

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
1 - Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides	1-1 - Nombre et proportion de titulaires de pensions d'invalidité bénéficiant de l'allocation du Fonds spécial d'invalidité (FSI)	Diminution	DSS	DSS
2 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées	2-1 - Écarts d'équipement inter-régionaux et inter-départementaux en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés 2-1-1 - en nombre de places pour 1000 enfants et adultes 2-1-2 - en euros pour 1000 enfants et adultes	Réduction des écarts	CNSA	CNSA
	2-2 - Mode de prise en charge des personnes handicapées 2-2-1 - Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées 2-2-2 - 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) 2-3-1 - Nombre de décisions de prestation de compensation rendues 2-3-2 - Taux de recours contentieux concernant la PCH	Suivi de la montée en charge Connaître les recours	CNSA	CNSA
	2-4 Délai moyen d'attribution de l'AEEH	Réduction	CNSA	CNSA
3 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées	3-1 - Ecart d'équipement inter-régionaux et inter-départementaux en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées 3-1-1 - en nombre de places pour 1000 personnes âgées 3-1-2 - 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	CNSA	CNSA

Objectif	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
3 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées	3-3 - Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile selon le niveau de dépendance	Augmentation (GIR 3 et 4)	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
	3-5 - Coûts des différentes prises en charge des personnes âgées dépendantes et impact sur le reste à charge de ces personnes	Diminution du reste à charge	DREES/DSS	DSS
4-Garantir la viabilité financière de la CNSA	4-1- Taux d'équation des recettes et des dépenses de la 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	CNSA/DSS	DSS

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'État 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 (8 373,81€ par an pour une personne seule et 14 667,32€ par an pour un couple au 1^{er} avril 2013). Le montant maximal de l'allocation du FSI est de 4 816,28 € par an en 2013 pour une personne seule et 7 947,60 € par an lorsque les deux conjoints en bénéficient.

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 279,98 € par mois au 1^{er} avril 2013 ;

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 279,98 € mensuels au 1^{er} avril 2013 ;

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 (1 096,50 € par mois au 1^{er} avril 2013).

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 :

Pension	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Objectif
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
1ère catégorie	16 100	11%	13 600	10%	12 500	9%	11 500	9%	11 000	8%	10 300	7%	Diminution
2ème catégorie	74 300	18%	70 500	16%	67 400	15%	64 000	15%	61 300	14%	59 200	13%	
3ème catégorie	3 800	23%	3 600	21%	3 500	21%	3 500	21%	3 100	20%	3 000	19%	
Total*	95 100	16%	88 300	15%	83 700	14%	79 000	13%	75 400	13%	72 600	12%	

Source : CNAMTS (DSES) - données France métropolitaine - 2013.

* Tient compte d'autres pensions en plus des principales que sont celles de 1^{er}, 2^e et 3^e catégorie.

En moyenne, 12% des pensionnés d'invalidité du régime général bénéficient de l'allocation supplémentaire du FSI en 2012. Cette part a diminué sur la période 2002-2012, passant de 20% (16% en 2007) à 12% en 2012.

Les pensionnés de 1^{er} catégorie sont moins fréquemment titulaires de l'allocation supplémentaire du FSI (7% en 2012) que les pensionnés de 2^e ou 3^e 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^e ou 3^e catégorie. Ce phénomène peut vraisemblablement s'expliquer par le fait que certains pensionnés de 1^{er} 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^e catégorie (19% des pensionnés de cette catégorie bénéficient de l'allocation supplémentaire en 2012). Or, la majoration pour tierce personne (MTP), attachée à la pension de 3^e 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^e et 3^e catégories. La plus forte proportion d'allocataires du FSI parmi les pensionnés de 3^e catégorie pourrait s'expliquer par le fait que le montant moyen des pensions versées aux bénéficiaires d'une pension de 3^e catégorie, hors majoration pour tierce personne, est inférieur à celui versé aux pensionnés de 2^e catégorie (458 € /mois contre 671 €/mois en 2012, selon les données relatives 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 2012. 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 (279,89 € par mois au 1^{er} avril 2013) ;
- 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 : Écarts d'équipement interrégionaux et interdépartementaux en établissements et services médico-sociaux pour adultes et enfants 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 infrarégionales.

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	2012	
Écart interdépartemental	35,0%	34,4%	31,9%	32,2%	31,5%	31,1%	30,4%	30,0%	29,5%	Réduction des écarts
Écart interrégional	20,5%	19,7%	18,4%	18,5%	18,3%	18,0%	17,4%	17,5%	17,3%	
Médiane des départements	9,2	9,5	9,5	9,5	9,6	9,9	9,9	10,2	10,2	
Médiane des régions	9,4	9,3	9,6	9,6	9,8	9,9	9,8	10,2	10,2	
Moyenne France entière	8,7	8,6	8,8	8,9	9,0	9,1	9,2	9,3	9,4	

« L'écart se traduit par le coefficient de variation »

	Adultes handicapés									Objectif
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Ecart interdépartemental	131,1%	124,0%	108,3%	96,2%	90,9%	88,9%	78,2%	74,6%	71,1%	Réduction des écarts
Ecart interrégional	44,9%	44,6%	37,4%	33,1%	31,0%	31,3%	29,4%	27,1%	27,1%	
Médiane des départements	1,1	1,2	1,2	1,4	1,6	1,8	2,0	2,0	2,1	
Médiane des régions	1,1	1,2	1,3	1,5	1,7	1,8	2,0	2,1	2,1	
Moyenne France entière	1,2	1,2	1,3	1,5	1,6	1,8	1,9	2,0	2,1	

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005 - DREES pour données 2006 - CNSA pour données 2007-2012 (FINESS)

Note de lecture : on compte en moyenne sur la France métropolitaine (hors DOM) 9,4 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 17,3% autour de la moyenne nationale pour les régions et de 29,5% 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, même si la tendance observée est favorable pour les deux secteurs

Sur le secteur des enfants handicapés, les écarts interdépartementaux et interrégionaux de taux d'équipement sont en baisse constante sur l'ensemble de la période. La très légère augmentation constatée en 2011 s'atténue en 2012 pour les écarts entre régions et confirme 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 interdépartementaux et interrégionaux 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 71,1% entre 2004 et 2012. 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 2012 montre que 85,4% 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 interquartiles, 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 du programme pluriannuel de création de places) 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	2012	
Écart interdépartemental	44,5%	40,9%	41,0%	42,2%	43,0%	44,4%	43,3%	Réduction des écarts
Écart interrégional	17,6%	17,3%	18,0%	17,0%	16,0%	17,8%	18,0%	
Médiane des départements	332	337	356	377	393	385	394	
Médiane des régions	342	357	367	383	405	402	403	
Moyenne France entière	317	331	343	361	370	368	370	

« L'écart se traduit par le coefficient de variation »

	Adultes handicapés							Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Écart interdépartemental	132,5%	128,3%	121,1%	116,4%	115,6%	103,9%	101,8%	Réduction des écarts
Écart interrégional	35,8%	34,8%	33,1%	27,7%	31,9%	30,1%	30,6%	
Médiane des départements	56	59	64	64	74	81	88	
Médiane des régions	52	57	61	61	73	76	82	
Moyenne France entière	53	57	62	66	73	80	85	

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 370 € pour 1 000 enfants ; la moitié des départements dépense au moins 394 € pour 1 000 enfants. Sur ce secteur, on observe une dispersion de la dépense en euros pour 1 000 enfants de 18,0% autour de la moyenne nationale pour les régions et de 43,3% 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 sur 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 interdépartementaux sont en forte baisse entre 2006 et 2007 (-3,6%) puis en hausse régulière de 1% par an sur la période 2008-2011. 2012 marque une nette inflexion (-1.1% par rapport à 2011). Sur l'ensemble de la période étudiée, les écarts interdépartementaux restent légèrement à la baisse entre 2006 et 2012 concernant

les enfants (tendance à confirmer toutefois). Les écarts interrégionaux progressent faiblement (+0,4%) entre 2006 et 2012.

Sur le secteur des adultes handicapés les écarts interrégionaux et interdépartementaux se sont globalement réduits sur la période 2006-2012 malgré une progression des écarts interrégionaux entre 2009 et 2012. 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 interquartiles 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 2012 et en 2011 de la dépense du secteur PH 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 des personnes handicapées par des services exerçant au domicile ou, plus largement, en milieu ouvert, y compris en matière d'intégration scolaire ou d'insertion professionnelle.

Précisions sur le dispositif : cet indicateur vise à quantifier la diversification de l'offre de structures accueillant des personnes handicapées mis en place au travers des programmes interdépartementaux d'accompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC) depuis 2006.

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

	Enfants (part des places de SESSAD, en %)							Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Moyenne France entière	22,1	23,0	25,3	26,8	28,5	29,6	30,3	Augmentation de la part des services
Médiane des régions	21,8	23,2	25,4	27,4	28,4	29,5	30,1	
Médiane des départements	22,8	24,2	26,6	27,9	29,3	30,2	30,9	
Écart interdépartemental	31,4%	31,5%	27,4%	26,9%	25,0%	24,0%	23,7%	
Écart interrégional	25,8%	27,5%	21,2%	19,5%	18,5%	16,7%	16,9%	

« L'écart se traduit par le coefficient de variation »

	Adultes (part des places de SSIAD-SAMSAH, en %)							Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Moyenne France entière	2,5	11,5	15,8	17,0	18,4	18,9	18,5	Augmentation de la part des services
Médiane des régions	1,5	11,9	16,5	18,2	19,2	19,2	18,8	
Médiane des départements	0,0	10,0	16,1	18,0	17,2	18,8	18,5	
Écart inter-départemental	175,7%	84,1%	66,1%	59,9%	55,1%	48,4%	47,7%	
Écart inter-régional	105,0%	58,4%	46,6%	44,0%	41,3%	39,4%	40,4%	

Source : DREES pour données 2006 et CNSA pour données 2007-2012.

SSIAD : Services de soins infirmier à domicile ; SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Lecture : pour les enfants handicapés, on compte en moyenne, sur la France métropolitaine (hors DOM) 30,3% de places en services dans l'ensemble des places en établissements et services en 2012. La moitié des régions dispose d'au moins 30,1% de places en services par rapport au total des places en établissements et services. On observe, pour les régions, une dispersion de la part des places en services de 16,9% autour de la moyenne nationale en 2012, 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 jusqu'en 2009 puis augmente faiblement entre 2010 et 2012.

Ainsi, dans le secteur de l'enfance, 30,3% des places installées concernent la prise en charge à domicile ou en milieu scolaire (SESSAD), ce qui illustre la priorité gouvernementale de développement de la scolarisation des enfants handicapés. La part des services au sein de l'offre médico-sociale pour enfants handicapés progresse donc régulièrement depuis 2006. D'une manière générale, on observe une tendance à la réduction des écarts territoriaux tant au niveau interrégional

qu'interdépartemental depuis 2006. La progression tendancielle de la part des services se confirme: meilleur équipement quantitatif et meilleure répartition interdépartementale (moins favorable en interrégionale).

Pour le secteur des adultes, le poids relatif des SAMSAH-SSIAD dans l'offre globale après une augmentation en 2011 (18,9%) enregistre une légère baisse en 2012 pour s'établir à 18,5%. Cette part moyenne, en nette progression depuis 2006, recouvre toujours une hétérogénéité importante sur l'ensemble du territoire entre régions et départements, hétérogénéité qui tend à se réduire depuis 2006 mais qui reste importante. 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 interdépartementaux et interrégionaux sont mesurés par des coefficients de variation (cf. indicateur « objectifs/résultats » n°2-1 pour plus de détails).

Précisions méthodologiques : les structures accueillant des enfants et adultes handicapés sont les mêmes que celles définies à l'indicateur de cadrage n°6 (voir les 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.

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

En 2011, la CNSA a participé au financement d'une expérimentation de formalisation d'un processus d'échanges d'information entre la MDPH et les ESMS accueillant les personnes bénéficiaires d'une décision (allant de la notification de la décision à l'accueil ou l'accompagnement de la personne) assorti d'un outil de suivi des décisions d'orientations. Ce travail particulier a suscité l'intérêt de la CNSA pour son caractère reproductible.

Mi- 2012, la CNSA a réuni un certain nombre de MDPH et de conseils généraux pour présenter les enjeux du suivi des décisions et formaliser un projet de travail collaboratif.

En janvier 2013, a été installé le groupe de travail national 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 et l'effectivité des décisions et la connaissance des besoins en places en ESMS. Le groupe de travail est composé de représentants d'administrations centrales, de conseils généraux, d'agences régionales de santé (ARS), de maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et de fédérations représentant les usagers et des gestionnaires d'établissements. Le travail du groupe est scindé en deux temps :

- analyser et modéliser les pratiques recensées (méthodes, process, outils, concepts et notions) à partir d'une définition partagée des concepts et des attentes des acteurs en vue de proposer et diffuser à l'ensemble des acteurs un processus optimisé de suivi des décisions d'orientation prises par les CDAPH jusqu'à l'entrée effective en ESMS : ce travail est en cours ;
- sur la base des résultats obtenus au point précédent, rédiger un cahier des charges pour la construction d'un système d'information partagé de suivi des orientations.

Ce travail s'inscrit dans le cadre de la 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.

Ce groupe de travail se poursuit en 2014.

Construction de l'indicateur : les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont chargées, dans leur rôle d'observatoire, de recueillir les données relatives aux suites réservées aux orientations en établissements et services médico-sociaux prononcées par la CDAPH (articles L.148-38, L247-2, L 146.36, R146-37 du code de l'action sociale et des Familles). Les établissements et services médico-sociaux ont, quant à eux, l'obligation de retourner à la MDPH l'information relative aux suites réservées aux décisions prononcées.

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 partagé entre les MDPH et la CNSA (système d'information pour l'autonomie des personnes handicapées - SipaPH). La disponibilité de cette information nécessite de lier les systèmes d'information des MDPH aux systèmes (ou au retour d'information) des établissements et services.

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 prestation de compensation rendues**

Finalité : cet indicateur vise à mesurer la montée en charge de la prestation de compensation (PCH) à travers l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). 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	2012	Objectif
Nombre total de demandes de PCH*	70 600	83 900	100 700	143 700	186 000	206 700	223 200	Suivi de la montée en charge
Taux d'évolution annuel		8%	20%	43%	29%	11%	8%	
Nombre total de décisions rendues de PCH*	23 500	76 600	112 100	137 200	174 700	201 500	218 100	
dont part des décisions consistant en un refus de PCH		33,60%	32,30%	31,10%	43,3 %	48,10%	48,20%	

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 2012, comme en 2011, l'augmentation du nombre de demandes déposées est nettement plus faible que celle des années précédentes, mais le seuil des 200 000 demandes annuelles est désormais atteint. Les demandes en 2012 ont augmenté de 8% par rapport à 2011. Depuis 2006, le nombre de demandes de prestations de compensation a été multiplié par 3,2, passant de 70 600 à 223 200.

La CNSA évalue le nombre moyen de demandes de prestation de compensation déposées chaque mois dans les MDPH à environ 18 600, ce qui est supérieur au nombre moyen mensuel de demandes déposées les années précédentes. Ainsi il est passé de 7 000 demandes chaque mois en 2007, à près de 8 500 en 2008, 12 000 en 2009, 15 500 en 2010 et à 17 200 demandes en 2011.

Le constat réalisé avec cet indicateur porte sur l'activité et non sur les personnes. Il y a lieu de préciser par ailleurs que certaines de ces demandes sont des renouvellements. Alors que pour 2006 et 2007, les demandes de PCH étaient sans doute toutes des premières demandes, il est très probable que des premières demandes de renouvellement aient été déposées en 2008. Les demandes de renouvellements participent logiquement au fait que le nombre de demandes augmente en 2008, 2009 et 2010. Pourtant, la part des réexamens reste limitée : en 2010, 83 % des demandes PCH sont encore des premières demandes. Une nette diminution intervient au cours de l'année 2011 (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) et la tendance à la baisse se confirme en 2012 : 68% des demandes sont des premières demandes. Celles-ci se décomposent en 68,6% pour les enfants 67,8% pour les adultes.

Il s'avère ainsi que la forte montée en charge de la PCH jusqu'en 2009 soit essentiellement attribuable au public en demande de compensation. La part de la hausse attribuée aux renouvellements est mécanique mais ne se traduit pas par une augmentation du nombre de bénéficiaires de la PCH.

En 2012, les demandes PCH relatives aux enfants représentent 11,3% du total soit une diminution de 0.4 point par rapport à l'année précédente. Cette tendance à la baisse intervient après plusieurs années d'augmentation fortes (+1,8 points entre 2010 et 2011, +1,5 point entre 2009 et 2010, +4.4 points entre 2008 et 2009). Depuis le 1^{er} 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 à l'élément 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 s'est traduite par de nouvelles demandes de prestation de compensation, et augmenté 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. Après des années de montée en charge du dispositif, le nombre de demandes pour les enfants semble marquer une pause en 2012 dans la tendance observée jusqu'en 2011 (11,3%).

En 2012, la part de la prestation de compensation dans le total des demandes déposées auprès des MDPH reste stable autour de 7%, en hausse constante de puis 2007 (elle s'élevait alors 5,0%).

Le nombre de décisions prises chaque année continue d'augmenter mais moins que les années précédentes. Il est passé de 23 500 en 2006 à 218 100 en 2012 (accords et refus confondus).

En 2012, 7% de l'ensemble des décisions prises par la CDAPH concernent la prestation de compensation.

En 2012, la part des refus de prestations de compensation reste comparable à celle de 2011 (48,2% contre 48,1%), en nette augmentation par rapport aux années précédentes. 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.

Depuis 2006, le nombre de MDPH répondant au questionnaire n'a cessé d'augmenter. Il est passé de 72 en 2006 à 97 en 2012. 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 : 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 : en 2012, la CNSA a fait évoluer le questionnaire annuel de recueil des données d'activité des MDPH afin de disposer de l'information du nombre de recours contentieux par type de prestation et d'orientation. Toutefois, les données exploitables ont conduit à un taux de réponse de 31 MDPH ce qui est insuffisant pour produire et diffuser un résultat fiable (l'écart-type de l'échantillon du taux de recours est près de 4 fois plus important que la moyenne).

Toutefois, la CNSA dispose de l'information concernant les taux de recours quelle que soit la prestation ou l'orientation, par nature de recours.

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 2012, sur la base d'un échantillon de 84 MDPH, 2,4% des décisions ont fait l'objet d'un recours gracieux ou contentieux, ce qui est égal au taux observé en 2009. En 2011, ce taux était égal à 2,5% et en 2010, à 2%. Le taux de recours contentieux représente, en moyenne 0,49% du total des décisions prises par la CDAPH en 2012 (évalué sur un échantillon de 87 MDPH). Il représentait 0,59% en 2011 (échantillon de 84 MDPH), 0,5% en 2010 (échantillon de 68 MDPH) et 0,7% en 2009 (échantillon de 66 MDPH).

	2009	2010	2011	2012	Objectif
Taux de recours dans le total des décisions	2,4%	2%	2,5%	2,4%	Connaître les recours
Taux de recours contentieux dans le total des décisions	0,70%	0,50%	0,59%	0,49%	
Taux de recours contentieux concernant la PCH			nd	nd	

Source : CNSA, Résultats de l'enquête annuelle adressée aux MDPH en 2012

Plus précisément :

- 25% des MDPH (premier quartile) enregistrent un taux de recours contentieux inférieur ou égal à 0,20% ;
- 50% des MDPH (deuxième quartile) enregistrent moins de 0,35% de recours contentieux parmi le total des décisions prises ;
- 75% des MDPH (troisième quartile) présentent moins de 0,55% de recours contentieux dans l'ensemble des décisions prises.

Les recours contentieux formés à l'encontre des décisions prises par les CDAPH en 2012 sont en très légère diminution par rapport à l'année précédente sans atteindre toutefois le niveau d'il y a deux ans puisque 25% des MDPH enregistraient un taux de recours inférieur ou égal à 0,22% en 2011 et à 0,18% en 2010. Par ailleurs, 8% des MDPH affichent un taux de 0,9% ou plus de recours contentieux en 2012 alors qu'elles étaient 9,5% en 2011. Elles n'étaient 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.

Le taux de recours contentieux calculé est le nombre de recours contentieux notifiés et reçus à la MDPH en 2012 pour la prestation de compensation, rapporté au nombre de recours contentieux notifiés et reçus à la MDPH en 2012 pour l'ensemble des prestations ou orientations décidées par la CDAPH. Ce calcul permet de s'affranchir des :

- décalages de temps éventuels entre les décisions et les recours contentieux formés à l'encontre des décisions (un recours notifié en 2012 peut porter sur une décision prise en 2011) ;
- pratiques MDPH qui, selon qu'elles aient mis en place des cellules de prévention aux recours ou des médiations, influencent les volumes de recours : des cellules de médiation ou de prévention permettent d'apporter des informations supplémentaires aux usagers qui peuvent éviter le dépôt de recours au tribunal.

Précisions méthodologiques : cet indicateur n'est pas disponible à ce jour faute d'un taux de réponse suffisant. Il sera obtenu automatiquement 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 2012, 98 MDPH ont participé au processus d'échanges de données, 87 ont pu à la fois renseigner le nombre de recours contentieux et le nombre de décisions prises par la CDAPH (31 ont renseigné à la fois les recours contentieux notifiés et reçus à la MDPH concernant la PCH des enfants, des adultes et le total des recours contentieux notifiés et reçus à la MDPH).

Indicateur n°2-4 : Délai moyen d'attribution de l'AEEH

Finalité : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est destinée à compenser les frais et l'aide spécifique apportée à un enfant en lien avec son handicap. Elle est attribuée sans conditions de ressources, sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) à tout jeune de moins de vingt ans dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80% ou compris entre 50% et moins de 80% s'il fréquente un établissement ou service médico-social ou un dispositif d'enseignement collectif dédié à la scolarisation des élèves handicapés ou s'il recourt à des mesures d'accompagnement ou à des soins dans le cadre de mesures préconisées par la CDAPH.

L'AEEH de base peut être complétée de compléments (avec six niveaux, selon l'importance des dépenses ou la nécessité d'un recours à une tierce personne liés au handicap). Depuis le 1^{er} avril 2008, date d'entrée en vigueur du droit d'option entre l'AEEH et la « PCH-enfant » les parents peuvent choisir de percevoir le complément de l'AEEH ou la prestation de compensation (PCH) : les enfants ont désormais la possibilité d'accéder aux cinq éléments de la prestation de compensation (cf fiche Sous-indicateur n°2-3-1).

En complément de l'accès aux dispositifs collectifs tels que les classes adaptées ou les établissements ou services médico-sociaux, l'AEEH est – avec la « PCH-enfant » dans une moindre mesure¹ – la seule allocation qui permet une participation à la dépense de compensation supportée par les familles des enfants en situation de handicap. Ainsi, la mesure du délai moyen de traitement de l'AEEH permet d'approcher le délai moyen d'attente pour les familles qui sollicitent de la MDPH une aide pour un ou plusieurs enfants dont les difficultés entraînent des charges supplémentaires.

Précisions sur l'indicateur : le délai moyen de traitement des demandes d'AEEH est calculé de date à date. Il s'agit du nombre de jours écoulés entre la date de recevabilité de chaque demande et la date de la décision relative à chacune d'elle, pour toutes les décisions prises au cours de l'année considérée, divisé par le nombre de décisions d'AEEH prises au cours de l'année en question, divisé par 30,4375 (valeur utile pour que l'unité de compte soit le mois).

Toutefois, cette définition est « aménagée » compte tenu des informations disponibles actuellement dans les systèmes d'information. En effet, la date de recevabilité n'étant actuellement pas renseignée dans la plupart des systèmes d'information, le délai moyen de traitement des demandes est calculé à partir de la date de dépôt, celle-ci ne permettant pas forcément le démarrage de l'instruction et l'évaluation.

Pour mémoire, la recevabilité de la demande nécessite un formulaire de demande dûment rempli, un certificat médical de moins de 3 mois, un justificatif de domicile et une pièce d'identité. Le dépôt de la demande, à la limite, peut n'être constitué que d'une demande sur papier libre, ce qui est insuffisant pour débiter l'instruction de la demande.

L'indicateur proposé ici majore donc le délai moyen de traitement réel des demandes.

Résultats :

	2010	2011	2012	Objectif
Délai moyen de traitement des demandes de l'AEEH (en nombre de mois)	3,11	nd	3,29	Réduction du délai moyen de traitement
Taille d'échantillon (nombre de MDPH)	52	nd	66	
Dispersion (écart à la moyenne – en nombre de mois)	nd	nd	0,97	

Source : CNSA, Résultats de l'enquête annuelle adressée aux MDPH en 2012

En 2012, 3 mois et une semaine et demie en moyenne sont nécessaires pour qu'une famille dispose de la décision de la CDAPH, relative à l'AEEH, à partir du moment où la demande est déposée à la MDPH. Ce délai est à nuancer pour au moins deux raisons :

- La question de la distinction entre demande déposée et demande recevable : le délai moyen de traitement est calculé sur la base de la date du dépôt de la demande alors que rigoureusement il devrait être obtenu à partir de la date de recevabilité. La date de dépôt d'une demande incomplète ne permet pas le démarrage de l'instruction. Calculé à partir de la

¹ Les demandes de PCH représentent 12,9% du total des demandes d'AEEH en 2012.

date de dépôt, le délai moyen de traitement des demandes est donc majoré d'un délai qui n'incombe pas à la MDPH mais qui est le délai de réception des pièces obligatoires à fournir ;

- L'impact de l'étude du droit d'option : à chaque demande de PCH formulée pour un enfant comme à chaque renouvellement d'AAEH avec une demande explicite de PCH, le droit d'option entre la PCH et les compléments d'AAEH doit être systématiquement étudié. Compte tenu du fait que le délai moyen de traitement de la prestation de compensation est plus long que celui de l'AAEH, l'étude du droit d'option augmente le délai moyen de traitement de l'AAEH car les deux propositions sont soumises conjointement à la CDAPH pour décisions. À titre d'illustration, le délai moyen de traitement des demandes de PCH concernant les enfants, indépendamment du droit d'option est égal à 6.00² mois en 2012 (sur un échantillon de 61 MDPH).

En 2010, le délai moyen de traitement calculé conduisait à 3 mois et 3 jours en moyenne.

L'objectif de réduction du délai moyen de traitement de l'AAEH est très attendu pour les familles. Moyennant les réserves décrites sur le calcul de l'indicateur et les délais administratifs incompressibles de l'instruction des demandes, les données montrent que :

- 25% des MDPH de l'échantillon ont un délai inférieur à 2,4 mois et 50% ont un délai inférieur ou égal à 3 mois ;
- 25% des MDPH de l'échantillon affichent un délai moyen annuel de l'AAEH et des compléments proches de 4 mois, allant jusqu'à 5 mois et un trimestre.

L'écart type permettra de suivre la réduction des écarts à la moyenne dans le temps.

Construction de l'indicateur : Dans la convention d'appui à la qualité de service 2006-2008 que chaque président de Conseil général a signée avec le Directeur de la CNSA, celle-ci s'est engagée à restituer à chaque département les données d'activité et de fonctionnement de la MDPH mises en perspectives avec la synthèse nationale. Cette clause a été reprise dans les conventions 2012-2015.

Chaque année, la CNSA adresse aux MDPH un questionnaire relatif à l'activité de la MDPH qui par prestation et orientation permet entre autres d'obtenir les volumes de demandes, de premières demandes, de décisions et d'accords. Ce questionnaire aborde également quelques items relatifs à l'organisation et/ou au fonctionnement. Tous les items ne sont pas exploitables compte tenu des taux de réponse ou de la qualité du contenu. Le délai moyen de traitement est une information demandée dans le questionnaire annuel. Habituellement, la CNSA diffuse cette information toutes prestations/orientations confondues pour éviter les biais dus aux instructions conjointes de prestation(s) et/ou orientation(s).

En 2012, 98 départements ont retourné leurs données à la CNSA.

Précisions méthodologiques : les résultats sont déclaratifs.

² Délai surévalué dans les mêmes conditions que celui de l'AAEH (cf *Précisions de l'indicateur*)

Indicateur n°3-1 : Écarts 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 intra-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	2012	
Ecart interdépartemental	23,1%	23,7%	23,5%	24,9%	23,1%	22,5%	21,3%	20,0%	19,3%	Réduction des écarts
Ecart interrégional	17,6%	17,8%	18,1%	19,9%	17,3%	16,7%	16,0%	15,0%	14,1%	
Médiane des départements	142,3	142,0	142,8	138,7	131,4	133,6	135,5	140,0	142,1	
Médiane des régions	137,2	135,0	140,9	140,5	133,0	133,0	134,3	139,1	138,8	
Moyenne France entière	132,1	131,4	134,9	132,4	128,4	128,6	129,7	135,2	136,5	

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005 - DREES pour données 2006 - CNSA pour 2007-2012 (FINESS)

Lecture : on compte en moyenne sur la France métropolitaine 136,5 places en établissements et services pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; la moitié des départements dispose d'au moins 142,1 places pour 1 000 personnes âgées. On observe pour les régions une dispersion des taux d'équipement de 14,1% 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. À compter de 2007, les écarts interrégionaux et interdépartementaux enregistrent une baisse constante pour atteindre en 2012 une diminution globale de près de 6%. Les disparités qui subsistent se concentrent sur l'offre en institution, par rapport à l'offre de services. La tendance dans un souci de respect de l'objectif se prolonge positivement en 2012.

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 EHPAD et en 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 interdépartementaux des plans de créations 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 interquartiles, 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^{er} 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 du plan national de création de places) 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°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. À 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	2012	
Écart interdépartemental	17,1%	16,3%	16,7%	16,1%	16,0%	16,5%	15,7%	Réduction des écarts
Écart interrégional	10,3%	9,2%	8,9%	8,4%	9,6%	11,9%	11,7%	
Médiane des départements	1 441	1 489	1 661	1 822	1 895	1 897	2 084	
Médiane des régions	1 391	1 484	1 636	1 814	1 880	1 999	2 091	
Moyenne France entière	1 436	1 505	1 652	1 826	1 896	2 048	2 153	

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

Lecture : en 2012 on compte en moyenne sur la France hors DOM une dépense de 2 153 € pour 1 000 personnes âgées : la moitié des départements enregistre une dépense d'au moins 2 084 € pour 1 000 personnes âgées. Sur ce secteur on observe pour les régions une dispersion de la dépense pour 1 000 personnes âgées de 11,7% autour de la moyenne nationale. Si l'on considère les départements, la dispersion est de 15,7% 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 capacités 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 interdépartementaux 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 interrégionaux, 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. L'évolution observée en 2012 reste sur cette tendance même si le résultat apparaît moins dégradé qu'en 2011. À l'inverse, l'amélioration en terme d'analyse inter départementale s'améliore au point d'atteindre son niveau le plus bas. La dégradation observée en 2011 de l'écart interrégional, qui demeure en 2012, est donc à nuancer.

Il faut souligner le poids dans cet indicateur des dépenses de ville qui génèrent de fortes variations interrégionales : les dépenses d'AIS sont ainsi fortement localisées régionalement sur le bassin méditerranéen et l'arc atlantique.

La mesure de la dispersion interrégionale 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. Les écarts s'accroissent entre 2010 et 2012, 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 -1^{er} 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 interquartiles 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, 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 : la mise en place des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC) début 2006 a notamment pour objectif une diversification de l'offre de structures accueillant des personnes âgées.

Résultats : la part des services dans les structures médico-sociales pour personnes âgées évolue de la façon suivante :

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Moyenne France entière	14,6%	15,2%	16,3%	17,0%	17,9%	17,8%	18,3%	Augmentation
Médiane des régions	13,7%	14,3%	15,7%	16,6%	18,1%	17,9%	18,4%	
Médiane des départements	14,3%	15,6%	16,1%	17,1%	17,9%	17,9%	18,5%	
Ecart interdépartemental	30,9%	31,2%	28,4%	25,3%	23,8%	21,6%	21,0%	
Ecart interrégional	20,1%	21,7%	21,9%	20,0%	18,2%	16,5%	15,6%	

Source : DREES pour données 2006 et CNSA pour 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 et 2012

Lecture : pour les personnes âgées, on compte en moyenne, sur la France métropolitaine 18,3 % de places en services rapportés à l'ensemble des places en établissements et services en 2012. La moitié des régions dispose d'au moins 18,4 % de places en services. On observe, pour les régions, une dispersion de la part des places en services de 15,6 % autour de la moyenne nationale en 2012, en baisse depuis 2008 (moins 6,3 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 progresse entre 2006 et 2010, passant de 14,6% à 17,9 (+3,3%) puis après un passage stable en 2011 (17,8%) on assiste en 2012 à une augmentation (18,3%) dans l'offre médico-sociale. L'évolution constatée depuis 2006 est 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. En effet, une amélioration de la dispersion interrégionale de près d'un point de la part des services en 2012 confirme le prolongement de la tendance observée en 2011 (près de +4% entre 2006 et 2012 soit un demi-point de progression annuelle en moyenne).

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 (15,5% en 2012 contre 15,2% en 2011) et des places d'offre séquentielle (accueil de jour et hébergement temporaire : 2,8% en 2012 contre 2,6% en 2011). S'agissant de ce dernier type d'offre, l'augmentation par rapport à 2006 (2,8% contre 1,1%) est à mettre en relation à la fois avec la parution du décret du 11 mai 2007 autorisant la prise en charge des frais de transport journalier des personnes bénéficiant d'un accueil de jour et avec la mise en œuvre du plan Alzheimer, qui promeut le développement de ces services.

Du point de vue des écarts interrégionaux et interdépartementaux, les disparités territoriales se réduisent entre les départements, d'une façon générale, et aussi entre les régions.

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

Les écarts interdépartementaux et interrégionaux 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 les mêmes que celles définies au sous-indicateur de cadrage n°7-1 (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
GIR1	17	19	19	19	19	17	18	17	16	Augmentation
GIR2	40	41	40	41	42	41	41	40	39	
GIR3	60	62	64	66	66	67	67	66	66	
GIR4	73	74	75	77	78	78	79	80	79	
Total	55	57	58	60	61	61	61	61	60	

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 de Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Finalité : 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	2012	Mi 2013	Objectif 2012
Nombre d'aidants formés	0	0	390	3 294	8 061	17 181	nd	15 000
Pourcentage d'accueils de jour restructurés	nd	nd	nd	34%	47%	58%	nd	100% (objectif 2013)
Nombre de plateformes d'accompagnement et de répit créées	-	-	-	-	72	123	134	150
Nombre d'équipes spécialisées en SSIAD	0	0	40	75	223	342	441	500
Nombre de MAIA	0	nd	17	15	55	148	174	150
Nombre d'unités spécifiques en EHPAD	0	0	0	174	825	993	1 177	2 094
Nombre de professionnels spécialisés formés à la maladie (ASG, psychomotriciens, ergothérapeutes)	0	81	415	1 384	2 754	4 334	nd	8000
Pourcentage de malades sous prescription inappropriée de médicaments délétères (neuroleptiques)	16,9%	16,1%	16,0%	15,5%	15,4%	nd	nd	10 %

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. 134 nouvelles plateformes ont ainsi été sélectionnées en 2011 et 2012.

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 1 776 et à 12 479 en fin d'année 2012. 58% de ces structures étaient en 2012 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 2012, 342 équipes étaient autorisées et 273 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). Actuellement, 174 MAIA (dont 148 fin 2012) fonctionnent.

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 2012, l'outil d'évaluation multidimensionnel 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 1 000 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). 1 784 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 2012, 1092 PASA étaient labellisés dont 767 ouvertes, 125 UHR médico-sociales labellisées et 101 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 2012, plus de 2 200 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 2 078 professionnels supplémentaires en cours de formation fin 2012 par rapport à ceux qui étaient en formation en 2007.

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°3-5 : Coûts des différentes prises en charge des personnes âgées dépendantes et impact sur le reste à charge de ces personnes

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

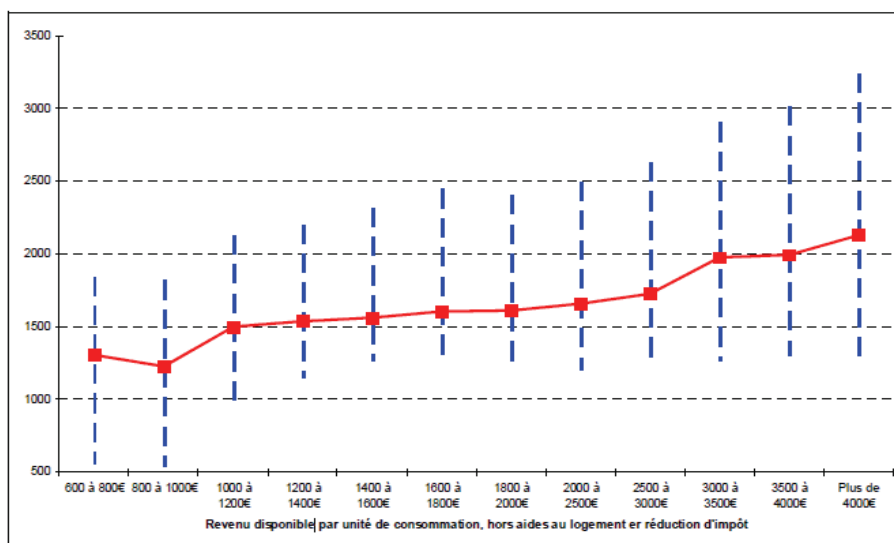
Résultats : le tableau suivant récapitule le montant des aides qu'une personne âgée dépendante est susceptible de percevoir selon la sévérité de sa perte d'autonomie et de son lieu de résidence (à son domicile ou en établissement).

	Domicile		Établissement		Objectif
	GIR 1	GIR 4	GIR 1	GIR 4	
APA	1 304,84 € / mois*	559,22 € / mois*			Diminution du reste à charge
ASH	-	-	Sans plafond et varie selon les ressources du bénéficiaire	Sans plafond et varie selon les ressources du bénéficiaire	
APL ou ALS	varie selon les ressources du bénéficiaire, la composition du foyer et la zone géographique	varie selon les ressources du bénéficiaire, la composition du foyer et la zone géographique	varie selon les ressources du bénéficiaire, la composition du foyer et la zone géographique	varie selon les ressources du bénéficiaire, la composition du foyer et la zone géographique	
Réduction d'impôt	6 000 € / an	6 000 € / an	2 500 € / an	2 500 € / an	

* Montant mensuel du plan d'aide maximum au 01/04/2013. Les montants des plans d'aide notifiés aux bénéficiaires de l'APA à domicile sont déterminés après évaluation des besoins par les équipes médico-sociales des conseils généraux. Ces montants sont modulés dans la limite des plafonds nationaux selon le niveau de dépendance (GIR) des bénéficiaires.

APL : Aide personnalisée au logement ;
ALS : Allocation de logement social.

Sur la base des travaux menés par la DREES en 2011, la dépense mensuelle moyenne par résident en établissement était évaluée à environ 1 940 € par mois. Avec une aide publique à hauteur de 470 € par mois en moyenne, dont 230 € au titre de l'APA, 209 € d'aides aux logements et 31 € de réduction d'impôt, le reste à charge des personnes résidant en établissement est estimé à 1 470 € par mois. Leur reste à vivre est globalement négatif (-261 € par mois en moyenne). Les dépenses liées à l'hébergement constituent l'essentiel de leur reste à charge, à hauteur de 1 321 € en moyenne, soit près de 90% du reste à charge contre 147 € pour les dépenses de dépendance.

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

Sources : DREES – modèle Autonomix

Champ : France métropolitaine, résidents en maison de retraite

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

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

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

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

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

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 2012 (et 2013 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 :

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)	Objectif
Taux d'adéquation global	105,6%	103,8%	102,8%	99,9%	99,6%	101,1%	101,4%	100,3%	Equilibre financier
Produits (Md €)	12,1	13,0	14,2	15,2	16,3	17,0	17,7	18,4	
Charges (Md €)	11,5	12,5	13,8	15,2	16,4	16,8	17,5	18,3	
Taux d'adéquation secteur personnes handicapées	101,7%	100,0%	100,3%	101,1%	98,0%	100,0%	100,3%	100,3%	
Produits (Md €)	6,9	7,3	7,7	8,0	8,3	8,5	8,8	9,1	
Charges (Md €)	6,8	7,3	7,7	7,9	8,4	8,5	8,7	9,0	
Taux d'adéquation secteur personnes âgées	111,2%	109,1%	105,9%	98,5%	101,3%	101,9%	102,4%	100,3%	
Produits (Md €)	5,2	5,7	6,4	7,1	8,1	8,5	9,0	9,3	
Charges (Md €)	4,7	5,2	6,1	7,3	8,0	8,4	8,8	9,3	

Source : Comptes de résultat et budget prévisionnel 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.

À 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 est 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 339M€ (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).

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 s'est établi à 101,4%.

La sous-consommation globale de 173,6 M€ est quasiment intégralement liée au secteur des personnes âgées qui voit toutefois sa sous-consommation se réduire sensiblement à 189 M€, soit 2,1% de l'OGD PA (au lieu de 3,0% de l'OGD en 2011). L'OGD personnes handicapées, pour sa part présente une légère surconsommation de 16,3 M€.

Pour 2013, il est prévu un taux d'adéquation de 100,3% des recettes par rapport aux dépenses consacrées au financement des établissements et services médico-sociaux sur le champ des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce taux supérieur à 100% s'explique par la construction même de l'indicateur dans lequel sont retranchées diverses dépenses de la section 1 non relatives au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. construction de l'indicateur).

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 (GEM), l'agence nationale d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ANESM), l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 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 2012 des différents comptes de résultat de la CNSA tels que sont repris dans les rapports de la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Pour 2013, est repris la prévision de budget réalisé par la CNSA sans prise en compte d'une éventuelle sous ou surconsommation des crédits.

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	2012	Objectif
Dépenses d'APA versées par les départements	3 930	4 243	4 555	4 855	5 029	5 168	5 263	5 368	Stabilité (pour la PCH, une fois la montée en charge achevée)
dont concours de la CNSA	1 341	1 437	1 521	1 619	1 548	1 536	1 621	1 656	
Part des dépenses d'APA financées par la CNSA	34,1%	33,9%	33,4%	33,4%	30,8%	29,7%	30,8%	30,8%	
Dépenses de PCH versées par les départements	-	79	277	569	843	1 088	1 242	1 397	
dont concours de la CNSA		523	530	551	509	502	528	545	
Part des dépenses de PCH financées par la CNSA		662%	191%	96,9%	60,4%	46,1%	42,5%	39,0%	

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. À 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% (soit le niveau de 2009) en raison d'une dynamique satisfaisante des recettes (+ 4,8%) et d'une hausse limitée des dépenses (+ 1,9% ; en 2012, le taux s'est stabilisé à 30,8%, les dépenses ayant augmenté à un rythme équivalent aux recettes (2%).

On constate une hétérogénéité importante du taux de couverture des dépenses d'APA entre départements : deux départements présentent un taux supérieur à 40%, 14 ont un taux inférieur à 25% et 42 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 2012, la PCH est montée en charge, les dépenses afférentes à cette prestation étant multiplié par 5 (de 277 M€ à 1 242 M€). Ainsi, pour la cinquième fois consécutive

depuis sa création, la part des dépenses de PCH financées par la CNSA est en 2012 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 67% fin 2012.

Comme en 2011, la progression des recettes « nettes » de CSA affectée au concours (+1,7%) en 2012 combinée à une augmentation moindre des dépenses de PCH en (+13 % en 2012 au lieu de +16% en 2011) ont permis une moindre dégradation du taux de couverture des dépenses de PCH en 2012 qui s'établit à 39,05% (contre 42,5% en 2011).

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 2012 (contre 52 en 2008, 7 en 2009, 3 en 2010 et 2 en 2011), 57 départements affichent un taux de couverture supérieur à 39,0%.

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 et certifiées 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 RSA (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 2012, 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.

À noter que le décret n°2012-1434 du 20 décembre 2012 a introduit deux modifications significatives sur les critères de répartition :

- pour l'APA, le nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) s'est substitué au nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI),
- le montant du concours au financement de la PCH se voit plafonné au montant de la dépense PCH du département.