

**PARTIE II**  
**« OBJECTIFS / RESULTATS »**

---

## LISTE DES INDICATEURS D'OBJECTIFS/RESULTATS ET DES PRODUCTEURS TECHNIQUES

Objectif	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
<b>1 - Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides</b>	1-1 - Nombre et proportion de titulaires de pensions d'invalidité bénéficiant de l'allocation du Fonds spécial d'invalidité (FSI)	Diminution	DSS	DSS
<b>2 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées</b>	2-1 - Ecart d'équipement inter-régionaux et inter-départementaux en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés * en nombre de places pour 1 000 enfants et adultes * en euros pour 1 000 enfants et adultes	Réduction des écarts	CNSA	CNSA
	2-2 - Mode de prise en charge des personnes handicapées * part des services dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées * délai moyen de réalisation des décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux	*Augmentation de la part des services * --	CNSA	CNSA
	2-3 - Suivi de la prestation de compensation du handicap (PCH) * nombre de décisions de PCH rendues * contenu de la prestation de compensation * taux de recours contentieux concernant la PCH	*Suivi de la montée en charge *Adéquation aux besoins *Limitation	CNSA	CNSA
	2-4 - Nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), par complément	Adéquation aux besoins	DSS	CNAF

Objectif	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
<b>3 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées</b>	3-1 - Ecart d'équipement inter-régionaux et inter-départementaux en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées * en nombre de places pour 1 000 personnes âgées * en euros pour 1 000 personnes âgées	Réduction des écarts	CNSA	CNSA
	3-2 - Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes âgées	Augmentation de la part des services	CNSA	CNSA
	3-3 – Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le niveau de dépendance	Augmentation	DREES / DSS	CNSA/DGCS
	3-4 – Indicateurs de suivi du Plan Alzheimer et des maladies apparentées 2008-2012	Atteinte des cibles du Plan	Mission Alzheimer	CNSA/DGCS/HAS
<b>4 - Garantir la viabilité financière de la CNSA</b>	4-1 - Taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	Equilibre financier	CNSA / DSS	DSS
	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 / DSS	DGCS

**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 fonds spécial d'invalidité (FSI).

**Précisions sur le dispositif :** l'allocation du fonds spécial d'invalidité 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 (8 266,35€ par an pour une personne seule et 14 479,10€ par an pour un couple au 1<sup>er</sup> avril 2012). Le montant maximal de l'allocation du FSI est de 4 754,48 € par an en 2012 pour une personne seule.

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

**catégorie 1 :** « invalides capables d'exercer une activité rémunérée » ; le montant de la pension correspond à 30 % du salaire moyen annuel de référence ; il ne peut être inférieur à 276,39 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2012 ;

**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 276,39 € mensuels au 1<sup>er</sup> avril 2012 ;

**catégorie 3 :** « invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie » ; le montant de la pension est calculé de façon identique à celui des pensionnés de deuxième catégorie, augmenté de la majoration pour tierce personne (1 082,43 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2012).

**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	2006		2007		2008		2009		2010		2011		Objectif
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Pensions de 1 <sup>ère</sup> catégorie	18 500	12%	16 100	11%	13 600	10%	12 500	9%	11 500	9%	11 000	8%	Diminution
Pensions de 2 <sup>ème</sup> catégorie	77 000	19%	74 300	18%	70 500	16%	67 400	15%	64 000	15%	61 300	14%	
Pensions de 3 <sup>ème</sup> catégorie	3 900	24%	3 800	23%	3 600	21%	3 500	21%	3 500	21%	3 100	20%	
<b>Total*</b>	<b>100 500</b>	<b>17%</b>	<b>95 100</b>	<b>16%</b>	<b>88 300</b>	<b>15%</b>	<b>83 700</b>	<b>14%</b>	<b>79 000</b>	<b>13%</b>	<b>75 400</b>	<b>13%</b>	

Source : CNAMTS (DSES) - données France métropolitaine - 2012.

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

En moyenne, 13 % des pensionnés d'invalidité du régime général bénéficient de l'allocation supplémentaire du FSI en 2011. Cette part a diminué sur la période 2002-2011, passant de 20 % (17 % en 2006) à 13 % en 2011.

Les pensionnés de 1<sup>ère</sup> catégorie sont moins fréquemment titulaires de l'allocation supplémentaire du FSI (8 % en 2011) que les pensionnés de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie, bien que leurs pensions soient, par construction (voir mode de calcul des pensions en précisions méthodologiques), plus faibles que celles des pensionnés de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie. Ce phénomène peut vraisemblablement s'expliquer par le fait que certains pensionnés de 1<sup>ère</sup> catégorie, aptes à travailler, disposent de ressources d'activité complétant le montant de leur pension d'invalidité qui les excluent de fait de l'allocation du FSI.

Par ailleurs, l'allocation du FSI est plus fréquemment octroyée aux pensionnés de 3<sup>ème</sup> catégorie (20 % des pensionnés de cette catégorie bénéficient de l'allocation supplémentaire en 2011). Or, la majoration pour tierce personne (MTP), attachée à la pension de 3<sup>ème</sup> catégorie, est exclue de la base ressources de l'allocation du FSI – ce qui devrait se traduire, toutes choses égales par ailleurs, par une proportion d'allocataires du FSI équivalente en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégories. La plus forte proportion d'allocataires du FSI parmi les pensionnés de 3<sup>ème</sup> catégorie pourrait s'expliquer par le fait que le montant moyen des pensions versées aux bénéficiaires d'une pension de 3<sup>ème</sup> catégorie, hors majoration pour tierce personne, est inférieur à celui versé aux pensionnés de 2<sup>ème</sup> catégorie (417 €/mois contre 643 €/mois en 2011, selon les données relative au régime général fournies par la CNAMTS).

Construction de l'indicateur : le nombre de bénéficiaires de l'allocation du FSI est présenté de manière distincte pour chaque catégorie de pension, de 2006 à 2011. 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 de cadrage n° 2, sur un champ limité au régime général.

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

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

La pension d'invalidité servie ne peut être :

- inférieure à un montant correspondant à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (276,39 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2012) ;
- 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 l'âge légal de départ à la retraite par une pension de vieillesse qui lui est substituée.

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

#### Sous indicateur n°2-1-1 : en nombre de places pour 1000 enfants et adultes

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

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

**Résultats** : les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour personnes handicapées sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage) des taux d'équipement pour 1 000 enfants et adultes :

	Enfants handicapés								Objectif
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
<b>Ecart inter-départemental</b>	35,0%	34,4%	31,9%	32,2%	31,5%	31,1%	30,4%	30,0%	<b>Réduction des écarts</b>
<b>Ecart inter-régional</b>	20,5%	19,7%	18,4%	18,5%	18,3%	18,0%	17,4%	17,5%	
Médiane des départements	9,2	9,5	9,5	9,5	9,6	9,9	9,9	10,2	
Médiane des régions	9,4	9,3	9,6	9,6	9,8	9,9	9,8	10,2	
Moyenne France entière	8,7	8,6	8,8	8,9	9,0	9,1	9,2	9,3	

	Adultes handicapés								Objectif
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
<b>Ecart inter-départemental</b>	131,1%	124,0%	108,3%	96,2%	90,9%	88,9%	78,2%	74,6%	<b>Réduction des écarts</b>
<b>Ecart inter-régional</b>	44,9%	44,6%	37,4%	33,1%	31,0%	31,3%	29,4%	27,1%	
<b>Médiane des départements</b>	1,1	1,2	1,2	1,4	1,6	1,8	2,0	2,0	
<b>Médiane des régions</b>	1,1	1,2	1,3	1,5	1,7	1,8	2,0	2,1	
Moyenne France entière	1,2	1,2	1,3	1,5	1,6	1,8	1,9	2,0	

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005 - DREES pour données 2006 - CNSA pour données 2007-2011 (FINISS).

Note de lecture : on compte en moyenne sur la France métropolitaine (hors DOM) 9,3 places en établissements et services pour 1 000 enfants ; la moitié des départements dispose d'au moins 10,2 places pour 1 000 enfants. Sur ce secteur, on observe une dispersion des taux d'équipement de 17,5 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 30,0 % autour de la moyenne nationale si l'on considère les départements. Plus le coefficient de variation est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne. Une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

L'analyse comparée des indicateurs de dispersion met en évidence une situation très contrastée entre les deux secteurs au niveau de la répartition de l'offre, plus inégalement répartie pour les structures adultes handicapés que sur le secteur de l'enfance.

Sur le secteur des enfants handicapés, les écarts inter-départementaux et inter-régionaux de taux d'équipement sont en baisse constante sur l'ensemble de la période. La très légère augmentation constatée en 2011 pour les écarts entre régions n'infirme pas cette tendance générale pluriannuelle. Selon une analyse de décomposition de la variance totale, la diminution des écarts entre les départements est autant imputable à une réduction des écarts entre régions qu'au sein de chacune des régions.

Sur le secteur des adultes handicapés, les écarts inter-départementaux et inter-régionaux de taux d'équipement sont également en baisse constante sur l'ensemble de la période de manière significative. La diminution des écarts d'équipement entre départements est notable : les écarts à la moyenne nationale sont passés de 131,1 % à 74,6 % entre 2004 et 2011. Ceci peut s'expliquer par une situation historiquement très hétérogène sur ce secteur, la priorité mise sur le développement des places pour adultes dans les plans nationaux permettant progressivement de rééquilibrer l'offre au profit des territoires faiblement équipés. La décomposition de la variance totale sur le secteur des adultes handicapés en 2011 montre que 86,8 % de la variance des taux d'équipement s'explique par une grande hétérogénéité à l'intérieur des régions.

En dynamique, l'évolution des écarts territoriaux dans les deux secteurs depuis 2004 ne repose pas sur les mêmes leviers d'action. Pour les adultes handicapés, le rééquilibrage s'opère progressivement, étant donné le point de départ initial, par des créations de places de MAS-FAM et le développement des services (SAMSAH-SSIAD). Pour les enfants handicapés, secteur où l'offre est beaucoup moins dispersée que pour les adultes, la répartition des moyens, essentiellement en SESSAD, permet de corriger significativement les déséquilibres observés entre les régions/départements. On rappelle que dans le programme 2008-2012 de création de places, environ 30 % des créations prévues sont destinées aux enfants.

Il est rappelé que cet indicateur de mesure des écarts repose sur des données physiques relatives à l'offre médico-sociale sur le territoire ; l'indicateur suivant basé sur les données en euros pour 1 000 habitants permet d'introduire dans l'analyse un facteur qualitatif et financier.

*Construction de l'indicateur* : les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour personnes handicapées sont désormais mesurées par les coefficients de variation des taux d'équipement pour 1 000 enfants et adultes. Le coefficient de variation correspond à l'écart-type des taux d'équipement pour 1 000 habitants, mesuré alternativement entre les départements et les régions, rapporté à la moyenne globale de la France (hors DOM) et exprimé en pourcentage. Les résultats des écarts inter-quartiles, présentés précédemment, peuvent en effet être sensibles sur petit échantillon, donc notamment au niveau régional. L'écart type est la mesure de dispersion la plus couramment utilisée en statistique pour mesurer la dispersion de valeurs autour de la moyenne.

Le taux d'équipement pour 1 000 habitants, pour chaque département et région, est calculé en rapportant le nombre total de places en établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées de ces territoires (données Agence comptable CNAMTS) à la population par tranche d'âge (0-19 ans pour les enfants handicapés et 20-59 ans pour les adultes handicapés - source INSEE) multiplié par 1 000.

Le périmètre est la France dite métropolitaine (hors départements et territoires d'Outre-Mer) car, de par leur spécificité, les DOM étant à la fois des régions et des départements (région avec un seul département), il n'est pas possible de calculer de variance intra régionale.

*Précisions méthodologiques sur l'indicateur retenu* : les taux d'équipement pour enfants et adultes handicapés retenus pour bâtir cet indicateur se réfèrent aux mêmes structures que celles définies dans les précisions méthodologiques de l'indicateur de cadrage n° 6. Les indicateurs de dispersion sont calculés à partir de données reflétant l'équipement réellement installé et ne tiennent pas compte des autorisations en cours.

L'interprétation des indicateurs peut être altérée par l'hétérogénéité des pratiques locales sur le terrain (en termes de choix de programmation, de politique de coût ou de diversification de l'offre, de choix de promoteurs et de délais de réalisation,...). Par ailleurs, il est à noter que des places nouvelles peuvent être financées sur la réserve nationale (10 % des mesures nouvelles d'une année du plan) sur des départements/régions ciblés, indépendamment de leur niveau d'équipement. La répartition des crédits de places nouvelles financées sur la réserve nationale fait référence à une fraction des enveloppes de mesures nouvelles permettant au Directeur de la CNSA d'allouer un complément d'enveloppe régionale pour couvrir le coût d'opérations ciblées, autorisées par le Directeur général de l'agence régionale de santé sur instruction expresse du ministre, conformément aux procédures en vigueur.

### Sous indicateur n° 2-1-2 : en euros pour 1000 enfants et adultes

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

**Résultats** : les disparités d'équipement concernant les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes handicapées sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage) de la dépense de l'assurance maladie en euros pour 1 000 enfants et adultes :

	Enfants handicapés						Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
<b>Ecart inter-départemental</b>	44,5%	40,9%	41,0%	42,2%	43,0%	44,4%	Réduction des écarts
<b>Ecart inter-régional</b>	17,6%	17,3%	18,0%	17,0%	16,0%	17,8%	
Médiane des départements	332	337	356	377	393	385	
Médiane des régions	342	357	367	383	405	402	
Moyenne France entière	317	331	343	361	370	368	

	Adultes handicapés						Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
<b>Ecart inter-départemental</b>	132,5%	128,3%	121,1%	116,4%	115,6%	103,9%	Réduction des écarts
<b>Ecart inter-régional</b>	35,8%	34,8%	33,1%	27,7%	31,9%	30,1%	
Médiane des départements	56	59	64	64	74	81	
Médiane des régions	52	57	61	61	73	76	
Moyenne France entière	53	57	62	66	73	80	

Source : CNSA/CNAMTS, dépenses de l'assurance maladie concernant les ESMS pour les personnes handicapées, en euros pour 1 000 enfants et adultes.

Lecture : l'effort financier moyen de l'assurance maladie sur le champ des ESMS est de 368 € pour 1 000 enfants ; la moitié des départements dépense au moins 385 € pour 1 000 enfants. Sur ce secteur, on observe une dispersion de la dépense en euros pour 1 000 enfants de 17,8% autour de la moyenne nationale pour les régions et de 44,4% autour de la moyenne nationale si l'on considère les départements. Plus l'écart type relatif est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution de l'écart type signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

L'analyse comparée de cet indicateur de dispersion dans les deux secteurs met là encore en évidence une situation très contrastée en termes de moyens financiers dépensés pour l'offre médico-sociale, avec une dépense en euros pour 1 000 habitants beaucoup plus dispersée sur le secteur des adultes handicapés. Par ailleurs, on observe plus globalement sur l'ensemble du secteur des personnes handicapées une grande hétérogénéité entre les départements.

L'hétérogénéité de la dépense en euros pour 1 000 enfants entre départements reste assez forte et s'explique principalement par la diversité des structures installées, caractérisées par des coûts par place très différents et/ou des politiques locales assez hétérogènes (en termes de choix de programmation, de politique de coût ou de diversification de l'offre). Les écarts inter-départementaux sont en forte baisse entre 2006 et 2007 (-3,6%) puis en hausse régulière de 1% par an sur la période



2008-2011. Sur l'ensemble de la période étudiée, les écarts inter-départementaux restent quasiment stables entre 2006 et 2011 concernant les enfants. Les écarts inter-régionaux sont marqués par la même stabilité : ils progressent faiblement (+0,5%) entre 2006 et 2008 puis baissent modérément (-0,2%) entre 2008 et 2011.

Dans le secteur des adultes handicapés les écarts inter-régionaux et inter-départementaux se sont globalement réduits sur la période 2006-2011 malgré une progression des écarts inter-régionaux entre 2009 et 2011. Comme pour l'analyse en taux d'équipement, la disparité entre régions a moins diminué que la dispersion entre départements ce qui s'explique d'une part par l'implantation historique des structures sur le territoire, et d'autre part par la diversité de l'offre du secteur caractérisée par des coûts place assez différents.

*Construction de l'indicateur* : les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour personnes handicapées sont désormais mesurées par les coefficients de variation des données de dépenses en euros pour 1 000 enfants et adultes. Les résultats des écarts inter-quartiles présentés précédemment, peuvent en effet être sensibles sur petit échantillon, notamment au niveau de la mesure des écarts entre régions. L'écart type est la mesure de dispersion la plus couramment utilisée en statistique pour mesurer la dispersion de valeurs autour de la moyenne.

La dépense en euros pour 1 000 habitants, pour chaque département et région, est calculée en rapportant les versements aux établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées effectuée sur ces territoires (données Agence comptable CNAMTS) à la population par tranche d'âge (0-19 ans pour les enfants handicapés et 20-59 ans pour les adultes handicapés - source INSEE) multiplié par 1 000. Il s'agit donc d'une dépense effective, comptablement enregistrée dans les comptes de l'assurance maladie.

Le coefficient de variation correspond à l'écart-type des dépenses en euros pour 1 000 habitants, mesuré alternativement entre les départements et les régions, rapporté à la moyenne globale France entière et exprimé en pourcentage.

*Précisions méthodologiques* : les dépenses d'assurance maladie, fournies par l'agence comptable de la CNAMTS et extraites du SNIIRAM, portent sur le même périmètre que celui retenu dans l'indicateur de cadrage n°6, c'est à dire les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés financés par la CNSA.

Il est à noter que les données relatives à l'année 2008 ont été modifiées, par rapport au dernier PQE, de manière à ce qu'elles intègrent les dépenses des ESMS financés par dotation globale dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). C'est un point de nature à faire varier les évolutions dans des proportions importantes (une dépense qui représente 27,2% en 2011 de la dépense du secteur personnes handicapées, contre 22,7% en 2010).

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

#### Sous-indicateur n°2-2-1 : 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 de personnes handicapées par les services exerçant à domicile ou, plus largement, en milieu ouvert.

**Précisions sur le dispositif** : cet indicateur vise à quantifier la diversification de l'offre de structures accueillant des personnes handicapées depuis la mise en œuvre en 2006 des programmes inter-départementaux d'accompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC).

**Résultats** : la proportion de places dédiées aux enfants et adultes handicapés dans l'offre totale des établissements et services médico-sociaux est présentée ci-après.

	Enfants (part des places de SESSAD, en %)						Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
<b>Moyenne France entière</b>	22,1	23,0	25,3	26,8	28,5	29,6	<b>Augmentation de la part des services</b>
<b>Médiane des régions</b>	21,8	23,2	25,4	27,4	28,4	29,5	
<b>Médiane des départements</b>	22,8	24,2	26,6	27,9	29,3	30,2	
<i>Ecart inter-départemental</i>	31,4%	31,5%	27,4%	26,9%	25,0%	24,0%	
<i>Ecart inter-régional</i>	25,8%	27,5%	21,2%	19,5%	18,5%	16,7%	

SESSAD : services d'éducation spéciale et de soins à domicile

	Adultes (part des places de SSIAD-SAMSAH, en %)						Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
<b>Moyenne France entière</b>	2,5	11,5	15,8	17,0	18,4	18,9	<b>Augmentation de la part des services</b>
<b>Médiane des régions</b>	1,5	11,9	16,5	18,2	19,2	19,2	
<b>Médiane des départements</b>	0,0	10,0	16,1	18,0	17,2	18,8	
<i>Ecart inter-départemental</i>	175,7%	84,1%	66,1%	59,9%	55,1%	48,4%	
<i>Ecart inter-régional</i>	105,0%	58,4%	46,6%	44,0%	41,3%	39,4%	

Source : Données DREES pour 2006 et CNSA pour 2007-2011.

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile ; SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Lecture : en moyenne, 29,6% de l'offre totale est dédiée aux enfants handicapés en 2011. La moitié des régions dispose d'au moins 29,5% de places en services. On observe, pour les régions, une dispersion de la part des places en services de 16,7% autour de la moyenne nationale en 2011 (elle était de 25,8% en 2006). Plus l'écart type relatif est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution de l'écart type signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

L'objectif de diversification de l'offre de services inscrit dans les plans nationaux connaît une traduction réelle sur l'ensemble du territoire depuis 2006. La part des services est toujours plus élevée dans le secteur des enfants handicapés, même si l'offre de services pour adultes progresse de façon importante.

Ainsi, dans le secteur de l'enfance, 29,6% des places installées concernent la prise en charge à domicile ou en milieu scolaire (SESSAD). L'augmentation depuis 2006 de la proportion de places dédiées aux enfants illustre la priorité gouvernementale de développement de leur scolarisation. D'une manière générale, on observe une tendance à la réduction des écarts territoriaux tant au niveau inter-régional qu'inter-départemental depuis 2006.

Pour le secteur des adultes, le poids relatif des SAMSAH (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) et des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) dans l'offre globale augmente en 2011 pour s'établir à 18,9%. Cette part moyenne, en nette progression depuis 2006, recouvre toujours une hétérogénéité importante sur l'ensemble du territoire entre régions et départements, même si elle tend à se réduire depuis 2006. Cette disparité d'équipement s'explique pour une large part par la montée en charge relativement récente et disparate de ce type d'accompagnement sur le territoire.

Construction de l'indicateur : les écarts inter-départementaux et inter-régionaux sont mesurés par le biais de coefficients de variation (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 2-1 pour plus de détails).

Précisions méthodologiques : les structures accueillant les enfants et adultes handicapés sont celles définies à l'indicateur de cadrage n° 6 (cf. précisions méthodologiques).

**Sous-indicateur n°2-2-2 : délai moyen de réalisation des décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux**

*Finalité* : la qualité de la prise en charge des personnes handicapées peut être appréciée par la capacité des prestations sociales et de l'offre de services et d'établissements à répondre aux besoins, tels qu'ils se reflètent dans les décisions des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Il est proposé en particulier de suivre le délai d'exécution des décisions d'orientation des personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux.

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. Les 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 proposées dans le plan personnalisé de compensation, les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée. Les décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux des personnes sont de la compétence de la CDAPH.

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

*Résultats* : l'indicateur n'est pas disponible à ce stade au niveau national bien que différentes expérimentations et initiatives aient été prises par les MDPH. Dans le souci de gérer les listes d'attente et plus généralement d'assurer leur mission de suivi des décisions, les MDPH ont mis en place un système d'échanges - dématérialisés ou non - entre elles et les établissements ou services qui accueillent ou accompagnent les personnes en situation de handicap. Ceci leur permet de connaître les suites réservées aux décisions d'orientation prononcées par la CDAPH et les délais d'exécution des décisions d'orientation. Cet échange peut se matérialiser :

- par une plateforme extranet dans laquelle les établissements ou services du département mettent à jour leurs listes d'attente et les noms des personnes accueillies ;
- par un système de fiches d'entrées à retourner à la MDPH quand une personne est accueillie dans un établissement ou service ;
- par une actualisation des listes réalisée à fréquence variable (trimestrielle, semestrielle) par la MDPH via une campagne téléphonique ou postale auprès des établissements ou services du département ;
- par l'invitation des établissements et services en commission d'affectation.

En général, ce travail s'accompagne d'une réflexion sur les règles d'admission des personnes en établissements ou en services.

Actuellement, le suivi des décisions consiste essentiellement à assurer une gestion optimisée du suivi des listes d'attente pour réaliser « au mieux » les admissions des personnes en établissements ou services et satisfaire « au mieux » les usagers. L'indicateur du délai moyen de réalisation des décisions d'orientation résultera de la performance des outils mis en place pour la gestion des listes d'attente. Ces outils sont encore souvent des tableaux Excel renseignés suite à des échanges papier ou téléphonique entre les établissements et les MDPH. Seules quelques MDPH ont commencé à

élaborer des outils un peu plus performants qui exigent souvent des re-saisies et qui ne sont pas encore connectés au système d'information des MDPH.

Construction de l'indicateur : conformément à la loi, il est prévu que l'information relative aux suites réservées aux décisions prononcées par la CDAPH apparaisse dans le système d'information partagée entre les MDPH et la CNSA (système d'information pour l'autonomie des personnes handicapées - SipaPH). La disponibilité de cette information ne sera pas immédiate puisqu'elle doit obligatoirement lier les systèmes d'information des MDPH aux systèmes (ou au retour d'information) des établissements et services.

Durant cette phase transitoire de construction du SipaPH et des échanges d'informations entre les établissements et services et les MDPH, la CNSA prend des dispositions afin d'obtenir divers renseignements. Trois premières actions ont été mises en œuvre :

- d'une part, un recensement des initiatives développées dans les MDPH, qui a débuté par une réunion d'échange de pratiques en mai 2008 et s'est poursuivi en 2009 puis en 2010 par un partage d'expériences. L'objectif est de faire connaître à l'ensemble des MDPH les actions et projets développés pour le suivi des décisions dans certains départements.
- les entretiens menés avec les 100 départements en 2012 ont permis de repérer les travaux engagés pour le suivi des orientations et de classer les départements les plus avancés en quatre catégories :
  - a. 7 départements ont une véritable plate forme d'échange avec les ESMS déjà opérationnelle ou à venir à court terme.
  - b. 10 départements ont mis en place une procédure d'échange périodique avec les ESMS.
  - c. 7 départements ont une démarche, en cours de construction.
  - d. 19 départements ont l'intention de lancer un projet.
- d'autre part, le soutien à la mise en place d'une action locale structurée dans le cadre de la politique de soutien aux études et actions innovantes de la Caisse.

La CNSA lancera en novembre 2012 un groupe de travail pour accompagner les MDPH dans leur mission de suivi des décisions d'orientation, en vue d'harmoniser les échanges de données indispensables entre elles et les établissements et services médico-sociaux. L'objectif est de définir avec l'ensemble des acteurs impliqués le dispositif à mettre en place pour se doter d'outils partagés permettant le suivi des décisions et la connaissance des besoins en places en ESMS. A partir d'une définition partagée des concepts et des attentes des acteurs (MDPH, CGx, ARS, ESMS), les bonnes pratiques recensées (méthodes, process, outils, concepts et notions) seront analysées et modélisées. Le groupe de travail proposera un processus optimisé de suivi des décisions d'orientation prises par les CDAPH jusqu'à l'entrée effective en ESMS et rédigera le cahier des charges d'un système d'information partagé sur cette base.

Ce travail s'inscrit dans un champ plus large de connaissance des besoins des personnes en situation de handicap requérant une orientation en établissements ou services sociaux et médico-sociaux et du niveau d'adéquation aux besoins de la réponse apportée par l'offre existante.

Remarque : la question du suivi des orientations ne se pose pas uniquement en termes de délai. En réalité, il serait plus intéressant de savoir si oui ou non une décision est effective pour connaître l'adéquation de l'offre collective aux demandes individuelles. Par exemple, concernant les enfants il est plus important de savoir si une décision est effective en septembre que de savoir combien de temps il a fallu entre la décision de la CDA et l'entrée en établissement. Pour les décisions non effectives en septembre, il est plus pertinent d'analyser les raisons qui conduisent certains enfants à rester « sans solution ».

S'agissant des adultes, des pratiques diverses existent dans les MDPH. Certaines d'entre elles prononcent, sous contrainte, de l'offre des décisions qui peuvent se réaliser plus rapidement que celles rendues par d'autres MDPH sans contrainte d'offre. Certaines MDPH choisissent de prendre plusieurs décisions simultanées pour faciliter la réalisation d'au moins une d'entre elles. Dans ce cas, certaines décisions resteront de fait sans effet. Pour toutes ces raisons, la référence à un seul indicateur de délai moyen de réalisation des décisions perd de son intérêt.

**Indicateur n°2-3 : Suivi de la prestation de compensation du handicap (PCH)****Sous-indicateur n°2-3-1 : nombre de décisions de PCH rendues**

*Finalité* : cet indicateur vise à mesurer l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans le cadre de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap (PCH). Partant de l'ensemble des demandes de la prestation, sont étudiées successivement le nombre de décisions rendues par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instance décisionnaire de la MDPH et la proportion de PCH refusées chaque année.

*Résultats* : le nombre de décisions de PCH rendues évolue de la manière suivante :

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
<b>Nombre total de demandes de PCH*</b>	<b>70 600</b>	<b>83 900</b>	<b>100 700</b>	<b>143 700</b>	<b>186 000</b>	<b>206 700</b>	Suivi de la montée en charge
<b>Nombre total de décisions rendues de PCH*</b>	<b>23 500</b>	<b>76 600</b>	<b>112 100</b>	<b>137 200</b>	<b>174 700</b>	<b>201 500</b>	
- dont part des décisions consistant en un refus de PCH	-	33,6 %	32,3 %	31,1 %	43,3 %	48,1%	

Source : CNSA – chiffres arrondis.

Valeurs extrapolées à la population française à partir des résultats de l'enquête adressée mensuellement aux MDPH. En moyenne, depuis 2007, 90 MDPH répondent chaque mois au questionnaire. Chiffres définitifs.

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. 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.

En 2011, l'augmentation du nombre de demandes déposées est nettement plus faible mais le seuil des 200 000 demandes annuelles est franchi avec une augmentation de plus de 11% par rapport à 2010.

Depuis 2006, le nombre de demandes de prestations de compensation a été multiplié par 3, passant de 70 600 à 206 700.

En 2011, la CNSA évalue le nombre moyen de demandes de prestation de compensation déposées chaque mois dans les MDPH à environ 17 200, ce qui est supérieur au nombre moyen mensuel de demandes déposé les années précédentes. Ainsi 7 000 demandes chaque mois en 2007, près de 12 000 en 2009, et 15 000 demandes en 2010.

Le constat réalisé avec cet indicateur portant sur l'activité et non sur les bénéficiaires, il y a lieu de préciser que certaines de ces demandes sont des renouvellements. Alors que pour 2006 et 2007, les demandes de PCH étaient quasiment toutes des premières demandes, il est très probable que des premières demandes de renouvellement aient été déposées en 2008. Ceci explique que le nombre de ces demandes de renouvellement augmente en 2009 et 2010. Cette part de la hausse attribuée aux renouvellements est mécanique mais ne se traduit pas par une augmentation du nombre de bénéficiaires de la PCH. Pourtant, en 2010, la part des réexamens reste limitée : 83 % des demandes

PCH sont encore des premières demandes. Une nette diminution intervient au cours de l'année 2011 puisque les premières demandes adressées aux MDPH ne représentent plus que respectivement 72 % et 74 % de l'ensemble des demandes pour les enfants et pour les adultes.

En 2011, les demandes pour les enfants représentent 11,7 % du total avec une progression de 1,8 point par rapport à l'année précédente ce qui est proche de l'augmentation de 2010 (+1,5 point). Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, en alternative aux compléments d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), les enfants peuvent prétendre à tous les éléments de la prestation de compensation et non plus seulement au volet 3 correspondant aux aménagements du logement, du véhicule et des surcoûts liés aux frais de transports. Cette modification d'accès à la prestation de compensation se traduit logiquement par de nouvelles demandes de prestation de compensation, qui impactent l'activité des MDPH. L'entrée en vigueur de la PCH enfant a provoqué une augmentation sensible des demandes PCH pour les enfants : le nombre de demandes déposées pour les enfants est passé de 3,4 % en moyenne en 2007 des demandes PCH à 5,0 % en 2008 (respectivement à 3,6 % et 8,0 % au cours du premier et second semestre). Le nombre de demandes pour les enfants a ensuite fortement augmenté puisqu'il a atteint 9,4 % en 2009. Ces demandes continuent de progresser mais plus modérément : en 2010, elles représentaient 10,9 % de l'ensemble des demandes de prestation de compensation.

En 2011, la part de la prestation de compensation dans le total des demandes déposées auprès des MDPH se stabilise autour de 6,8%. La prestation de compensation représentait 5,0 % de l'ensemble des demandes déposées dans les MDPH en 2007, 5,8 % en 2008, 6,3 % en 2009. Elle représente 6,8 % du total des demandes instruites par les MDPH en 2010 et en 2011. Depuis 2007, la part de la prestation de compensation dans l'instruction des demandes augmente continûment : + 0,8 point entre 2008 et 2007 ; + 0,5 point entre 2009 et 2008 ainsi qu'entre 2010 et 2009.

En 2011, près de 201 500 décisions ont été prises. Le nombre de décisions prises continue d'augmenter mais à un rythme plus faible que les années précédentes. En 2006, 23 500 décisions de prestation de compensation ont été prises (accords et refus confondus) ; en 2007, 76 600 ; en 2008, 112 000 soit une progression de près de la moitié (46,4 %), en 2009, ce sont 137 000 décisions qui ont été prises (+22,3%). Les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instances décisionnaires des MDPH, ont prononcé 175 000 décisions en 2010 soit un accroissement de 27,3 % par rapport à 2009. La montée en charge des décisions se poursuit en 2011 à un rythme soutenu (+15,4%), mais moindre qu'en 2010 (+27,3%), qu'en 2009 (+ 22,3 %) et qu'en 2008 (+ 46,4 % de progression annuelle).

En 2011, 16 800 décisions relatives à la prestation de compensation ont été prises chaque mois en moyenne. En moyenne, 14 600 décisions relatives à la prestation de compensation ont été prises chaque mois par les CDAPH en 2010. Bien que continuant d'augmenter le nombre de décisions progresse plus faiblement en 2011 que les années précédentes, +1,2 % en moyenne par mois en 2011 contre +2 % en 2010 et 1,7 % en 2009, +4 % en 2007 et 2008.

L'entrée en vigueur de la PCH-enfant se fait sentir dès le deuxième semestre 2008, la part des décisions relatives aux PCH enfants continuant d'augmenter. Au premier semestre 2008, très peu de décisions de PCH concernaient les enfants alors que, depuis avril 2008, ils peuvent bénéficier de tous les éléments de la PCH. C'est même une diminution des décisions en leur faveur qui est d'ailleurs observée : en 2007, les PCH d'aménagement du logement et du véhicule pour les enfants représentaient 3 % du total des décisions de PCH ; au premier semestre 2008, ces décisions ne comptent que pour 1,9 %. En revanche, à partir du second semestre 2008, l'impact de l'ouverture aux enfants est très net. La part des décisions de PCH-enfants passe de 1,9 % à 3,5 % entre le premier et le second semestre 2008. En 2009, cette part représentait 8,6 % des décisions prises relatives à la PCH. En 2010, comme en 2011, la part des décisions PCH-enfants continue d'augmenter : sur l'année 2010 elles constituent 9,2 % du total des décisions PCH et en 2011, 10,5%. La part des PCH adultes dans le volume des PCH décidées diminue parallèlement de 7,5 points en cinq ans et représente, en 2011, 89,5% du total des décisions PCH.

En 2007, la prestation de compensation représentait 3,7 % du total des décisions prises par la CDAPH. En 2008, cette part diminuait (3,2 %). En 2009, la prestation de compensation comptait pour 6,4 % du total des décisions examinées par la CDAPH et en 2010 elle est égale à 6,3 %. En 2011, 6,6 % des décisions prises par la CDAPH concernent la prestation de compensation.

En 2011, 48,1 % des demandes de prestation de compensation examinées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ont été refusées. Ce taux s'élevait à 43,3 % en 2010, année marquée par une nette augmentation par rapport aux années précédentes (33,6 % en 2007, 32,7 % en 2008 et 31,1 % en 2009).

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 des personnes handicapées est envoyé par la CNSA à chacune d'entre elles (100 MDPH). Ce questionnaire vise, en phase transitoire de construction des systèmes d'information, à 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 son contenu en termes de répartition des différents éléments attribués.

En 2006, chaque mois entre 72 et 84 MDPH ont répondu au questionnaire. En 2007, elles ont été entre 77 et 94 à répondre. En 2008, entre 81 et 95 MDPH ont participé à l'enquête. En 2009, entre 80 et 94 MDPH ont répondu au questionnaire. En 2010, ce sont entre 88 et 93 MDPH qui ont envoyé leurs données. En 2011, 96 MDPH ont répondu en moyenne au premier semestre et 93 MDPH ont répondu au second semestre.

Le questionnaire sera amené à disparaître pour être remplacé par les remontées de données automatisées contenues dans le système d'information pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH). Le suivi de la PCH s'effectuera donc par interrogation du SipaPH.

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



### Sous-indicateur n°2-3-2 : contenu de la prestation de compensation

**Finalité** : la prestation de compensation du handicap possède la particularité d'être composée de cinq éléments : les aides humaines (élément 1), les aides techniques (élément 2), l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport (élément 3), les charges spécifiques ou exceptionnelles (élément 4) et les aides animalières (élément 5). En analysant les demandes de PCH, formulées auprès de la Commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), et acceptées par celle-ci (*cf.* sous-indicateur précédent), on obtient la composition du contenu de la prestation tant en termes de répartition qu'en montant.

**Résultats** : la répartition au sein de la prestation, en nombre et en montant, est présentée dans le tableau suivant :

Eléments de la PCH	Répartition des éléments de la PCH attribués – en %	Répartition des montants des éléments de la PCH – en %	Objectif
Aides humaines	43,2 %	37,4 %	Adéquation aux besoins des personnes en situation de handicap
Aides techniques	23,3 %	21 %	
Aménagement du logement et du véhicule*	15,4 %	36,9 %	
Charges spécifiques et exceptionnelles	17,9 %	4,8%	
Aides animalières*	0,2 %	0,0 %	

Source CNSA – Chiffres arrondis - Données définitives de l'année 2011.

\*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.

Comme au sous-indicateur précédent, le constat réalisé ici porte sur l'activité et non sur les bénéficiaires. Sans qu'on puisse le chiffrer, on peut indiquer que certaines de ces demandes sont des renouvellements. Alors qu'en 2006 et 2007, les demandes de PCH étaient quasiment toutes des premières demandes, il est très probable que depuis des demandes de renouvellement aient été déposées. La répartition en éléments de la prestation donne une photographie des types de besoins compensés par la prestation de compensation pour une année donnée. C'est donc une donnée de flux sur les demandes annuelles.

En 2007, les aides humaines ont compté pour la moitié des éléments attribués (48,3 %), et les aides techniques pour un cinquième (20,8 %). L'élément n°3 (aménagement du logement, du véhicule et surcoûts de frais de transport) a représenté 22,2 % des attributions et l'élément n°4 (charges spécifiques et exceptionnelles) près de 13,1 % du total des attributions accordées par la CDAPH. Les aides animalières constituent une très petite portion du total (0,2 %).

En 2008, cette répartition a évolué puisque la part des aides humaines a diminué de près de 4 points (44,8 %), celle des aides techniques a augmenté de 2 points (22,9 %) ; celle de l'élément n°3 a diminué de 4 points par rapport à 2007 (18,2 %). La part de l'élément n°4 et celle des aides animalières est restée stable.

En 2009, la structure de la prestation de compensation en volume a continué d'évoluer. La part des aides humaines est passée à 43,3 % ; celle des aides techniques est restée relativement stable 23,2 % ; celle de l'élément n°3 a diminué passant à 17,2 % des attributions. La part des charges spécifiques et exceptionnelles a nettement progressé, 16,1 % en 2009, comparée aux années 2007 et 2008 respectivement 13,1 % et 13,9 %. La part des aides animalières est restée marginale : 0,2 %.

En 2010, la composition de la prestation de compensation en volume continue d'évoluer : la part des aides humaines continue de diminuer et représente 41,7 %, celle des aides techniques progresse à nouveau et atteint 24,2 %, celle relative à l'élément n° 3 reste stable (17%), celle qui concerne les charges spécifiques et exceptionnelles augmente encore cette année (16,9 %). La part des aides animalières quant à elle représente toujours 0,2 % du total des éléments accordés.

L'année 2011 fait apparaître de légères évolutions de la tendance. La part de l'élément aides humaines cesse de diminuer (+1,5 point par rapport à 2010) en rupture avec la tendance des années précédentes. La part des aides techniques accuse un recul (-0,9 point) ce qui marque également une rupture avec la tendance observé jusque là. A l'inverse la tendance reste inchangée pour les autres éléments : les aménagements du logement, du véhicule et les surcoûts liés aux frais de transport continuent de diminuer : -1,6 point par rapport à 2010. L'élément charges exceptionnelles et spécifiques progresse de 1 point par rapport à 2010.

Globalement, de 2007 à 2011, on observe :

- une constante diminution de la part des aides liées à l'aménagement du logement, du véhicule et aux surcoûts liés aux frais de transport (élément n°3) ;
- une hausse continue de la part des aides charges spécifiques et charges exceptionnelles ;
- la part des aides animalières (élément n°5) reste stable ;
- les tendances de la part de l'aide humaine (élément n°1) et de celle des aides techniques (élément n°2) s'inversent en 2011.

En termes de montants attribués, la répartition des éléments diffère de celle observée en nombre d'attributions, les coûts étant très différents d'un élément à l'autre. En 2011, la part mensuelle des aides humaines représente 37,4% du total des montants attribués. Comme pour l'évolution constatée en volume, la tendance est continûment à la baisse jusqu'en 2010 et repart à la hausse en 2011. Pour mémoire, la part des montants attribués en 2009, au titre de l'aide humaine avait diminué de près de 4 points par rapport à 2008 (35,8 % contre 39,7 % en 2008). La part des aides techniques stoppe sa progression engagée depuis 2007 et atteint 21% du total des montants attribués chaque mois en 2011 (-0,7 point par rapport à 2010), en cohérence avec la baisse constatée en volume. La part des aménagements du logement, du véhicule (par nature très coûteux respectivement 3 300 € et 2 400 € en moyenne par aménagement) et des surcoûts liés aux frais de transport, en diminution continue en termes de volume accordé, présente une tendance plus heurtée en termes de montants. L'année 2011 poursuit la tendance à la baisse amorcée depuis 2010 : la part de l'élément n°3 représente 36,9 %, soit une baisse de 2,1 points (40,0 % en 2009 contre 38,1 % en 2008). Bien que la part des charges spécifiques et exceptionnelles en nombre ne cesse d'augmenter depuis 2007, en montant, elle présente une tendance moins lisse : après avoir augmentée de 2007 à 2009, celle-ci diminue légèrement en 2010 (3,9%) et remonte en 2011 (4,8%). La part des aides animalières reste très marginale en nombre d'attributions comme en montants.

#### Montants des éléments constitutifs de la PCH, en 2011

	Montant moyen des éléments attribués par la CDAPH – en €
<b>Aides humaines</b>	806 €
<b>Aides techniques</b>	798 €
<b>Aménagement du logement</b>	3 091 €
<b>Aménagement du véhicule*</b>	2 498 €
<b>Charges spécifiques et exceptionnelles</b>	262 €
<b>Aides animalières*</b>	113€

Source CNSA – Chiffres arrondis - Données définitives de l'année 2011.

\*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 2011, il n'y a pas de tendance générale qui se dessine concernant l'évolution des montants moyens attribués par type d'aides contrairement à 2010 où une baisse générale était observée.

Le montant moyen attribué mensuellement pour les aides humaines est de 806 euros en 2011 en augmentation par rapport à 2010 (794 €) sans toutefois atteindre le niveau de 2009 (881 €).

Le montant moyen attribué pour les aides techniques reste sur une tendance baissière à 798 € en 2011 c'est le plus faible montant observé depuis la mise en place de l'enquête. Les aides techniques sont attribuées en un seul versement.

Le montant moyen d'un aménagement de logement continue également de baisser, 3 091 € en 2011, en forte baisse par rapport à 2010 (3 333 €). A l'inverse le montant moyen d'un aménagement du véhicule est en hausse à 2 498 € en 2011 contre 2 381 € en 2010. Ces deux aides sont également attribuées en un seul versement.

Le montant moyen attribué pour les aides liées aux surcoûts des frais de transport continue à avoir une évolution très contrastée. Il augmente en 2011 après avoir fortement baissé en 2010 : 265 € en moyenne en 2011 contre 166€ en 2010 (le montant moyen était égal à 593 € en 2009). Contrairement aux aménagements du logement et du véhicule, il s'agit là de dépenses répétitives. L'intégration des frais de transport dans les forfaits des établissements pouvait peut-être expliquer la forte diminution observée entre 2009 et 2010.

Le montant moyen attribué pour les charges spécifiques et exceptionnelles augmente légèrement en 2011 (262 €) et retrouve un niveau proche de 2009 (268 €).

Le montant moyen attribué au titre de l'élément n°5 (aides animalières) augmente fortement par rapport à 2010. Cette variation s'explique par le fait que les attributions peuvent être ponctuelles (attribution en un seul versement de 3000 euros maximum) ou mensualisées (un versement de 50 euros au maximum par mois pour un total n'excédant pas 3000 euros sur la totalité de la durée d'attribution de l'aide).

*Précisions méthodologiques* : cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 2-3, 1er sous-indicateur.

**Sous-indicateur n°2-3-3 : taux de recours contentieux concernant la PCH**

Finalité : en repérant le taux 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 (PCH), l'enjeu est ici de mesurer l'insatisfaction des personnes à l'égard d'une décision prise par la CDAPH, en réponse à une demande de prestation de compensation. Cet indicateur n'est pas un indicateur de la qualité des décisions prises par la CDAPH mais une mesure du taux de recours, qui sont formulés au tribunal par des personnes mécontentes de la décision prononcée.

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

La CDAPH se réunit régulièrement et 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, les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne. Les décisions sont motivées.

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

- si le recours est gracieux : il est déposé à la MDPH et instruit par ses services administratifs ;
- 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. Il le sera quand le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH) sera alimenté. Actuellement, la CNSA ne demande aux MDPH que le nombre global de notifications de recours contentieux, non ventilés par type de décisions. Ainsi, le nombre de recours contentieux connu aujourd'hui concerne les recours contentieux formulés à l'égard d'une décision de la CDAPH, quelle qu'elle soit : le litige peut porter sur une décision concernant la prestation de compensation (PCH), l'attribution de cartes (d'invalidité, de priorité ou de stationnement), l'allocation pour adultes handicapés (AAH), la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), l'orientation professionnelle, l'allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), des heures d'auxiliaire de vie scolaire, la mise en cause d'une orientation en établissement ou service, ...

En 2011, d'après les données disponibles (échantillon), 2,5% des décisions font l'objet d'un recours (gracieux ou contentieux). Ce taux est en augmentation par rapport à 2010 (2%), proche du niveau de 2009 (2,4%). Le taux de recours contentieux représente, en moyenne 0.59% du total des décisions prises par la CDAPH (évalué sur un échantillon de 84 MDPH). Il représentait 0,5% en 2010 (échantillon de 68 MDPH) et 0,7% en 2009 (échantillon de 66 MDPH).

Plus précisément :

- 25 % des MDPH (premier quartile) enregistrent un taux de recours contentieux inférieur ou égal à 0,22 % ;

- 50 % des MDPH (deuxième quartile) enregistrent moins de 0,35 % de recours contentieux parmi le total des décisions prises (+0.05 % par rapport à 2010) ;
- 75 % des MDPH (troisième quartile) présentent moins de 0,58 % de recours contentieux dans l'ensemble des décisions prises.

Les recours contentieux formés à l'encontre des décisions des CDAPH en 2011 sont en très légère augmentation par rapport à l'année précédente puisque 25 % des MDPH enregistraient un taux de recours inférieur ou égal à 0,18 % en 2010, restant inférieur à l'année 2009 avec 0.3 %. De même, 9,5 % des MDPH affichaient un taux de 0,9 % ou plus de recours contentieux en 2011, elles n'étaient plus que 3 % en 2010 mais en 2009 cela représentait un quart des MDPH.

Il est à noter qu'il n'apparaît pas de corrélation (négative ou positive) entre les taux de recours gracieux et contentieux.

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

Précisions méthodologiques : cet indicateur n'est pas disponible à ce jour. Il pourra être obtenu à partir du système d'information pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH) que la CNSA met en place avec les MDPH. L'alimentation du SipaPH par une partie des données individuelles des MDPH permettra de connaître le nombre de recours contentieux notifiés et reçus à la MDPH concernant la PCH.

L'indicateur disponible actuellement du taux de recours contentieux parmi l'ensemble des décisions prises par la CDAPH est obtenu par le processus des échanges annuels encadrés par la convention d'appui à la qualité de service signée entre la CNSA et chaque département. Chaque année, la CNSA échange et accompagne les MDPH dans la restitution de données d'activité, de fonctionnement et d'organisation. En 2011, 96 MDPH ont participé au processus d'échanges de données, 84 ont pu à la fois renseigner le nombre de recours contentieux et le nombre de décisions prises par la CDAPH.

### 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 informer à la fois sur l'évolution de la prévalence du handicap chez l'enfant et sur le niveau de la réponse apportée par la collectivité aux familles qui ont un enfant handicapé.

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

	AEEH		Majoration parent isolé	
	en % de la BMAF1	Montant mensuel au 01/04/2012	en % de la BMAF1	Montant mensuel au 01/04/2012
<b>Allocation de base</b>	32 % BMAF	127,68 €	-	-
<b>Complément 1</b>	24 % BMAF	95,76 €	-	-
<b>Complément 2</b>	65 % BMAF	259,35 €	13 % BMAF	51,87 €
<b>Complément 3</b>	92 % BMAF	367,08 €	18 % BMAF	71,82 €
<b>Complément 4</b>	143 % BMAF	568,85 €	57 % BMAF	227,43 €
<b>Complément 5</b>	182 % BMAF	727,02 €	73 % BMAF	291,27 €
<b>Complément 6</b>	MTP2	1 082,42 €	107 % BMAF	426,93 €

Source : Données CNAF (barème au 01/04/2012).

1 La BMAF est la base mensuelle de calcul des allocations familiales qui sert à fixer le montant des prestations familiales, elle est fixée à 399€ au 01/04/2012 ; 2 Majoration pour tierce personne ;

Note de lecture : Un parent élevant seul son enfant handicapé qui bénéficie d'un complément de type 4 percevra 127,68+568,85+227,43=923,96 € mensuels.

**Résultats** : le nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AEEH ainsi que le nombre de familles concernées (une famille pouvant compter plusieurs enfants handicapés) est présenté dans le tableau suivant :

	2005	2006*	2007*	2008*	2009*	2010*	2011*	Objectif
<b>AEEH de base seule</b>	75 270	84 900	83 200	88 250	93 313	99 435	108 310	<b>Adéquation aux besoins</b>
<b>base + complément 1</b>	6 900	7025	6500	6 350	6 100	6 428	6 780	
<b>base + complément 2</b>	23 200	22400	22900	24 450	26 080	27 627	29 080	
<b>base + complément 3</b>	13 540	12750	12700	13 300	13 240	13 370	13 590	
<b>base + complément 4</b>	12 170	11800	10850	11 050	10 367	10 392	10 300	
<b>base + complément 5</b>	1 700	1600	1550	1 550	1 470	1 419	1 430	
<b>base + complément 6</b>	4 510	4050	3900	3 600	3 176	2 819	2 470	
<b>Allocation avec majoration de parent isolé (MPI)</b>								
<b>au titre du complément 2</b>	-	4 400	4 950	5 500	6 164	6 518	7 030	
<b>au titre du complément 3</b>	-	2 400	2 750	3 100	3 244	3 420	3 420	
<b>au titre du complément 4</b>	-	2 200	2 450	2 650	2 663	2 537	2 580	
<b>au titre du complément 5</b>	-	350	400	400	379	357	365	
<b>au titre du complément 6</b>	-	850	900	950	829	715	620	
<b>AEEH de base avec PCH (y compris MPI)</b>		-	-	350	2300	4514	5 850	
<b>Allocation avec complément, ancienne législation</b>	80	25	1	-	-	-	-	
<b>Total enfants</b>	137 400	154 750	153 050	161 500	169 400	179 551	191 825	
<b>% évolution annuelle</b>	9,0%	12,6%	-1,1%	5,5%	4,9%	6,0%	6,8%	
<b>Total familles</b>	<b>131 550</b>	<b>147 350</b>	<b>145 500</b>	<b>153 050</b>	<b>160 316</b>	<b>169 468</b>	<b>181 764</b>	

Source : Données CNAF (données au 31 décembre 2011, chiffres arrondis).

\*Depuis 2006 les enfants vivant en institution et percevant l'AEEH lors de leur retour au foyer des parents sont inclus dans le dénombrement des bénéficiaires de l'AEEH. Ce n'était pas le cas auparavant.

Le nombre de bénéficiaires de l'AEEH a fortement augmenté sur la période 2005-2011 (+ 40 %, soit + 7 % en moyenne annuelle). Cette progression est particulièrement marquée entre 2005 et 2006 (13%). Cependant, cette progression est liée à une modification du champ retenu pour comptabiliser le nombre de bénéficiaires de l'AEEH. En effet, avant 2006, les enfants vivant en institution et percevant l'AEEH lors de leur retour au foyer des parents n'étaient pas inclus dans le total des bénéficiaires. Ils ont été dénombrés en 2006 et leur effectif a été imputé au troisième trimestre de l'année civile. Environ 13 000 bénéficiaires de cette AEEH « retour au foyer » ont ainsi été recensés en 2006. Sans l'intégration de ces bénéficiaires, le nombre d'enfants percevant l'AEEH en 2006 aurait cependant augmenté de 3,2 % entre 2005 et 2006. En 2007, le nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AEEH est en diminution de 1 % par rapport à 2006. Ce mouvement résulte d'une nouvelle modification dans le dénombrement des AEEH « retour au foyer » qui sont à présent comptabilisés à partir du paiement effectué pour cette prestation au titre du mois de décembre. Même si la déclaration de cette AEEH « retour au foyer » est devenue mensuelle, il est possible que des établissements continuent de ne renseigner le nombre de jours effectifs de retour au foyer de l'enfant qu'une seule fois par an, en début ou en fin d'année scolaire. En conséquence, le dénombrement de la CNAF effectué en décembre 2007 ne prendrait pas en compte l'ensemble des bénéficiaires de l'AEEH « retour au foyer », mais n'en recenserait que 1 100 environ. Hors prise en compte des AEEH « retour au foyer », le nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AEEH a augmenté de près de 7 % entre 2010 et 2011, contre 6 % l'année dernière.

Depuis 2002, six compléments à l'allocation de base ont été créés et sont attribués selon un barème reflétant le coût du handicap de l'enfant pour la famille et prenant en compte la cessation ou la réduction d'activité professionnelle des parents ou l'embauche d'une tierce personne. Environ 43,5 % des enfants peuvent bénéficier des compléments. L'attribution du complément de catégorie 1 (8 % des enfants bénéficiaires de compléments en 2011) est uniquement liée aux dépenses d'aides techniques entraînées par le handicap de l'enfant. Lorsque l'enfant nécessite le recours à une personne à temps partiel, tierce personne ou parent, il peut recevoir un complément de type 2 à 4 (c'est le cas de respectivement 35 %, 16 % et 12 % des bénéficiaires de compléments en 2011). Les compléments 5 et 6 sont accordés quand l'enfant a besoin de recourir à une personne à temps plein (environ 5 % des enfants bénéficiaires des compléments 5 et 6 en 2011). Depuis le 1er avril 2008, si un droit au complément de l'AEEH est reconnu, le bénéficiaire peut choisir entre le bénéfice de ce complément et la prestation de compensation du handicap (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 2-3). En 2011, environ 5 860 enfants ont fait le choix de la PCH, soit 6 % des bénéficiaires des compléments d'AEEH.

Depuis le 1er janvier 2006, les personnes assumant seules la charge d'un enfant handicapé et étant éligibles à l'AEEH et un complément attribué pour tierce personne peuvent bénéficier d'une majoration spécifique pour parent isolé. Ces décisions ont concerné 7 % des enfants bénéficiaires de l'AEEH en 2011.

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

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



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

#### Sous indicateur n°3-1-1 : en nombre de places pour 1000 personnes âgées

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

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

**Résultats** : les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour personnes âgées sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage) des taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus :

	Personnes âgées								Objectif
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
<b>Ecart inter-départemental</b>	23,1%	23,7%	23,5%	24,9%	23,1%	22,5%	21,3%	20,0%	Réduction des écarts
<b>Ecart inter-régional</b>	17,6%	17,8%	18,1%	19,9%	17,3%	16,7%	16,0%	15,0%	
Médiane des départements	142,3	142,0	142,8	138,7	131,4	133,6	135,5	140,0	
Médiane des régions	137,2	135,0	140,9	140,5	133,0	133,0	134,3	139,1	
Moyenne France entière	132,1	131,4	134,9	132,4	128,4	128,6	129,7	135,2	

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005 - DREES pour données 2006 - CNSA pour 2007-2011 (FINISS).

Lecture : on compte en moyenne sur la France métropolitaine 135,2 places en établissements et services pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; la moitié des départements dispose d'au moins 140,0 places pour 1 000 personnes âgées. On observe pour les régions une dispersion des taux d'équipement de 15 % autour de la moyenne nationale. Si l'on considère les départements on remarque une dispersion supérieure à celle des régions autour de la moyenne nationale. Plus le coefficient de variation est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

L'offre médico-sociale pour personnes âgées est historiquement peu dispersée, par rapport au constat fait dans le secteur du handicap, notamment au niveau des adultes (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 2-1). Les écarts observés entre les départements résultent en grande partie d'une hétérogénéité entre régions. A compter de 2007, les écarts inter-régionaux et inter-départementaux enregistrent une baisse constante pour atteindre en 2011 une diminution globale de près de 5%. Les disparités qui subsistent se concentrent sur l'offre en institution, par rapport à l'offre de services.

L'évolution démographique des personnes âgées, la saisonnalité des installations de capacités nouvelles dans certaines régions où l'offre de création (nombre de promoteurs) est tendue, les délais de création de places nouvelles en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en accueil de jour-hébergement temporaire (AJ-HT) sont autant de facteurs pouvant contribuer à améliorer ou détériorer la situation de certaines régions, et impacter en conséquence la mesure des écarts.

Il est rappelé que cet indicateur de mesure des écarts repose sur des données physiques relatives à l'offre médico-sociale sur le territoire en termes de capacités d'accueil ; il traduit l'impact sur les équipements régionaux et inter-départementaux des plans de création de places.

Construction de l'indicateur : les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour personnes âgées sont désormais mesurées par les coefficients de variation des taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Le coefficient de variation correspond à l'écart-type des taux d'équipement pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, mesuré alternativement entre les départements et les régions, rapporté à la moyenne globale de la France (hors DOM) et exprimé en pourcentage. Les résultats des écarts inter-quartiles, présentés précédemment, peuvent en effet être sensibles sur petit échantillon, donc notamment au niveau régional. L'écart type est la mesure de dispersion la plus couramment utilisée en statistique pour mesurer la dispersion de valeurs autour de la moyenne.

Le taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 et plus, pour chaque département et région, est calculé en rapportant le nombre total de places en établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées de ces territoires (données Agence comptable CNAMTS) à la population des 75 ans et plus, donnée par l'INSEE, multiplié par 1 000.

Précisions méthodologiques : les taux d'équipement pour personnes âgées retenus pour bâtir cet indicateur se réfèrent aux mêmes structures que celles définies à l'indicateur de cadrage n° 7, 1<sup>er</sup> sous-indicateur (cf. *Précisions méthodologiques*).

L'interprétation des évolutions observées de ces indicateurs d'écarts territoriaux peut être affectée par l'hétérogénéité des pratiques locales (en termes de choix de programmation, de politique de coût ou de diversification de l'offre, de choix de promoteurs et de délais de réalisation,...). Par ailleurs des places nouvelles peuvent être financées sur la réserve nationale (10 % des mesures nouvelles d'une année du plan) sur des départements/régions ciblés, indépendamment de leur niveau d'équipement. La répartition des crédits de places nouvelles financées sur la réserve nationale fait référence à une fraction des enveloppes de mesures nouvelles permettant à la CNSA d'allouer un complément d'enveloppe régionale pour couvrir le coût d'opérations ciblées, autorisées par l'Agence régionale de santé sur instruction expresse du ministre, conformément aux procédures en vigueur.

### Sous indicateur n°3-1-2 : en euros pour 1000 personnes âgées

**Finalité** : cet indicateur contribue à mesurer les disparités en matière de prise en charge de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, à partir de la mesure de la dépense d'assurance maladie en euros par habitant. A la différence de l'indicateur en place par personne âgée de 75 ans et plus centrée sur la seule analyse en offres de places médico-sociales, il concerne à la fois le niveau de l'offre de services en établissements et services médico-sociaux, en unité de soins de longue durée (USLD), mais également l'offre d'actes infirmiers de soins (AIS) dispensée en secteur libéral à des personnes de 75 ans et plus, et pris en charge sur l'enveloppe « soins de ville » de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Il permet ainsi d'intégrer dans la photographie des écarts territoriaux, au delà de la seule sphère médico-sociale, le poids de dépenses externes à la CNSA (soins de ville – dépense d'AIS - et hôpital – dépense d'USLD). L'indicateur permet ainsi une appréciation plus décloisonnée de l'équipement « Personnes âgées ».

**Résultats** : les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour personnes âgées sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage) de la dépense en euros pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus :

	Personnes âgées						Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
<b>Ecart inter-départemental</b>	17,1%	16,3%	16,7%	16,1%	16,0%	16,5%	Réduction des écarts
<b>Ecart inter-régional</b>	10,3%	9,2%	8,9%	8,4%	9,6%	11,9%	
<b>Médiane des départements</b>	1 441	1 489	1 661	1 822	1 895	1 897	
<b>Médiane des régions</b>	1 391	1 484	1 636	1 814	1 880	1 999	
Moyenne France métropolitaine	1436	1505	1652	1826	1896	2048	

Source : CNSA/CNAMTS - dépenses assurance maladie en euros pour 1 000 personnes âgées.

Lecture : en 2011 on compte en moyenne sur la France métropolitaine une dépense de 2048 € pour 1 000 personnes âgées : la moitié des départements dépense au moins 1897 € pour 1 000 personnes âgées. Sur ce secteur on observe pour les régions une dispersion de la dépense pour 1 000 personnes âgées de 11,9% autour de la moyenne nationale. Si l'on considère les départements la dispersion est de 16,5% autour de la moyenne nationale. Plus l'écart type relatif est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne – une diminution de l'écart type signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

L'interprétation de ces indicateurs d'écarts territoriaux calculés à partir des valeurs en euros pour 1 000 personnes âgées permet de compléter les tendances déjà observées sur la disparité en terme de capacité d'accueil (cf. indicateur précédent), et précise l'analyse en introduisant une dimension financière globale.

La mesure des écarts territoriaux en euros pour 1 000 personnes âgées met en évidence : pour les écarts inter-départementaux une diminution certaine pour la période 2006-2010 mais irrégulière (augmentation respectivement de +0,4% en 2008 et +0,5% en 2011). Pour les écarts inter-régionaux, une baisse est constatée de manière régulière sur la période 2006-2009 (-1,9%) mais les écarts connaissent une tendance à la hausse (+2,9%) depuis 2009. Cette tendance diffère de l'analyse en place par habitant. Cependant, il faut souligner le poids des autres dépenses dans cet indicateur, dont notamment les soins de ville : les dépenses d'AIS sont ainsi fortement localisées régionalement sur le bassin méditerranéen et l'arc atlantique.

La mesure de la dispersion inter-régionale à partir de la dépense en euros par habitant permet d'observer une prise en charge de la perte d'autonomie qui s'homogénéise jusqu'en 2009. Cependant, les écarts s'accroissent en 2010 et 2011, de sorte que pour cette dernière année, les écarts entre régions sont supérieurs à ceux constatés en 2006. Ce constat traduit l'analyse conjuguée de l'offre médico-sociale et de l'offre complémentaire : secteur libéral (à travers les actes infirmiers de soins - AIS - réalisés sur les personnes âgées de 75 ans et plus) et offre en USLD du secteur

sanitaire. Pour le premier cité, l'indicateur de cadrage n° 7 -2<sup>er</sup> sous-indicateur- caractérise ainsi la forte concentration géographique des dépenses AIS.

Construction de l'indicateur : les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour personnes âgées sont désormais mesurées par les écarts types relatifs des données en euros pour 1000 personnes âgées. Les résultats des écarts inter-quartiles présentés précédemment, peuvent en effet être sensibles sur petit échantillon, notamment au niveau de la mesure des écarts entre régions.

L'écart type est la mesure de dispersion la plus couramment utilisée en statistique pour mesurer la dispersion de valeurs autour de la moyenne. Cet indicateur est calculé ici en termes relatifs, rapporté à la moyenne France hors DOM de la dépense en euros par habitant. En effet, un écart type de 50 € par habitant n'a pas la même signification selon si on se situe sur l'offre pour personnes âgées ou personnes handicapées.

La dépense en euros pour 1 000 personnes âgées est calculée en rapportant la dépense d'assurance maladie relative à la prise en charge de la perte d'autonomie en faveur des personnes âgées, (données CNAMTS) à la population âgée de 75 ans et plus (source INSEE).

Précisions méthodologiques : la dépense d'assurance maladie concerne l'ensemble des dépenses relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie (source : CNAMTS) :

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

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

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

**Précisions sur le dispositif** : les programmes inter-départementaux d'accompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC), mis en place à compter de 2006, ont notamment pour objectif une diversification de l'offre de structures accueillant des personnes âgées.

**Résultats** : l'évolution de la part des services dans les structures médico-sociales pour personnes âgées est présentée ci-après.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
<b>Moyenne France entière</b>	14,6%	15,2%	16,3%	17,0%	17,9%	17,8%	<b>Augmentation de la part des services</b>
<b>Médiane des régions</b>	13,7%	14,3%	15,7%	16,6%	18,1%	17,9%	
<b>Médiane des départements</b>	14,3%	15,6%	16,1%	17,1%	17,9%	17,9%	
<b>Ecart inter-départemental</b>	30,9%	31,2%	28,4%	25,3%	23,8%	21,6%	
<b>Ecart inter-régional</b>	20,1%	21,7%	21,9%	20,0%	18,2%	16,5%	

Source : données DREES pour 2006 et CNSA pour la période 2007-2011.

Lecture : en 2011, 17,8 % de l'ensemble des places en établissements et services de France métropolitaine sont dédiés aux personnes âgées. La moitié des régions dispose d'au moins 17,9 % de places en services. On observe, pour les régions, une dispersion de la part des places en services de 16,5 % autour de la moyenne nationale en 2011, en baisse depuis 2008 (moins 5,4 points). Plus le coefficient de variation est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

La part des services dans l'ensemble des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées augmente de 14,6% à 17,9% entre 2006 et 2010 pour se stabiliser à 17,8% en 2011. L'évolution constatée depuis 2006 est assez favorable alors même que l'objectif de diversification de l'offre de services favorisant le maintien à domicile est difficile à mettre en œuvre dans un contexte où la demande sociale de places en institution est encore soutenue et détermine le choix de la programmation dans de nombreuses régions.

L'indicateur retenu pour mesurer la diversification des modes d'accueil des personnes âgées est un indicateur global qui regroupe l'ensemble des services aux personnes âgées. Il peut être décomposé afin de décrire les contributions spécifiques des SSIAD (15,2% en 2011 après 15,3 % en 2010) et des places d'offre séquentielle (accueil de jour et hébergement temporaire : 2,6 % en 2010 et en 2011). S'agissant de ce dernier type d'offre, l'augmentation par rapport à 2006 (2,6 % contre 1,1 %) est à lier à l'impact du décret du 11 mai 2007 autorisant la prise en charge des frais de transport journalier des personnes bénéficiant d'un accueil de jour. La mise en place de ces structures de répit devrait se développer dans le futur compte tenu du plan Alzheimer.

Du point de vue des écarts inter-régionaux et inter-départementaux, les disparités territoriales se réduisent entre les départements mais aussi entre les régions.

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

Les écarts inter-départementaux et inter-régionaux sont mesurés par des coefficients de variation (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 3-1 pour plus de détails).

**Précisions méthodologiques** : les structures accueillant des personnes âgées sont celles définies à l'indicateur de cadrage n° 7, 1<sup>er</sup> sous-indicateur (cf. *Précisions méthodologiques*).

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

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

*Résultats* : la proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le niveau de dépendance évolue comme suit (en %) :

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
<b>GIR1</b>	17	19	19	19	19	17	18	17	16	<b>Augmentation</b>
<b>GIR2</b>	40	41	40	41	42	41	41	40	39	
<b>GIR3</b>	60	62	64	66	66	67	67	66	66	
<b>GIR4</b>	73	74	75	77	78	78	79	80	79	
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>58</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>60</b>	

Source : DREES

La proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile a augmenté de 5 points entre 2003 et 2011, passant de 55 % à 60 %. Cette évolution est liée à la forte hausse du nombre de bénéficiaires vivant à domicile répertoriés en GIR 4, qui a crû de 86 % entre 2003 et 2011, l'augmentation étant concentrée pendant la montée en charge de cette prestation. Ainsi, en 2011, près de 80 % des bénéficiaires de l'APA classés en GIR 4 vivaient à domicile, contre 73 % en 2003. Ceci s'explique par le fait que les personnes appartenant au GIR 4 sont les moins dépendantes, ce qui facilite leur maintien à domicile.

Ces dernières années, il semble que la part des bénéficiaires de l'APA vivant à domicile tende à se stabiliser à un haut niveau, autour de 60 %.

La croissance des bénéficiaires de l'APA vivant à domicile a surtout été portée par l'évolution du nombre de GIR4. Les autres GIR y ont également contribué, mais dans une moindre mesure. La part des bénéficiaires vivant à domicile parmi ceux évalués en GIR 1 et 2, lesquels rassemblent les personnes nécessitant une présence importante d'intervenants pour les activités de la vie courante, a tendance à décroître pour les personnes en GIR 1 et semble se stabiliser autour de 40 % pour les personnes en GIR 2. Le caractère minoritaire des situations d'hébergement à domicile de personnes en GIR 1 tient à la grande difficulté à financer ce type de prises en charge en dehors de concours très élevés de la personne ou de sa famille.

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

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

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

**Finalités** : le Plan national Alzheimer et maladies apparentées 2008 – 2012 comporte 44 mesures répondant au triple objectif d'amélioration de la qualité de vie des malades et de leurs familles, de prise de conscience par la société des enjeux éthiques et sociaux que soulève la maladie, et de progrès de la connaissance scientifique des pathologies associées et de leurs traitements.

**Résultats** : le tableau présente les résultats observés des indicateurs de suivi du Plan Alzheimer relatifs au secteur médico-social :

	2007	2008	2009	2010	2011	mi-2012	Objectif 2012
<b>Nombre d'aidants formés</b>	0	0	390	3 294	8 061	10 820	<b>15 000</b>
<b>Pourcentage d'accueils de jour restructurés</b>	nd	nd	nd	34%	47%	nd	<b>100% (objectif 2013)</b>
<b>Nombre de plateformes d'accompagnement et de répit créées</b>	-	-	-	-	72	76	<b>150</b>
<b>Nombre d'équipes spécialisées en SSIAD</b>	0	0	40	75	223	302	<b>500</b>
<b>Nombre de MAIA</b>	0		17	15	55	149	<b>150</b>
<b>Nombre d'unités spécifiques en EHPAD</b>	0	0	0	174	825	nd	<b>2 094</b>
<b>Nombre de professionnels spécialisés formés à la maladie (ASG, psychomotriciens, ergothérapeutes)</b>	0	81	415	1 384	2 754	nd	<b>8000</b>
<b>Pourcentage de malades sous prescription inappropriée de médicaments délétères (neuroleptiques)</b>	<b>16,9%</b>	<b>16,1%</b>	<b>16,0%</b>	<b>15,5%</b>	<b>15,4 %</b>	nd	<b>10 %</b>

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

Afin d'apporter un soutien accru aux aidants, la solution 2 du plan prévoit deux jours de formation pour chaque aidant familial. L'objectif initialement prévu à 60 000 aidants a été abaissé à 15 000. Le nombre d'aidants formés est suivi par la CNSA qui finance la mesure sur sa section IV. La formation des aidants, qui a débuté en novembre 2009, est financée par le plan et est dispensée par l'association France-Alzheimer. Par appels à candidature en 2011, les agences régionales de santé (ARS) ont sélectionné 145 autres organismes de formation.

La solution 1 prévoit quant à elle d'offrir sur chaque territoire une palette diversifiée de structures de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants. Le plan prévoyait initialement la création de 11 000 places d'accueil de jours ou équivalent et 5 600 places d'hébergement temporaire supplémentaires. L'expérimentation réussie de 11 plateformes d'accompagnement et de répit et d'une série de dispositifs innovants a conduit à transformer les objectifs initiaux du plan d'accueil de jour en la création de 1 200 places d'accueil de jour par an et de 75 plateformes (soit l'équivalent de 750 places d'accueil de jour) à compter de 2011. 61 nouvelles plateformes ont ainsi été sélectionnées en 2011 portant leur nombre à 72 à fin 2011.

Pour 2012, la sélection s'étalera sur l'ensemble de l'année. Par ailleurs, un processus de restructuration a été lancé en 2010 afin de passer d'une logique de nombre à une logique de qualité et de restructurer les accueils de jour en fixant notamment une taille minimale pour ces structures.

Depuis 2009, une enquête *ad hoc* sur l'activité de ces structures est réalisée par la CNSA et la DREES. Cette enquête permet, avec l'aide des ARS, de fiabiliser les chiffres issus de FINESS concernant l'accueil de jour et de fournir des données plus qualitatives. 1 663 structures d'accueil de jour offraient ainsi 10 356 places à fin 2010. Leur nombre s'élevait respectivement à 1 729 et à 11 247 en fin d'année 2011. 47% de ces structures étaient en 2011 conformes aux seuils de places.

Pour favoriser le libre choix de la vie à domicile, des équipes spécialisées, composées d'assistants de soins en gérontologie et de psychomotriciens ou ergothérapeutes, au sein de services spécialisés de soins, fournissent une nouvelle prestation de « soins d'accompagnement et de réhabilitation » (mesure 6 du plan). 40 équipes pilotes ont été expérimentées en 2009. La DGCS suit annuellement par enquête le nombre d'équipes spécialisées, le nombre de places et le nombre de malades pris en charge. 75 équipes étaient actives en fin d'année 2010. Selon FINESS, en fin d'année 2011, 193 équipes étaient autorisées et 163 installées. Fin juin 2012, 302 équipes étaient autorisées et 223 installées.

Afin de simplifier la vie quotidienne des patients et aidants et d'intégrer la multitude de services de soins et de prise en charge existant localement, des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA, mesure 4), portes d'entrée unique dans le dispositif, sont créées sur le territoire, par transformation de structures déjà existantes. 17 MAIA, soutenues par une équipe de pilotage spécifique, ont été expérimentées à compter de février 2009. 15 d'entre elles ont été labellisées. La généralisation de cette expérimentation a débuté en 2011 avec la sélection de 40 MAIA supplémentaires (au moins une par région). En 2012, 94 nouvelles MAIA sur les 100 prévues étaient sélectionnées en milieu d'année.

Les 15 premières MAIA ont suivi le nombre de patients qu'elles prenaient en charge : 115 malades avaient été pris en charge par un coordonnateur en 2009. Ce chiffre s'élevait à 1 400 pour l'année 2010. En 2011, l'outil d'évaluation multi-dimensionnel retenu pour l'ensemble des MAIA n'est pas encore opérationnel et ne permet pas de connaître le nombre de malades pris en charge. D'autres indicateurs seront néanmoins disponibles pour suivre l'impact des MAIA :

- le taux d'hospitalisation et de réhospitalisation précoce sur les territoires MAIA comparé aux territoires non MAIA : 618 contre 644 séjours pour 1000 habitants de 85 ans et plus en 2010,
- le taux de prescription de neuroleptiques (cf. 2 paragraphes ci-dessous),
- l'indice de simplification du parcours. Il s'agit du nombre moyen de contacts préalables avant d'arriver au bon service par la bonne personne qui est passé d'un peu plus de trois à près de un entre 2009 et 2010 sur les territoires des MAIA expérimentales.

Pour adapter l'accueil en établissement à la spécificité de la maladie, deux types d'unités spécifiques ont été créées (mesure 16) :

- des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA). 1784 unités représentant 25 000 places) ont ainsi été créés. Elles proposent aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, pendant la journée, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins ;
- des unités d'hébergement renforcées (UHR, 310 unités représentant 5 000 places) pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement. Ces petites unités, qui accueillent les résidents nuit et jour, sont à la fois lieu d'hébergement et un lieu d'activités et de soins.

Le nombre de places est suivi par la DGCS par l'intermédiaire de FINESS et les données qualitatives proviennent d'une enquête en ligne renseignée par les établissements. Le cahier des charges a été fixé par instruction ministérielle en janvier 2010. Fin 2010, 111 PASA et 63 UHR avaient été validés ou étaient en instance de l'être. Fin 2011, 486 PASA étaient labellisés, 185 PASA en cours de labellisation, 54 UHR médico-sociales labellisées, 36 en cours de labellisation et 64 UHR sanitaires réalisées.

Une meilleure prise en charge des patients Alzheimer repose sur la spécialisation des professionnels à la prise en charge des troubles cognitifs (mesure 20). Les assistants de soins en gérontologie et les psychomotriciens ou ergothérapeutes interviennent auprès des malades pour apporter des soins de réhabilitation. Les formations d'assistants de soins en gérontologie n'ont commencé qu'en septembre 2010. L'objectif est de former 6 000 assistants de soin en gérontologie (ASG) intervenant dans les équipes spécialisées à domicile (solution 6), dans les unités spécifiques en établissement (solution 16) et à l'hôpital ainsi que dans les unités cognitivo-comportementales des services de soins de suite et de réadaptation. En 2011, plus de 1 550 ASG avaient été formées. Pour les psychomotriciens et les ergothérapeutes, 81 nouvelles places ont été ouvertes en écoles en 2008, 215 en 2009, 165 en 2010 et 159 en 2011, soit un total de 1 458 professionnels supplémentaires en cours de formation fin 2011 par rapport à ceux qui étaient en formation en 2007. Sans compter les éventuelles nouvelles ouvertures de places à la rentrée 2012, 2 078 nouveaux professionnels auront été formés ou seront en cours de formation fin 2012 par rapport à fin 2007 (pour rappel, l'objectif du plan était fixé à 2 000 pour cette année).

Pour faire face aux troubles du comportement chez les malades d'Alzheimer (85 % en présentent pendant leur maladie), il existe en France une sur-prescription de neuroleptiques chez les malades



d'Alzheimer, alors qu'elle n'est pas indiquée. 16,9% des patients Alzheimer se sont vu prescrire de façon régulière des neuroleptiques en 2007. Ce taux a été abaissé à 15,4% en 2011 grâce notamment à une bonne prise en charge des patients. Il est à souligner que la Haute Autorité de santé suit annuellement ces chiffres repères.

**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 la période de 2006 à 2011 (et 2012 en prévisionnel). Outre le taux d'utilisation global des fonds, sont successivement présentés les taux d'adéquation des produits et charges finançant les établissements accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées :

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012(p)	Objectif
<b>Taux d'adéquation global</b>	<b>105,6 %</b>	<b>103,8 %</b>	<b>102,8 %</b>	<b>99,9 %</b>	<b>99,6 %</b>	<b>101,1%</b>	<b>100,2%</b>	<b>Equilibre financier</b>
Produits (Md €)	12,1	13,0	14,2	15,2	16,3	17,0	17,7	
Charges (Md €)	11,5	12,5	13,8	15,2	16,4	16,8	17,7	
- taux d'adéquation des ets. pour personnes handicapées	101,7 %	100,0 %	100,3 %	101,1 %	98,0%	100,0%	100,2%	
Produits (Md €)	6,9	7,3	7,7	8,0	8,3	8,5	8,7	
Charges (Md €)	6,8	7,3	7,7	7,9	8,4	8,5	8,7	
- taux d'adéquation des ets. pour personnes âgées	111,2 %	109,1 %	105,9 %	98,5 %	101,3%	101,9%	100,2%	
Produits (Md €)	5,2	5,7	6,4	7,1	8,1	8,5	9,0	
Charges (Md €)	4,7	5,2	6,1	7,3	8,0	8,4	9,0	

Source : Comptes de résultat de la CNSA

Jusqu'en 2008, les produits obtenus en faveur du financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux ont été supérieurs aux charges utilisées à cet effet. Ceci s'explique par le fait qu'une nouvelle recette, la contribution solidarité autonomie (CSA), dont une part (52,74 % en 2006 et 2007 et 54 % depuis 2008) est allouée au financement des établissements et services, est affectée à la Caisse depuis mi-2004. Dans le contexte de la croissance rapide du nombre de places en établissements et services pour personnes handicapées et âgées, les financements attribués par la CNSA n'avaient pas été systématiquement utilisés au cours de l'exercice budgétaire, compte tenu des délais d'installation des places nouvelles.

A partir de 2009, des décisions ont mis fin à cette situation en réduisant significativement et durablement le risque de sous consommation de l'OGD. La restitution de 150 M€ de crédits médico-sociaux à l'assurance maladie en 2009 a conduit à ce que le taux d'adéquation global des dépenses médico-sociales de la CNSA soit pour la première fois inférieur à 100 %. En 2010, selon la même logique, la contribution à l'assurance maladie a été *in fine* réduite de 100 M€.

Le taux d'adéquation entre les recettes et les dépenses a été régulièrement voisin de 100 % pour les dépenses afférentes aux personnes handicapées. Il inférieur à 100 % en 2010 en raison d'une surconsommation significative de l'OGD personnes handicapées (+ 191 M€).

En 2011, le taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la CNSA relative au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux s'est établi à 101,1 %, traduction d'une sous-consommation de 270 M€, conjugaison de deux phénomènes :

- une tendance à la surconsommation de l'OGD personnes handicapées masquée par des opérations comptables de fin d'exercice (sans cette correction, la sous-consommation de 25 M€ constatée « comptablement » aurait dû se traduire par un dépassement de 85 M€) ;

- une tendance persistante à la sous consommation de l'OGD personnes âgées, qui évolue de 339 M€ (4,5 % de l'OGD) en 2009, à 229 M€ (2,5 % de l'OGD) en 2010, puis à 245,4 M€ en 2011 (2,96% de l'OGD).

Suite à la mission de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances, qui a rendu ses conclusions en février 2010, un nouveau dispositif de suivi et de pilotage de la dépense médico-sociale, basé sur les données collectées pour chaque établissement ou service, a été déployé début 2012 et est utilisé à l'occasion de la campagne tarifaire 2012 qui se termine (développement de l'applicatif Harmonisation et Partage d'Information).

Comme en 2010, l'OGD pour 2011 avait intégré cette volonté de réduire le risque de sous consommation en budgétisant au plus juste les crédits nécessaires à la couverture financière d'établissements et services en fonctionnement et des installations prévues (raisonnement en autorisations d'engagement et crédits de paiement).

Pour 2012, le taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la CNSA relative au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux est prévu à 100,2 % car l'OGD a été construit sans apport de la CNSA sur ses réserves. De plus, à ce stade, il est considéré que qu'aussi bien le secteur des personnes handicapées que celui relatif aux personnes âgées, consommerait la totalité de l'enveloppe allouée pour le financement de ces établissements.

Construction de l'indicateur : la première section du budget de la CNSA est consacrée au financement des établissements ou services 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 prise en compte 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 médico-sociaux est obtenu en rapportant les produits aux charges relevant de la première section.

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

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, l'agence nationale d'appui à la performance, le financement des nouvelles Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ainsi que l'atténuation de recettes par rapport aux recettes prévues. Sont exclues des charges, les contributions de la section 1 aux sections 5 et 6, ces dernières étant consacrées respectivement aux « Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie » et aux « Frais de gestion de la caisse », les charges liées aux frais de collecte et les excédents de l'année en cours, non provisionnés, qui sont par définition non dépensés.

Précisions méthodologiques : les données utilisées pour la réalisation de cet indicateur sont issues, pour la période de 2006 à 2011, des différents comptes de résultat de la CNSA tels qu'approuvés par son Conseil. Pour 2012, les prévisions présentées sont celles de la Commission des comptes de la Sécurité sociale d'octobre 2012.

**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** : la part des dépenses d'APA et de PCH financées par la CNSA évolue de la manière suivante :

Type de prestation (M€)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
<b>Dépenses d'APA versées par les départements</b>	3 930	4 243	4 555	4 855	5 029	5 168	5 263	<b>Stabilité (pour la PCH, une fois la montée en charge achevée)</b>
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA	1 341	1 437	1 521	1 619	1 548	1 536	1 621	
Part des dépenses d'APA financées par la CNSA	<b>34,1 %</b>	<b>33,9 %</b>	<b>33,4 %</b>	<b>33,4 %</b>	<b>30,8%</b>	<b>29,7%</b>	<b>30,8%</b>	
<b>Dépenses de PCH versées par les départements</b>	-	79	277	569	843	1 088	1 242	
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de la PCH		523	530	551	509	502	528	
Part des dépenses de PCH financées par la CNSA		<b>662,0 %</b>	<b>191,5 %</b>	<b>96,9 %</b>	<b>60,4%</b>	<b>46,1%</b>	<b>42,5%</b>	

Source : CNSA - compte de résultat - chiffres arrondis.

Les prestations d'APA et de PCH sont gérées par les départements mais cofinancées par la CNSA et les départements.

La part des dépenses relative à l'allocation personnalisée d'autonomie financée par la CNSA est restée relativement stable entre 2004 et 2008, proche d'un tiers. A partir de 2009, elle a commencé à diminuer en raison de la baisse des ressources propres de la CNSA due à la conjoncture économique défavorable (baisse du rendement des contributions sociale généralisée et solidarité autonomie - CSG et CSA). En 2010, elle s'établit à 29,7 %, et ce malgré un ralentissement notable de l'évolution de la dépense totale au titre de cette prestation. Cela est imputable à la contraction de 30 M€ des recettes « nettes » de la CNSA (augmentation significative des atténuations de recettes et moindre produits financiers). Ces derniers résultats ne sont donc pas représentatifs de la réalité de la contribution de la CNSA au financement des prestations de compensation en milieu de cycle conjoncturel. En effet, en 2011, le taux est remonté de plus d'un point à 30,8 % (niveau de 2009) en raison d'une dynamique satisfaisante des recettes (+ 4,8 %) et d'une hausse limitée des dépenses (+ 1,9 %).

On constate une hétérogénéité importante du taux de couverture des dépenses d'APA entre départements : six départements présentent un taux supérieur à 40 %, 11 ont un taux inférieur à 25 % et 24 ont un taux inférieur à la moyenne nationale. Le potentiel fiscal (qui intervient à 25 % dans la répartition - cf. précisions méthodologiques) ressort comme un indicateur particulièrement discriminant entre les départements.

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 été 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. Entre 2007 et 2011, la PCH est montée en charge, les dépenses afférentes à cette prestation étant multiplié par 4,5 (de 277 M€ à 1 242 M€). Ainsi, pour la quatrième fois consécutive depuis sa création, la part des dépenses de PCH financées par la CNSA est en 2011 inférieure à 100 %. En cumulé, compte tenu des excédents des années 2006 et 2007, la part des dépenses de PCH financées par la CNSA depuis sa création s'élève à 77 % fin 2010.

En 2011, la progression des recettes « nettes » de CSA affectée au concours (+ 4,2 %) combinée à une augmentation moindre des dépenses de PCH en 2011 (+ 14 % contre + 20 % en 2010) ont permis une moindre dégradation du taux de couverture des dépenses de PCH en 2011 qui s'établit à 42,5 % (contre 46 % en 2010).

Comme pour l'APA, le taux de couverture globale de la dépense de PCH des départements par le concours versé par la CNSA cache une hétérogénéité entre les départements. Bien que seuls 2 départements voient leur dépense de PCH totalement couverte par le concours de la CNSA en 2011 (contre 52 en 2008, 7 en 2009 et 3 en 2010), 58 départements affichent un taux de couverture supérieur à 42,5 %.

Si le potentiel fiscal est aussi un élément fortement discriminant (pondération de 20 %), le fait que la prestation continue de monter en charge est un autre élément d'explication dans la mesure où le nombre de bénéficiaires de la PCH (auquel on ajoute les allocataires de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne – ACTP) est un critère de répartition significatif (pondération de 30 %) – cf. les précisions méthodologiques.

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

Précisions méthodologiques : les montants des dépenses globales d'APA et de PCH des départements proviennent des données transmises par les Conseils Généraux à la CNSA.

La répartition des concours d'APA et de PCH entre départements est réalisée sur la base des statistiques suivantes des départements, par ordre d'importance du critère (les pondérations apparaissent entre parenthèses)

1°) pour l'APA :

- la population âgée de 75 ans et plus (50 %),
- la dépense d'APA (20 %),
- le potentiel fiscal (25 %),
- le nombre de bénéficiaires du RMI (5 %).

2°) pour la PCH :

- la population âgée de 20 à 59 ans (60 %),
- le nombre de bénéficiaires de l'AAH, l'AEEH et de pensions d'invalidité (30 %),
- le nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP : (30 %),
- et le potentiel fiscal qui intervient en négatif à hauteur de - 20 %.

Par ailleurs, un critère correctif intervient quand la part des dépenses (nettes du concours) rapportée au potentiel fiscal est supérieure à 30 %. Dans ce cas, la part des dépenses dépassant le seuil de 30 % est répartie entre les autres départements. Pour 2011, 2 départements ont été concernés au titre de l'APA. Pour la PCH, ce même critère s'applique mais en raison de la montée en charge de la prestation, aucun département n'a encore été concerné.

Le potentiel fiscal d'un département est égal à la somme que produiraient les quatre taxes directes locales (taxe d'habitation, taxe professionnelle, taxe foncière sur le bâti et taxe foncière sur le non bâti) si l'on appliquait aux bases du département de ces quatre taxes le taux moyen national d'imposition à chacune de ces taxes. Il est majoré du montant, perçu l'année précédente au titre de la partie de la dotation forfaitaire correspondant à la compensation prévue au I du D de l'article 44 de la loi de finances pour 1999 et de la moyenne, pour les cinq derniers exercices connus, des produits perçus par le département au titre des impositions prévues aux 1° et 2° de l'article 1594 A du code général des impôts (droits d'enregistrements et mutations, taxe de publicité foncière).