

PARTIE I

DONNEES DE CADRAGE

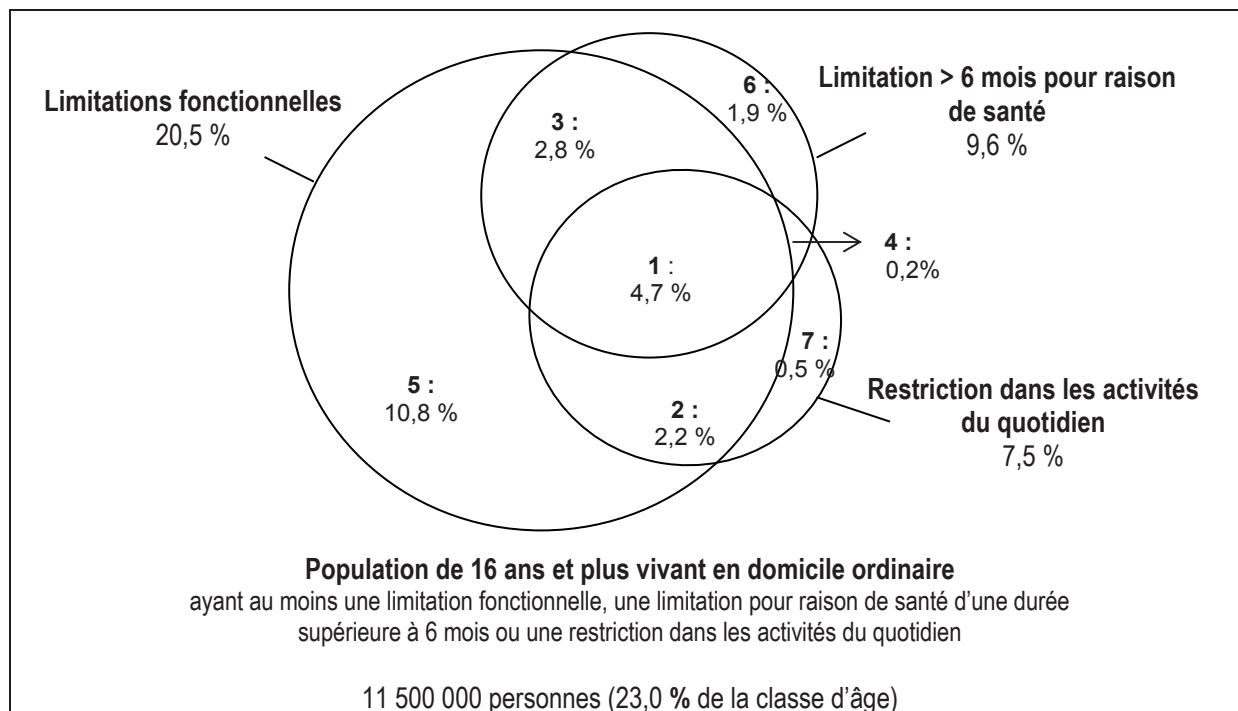
LISTE DES INDICATEURS DE CADRAGE ET DES PRODUCTEURS TECHNIQUES

Indicateur	Producteurs techniques
1 - Evaluation de la population concernée par un handicap * nombre de personnes vivant en logement ordinaire et ayant des incapacités, repérées à l'aide de l'enquête Handicap-Santé * effectifs de bénéficiaires des différents types d'aides	DREES / DSS
2 - Nombre de personnes percevant une pension d'invalidité et dépenses d'invalidité par régime * nombre de personnes percevant une pension d'invalidité * dépenses d'invalidité par régime	DSS
3 - Evolution et répartition du nombre de bénéficiaires de l'APA	DREES / DSS
4 - Evolution et répartition du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP	CNSA / DREES / DSS
5 - Dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées et répartition par financeur	DGCS / DREES / DSS
6 - Offres d'équipements et de services en faveur des adultes et des enfants handicapés	CNSA
7 - Offre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées * nombre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées * nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) délivrés aux personnes âgées	CNSA
8 – Nombre de personnes suivies pour la maladie d'Alzheimer	Mission Alzheimer
9 – Coût des différentes prises en charge des personnes âgées dépendantes et impact sur le reste à charge de ces personnes	DREES / DSS

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

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

A partir de l'enquête Handicap-Santé réalisée en 2008, sept populations ont été identifiées parmi les personnes de 16 ans et plus vivant en logement ordinaire.



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

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

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

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

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

Caractérisation des différents types de population ayant des incapacités

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

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

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 1, 1er sous-indicateur :

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

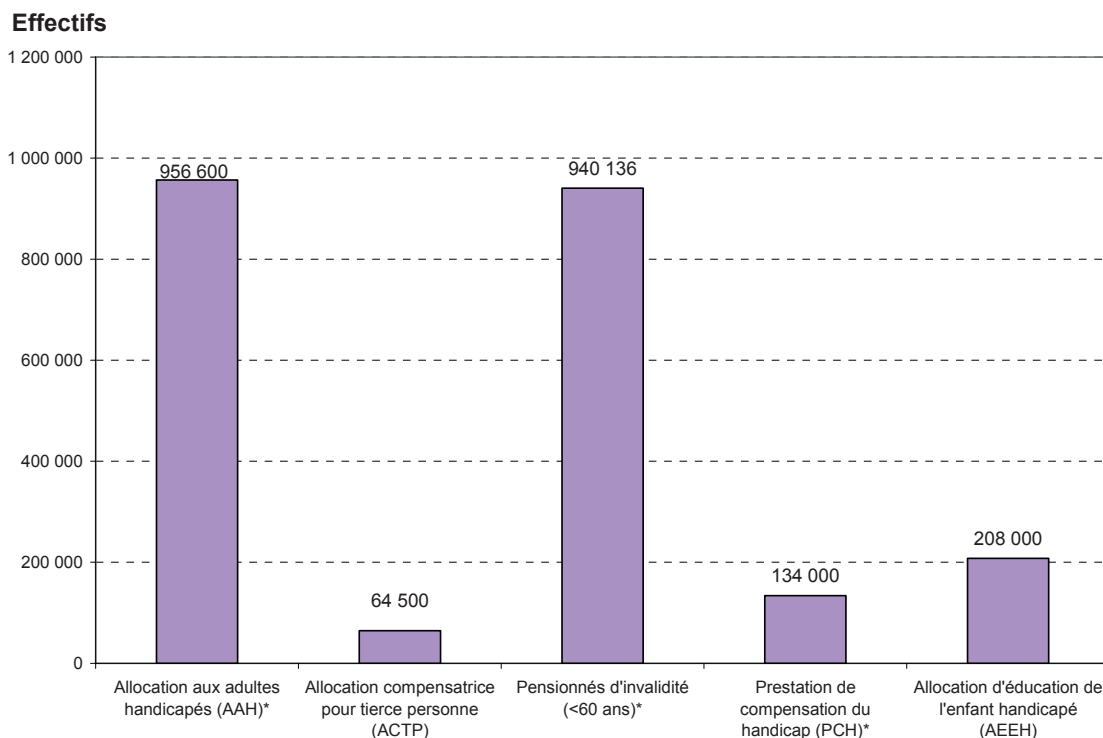
Les présents résultats concernent le champ de la population vivant en domicile ordinaire et âgée d'au moins 16 ans. Ils sont issus de l'exploitation du volet HSM de l'enquête.

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

- avoir au moins une impossibilité ou beaucoup de difficultés pour une limitation fonctionnelle physique (marcher, entendre, voir, se servir de ses mains/doigts, porter 5 kg sur 10 mètres, se baisser/s'agenouiller, contrôler ses selles/urines...) ou des difficultés fréquentes pour une limitation fonctionnelle cognitive (se souvenir à quel moment de la journée on est, se concentrer plus de 10 minutes, résoudre des problèmes de la vie quotidienne, se mettre en danger par son comportement...);

- avoir au moins une restriction absolue ou beaucoup de difficultés dans les activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ : manger/boire, se laver, s'habiller, se coucher/se lever du lit...) ou les activités instrumentales de la vie du quotidien (AIVQ : préparer ses repas, sortir de son logement, prendre ses médicaments, se servir du téléphone...);

- être fortement limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement. Cet indicateur est une des quatre questions du mini-module européen sur la santé.

Sous-indicateur n°1-2 : effectifs de bénéficiaires des différents types d'aides**Effectifs de bénéficiaires de différents types d'aides en faveur des personnes handicapées, en 2011**

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

Les prestations destinées aux personnes handicapées se distinguent à la fois par l'objectif qu'elles visent à remplir, par la manière dont elles sont servies et par la population qu'elles ciblent. Au sein de la population adulte, les prestations d'invalidité (hors accidents du travail et maladies professionnelles qui font l'objet d'un programme spécifique) et l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont les plus importantes en termes de bénéficiaires (respectivement environ 940 000 et 957 000 tous régimes confondus en 2011). Ces deux catégories de prestations constituent les principales aides 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. 64 500 personnes de moins de 60 ans ont perçu l'ACTP en décembre 2011, soit une diminution d'environ 3 % par rapport à 2010.

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...). 134 000 allocataires (aussi bien des adultes que des enfants) ont bénéficié de cette prestation à fin 2011, soit une augmentation d'environ 19 % depuis décembre 2010. Cette augmentation témoigne d'une poursuite du déploiement de l'activité des MDPH (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 2-3).

En ce qui concerne les enfants, une seule prestation en espèces est dédiée au handicap : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Près de 210 000 enfants en bénéficiaient au 31 décembre 2011 tous régimes confondus. Depuis le 1^{er} avril 2008, les bénéficiaires de l'AEEH peuvent la cumuler avec un des éléments de la PCH dès qu'ils remplissent les conditions d'ouverture aux compléments de l'AEEH (cf. indicateur « objectifs/résultats » 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 « objectifs/résultats » 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 des résultats de l'enquête trimestrielle de la DREES auprès des conseils généraux.

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'AAE ont été fournies par la DREES à partir des informations données par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la Mutualité sociale agricole (MSA).

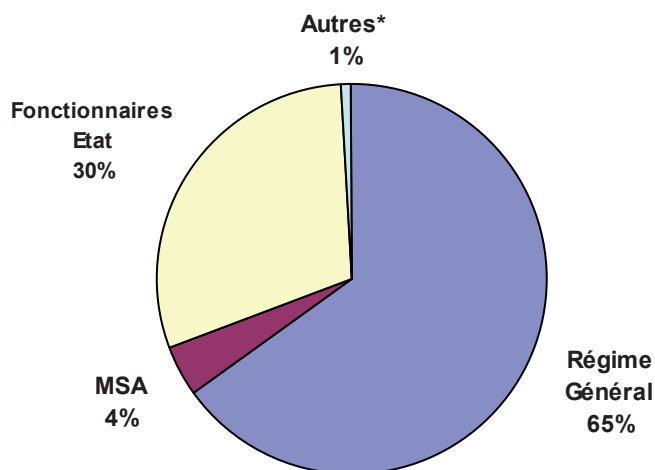
Pour les effectifs de pensionnés d'invalidité, l'indicateur comptabilise les bénéficiaires de moins de 60 ans affichés dans les comptes des différents régimes. Toutefois, ces données peuvent encore comprendre des bénéficiaires retraités (cf. indicateur de cadrage n° 2). Ces données sont issues de la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2012 et sont cohérentes avec l'indicateur de cadrage n° 2-1.

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

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

Sous-indicateur n°2-1 : Nombre de personnes percevant une pension d'invalidité

Répartition des pensionnés d'invalidité en 2011, par régime



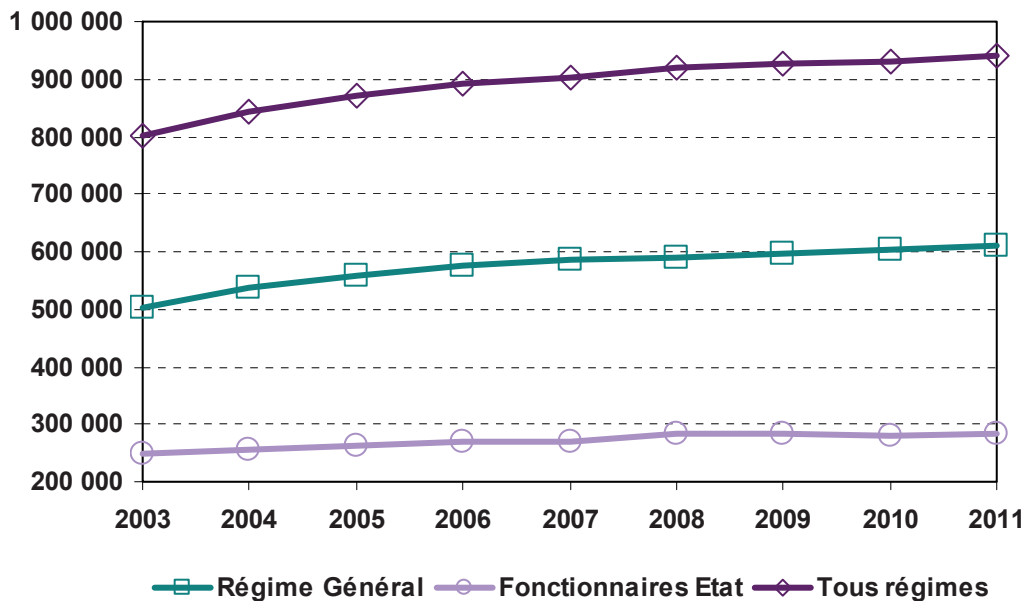
Source : CNAMTS et CCSS octobre 2012.

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

En 2011, on dénombre 940 100 pensionnés d'invalidité, tous régimes confondus. Ce nombre ne tient pas compte, pour l'ensemble des régimes, des bénéficiaires d'invalidité partis à la retraite. Le champ de cet indicateur est donc comparable au suivant qui retrace l'ensemble des dépenses d'invalidité comptabilisées dans la branche maladie des différents régimes.

Le régime général compte à lui seul plus de 611 000 pensionnés d'invalidité, soit 65% des bénéficiaires. Au sein de ce régime, on distingue trois principales catégories de pensions en fonction du degré d'invalidité de la personne (cf. définition de ces différentes catégories dans les précisions méthodologiques). La 1^{ère} catégorie, correspondant aux personnes les plus valides, constitue 23,4 % des effectifs de l'ensemble des invalides en 2011. Les 2^{ème} et 3^{ème} catégories comptent pour respectivement 73,5 % et 2,6 % du total des invalides. Enfin, les autres catégories représentent 0,4% de l'ensemble des bénéficiaires des pensions du régime général en 2011.

Evolution des effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité, sur la période 2003-2011



Source : CNAMTS et CCSS octobre 2012.

Les effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité, tous régimes confondus, ont progressé de 2 % par an, en moyenne, sur la période 2003-2011. Le nombre de pensionnés du régime général a augmenté plus rapidement que celui des autres régimes (+2,8 % par an en moyenne pour le champ CNAMTS). *A contrario*, les effectifs des régimes agricoles, ont reculé de - 0,2 % par an en moyenne, sur la période 2003-2011.

Au régime général, le nombre de pensionnés d'invalidité est passé d'environ 458 000 à 611 000 entre 2000 et 2011, soit une augmentation de 33,4 %. 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. Compte tenu du fait que la durée moyenne d'invalidité est proche de 9 années, le flux entrées-sorties des pensionnés a eu tendance à s'équilibrer à partir de 2007. Ainsi, depuis 2010, la progression du nombre d'invalides au régime général n'est plus que de 1,5 % par an en moyenne, alors qu'elle était de 3,1 % en moyenne annuelle entre 1998 et 2007. A partir de la mi-2011, la réforme des retraites a pour effet de reculer l'âge minimal de départ à la retraite. Les personnes aujourd'hui titulaires d'une pension d'invalidité la percevront donc plus longtemps. Toutes égales par ailleurs, cela pourrait tirer à la hausse à l'avenir les effectifs du dispositif. Pour ce qui est des dépenses, cf. indicateur 2-1-2.

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).

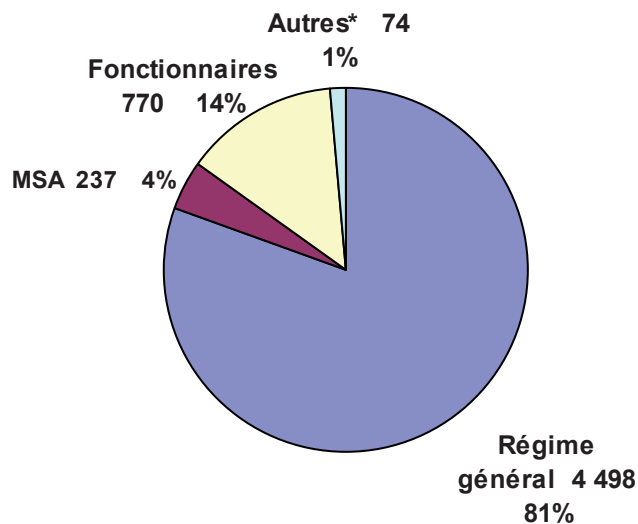
Les catégories d'invalidité du régime général peuvent se décomposer de la manière suivante :

- 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),
- le régime des industries électriques et gazières (IEG),
- la SNCF,
- la RATP,
- l'Établissement National des Invalides de la Marine (ENIM),
- la Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires (CRPCEN),
- la Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes (CAVIMAC),
- la Banque de France,
- la chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP)

Le calcul des effectifs de pensionnés ne comptabilise que les bénéficiaires de moins de 60 ans estimés par différents régimes.

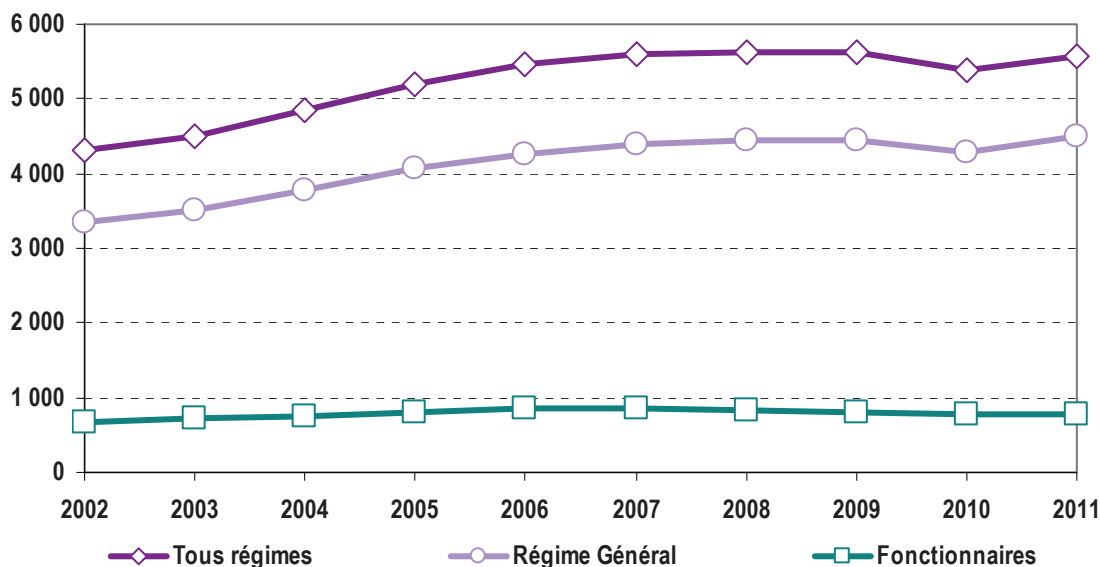
Sous-indicateur n°2-2 : Dépenses d'invalidité par régime**Dépenses d'invalidité (M€) en 2011, par régime**

Source : CCSS octobre 2012.

* La liste des régimes est détaillée dans les précisions méthodologiques.

En 2011, les dépenses totales d'invalidité tous régimes s'élèvent à 5,6 Md€. Les dépenses du régime général représentent 81 % du total, contre 14 % pour les régimes de la fonction publique et 5 % pour l'ensemble des autres régimes (MSA et autres régimes spéciaux). La part des dépenses des régimes de la fonction publique relativement faible au regard de leurs bénéficiaires résulte de différences de règles d'admission en invalidité entre ces régimes et le régime général.

Evolution des dépenses d'invalidité, sur la période 2003-2011, en M€ courants



Source : CCSS octobre 2012.

Les dépenses d'invalidité, tous régimes confondus, ont progressé de 2,9 % par an, en moyenne, sur la période 2002 - 2011. Les dépenses du régime général ont augmenté un peu plus rapidement que celles des autres régimes (+3,4 % par an en moyenne pour le champ CNAMTS). Les dépenses d'invalidité des régimes agricoles et de la fonction publique (Etat, FSPOEIE et CNRACL) ont progressé plus lentement, au rythme de respectivement +0,8 % et +1,4 % par an en moyenne, sur la période 2002-2011.

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

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

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

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

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

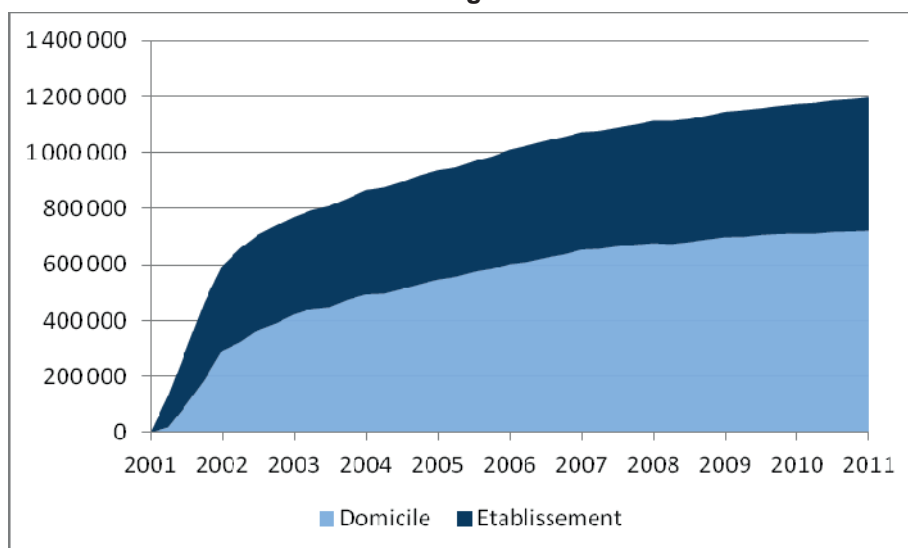
Au total, près de 1,2 millions de personnes âgées dépendantes ont bénéficié de l'APA en décembre 2011, soit une augmentation de 2,0 % sur un an. Au 31 décembre 2011, 60 % des bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile et 40 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Depuis sa création, l'APA a connu des phases de croissance différentes :

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

La montée en charge de l'APA en établissement a été plus rapide que celle à domicile au moment de la mise en place de la prestation. Ceci pourrait s'expliquer par une volonté de prendre en charge le plus rapidement les personnes les plus dépendantes qui nécessitent d'être hébergées en institution. Par ailleurs, la montée en charge des soins à domicile a pu être retardée par la nécessité de développer les emplois répondant à ce type de prestation et de mettre en place des formations adaptées aux besoins. Puis, jusqu'en fin 2009, la croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a été nettement plus dynamique que celle des bénéficiaires de l'APA en établissement (respectivement +28% et +15% de 2005 à 2009). Depuis fin 2009, le taux de croissance annuel de l'APA à domicile est plus faible que celui de l'APA en établissement, ce dernier étant pour partie soutenu par le passage sous dotation globale dépendance d'établissements d'hébergement pour personnes âgées. Fin 2011, on dénombre environ 720 000 bénéficiaires de l'APA à domicile, soit une augmentation de 1,3 % en un an.

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA entre fin 2002 et fin 2011, par type d'hébergement

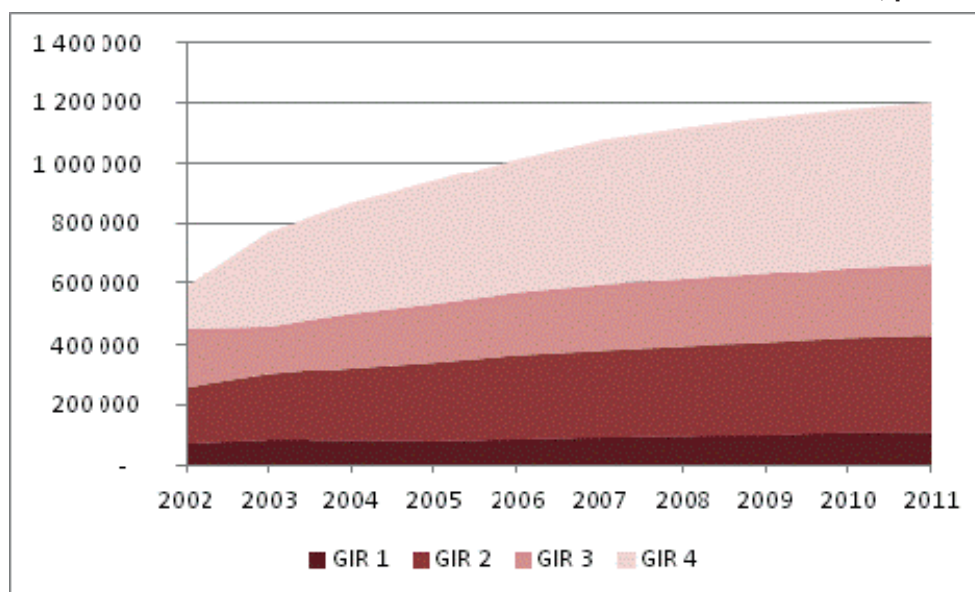


Source : données DREES – juin 2012

La structure des bénéficiaires par GIR connaît des évolutions sensibles. Ainsi, alors que les bénéficiaires du GIR 4 représentaient 37 % du total en décembre 2002, leur proportion atteint 44 % à la fin 2011. Dans le même temps, la proportion de bénéficiaires en GIR 1 baisse de 12 % du total en 2002 à 9 % en 2011. De leur côté, les bénéficiaires en GIR 2 et 3 ont connu des évolutions moins marquées (baisse de 5 points de la part des personnes classées en GIR 2 et 3).

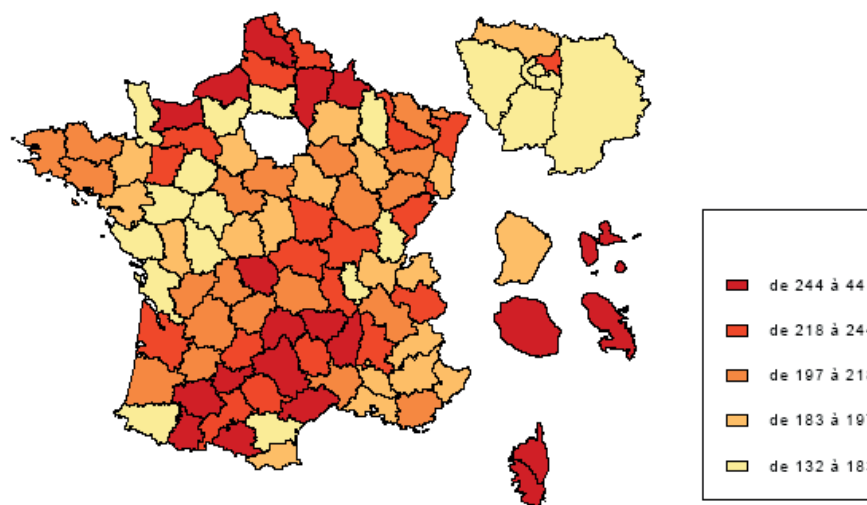
Deux éléments peuvent expliquer l'évolution des structures par GIR. D'une part, il est probable que beaucoup de bénéficiaires potentiels ainsi que leurs familles n'aient que très progressivement réalisé que la nouvelle prestation permettait une prise en charge des « dépendances modérées », alors que la prestation précédente, la PSD, était limitée aux GIR1 à 3. D'autre part, le maintien à domicile encouragé par les pouvoirs publics (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 3-3) semble particulièrement adapté pour les personnes en GIR4, lesquelles représentent 58% des bénéficiaires APA à domicile.

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA entre 2002 et fin 2011, par GIR



Source : données DREES – juin 2012

Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, au 31.12.2010



Sources : données DREES - juin 2012 ; INSEE, estimations de la population au 1/1/2010.

Le nombre total de bénéficiaires de l'APA a été rapporté, pour chaque département, à la population des personnes âgées de 75 ans et plus. Il apparaît une assez forte dispersion du taux de bénéficiaires de l'APA calculé, les départements ayant les taux les plus élevés étant surtout représentés dans le centre de la France, le sud-ouest, la Corse, la Bretagne, le Nord, les DOM,...). Ce constat peut s'expliquer par différents facteurs tels que : le niveau des ressources individuelles (l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, toutefois, une participation financière pouvant aller jusqu'à 90 % du plan d'aide reste à la charge des bénéficiaires lorsque leurs ressources sont supérieures à un plafond), l'hétérogénéité de l'état de santé par département, ou le plus ou moins grand isolement des personnes.

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 demande de soins requis (appelé groupe iso-ressource (GIR)).

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

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

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

Les données APA citées sont issues de l'enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale réalisée par la DREES auprès des conseils généraux, sauf celles de fin 2011 qui sont des données provisoires estimées à partir des réponses des conseils généraux à l'enquête trimestrielle APA de la DREES (94 départements répondants fin 2011). Des vérifications sur le champ des données transmises par les conseils généraux ont conduit la DREES à réviser, en 2011, l'ensemble de la série des bénéficiaires à domicile.

Pour l'élaboration de la carte, le nombre de bénéficiaires de l'APA a été rapporté à l'effectif des personnes âgées de 75 ans et plus estimé par l'INSEE au 1^{er} janvier 2010, dernières données de population disponibles par âge et département.

Pour plus de précisions sur l'allocation personnalisée d'autonomie, se référer, sur le site de la DREES, Etudes et Résultats n°787 « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2010 », ou le document de travail, série statistiques, n° 171 « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2010 ».

Indicateur n°4 : Évolution et répartition du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP

La prestation de compensation du handicap (PCH), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, est une aide personnalisée visant à financer les besoins de compensation des personnes handicapées au regard de leur projet de vie. Cette prestation s'adresse aux personnes de moins de 60 ans confrontées à une difficulté absolue pour réaliser au moins une activité essentielle de la vie, ou une grave difficulté pour deux activités, pendant une durée d'au moins un an. Les activités concernées sont définies dans un référentiel et portent sur la mobilité, l'entretien personnel, la communication et les relations avec autrui. Des personnes de plus de 60 ans peuvent bénéficier de cette prestation si elles sont entrées dans ce dispositif avant 60 ans et qu'elles ne choisissent pas d'opter pour l'APA après 60 ans.

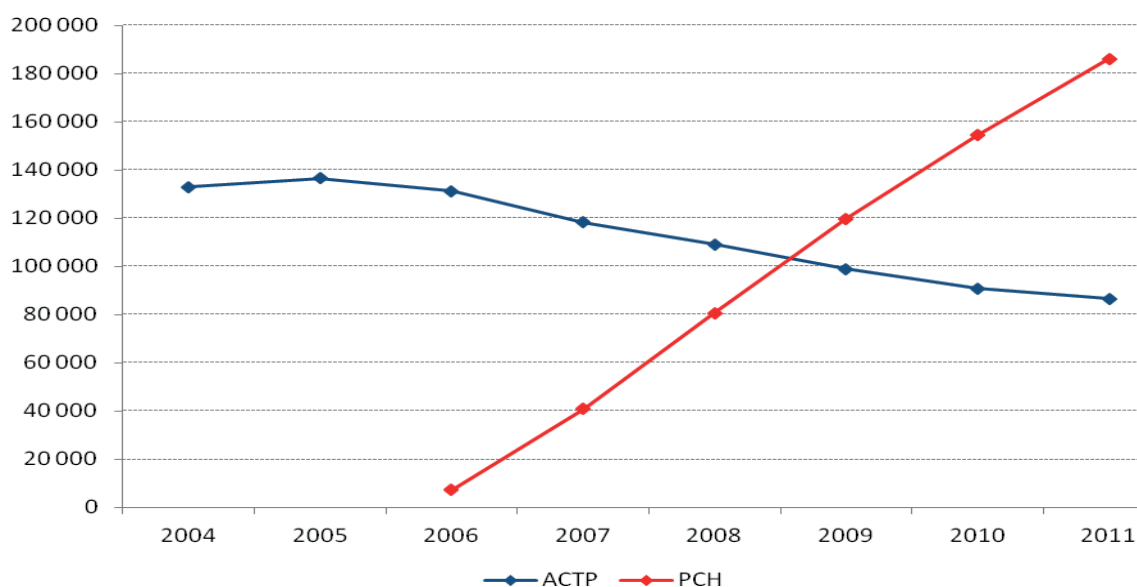
Depuis sa mise en place, la prestation de compensation du handicap a connu une évolution dynamique du nombre de ses bénéficiaires, qui se poursuit encore sur 2011. En décembre 2011, plus de 180 000 personnes bénéficient d'un accord pour la PCH en France métropolitaine et dans les DOM, soit une augmentation de 20 % des effectifs en un an selon des données provisoires de la DREES. Ces bénéficiaires concernent deux types de populations :

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

Sur l'année 2011, l'ACTP perd encore 5 % de bénéficiaires. Les sorties du dispositif peuvent être dues aux personnes optant pour l'APA (pour les plus de 60 ans) ou bien celles optant pour la PCH, aux décès, ou encore aux personnes ne vérifiant plus les critères d'obtention lors du renouvellement de la prestation.

Au total, le nombre de personnes bénéficiant de la PCH ou de l'ACTP croît de 11 % sur 2011.

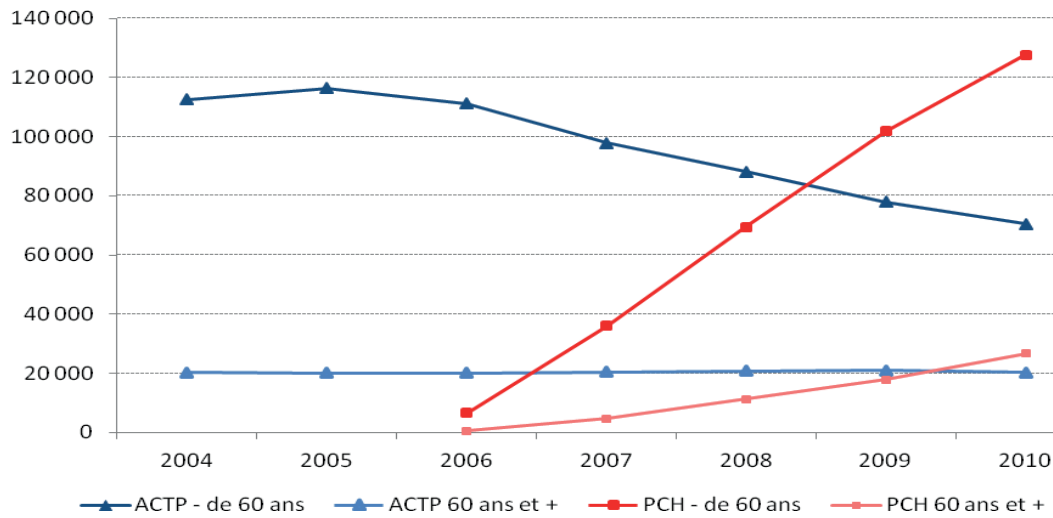
Évolution du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP entre 2004 et 2011



Source : DREES - enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale - données au 31/12 de chaque année – données 2011 provisoires.

La proportion des bénéficiaires de l'ACTP de 60 ans et plus par rapport au nombre total de bénéficiaires de l'ACTP est importante. Elle est de 22% en 2010 et a tendance à croître légèrement depuis 2006. Comme pour la PCH, les bénéficiaires de l'ACTP peuvent choisir de conserver cette prestation après 60 ans et de ne pas opter pour l'APA. Les personnes de ces âges sont également bien représentées parmi les bénéficiaires de la PCH (17 %).

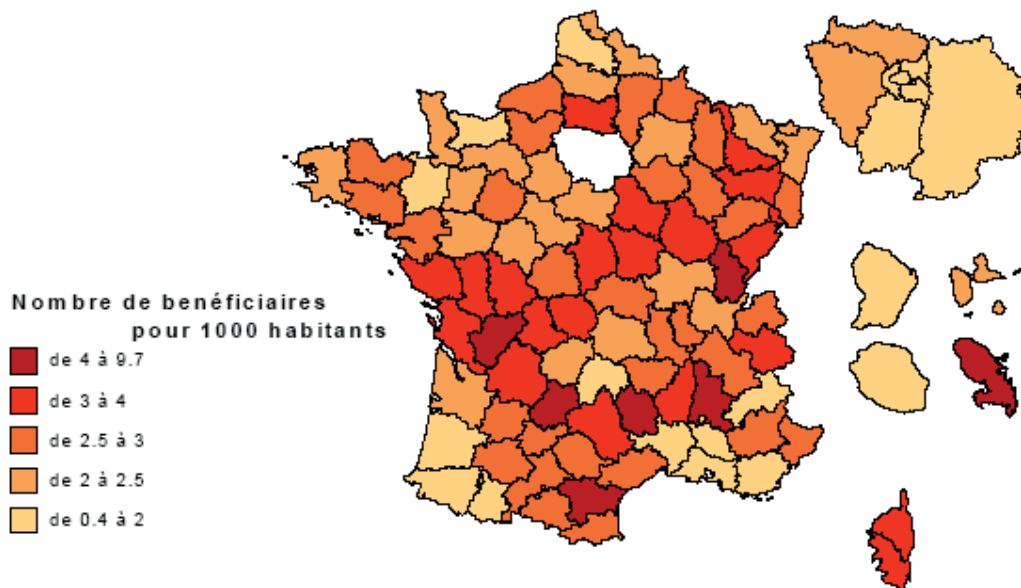
Évolution du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP entre 2004 et 2010, selon l'âge



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

Le recours à la PCH progresse de façon sensiblement différente selon les départements. La carte ci-dessous présente le nombre total de bénéficiaires PCH rapporté, pour chaque département, à la population totale.

Nombre de bénéficiaires de la PCH pour 1 000 personnes, au 31.12.2010



Source : DREES – enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12/2010 ; INSEE - estimations de population au 1/1/2010.

Les disparités constatées peuvent être liées à plusieurs facteurs. D'une part, interviennent bien évidemment les caractéristiques des populations vivant sur les territoires, en termes de santé, de critères démographiques, de prévalence du handicap par exemple. D'autre part, certains départements ont connu un plus grand nombre de personnes qui, bénéficiant auparavant de l'ACTP, ont pu opter pour la PCH. Ainsi, si l'on rapporte pour chaque département le nombre de bénéficiaires de la PCH au nombre de bénéficiaires de l'ACTP, le rapport varie de 0,4 à 8,1. Le nombre de bénéficiaires de la PCH est encore inférieur à celui des bénéficiaires de l'ACTP dans 8 départements. A l'opposé, le nombre de bénéficiaires de la PCH est plus du double de celui des bénéficiaires de l'ACTP dans 41 départements.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur de cadrage n° 4 :

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

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

Lorsqu'une personne bénéficiaire de la PCH ou de l'ACTP dépasse les 60 ans, elle peut choisir de conserver cette prestation ou de bénéficier de l'APA lors du renouvellement de ses droits. La PCH a été étendue aux enfants et adolescents handicapés de 0 à 20 ans pour tous les éléments depuis le 1^{er} avril 2008. Les parents peuvent choisir d'opter pour la PCH, dès lors que leur enfant a un droit ouvert à l'allocation d'éducation pour enfant handicapé et un de ses compléments (*cf.* indicateur « objectifs/résultats » n° 2-4).

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

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

Pour plus de détails sur la PCH et l'ACTP, se référer à l'enquête de la DREES sur « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2010 », document de travail - série statistiques, n°171, 2011, juillet. <http://www.drees.sante.gouv.fr/article10992.html>, et « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2011 », Etudes et résultats, Drees, à paraître.

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

Dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes		Montants 2011 (millions €)
État		1 061
	Programme Handicap et dépendance	1 061
	Personnes âgées	14
	Aides au logement	413*
	Exonération fiscales	634*
CNSA		2 584
	Etablissements et services	722
	APA (transfert aux départements)	1 622
	Plan d'aide à la modernisation des établissements	184
	Animations, prévention et études	7
	Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	50
	Autres actions (congés soutien familial)	0
Sécurité sociale		10 326
	Assurance maladie (nette des transferts CNSA)	8 600
	ONDAM personnes âgées	7 587
	USLD	1 013
	Assurance vieillesse (Action sociale pers. âgées)	710
	Exonération de cotisations sociales pour emplois à domicile	1 016
Départements (dépenses nettes des transferts CNSA)		4 873
	APA (domicile + établissements)	5 263
	Aide sociale à l'hébergement nette	1 202*
	Aide ménagère	30*
	Transfert CNSA	- 1 622
Total Personnes âgées		18 844

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

Les dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées se sont élevées à plus de 52 milliards d'euros en 2011 dont environ 19 Md€ en faveur des personnes âgées et 33 Md€ pour les personnes handicapées. Cette somme est prise en charge pour presque la moitié (48 %) par la sécurité sociale au titre de la protection contre les risques sociaux communs à l'ensemble de la population. La majorité des prestations qu'elle verse est constituée de dépenses d'assurance maladie (environ 95 % pour les personnes handicapées et 83 % pour les personnes âgées). S'agissant de ces dernières, elles bénéficient par ailleurs d'aides financières au titre de l'action sociale des caisses (650 M€ en 2010 d'après le rapport du groupe 4 sur la dépendance). Des exonérations de cotisations pour l'emploi des personnes à domicile sont estimées à près de 1 Md€ en faveur des personnes âgées dépendantes. Elles n'ont pas pu être estimées pour les personnes handicapées.

L'Etat prend à sa charge respectivement 2 % et 23 % de l'ensemble des dépenses en faveur des personnes âgées et handicapées. Ces dépenses comprennent non seulement les crédits inscrits au programme « Handicap et dépendance », mais également le coût des pensions militaires d'invalidité, des crédits relatifs à l'accompagnement scolaire des enfants handicapés et aux aides aux ateliers protégés des programmes « Vie scolaire » et « Accès et retour à l'emploi ».

Dépenses en faveur des personnes handicapées	Montants 2011 (millions €)
État	12 195
Programme Handicap et dépendance	10 055
Évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées (dont contribution au fonctionnement des MDPH, etc.)	80
Incitation à l'activité professionnelle (dont GRTH, ESAT, etc.)	2 536
Ressources d'existence (dont AAH, FSI, etc.)	7 407
Compensation des conséquences du handicap (dont instituts nationaux, fonds de compensation aux MDPH, FIAH, etc.)	25
Pilotage du programme	7
Hors programme Handicap et dépendance	2 140
Pensions militaires d'invalidité	725*
Prog. Vie de l'élève-action élèves handicapés	273
GRTH	1 142*
CNSA	934
Etablissements et services	248
PCH + MDPH (transfert aux départements)	588
Majoration AEEH (CNAF)	6
Plan d'aide à la modernisation des établissements	75
Animation, préventions et études	6
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	11
Autres actions (STAPS+étudiants+congrés soutien familial)	1
AGEFIPH	479
Sécurité sociale	14 629
Assurance maladie (nette des transferts CNSA)	13 853
ONDAM personnes handicapées	8 252
Pensions invalidité	5575
Action sociale	26
CNAF (AEEH et allocation de présence parentale)	777
Départements (dépenses nettes des transferts CNSA)	4 328
Frais d'hébergement en établissement	4 245
ACTP + PCH	1 671
Transfert CNSA	- 588
Total Personnes handicapées	33 565

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

Les dépenses des départements représentent environ 19 % des dépenses totales (26 % sur le champ des personnes âgées et 16 % pour les personnes handicapées). Elles s'expliquent par les lois de décentralisation du début des années quatre-vingt, qui ont donné aux départements des compétences accrues en matière d'aide sociale, notamment pour la population âgée et handicapée (gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie, de l'ACTP, de la PCH...).

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public créé en 2004, compte pour 7 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale afférentes aux personnes âgées et handicapées. La part de cette caisse, qui joue un rôle de pilotage des prestations destinées aux personnes âgées et handicapées, est stable (elle était de 8,7 % en 2009). Les dépenses de la CNSA devraient s'accroître au fur et à mesure de la montée en charge des dépenses relatives au financement des établissements sociaux et médico-sociaux, y compris les plans d'aide de modernisation. A cela s'ajoutent les dépenses relatives à la prestation de compensation du handicap (PCH) qui progresse encore rapidement (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 4-2).

Par ailleurs, l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) intervient pour promouvoir l'insertion professionnelle des personnes handicapées à hauteur de 1 % des dépenses totales.

Le périmètre des dépenses destinées aux personnes âgées n'incluent pas ici les dépenses de santé (dépenses hospitalières et dépenses soins de ville) bien qu'elles figurent dans différents rapports publiés dans le cadre des travaux sur la réforme de la dépendance. Ainsi, dans le rapport du groupe « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » présidé par Bertrand Fragonnard, ces dépenses représentent environ 5 Md€ pour la sécurité sociale en 2010. D'autres

écarts avec les chiffres des rapports publics sur la dépendance concernent les dépenses d'assurance maladie et les charges de la CNSA qui ont fait l'objet de révisions depuis la publication de ces rapports.

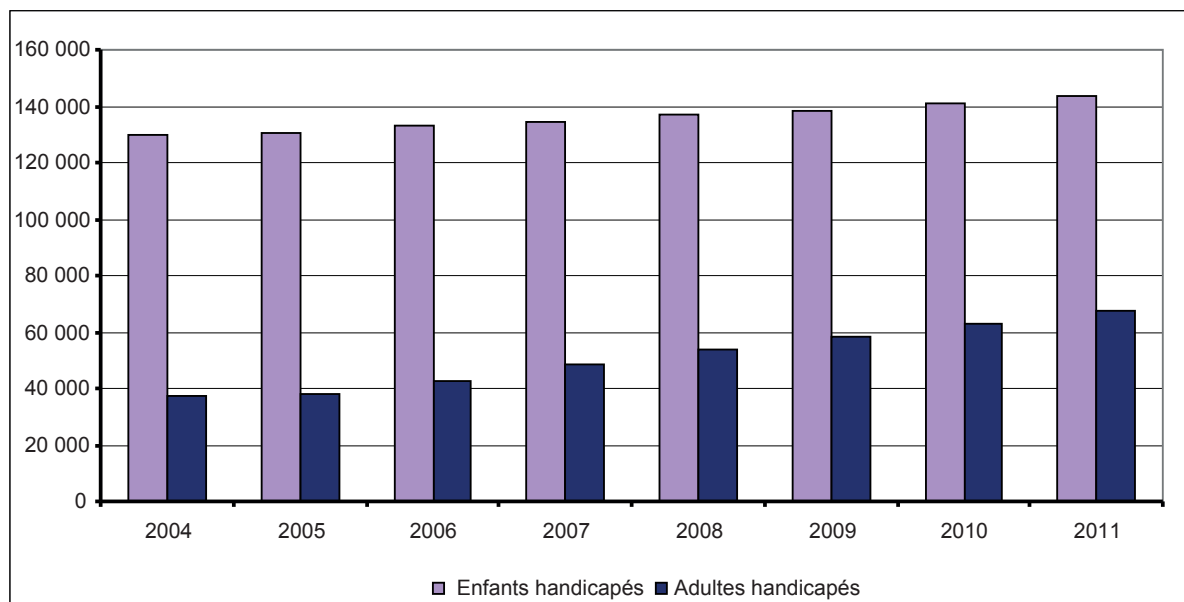
Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°5 :

Les sommes allouées à la protection sociale des personnes handicapées et âgées dépendantes qui apparaissent dans les tableaux ci-dessus sont extraites des documents comptables des différents organismes concernés, à l'exception des dépenses d'aide sociale à l'hébergement, et d'aide ménagère des départements qui proviennent de l'enquête « Aide Sociale » menée par la DREES. Les montants relatifs aux pensions militaires d'invalidité sont une estimation à partir des données des comptes de la protection sociale élaborés également par la DREES. Les chiffres d'aide sociale à l'hébergement présentés pour 2011 concernent les dépenses nettes des récupérations sur succession et auprès des obligés alimentaires de 31 départements. Le montant 2011 de l'aide ménagère des personnes âgées est une donnée provisoire car seuls 65 départements ont retourné le questionnaire à ce jour. Par ailleurs, les montants des dépenses globales d'APA et de PCH des départements proviennent de la CNSA et de la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sur la base des données comptables des départements.

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

Les dépenses d'invalidité prises en compte concernent uniquement les dépenses de prestations légales d'invalidité de la branche maladie des régimes de base, en cohérence avec l'indicateur de cadrage n° 2 *supra*.

Il n'est pas aisé d'identifier les dépenses d'actions sociales de la CNAMTS en faveur uniquement des personnes âgées et handicapées. Ont été retenues ici les dépenses en faveur du maintien à domicile des personnes handicapées et celles permettant la création de places dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, en structures de travail protégé (ESAT) et en faveur d'adultes lourdement handicapés (foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisés). Toutefois, d'autres dépenses d'actions sociales de la CNAMTS ont pu être au bénéfice des personnes âgées ou handicapées (par exemple, dans le cadre des aides financières individuelles ou encore des subventions à des associations...) sans que celles-ci ne soient clairement identifiables. A noter que le FIAH est le fonds interministériel pour l'accessibilité aux personnes handicapées.

Indicateur n°6 : Offres d'équipements et de services en faveur des adultes et des enfants handicapés
Nombre de lits et de places installés entre 2004 et 2011


Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005, DREES pour données 2006, CNSA pour données 2007- 2011 (FINESS). Champ : France métropolitaine.

Sur l'ensemble de la période 2004-2011, le nombre de places et de lits installés en France métropolitaine a augmenté avec un taux moyen de +10,2% pour les adultes et + 1,7 % pour les enfants. Entre 2010 et 2011, le secteur des adultes enregistre une progression assez soutenue (+ 6,5 %), bien que ralentie par rapport aux années précédentes. Concernant les enfants handicapés, le développement des places en établissements et services est en légère augmentation (+1,7 %). Cette évolution contrastée entre les deux secteurs s'explique par une politique offensive de l'offre médico-sociale à destination des adultes handicapés, compte tenu du retard en termes de nombre de places par rapport aux enfants. Le programme pluriannuel de créations de places en établissements et services pour la période 2008-2012 prévoit aussi la création de 12 250 places pour les enfants et 29 200 pour les adultes.

On observe un développement continu sur les deux secteurs de l'offre de services par rapport à l'institution aussi bien pour les adultes (SAMSAH-SSIAD, + 9,1%) que pour les enfants (SESSAD, + 5,8%).

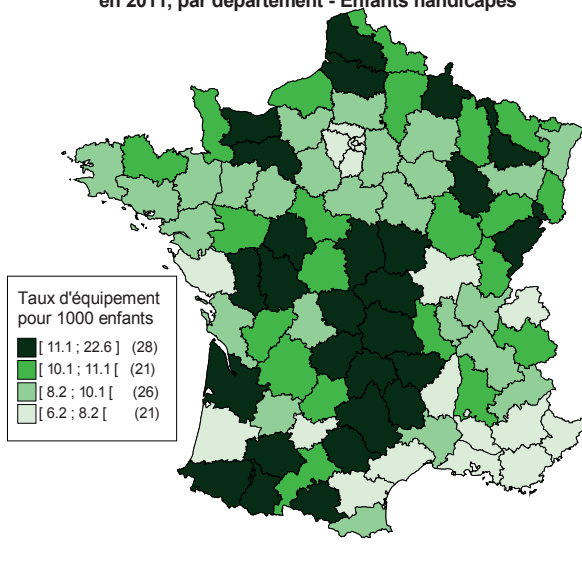
Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux France (hors DOM)

Taux d'équipement	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Enfants handicapés	8,7	8,6	8,8	8,9	9,0	9,1	9,2	9,3
Adultes handicapés	1,2	1,2	1,3	1,5	1,6	1,8	1,9	2,0

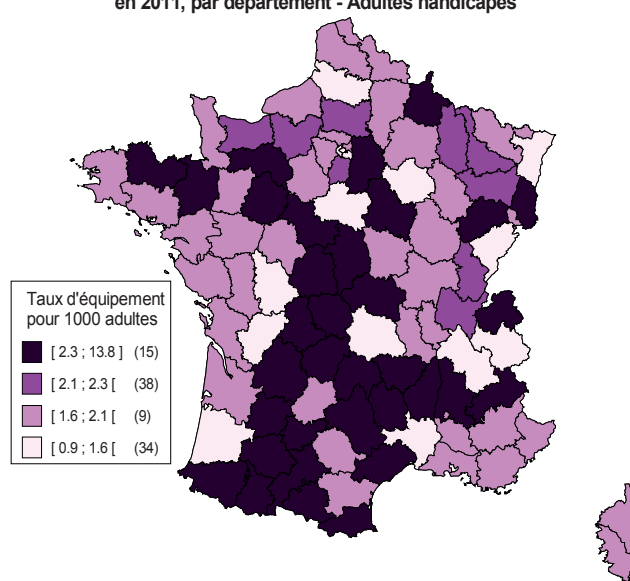
Source : CNSA.

Depuis 2004, l'augmentation du taux d'équipement est plus importante sur le secteur des adultes (+ 0,8 point portant le taux d'équipement moyen à 2,0 places pour 1 000 adultes) que sur le secteur des enfants (+ 0,6 point, le taux d'équipement atteignant 9,3 places pour 1 000 enfants). Par ailleurs, la quasi totalité des régions ont vu leur taux d'équipement progresser (100% des régions métropolitaines sur le secteur adultes et 21 régions métropolitaines sur 22 pour les enfants).

Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux, en 2011, par département - Enfants handicapés



Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux, en 2011, par département - Adultes handicapés



Sources : CNSA (FINESS).

Sur le secteur des enfants handicapés, 15 départements ont vu leur taux d'équipement baisser par rapport à 2004 ; plus de trois quarts de ces départements présentent néanmoins en 2011 un taux d'équipement supérieur à la moyenne. Ce phénomène de diminution du taux d'équipement peut avoir plusieurs explications : une plus faible progression de l'offre couplée à une démographie particulièrement dynamique dans certains départements, des opérations de création de places en internat (plus chers mais répondant à des besoins spécifiques), ou enfin la réduction progressive des places occupées par des enfants en provenance d'autres régions qui ont désormais la capacité d'offrir une solution à proximité du domicile de leurs ressortissants.

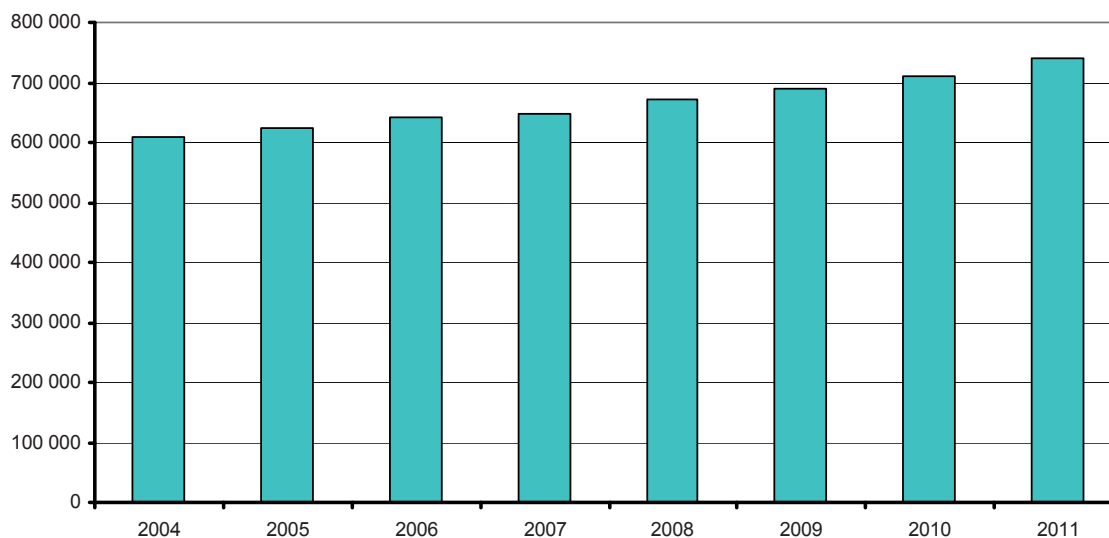
L'analyse des disparités d'offre de services est traitée dans l'indicateur « objectifs/résultats » n° 2-1.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 6 :

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 (SAMSAH).

Les taux d'équipement départementaux sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population par tranche d'âge (0 - 19 ans pour les enfants et 20 - 59 ans pour les adultes), au 1^{er} janvier 2010, multiplié par 1 000 habitants.

Indicateur n°7 : Offre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées
Sous-indicateur n°7-1 : nombre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées
Nombre de lits et de places installés entre 2004 et 2011


Source : STATISS 2004 2005 et 2006 pour données 2003, 2004 et 2005, DREES pour données 2006, CNSA pour données 2007-2011 (FINESS), SAE (pour les USLD). Champ : France métropolitaine.

En 2011, le nombre de places en établissements et services pour personnes âgées a connu un rythme de progression de + 4,3 % supérieur au rythme annuel moyen observé depuis 2004 (+ 3,3 %). Au total 739 958 lits et places ont été installés à fin 2011 pour l'ensemble de l'offre en établissements et services médico-sociaux. Sur la période 2010-2011, le secteur des services médicalisés à domicile enregistre une moindre progression (+3,3 %) comparativement aux prises en charge en établissement dont l'évolution s'élève à (+7,1 %).

Le nombre de lits et places installés a augmenté d'environ 52 000 entre 2003 et 2007 sous l'impulsion du plan Vieillesse et Solidarité qui prévoyait initialement le financement de 40 000 places nouvelles sur la période (10 000 places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 17 000 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), 13 000 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire). Les places supplémentaires proviennent d'installation de places financées sur les plans antérieurs (2000 - 2001).

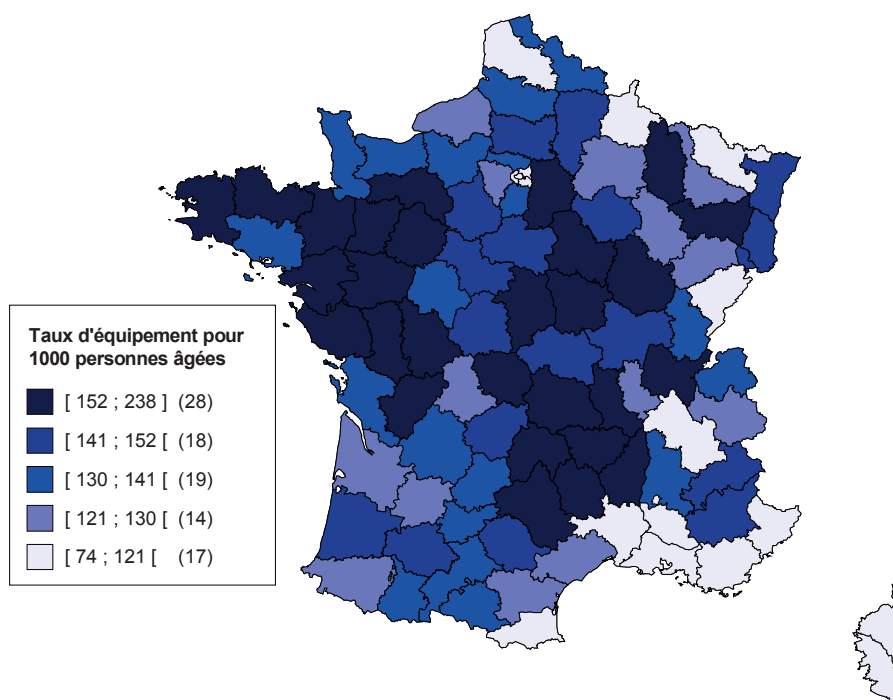
Le nombre de places effectivement installées au cours de l'année 2011 a été de l'ordre de 30 000 places, en accord avec la dynamique engagée par le Plan Solidarité Grand Age (PSGA) 2006-2012 dont l'objectif pour 2011 était la création de 15 500 places nouvelles, soit 7 500 places d'EHPAD, 6 000 places de SSIAD, 1 200 places d'accueil de jour, et 800 places d'hébergement temporaire (le nombre de places installées en 2011 est supérieur à l'objectif du fait des places notifiées les années antérieures qui ont été effectivement créées en 2011).

Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux France (hors DOM)

Taux d'équipement	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Personnes âgées	132,1	131,4	134,9	132,4	128,4	128,6	129,7	135,2

Source : CNSA.

Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux, en 2011, par département – personnes âgées



Source : CNSA

La tendance nationale observée depuis 2004 enregistre une baisse progressive du taux d'équipement sur le secteur des personnes âgées, puis à partir de 2008 la tendance pluriannuelle s'inverse par le biais d'une augmentation, légère jusqu'en 2010 puis plus prononcée en 2011, sous l'impulsion du PSGA. Néanmoins les évolutions démographiques dans certaines régions font que les besoins progressent plus vite que l'offre ce qui entraîne une diminution des taux d'équipement observés.

L'augmentation récente du taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées résulte d'une politique volontariste de développement du secteur depuis 2005 et avec la création de la CNSA, d'une évolution importante des moyens financiers alloués en faveur des personnes âgées sur la période (au titre de l'objectif global des dépenses médico-sociales - OGD). L'entrée en dépendance plus tardive et la forte demande sociale de maintien à domicile tendent en outre à réduire la pression de la demande.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 7, 1^{er} sous-indicateur :

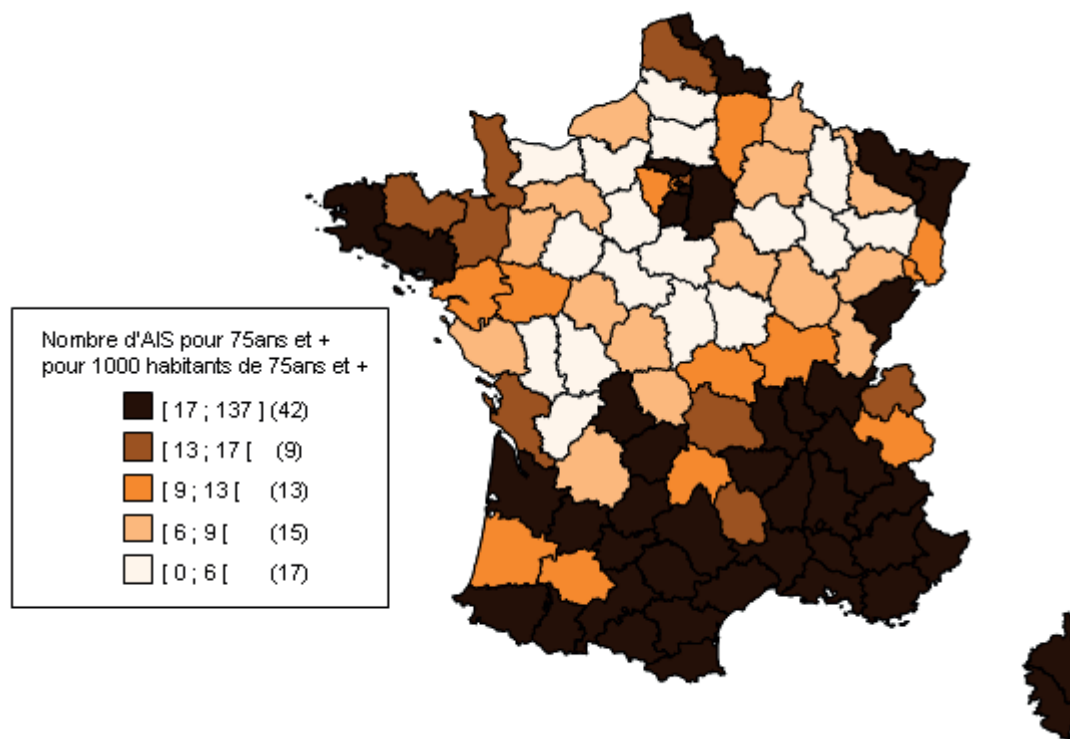
Les lits ou places pris en compte concernent les structures suivantes : maisons de retraite (médicalisées - dont lits en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en sections de cure médicale - ou non médicalisées), logements-foyers (médicalisés uniquement), unités de soins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

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

Les taux d'équipement départementaux en 2011 sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population âgée de 75 ans et plus, au 1^{er} janvier 2010, multipliés par 1 000 habitants.

Sous-indicateur n°7-2 : nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) délivrés aux personnes âgées

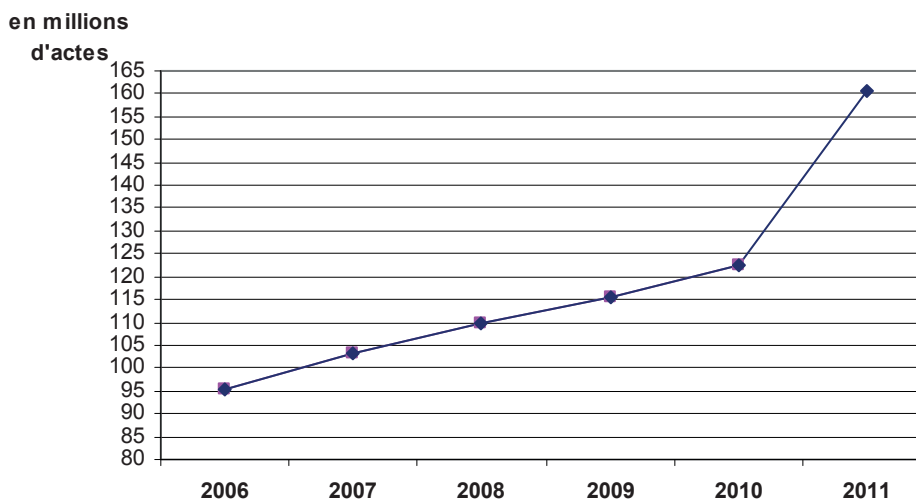
Nombre d'actes infirmiers de soins pour les 75 ans et plus, par habitant, en 2011, par département



Source : SNIIRAM – CNAMTS. Champ : régime général.

L'activité des infirmiers libéraux intervenant au domicile des personnes âgées dépendantes constitue un élément essentiel de l'offre de soins médicaux à domicile (accompagnement en services de soins infirmiers à domicile - SSIAD, interventions d'une infirmière libérale). Le nombre d'actes cotés AIS (actes infirmiers de soins) effectués auprès des personnes de 75 ans et plus est utilisé par la CNSA pour répartir les enveloppes de mesures nouvelles dans le secteur des personnes âgées (au sein du critère de l'euro par habitant qui participe pour 50 % dans la répartition). Le volume d'actes en AIS continue de progresser à un rythme toujours très dynamique en 2011 (+26,3% contre + 5,3 % en 2010 et + 5,1% en 2009). Cette dépense continue d'apparaître très localisée en terme d'analyse géographique notamment dans le sud de la France.

Evolution du nombre d'actes infirmiers de soins pour les 75 ans et plus, par habitant, en 2011, par département



Source : SNIIRAM - CNAMTS données régime général. Champ : France métropolitaine.

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

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

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 7, 2^{ème} sous-indicateur :

Les données figurant à ce sous-indicateur portent sur les actes infirmiers de soins (AIS) concernant les seuls bénéficiaires âgés de 75 ans et plus. Ces données sont extraites du Système National d'Information Inter-Régimes d'Assurance Maladie (SNIIRAM) : elles sont relatives aux seuls assurés relevant du régime général.

Le nombre d'AIS mesuré en 2011 est rapporté à la population des 75 ans et plus, au 1^{er} janvier 2010, fournie par l'INSEE, dans la carte présentée.

Indicateur n° 8 : Nombre de personnes suivies pour la maladie d'Alzheimer
Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus suivies pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, de 2007 à 2011

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

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

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

Pour estimer l'ampleur de la maladie, l'INSERM avait évalué en 2004 à 850 000 le nombre de personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou assimilée, en extrapolant les résultats de l'enquête PAQUID menée en Aquitaine. En dehors de cette évaluation en population générale, le nombre de personnes suivies pour cette maladie est plus faible (440 200 en 2011), ce qui s'explique notamment par le délai d'évolution à partir des premiers symptômes, puis du diagnostic et enfin de la prescription, qui n'est d'ailleurs pas systématique. En 2007, 69 % d'entre elles étaient prises en charge au titre d'une l'affection de longue durée (ALD 15 : maladies d'Alzheimer et autres démences). Les 31 % restantes ont été repérées par la prescription de médicaments spécifiques à la maladie d'Alzheimer.

Face aux spécificités médicales et sociales de la maladie d'Alzheimer, le plan Alzheimer 2008-2012 a été lancé le 1^{er} février 2008 pour la période 2008 - 2012 et retient trois axes principaux :

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

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

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 8 :

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

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

Indicateur n°9 : coûts des différentes prises en charge des personnes âgées dépendantes et impact sur le reste à charge de ces personnes

Les personnes âgées dépendantes sont prises en charge soit à leur domicile, soit en établissement. Le recours à l'un ou l'autre de ces modes d'hébergement dépend de plusieurs facteurs, notamment du degré de dépendance de la personne âgée (dépendance lourde ou légère), de sa situation familiale (isolée ou non), ou encore de son niveau de revenu. Selon sa situation, la personne âgée dépendante peut bénéficier de plusieurs aides publiques : des aides directes telles que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile ou en établissement, les aides au logement, mais aussi des aides indirectes à l'instar des exonérations de cotisations sociales lorsque la personne âgée dépendante emploie une personne à domicile, ou des déductions fiscales lorsque la personne âgée est imposable. Dans certains cas, le recours à l'aide sociale (aide extralégale des caisses de retraite, aide sociale à l'hébergement en établissement, aides sociales diverses des départements ou des communes...) permet de compléter ces dispositifs lorsque le bénéficiaire a des ressources faibles.

Le tableau suivant récapitule le montant des aides qu'une personne âgée dépendante est susceptible de percevoir selon la sévérité de sa perte d'autonomie et de son lieu de résidence (à son domicile ou en établissement).

	Domicile		Etablissement	
	GIR 1	GIR 4	GIR 1	GIR 4
APA	1 288,09 € / mois*	552,03 € / mois*		
ASH	-	-	Sans plafond et varie selon les ressources du bénéficiaire	Sans plafond et varie selon les ressources du bénéficiaire
APL ou ALS	varie selon les ressources du bénéficiaire, la composition du foyer et la zone géographique	varie selon les ressources du bénéficiaire, la composition du foyer et la zone géographique	varie selon les ressources du bénéficiaire, la composition du foyer et la zone géographique	varie selon les ressources du bénéficiaire, la composition du foyer et la zone géographique
Réduction d'impôt	6 000 € / an	6 000 € / an	2 500 € / an	2 500 € / an

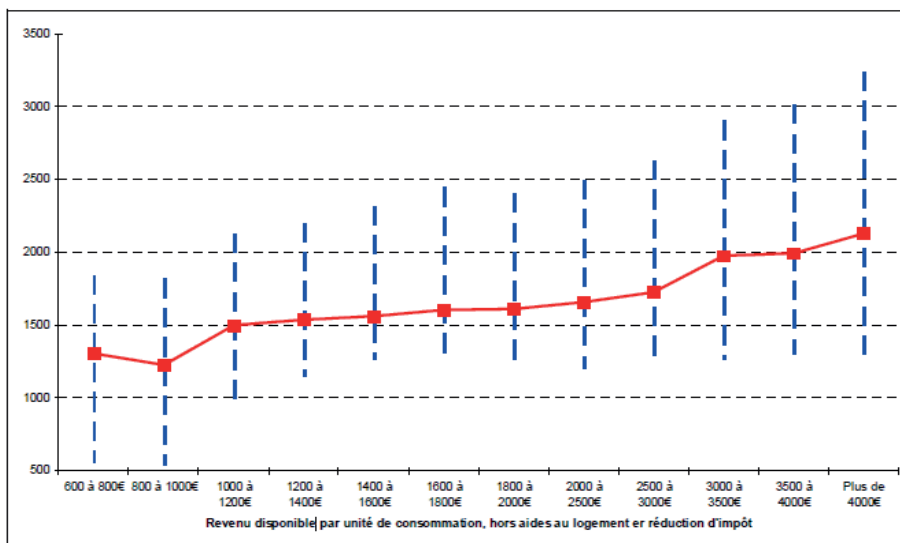
* Montant mensuel du plan d'aide maximum au 01/04/2012. Les montants des plans d'aide notifiés aux bénéficiaires de l'APA à domicile sont déterminés après évaluation des besoins par les équipes médico-sociales des conseils généraux. Ces montants sont modulés dans la limite des plafonds nationaux selon le niveau de dépendance (GIR) des bénéficiaires.

APL : Aide personnalisée au logement ;

ALS : Allocation de logement social.

La dépense moyenne en établissement est évaluée à environ 1 940 € par mois. Avec une aide publique de 470 € par mois en moyenne, dont 230 € au titre de l'APA, 209 € d'aides aux logements et 31 € de réduction d'impôt, le reste à charge des personnes résidant en établissement est estimé à 1 470 € par mois. Leur reste à vivre est globalement négatif (-261 € par mois). Les dépenses liées à l'hébergement constituent l'essentiel de leur reste à charge, à hauteur de 1 321 € en moyenne, soit près de 90 % du reste à charge contre 147 € pour les dépenses de dépendance.

Reste à charge – médiane et écart interdécile (€, 2007)



Sources : DREES – modèle Autonomix

Champ : France métropolitaine, résidents en maison de retraite

Lecture : Pour les résidents dont le niveau de vie n'excède pas 800 € par mois, le RAC médian est de 1302 €, 10% de ces personnes ont un RAC inférieur à 560€ et 10% un RAC supérieur à 1833€.

S'agissant de la prise en charge à domicile, il est difficile d'appréhender le niveau du reste à charge des personnes dépendantes, en raison notamment du poids important des aides indirectes : déductions fiscales et exonérations de cotisations sociales, recours à des aidants informels, etc... Ces aides sont croissantes avec le nombre d'heures d'aide à domicile prises, et avec le montant des plans d'aide. Elles diminuent avec le revenu des personnes. Ainsi, une personne en GIR 1 dont les ressources sont d'environ de 4 500 € par mois et qui sollicite 3 heures de garde, bénéficie d'environ 563 € de déduction fiscale contre 97 € si cette personne a des ressources mensuelles de 1 765 €.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°9 :

Les données sont issues des travaux menés par la DREES en février 2011 dans le cadre des groupes de travail sur la prise en charge de la dépendance. Ils figurent dans le rapport du groupe n° 4 « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » (page 25). Afin de travailler sur un champ homogène, les estimations menées sur le reste à charge concernent les personnes âgées en maison de retraite, quel que soit leur niveau de GIR. Les données sont issues de l'appariement entre trois enquêtes datant de 2007 : l'enquête EHPA, l'enquête résidents et l'enquête APA. Elles portent sur 75 000 bénéficiaires de l'APA en établissement, recueillies auprès de 34 conseils généraux.

Le reste à charge représente la différence entre les dépenses (soins médico-techniques, aides liées à la dépendance et hébergement) des résidents et les aides publiques qu'ils perçoivent (APA, APL, ALS, ASH nette des récupérations sur les ressources du bénéficiaire, réduction d'impôt).

Le reste à vivre est obtenu en déduisant le reste à charge des ressources des résidents.