8 %	26,3 %	23,9 %	26,9 %	Réduction des écarts
Ecart inter-régional	26,0 %	27,0 %	24,2 %	26,2 %	
<i>Médiane des départements</i>	140,3	140,6	142,8	138,7	
<i>Médiane des régions</i>	134,8	133,6	138,5	138,8	
<i>Moyenne France entière</i>	131,0	130,3	133,8	131,5	

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005–DREES pour données 2006 – CNSA pour 2007

Note de lecture : On compte en moyenne, sur la France entière, 131,5 places en établissements et services pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2007. Cette même année, la moitié des départements dispose d'au moins 138,7 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. 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 26,9 %.

L'évolution des écarts inter-quartiles départementaux comme régionaux fait apparaître une légère réduction des disparités de taux d'équipement entre 2004 et 2006 : les créations de places ont globalement plus profité aux régions et aux départements en retard d'équipement. En 2007, la légère progression des écarts interquartiles régionaux comme départementaux peut s'expliquer par diverses raisons : évolution de la population cible, saisonnalité des installations de capacités nouvelles dans certaines régions et départements où l'offre de création (promoteurs) est tendue, délais de création de places nouvelles en accueil de jour et en hébergement temporaire qui ont peut être pénalisé en premier lieu les régions.

On peut considérer que le taux d'équipement est globalement stable sur la période en raison d'un effort très important d'extension de capacités nouvelles. Toutefois, l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées dépendantes ne permet que de maintenir le taux d'équipement, dans le contexte de la persistance de disparités territoriales significatives.

Le suivi de cet indicateur prendra un sens particulier à partir de 2009, avec la prise en charge par la CNSA des crédits destinés à accompagner l'effort d'investissement des collectivités locales et des autres organismes dans le financement de places nouvelles en établissements et services pour personnes âgées, jusqu'à présent inscrits en crédits budgétaires au titre des contrats de plan État - régions (15 millions d'euros d'autorisations d'engagement dans la loi de finances pour 2008).

Construction de l'indicateur : les taux d'équipement sont calculés en rapportant le nombre de places en établissements et services à la population des personnes âgées de 75 ans et plus, multiplié par 1 000. Les taux de dispersion entre les régions et 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 départements les mieux équipés – et le premier quartile, valeur au-dessous de laquelle se situe le quart des régions et départements les moins bien équipés. Cet indicateur est ici à considérer en termes relatifs, rapporté à la moyenne des taux d'équipement au niveau national.

Précisions méthodologiques : les taux d'équipements pour personnes âgées retenus pour bâtir cet indicateur se réfèrent aux mêmes structures que celles définies aux précisions méthodologiques de l'indicateur de cadrage n°6.

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 à des formules intermédiaires (accueil de jour ou hébergement temporaire – AJ-HT).

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

Résultats : la part des services (services de soins infirmiers à domicile - SSIAD - et en accueil de jour et en hébergement temporaire - AJ-HT -), en pourcentage, dans l'offre totale des places (établissements et services) s'élève à :

	2006	2007	Objectif
Moyenne France entière	14,6 %	15,2 %	Augmentation de la part des services
Médiane des régions	14,2 %	14,9 %	
Médiane des départements	14,3 %	15,6 %	
Ecart inter-départemental	34,6 %	36,0 %	
Ecart inter-régional	37,4 %	37,0 %	

Source : DREES pour données 2006 et CNSA pour 2007

Note de lecture : Pour les personnes âgées, on compte en moyenne, sur la France entière, 14,6 % de places en services rapportés à l'ensemble des places en établissements et services en 2006. La moitié des régions dispose d'au moins 14,2 % 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 34,6 %.

En 2007, la part des services dans l'ensemble des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées progresse de 0,6 point, pour s'établir à 15,2 % en moyenne. Cette progression modérée doit toutefois s'apprécier à l'aune de la difficulté de mettre en œuvre un objectif de diversification de l'offre de services répondant à un moindre recours à l'établissement, 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.

Prolonger cette évolution favorable à la création de services pour les personnes âgées au cours des prochaines années constitue un enjeu majeur des prochaines années. D'une part, les créations de places, tout à la fois en établissements et en services, devront être importantes afin d'accompagner la progression rapide du nombre de personnes âgées dépendantes dans le contexte du vieillissement de la population. D'autre part, un haut degré de priorité politique s'attache au maintien à domicile des personnes âgées dans les orientations retenues par le Gouvernement afin de mettre en œuvre l'objectif du Président de la République de créer une cinquième branche de la protection sociale dédiée à la perte d'autonomie.

Par ailleurs, l'indicateur retenu pour mesurer la diversification des modes d'accueil des personnes âgées ne fait pas suffisamment ressortir le nombre de places créées en accueil de jour et en hébergement temporaire, qui connaît une faible montée en charge : en effet, les places en AJ-HT représentent 2 % de l'ensemble des places pour personnes âgées, comparé à 13,2 % pour les SSIAD. Toutefois l'augmentation significative de cette offre séquentielle d'AJ-HT par rapport à 2006 (2,0 % 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.

Les résultats sont à interpréter avec précaution : ainsi, à la lecture des données concernant la Guadeloupe, il ressort que le nombre de places en services et en formules intermédiaires représente près de la moitié de l'offre, soit trois fois la moyenne nationale. Ce pourcentage masque le faible nombre de places installées en maisons de retraite et en unité de soins de longue durée (USLD), le taux d'équipement en places de SSIAD étant à peine supérieur à la moyenne nationale.

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.

Précisions méthodologiques : les structures accueillant des personnes âgées sont les mêmes que celles définies aux précisions méthodologiques de l'indicateur de cadrage n°6. Par ailleurs, la source de données utilisée, STATISS, est définie à l'indicateur n°2-1.

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 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.

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

Source : CNSA, compte de résultat 2006, 2007 et prévisions pour 2008 – chiffres arrondis.

En 2006 et 2007, 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 54 % en 2007) 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 des services, qui sont utilisés par la CNSA pour financer d'importants plans d'investissements pour 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. Certes, l'année 2006 a amorcé la montée en charge de ces dépenses, ce qui peut expliquer l'excès important des produits sur les charges. Par ailleurs, l'année 2007 a vu une réduction de ce ratio, qui devrait se prolonger en 2008. Néanmoins, l'écart positif persistant entre recettes et dépenses relatives aux soins reçus en établissements pour personnes âgées peut s'expliquer par :

- un rythme de conventionnement initial des établissements plus lent que prévu (73 000 places conventionnées en 2007 pour un objectif de 117 000 places qui correspondait à un achèvement du conventionnement), et la poursuite de la mise en œuvre de la nouvelle tarification PATHOS à un rythme moins important que prévu (75 000 places fin 2007 pour un objectif de 148 000 places) ;

- 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 délais de gestion comme la délégation tardive des crédits de fin de campagne, ou la parution tardive des textes nécessaires à l'engagement des crédits, qui n'ont pu être engagés que partiellement en 2007 (SSIAD renforcés, crédits complémentaires de médicalisation, couverture des frais financiers dans les EHPAD).

En 2008, l'écart favorable entre produits et charges assurant le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux devrait se réduire, indiquant que la maturité moyenne des projets financés serait plus importante.

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 excédents de l'année précédente (non provisionnés antérieurement) ou reprise sur provisions.

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 2006 et 2007, du compte de résultat de la CNSA retraçant comptablement ses dépenses et ses recettes. Pour 2008, 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	Objectif
Dépenses d'APA versées par les départements	3 616	3 930	4 243	4 555	Stabilité (pour la PCH, une fois la montée en charge achevée)
- Dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA	1 339	1 341	1 437	1 518	
Part des dépenses d'APA financées par la CNSA	37,0 %	34,1 %	33,9 %	33,3 %	
Dépenses de PCH versées par les départements			79	277	
- Dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de la PCH	-	-	523	530	
Part des dépenses de PCH financées par la CNSA			662,0 %	191,5 %	

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

Les prestations d'APA et de PCH sont gérées par les départements mais cofinancées avec la CNSA. La part des dépenses relative à l'allocation personnalisée d'autonomie financée par la CNSA a légèrement diminué entre 2004 et 2007. Cependant, elle reste au moins égale à un tiers et s'établit à 33,3 % en 2007. Toutefois, cette baisse est relative car elle s'inscrit dans une forte dynamique des dépenses totales d'APA qui ont progressé de 26 % sur cette même période, l'effort financier de la CNSA augmentant d'environ 180 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€ et cette hausse devrait se poursuivre en 2008, confirmant la montée en charge de cette prestation. Le concours se maintient en 2007 à un niveau élevé par rapport aux dépenses, malgré une progression de la dépense de PCH versée par les départements.

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 le compte de résultat 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.