

## **PARTIE II OBJECTIFS / RÉSULTATS**

---



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

Objectif	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
<b>1 - Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides</b>	1-1 - Nombre et proportion de titulaires de pensions d'invalidité bénéficiant de l'allocation du Fonds spécial d'invalidité (FSI)	Diminution	DSS	DSS
<b>2 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées</b>	2-1 - Écarts d'équipements inter-régionaux et inter-départementaux en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés 2-1-1 - En nombre de places et en euros pour 1000 enfants 2-1-2 - En nombre de places et en euros pour 1000 adultes	Réduction des écarts	CNSA	CNSA
	2-2 - Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées	Augmentation de la part des services	CNSA	CNSA
	2-3 - Nombre de décisions de prestations de compensation du handicap rendues	Suivi de la montée en charge	CNSA	CNSA
	2-4 - Délai moyen d'attribution de l'AAEH	Réduction	CNSA	CNSA
<b>3 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées</b>	3-1 - Écarts d'équipements interrégionaux et interdépartementaux en établissements et services médico-sociaux en nombre de places et en euros pour 1000 personnes âgées	Réduction des écarts	CNSA	CNSA
	3-2 - Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes âgées	Augmentation	CNSA	CNSA
	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 maladies apparentées 2008-2012	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
<b>4 - Garantir la viabilité financière de la CNSA</b>	4-1- Taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la CNSA relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	Équilibre 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 (8 424€ par an pour une personne seule et 14 755,32€ par an pour un couple au 1<sup>er</sup> avril 2014). Le montant maximal de l'allocation du FSI est de 4 845,12 € par an en 2014 pour une personne seule et 7 995,24 € 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 281,65 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2014 ;

**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 281,65 € mensuels au 1<sup>er</sup> avril 2014 ;

**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 (1 103,08 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2014).

**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	2008		2009		2010		2011		2012		2013		Objectif
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
1 <sup>ère</sup> catégorie	13 600	10%	12 500	9%	11 500	9%	11 000	8%	10 300	7%	10 100	7%	<b>Diminution</b>
2 <sup>ème</sup> catégorie	70 500	16%	67 400	15%	64 000	15%	61 300	14%	59 200	13%	58 000	12%	
3 <sup>ème</sup> catégorie	3 600	21%	3 500	21%	3 500	21%	3 100	20%	3 000	19%	2 800	18%	
<b>Total*</b>	<b>88 300</b>	<b>15%</b>	<b>83 700</b>	<b>14%</b>	<b>79 000</b>	<b>13%</b>	<b>75 400</b>	<b>13%</b>	<b>72 600</b>	<b>12%</b>	<b>70 900</b>	<b>11%</b>	

Source : CNAMTS (DSES) - données France métropolitaine - 2014.

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

En moyenne, 11% des pensionnés d'invalidité du régime général bénéficient de l'allocation supplémentaire du FSI en 2013. Cette part a diminué sur la période 2002-2013, passant de 20% (15% en 2008) à 11% en 2013.

Les pensionnés de 1<sup>re</sup> catégorie sont moins fréquemment titulaires de l'allocation supplémentaire du FSI (7% en 2013) que les pensionnés de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie, bien que leurs pensions soient, par construction (voir mode de calcul des pensions en précisions méthodologiques), plus faibles que celles des pensionnés de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie. Ce phénomène peut vraisemblablement s'expliquer par le fait que certains pensionnés de 1<sup>re</sup> catégorie, aptes à travailler, disposent de ressources d'activité complétant le montant de leur pension d'invalidité qui les excluent de fait de l'allocation du FSI.

Par ailleurs, l'allocation du FSI est plus fréquemment octroyée aux pensionnés de 3<sup>e</sup> catégorie (18% des pensionnés de cette catégorie bénéficient de l'allocation supplémentaire en 2013). Or, la majoration pour tierce personne (MTP), attachée à la pension de 3<sup>e</sup> catégorie, est exclue de la base ressources de l'allocation du FSI – ce qui devrait se traduire,

toutes choses égales par ailleurs, par une proportion d'allocataires du FSI équivalente en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> catégories. La plus forte proportion d'allocataires du FSI parmi les pensionnés de 3<sup>e</sup> catégorie pourrait s'expliquer par le fait que le montant moyen des pensions versées aux bénéficiaires d'une pension de 3<sup>e</sup> catégorie, hors majoration pour tierce personne, est inférieur à celui versé aux pensionnés de 2<sup>e</sup> catégorie (450 € /mois contre 680 €/mois en 2013, 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 2008 à 2013. 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 (281,66 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2014) ;
- 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'équipements interrégionaux et interdépartementaux en établissements et services médico-sociaux pour adultes et enfants handicapés

### Sous-indicateur n°2-1-1 : Écarts d'équipements interrégionaux et interdépartementaux en nombre de places et en euros pour 1000 enfants

**Finalité :** la mise en place des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC) début 2006 a pour objectif une répartition plus équitable des ressources sur le territoire et une réduction des disparités inter et infra-régionales. L'indicateur contribue à mesurer la réduction des disparités d'équipement et financières en matière d'établissements et services accueillant des personnes handicapées sur le champ de l'enfance. Il a pour finalité de suivre les disparités de l'offre médico-sociale sous ces deux dimensions :

- la capacité d'accueil : au niveau de l'offre de services en établissements et services médico-sociaux (ESMS),
- la dimension financière afin de rendre compte de la diversité des structures accueillant des enfants handicapés, caractérisées par des coûts par place très différents selon le type de structure.

**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) respectivement des taux d'équipement et de la dépense en euros pour 1 000 enfants :

	Écarts d'équipements en capacité d'accueil pour 1000 enfants								Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
<b>Écart interdépartemental</b>	<b>31,9%</b>	<b>32,2%</b>	<b>31,5%</b>	<b>31,1%</b>	<b>30,5%</b>	<b>33,1%</b>	<b>33,0%</b>	<b>33,1%</b>	<b>Réduction des écarts</b>
<b>Écart interrégional</b>	<b>18,4%</b>	<b>18,5%</b>	<b>18,3%</b>	<b>18,0%</b>	<b>17,8%</b>	<b>20,9%</b>	<b>21,1%</b>	<b>20,3%</b>	
Médiane des départements	9,5	9,5	9,6	9,9	9,9	10,3	10,2	10,2	
Médiane des régions	9,6	9,6	9,8	9,9	9,8	10,1	10,2	10,3	
Moyenne nationale	8,8	8,9	9,0	9,1	9,1	8,9	9,0	9,0	

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005 - DREES pour données 2006 - CNSA pour données 2007-2013 (FINESS).  
Champ : France métropolitaine.

Lecture : en 2013, on compte en moyenne sur la France métropolitaine (hors DOM) 9,0 places en établissements et services pour 1 000 enfants ; la moitié des départements dispose d'au moins 10,3 places pour 1 000 enfants. On observe une dispersion des taux d'équipement de 20,3 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 33,1 % 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.

	Écarts d'équipements en euros pour 1000 enfants								Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
<b>Écart interdépartemental</b>	<b>44,5%</b>	<b>40,9%</b>	<b>41,0%</b>	<b>42,2%</b>	<b>42,2%</b>	<b>43,5%</b>	<b>43,7%</b>	<b>43,2%</b>	<b>Réduction des écarts</b>
<b>Écart interrégional</b>	<b>17,6%</b>	<b>17,3%</b>	<b>18,0%</b>	<b>17,0%</b>	<b>16,3%</b>	<b>18,2%</b>	<b>18,6%</b>	<b>17,8%</b>	
Médiane des départements	332	337	356	377	392	384	394	401	
Médiane des régions	342	357	367	383	401	400	400	393	
Moyenne nationale	317	331	343	361	369	366	366	377	

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

Lecture : en 2013, l'effort financier moyen de l'assurance maladie sur le champ des ESMS est de 377 € pour 1 000 enfants ; la moitié des départements dépense au moins 401 € pour 1 000 enfants. On observe une dispersion de la dépense en euros pour 1 000 enfants de 17,8% autour de la moyenne nationale pour les régions et de 43,2% 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.

**Analyse en capacité d'accueil :** les écarts interdépartementaux sont en légère hausse sur la période 2006-2013. Après une diminution des écarts entre 2007 et 2010, les écarts ont augmenté avec une dispersion d'environ 33% autour de la moyenne des départements depuis 2011. La tendance est comparable pour les régions : baisse des écarts entre 2007 et

2010 puis remontée autour de 20% de dispersion. 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.

En dynamique, l'évolution des écarts territoriaux dans les deux secteurs depuis 2007 ne repose pas sur les mêmes leviers d'action. 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.

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.

**Analyse financière** : l'analyse comparée de cet indicateur de dispersion sur le secteur de l'enfance met 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.

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 significativement constants sur les périodes 2007-2008 et 2009-2010. La hausse constatée en 2011 et 2012, s'atténue en 2013 par une inflexion de 0,5 point. Sur l'ensemble de la période étudiée, les écarts interdépartementaux restent légèrement à la baisse entre 2006 et 2013 concernant les enfants (-1,3%). Les écarts interrégionaux sont stables entre 2006 et 2013.

**Construction de l'indicateur** : les disparités d'équipement et financiers concernant les établissements et services pour personnes handicapées sont désormais mesurées par les coefficients de variation des taux d'équipement et de la dépense en euros pour 1 000 enfants. Le coefficient de variation correspond à l'écart-type des taux d'équipement pour 1 000 enfants, mesuré alternativement entre les départements et les régions, rapporté à la moyenne globale de la France (hors DOM) et exprimé en pourcentage. 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 périmètre retenu est la France 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.

Les indicateurs portent sur le périmètre des établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés financés par la CNSA (identique à celui retenu dans l'indicateur de cadrage n°6).

*Le taux d'équipement pour 1 000 enfants*, 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 – source estimation INSEE pour chaque année au 14 janvier 2014) multiplié par 1 000.

*La dépense en euros pour 1 000 enfants*, 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 – source estimation INSEE pour chaque année au 14 janvier 2014) multiplié par 1 000. Il s'agit donc d'une dépense effective, comptablement enregistrée dans les comptes de l'assurance maladie.

**Précisions méthodologiques** : les indicateurs de dispersion du taux d'équipement 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.

Les dépenses d'assurance maladie sont fournies par l'agence comptable de la CNAMTS et extraites du SNIIRAM.

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 31,6% fin 2013 contre 30,2 % de la dépense du secteur fin 2012, 27,2 % fin 2011, 22,7 % fin 2010, 15,3 % fin 2009 et 6,8% fin 2008). Le poids du secteur de l'enfance en 2013 s'élève à environ 75% de l'ensemble des dépenses constatées au sein des CPOM.



## Sous-indicateur n°2-1-2 : Écarts d'équipements interrégionaux et interdépartementaux en nombre de places et en euros pour 1000 adultes

**Finalité :** la mise en place des PRogrammes Interdépartementaux d'ACcompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC) début 2006 a pour objectif une répartition plus équitable des ressources sur le territoire et une réduction des disparités inter et infra-régionales. Cet indicateur contribue à mesurer la réduction des disparités d'équipement en matière d'établissements et services accueillant des personnes handicapées sur le champ adulte. Il a pour finalité de suivre les disparités de l'offre médico-sociale sous deux dimensions :

- la capacité d'accueil : au niveau de l'offre de services en établissements et services médico-sociaux (ESMS),
- la dimension financière afin de rendre compte de la diversité des structures accueillant des adultes handicapés, 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) respectivement des taux d'équipement et de la dépense en euros pour 1 000 adultes :

	Écarts d'équipements en capacité d'accueil pour 1000 adultes								Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
<b>Écart interdépartemental</b>	<b>108,3%</b>	<b>96,2%</b>	<b>90,9%</b>	<b>88,9%</b>	<b>79,4%</b>	<b>79,3%</b>	<b>76,4%</b>	<b>74,0%</b>	<b>Réduction des écarts</b>
<b>Écart interrégional</b>	<b>37,4%</b>	<b>33,1%</b>	<b>31,0%</b>	<b>31,3%</b>	<b>29,8%</b>	<b>29,4%</b>	<b>29,6%</b>	<b>28,4%</b>	
Médiane des départements	1,2	1,4	1,6	1,8	2,0	2,1	2,2	2,3	
Médiane des régions	1,3	1,5	1,7	1,8	2,0	2,1	2,1	2,2	
Moyenne nationale	1,3	1,5	1,6	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	

Sources : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005 - DREES pour données 2006 - CNSA pour données 2007-2013 (FINESS). Champ : France métropolitaine.

Lecture : en 2013, on compte en moyenne sur la France métropolitaine (hors DOM) 2,2 places en établissements et services pour 1 000 adultes ; la moitié des départements dispose d'au moins 2,3 places pour 1 000 adultes. On observe une dispersion des taux d'équipement de 28,4 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 74,0 % autour de la moyenne nationale si l'on considère les départements. Plus le coefficient de variation est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

	Écarts d'équipements en euros pour 1000 adultes								Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
<b>Écart interdépartemental</b>	<b>132,5%</b>	<b>128,3%</b>	<b>121,1%</b>	<b>116,4%</b>	<b>118,0%</b>	<b>106,4%</b>	<b>105,3%</b>	<b>100,2%</b>	<b>Réduction des écarts</b>
<b>Écart interrégional</b>	<b>35,8%</b>	<b>34,8%</b>	<b>33,1%</b>	<b>27,7%</b>	<b>32,2%</b>	<b>30,7%</b>	<b>31,4%</b>	<b>26,3%</b>	
Médiane des départements	56	59	64	64	75	82	89	92	
Médiane des régions	52	57	61	61	73	77	83	89	
Moyenne France entière	53	57	62	66	73	80	85	89	

Sources : CNSA/CNAMTS, dépenses de l'assurance maladie concernant les ESMS pour les personnes handicapées, en euros pour 1 000 adultes. Champ : France métropolitaine.

Lecture : en 2013, l'effort financier moyen de l'assurance maladie sur le champ des ESMS est de 370 € pour 1 000 adultes ; la moitié des départements dépense au moins 92 € pour 1 000 adultes. On observe une dispersion de la dépense en euros pour 1 000 adultes de 26,3% autour de la moyenne nationale pour les régions et de 100,2% 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.

**Analyse en capacité d'accueil :** l'analyse comparée des indicateurs de dispersion, au niveau de la répartition de l'offre, met en évidence une situation inégalement répartie pour les structures adultes handicapées, même si la tendance observée est favorable pour les écarts interdépartementaux comme pour les écarts interrégionaux.

Les écarts interdépartementaux et interrégionaux de taux d'équipement sont ainsi en baisse constante sur l'ensemble de la période de manière significative. La diminution des écarts d'équipement entre départements est particulièrement notable : les écarts à la moyenne nationale sont passés de 108,3 % à 74,0 % entre 2006 et 2013. 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 2013 montre que 85,3 % de la variance des taux d'équipement s'explique par une grande hétérogénéité à l'intérieur même des régions.

En dynamique, l'évolution des écarts territoriaux depuis 2006 ne repose pas sur les mêmes leviers d'action s'agissant des enfants handicapés et des adultes. 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).

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.

**Analyse financière** : l'analyse comparée de cet indicateur de dispersion 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 plus dispersée sur le secteur des adultes handicapés que sur celui des enfants. Par ailleurs, on observe plus globalement sur l'ensemble du secteur des personnes handicapées une grande hétérogénéité entre les départements.

Les écarts interrégionaux et interdépartementaux se sont globalement réduits sur la période 2006-2013 : malgré une progression des écarts interrégionaux entre 2009 et 2012, ces écarts repartent fortement à la baisse en 2013. 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 et financiers concernant les établissements et services pour personnes handicapées sont désormais mesurées par les coefficients de variation des taux d'équipement et de la dépense pour 1 000 adultes. Le coefficient de variation correspond à l'écart-type des taux d'équipement pour 1 000 adultes, mesuré alternativement entre les départements et les régions, rapporté à la moyenne globale de la France (hors DOM) et exprimé en pourcentage. 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 périmètre retenu est la France 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.

Les indicateurs portent sur le périmètre des établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés financés par la CNSA (identique à celui retenu dans l'indicateur de cadrage n°6).

*La taux d'équipement pour 1 000 adultes*, 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 (20-59 ans pour les adultes handicapés – source estimation INSEE pour chaque année au 14 janvier 2014) multiplié par 1 000.

*La dépense en euros pour 1 000 adultes*, 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 (20-59 ans pour les adultes handicapés – source estimation INSEE pour chaque année au 14 janvier 2014) multiplié par 1 000. Il s'agit donc d'une dépense effective, comptablement enregistrée dans les comptes de l'assurance maladie.

**Précisions méthodologiques** : les indicateurs de dispersion du taux d'équipement 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 ciblées, 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.

Les dépenses d'assurance maladie, fournies par l'agence comptable de la CNAMTS et extraites du SNIIRAM.

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 31,6% fin 2013 contre 30,2 % de la dépense du secteur fin 2012, 27,2 % fin 2011, 22,7 % fin 2010, 15,3 % fin 2009 et 6,8% fin 2008). Le poids du secteur des adultes en 2013 d'élève à environ 25% de l'ensemble des dépenses constatées au sein des CPOM.

## Indicateur n°2-2 : 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	2013	
<b>Moyenne France entière</b>	<b>22,1</b>	<b>23,0</b>	<b>25,3</b>	<b>26,8</b>	<b>28,5</b>	<b>29,6</b>	<b>30,3</b>	<b>30,8</b>	<b>Augmentation de la part des services</b>
Médiane des régions	21,8	23,2	25,4	27,4	28,4	29,5	30,1	31,0	
Médiane des départements	22,8	24,2	26,6	27,9	29,3	30,2	30,9	31,5	
Écart interdépartemental	31,4%	31,5%	27,4%	26,9%	25,0%	24,0%	23,7%	23,4%	
Écart interrégional	25,8%	27,5%	21,2%	19,5%	18,5%	16,7%	16,9%	17,5%	

	Adultes (part des places de SSIAD-SAMSAH, en %)								Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
<b>Moyenne France entière</b>	<b>2,5</b>	<b>11,5</b>	<b>15,8</b>	<b>17,0</b>	<b>18,4</b>	<b>18,9</b>	<b>18,5</b>	<b>18,4</b>	<b>Augmentation de la part des services</b>
Médiane des régions	1,5	11,9	16,5	18,2	19,2	19,2	18,8	19,5	
Médiane des départements	0,0	10,0	16,1	18,0	17,2	18,8	18,5	18,6	
Écart interdépartemental	175,7%	84,1%	66,1%	59,9%	55,1%	48,4%	47,7%	47,2%	
Écart interrégional	105,0%	58,4%	46,6%	44,0%	41,3%	39,4%	40,4%	43,0%	

Source : DREES pour données 2006 et CNSA pour données 2007-2013. Champ : France métropolitaine.

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) 30,8% de places en services dans l'ensemble des places en établissements et services en 2013. La moitié des régions dispose d'au moins 31,0% 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 17,5% autour de la moyenne nationale en 2013, 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 2013.

Ainsi, dans le secteur de l'enfance, 30,8% 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 avec une augmentation des équipements et une meilleure répartition interdépartementale (moins favorable entre les régions).

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 puis 2013 pour s'établir à 18,4%. Cette part moyenne est cependant en très nette progression depuis 2006. La moyenne 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).

**Indicateur n°2-3 : Nombre de décisions de prestations de compensation du handicap rendues**

**Finalité** : la prestation de compensation du handicap (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.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, les parents peuvent choisir de percevoir le complément de l'AEEH ou la prestation de compensation (PCH) et les enfants ont désormais la possibilité d'accéder aux cinq éléments de la prestation de compensation.

L'indicateur vise à mesurer la montée en charge de la 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.

Le constat réalisé avec cet indicateur porte sur l'activité et non sur les personnes.

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013(p)	Objectif
<b>Nombre total de demandes de PCH</b>	<b>70 600</b>	<b>83 900</b>	<b>100 700</b>	<b>143 700</b>	<b>186 000</b>	<b>206 700</b>	<b>223 200</b>	<b>236 300</b>	<b>Suivi de la montée en charge</b>
Taux d'évolution annuel		8%	20%	43%	29%	11%	8%	6%	
<b>Nombre total de décisions rendues de PCH</b>	<b>23 500</b>	<b>76 600</b>	<b>112 100</b>	<b>137 200</b>	<b>174 700</b>	<b>201 500</b>	<b>218 100</b>	<b>226 300</b>	
dont part des décisions consistant en un refus		33,6%	32,3%	31,1%	43,3%	48,1%	48,2%	53,5%	

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.

L'amorce d'un ralentissement du dépôt des demandes de PCH en 2011, confirmé en 2012, se poursuit en 2013 : l'augmentation du nombre de demandes déposées continue de ralentir. Les demandes en 2013 ont augmenté de 6% par rapport à 2012 (celles-ci avaient augmenté de +8% en 2012). Les fortes augmentations observées jusqu'en 2010 semblent terminées. En 2013, ce sont 236 300 demandes de PCH qui ont été déposées dans les MDPH.

En 2013, en moyenne, les MDPH réceptionnent chaque mois près de 20 000 demandes de prestation de compensation, ce qui compte tenu du fait de l'augmentation continue des demandes année après année, est supérieur aux valeurs des années précédentes (18 600 en 2012).

La nature des demandes explique une partie de la hausse. Alors que pour 2006 et 2007, les demandes de PCH étaient sans doute exclusivement des premières demandes, il est très probable que des premières demandes de renouvellement ou des révisions de situation aient été déposées à partir de 2008. Les demandes de renouvellement ou de révisions participent logiquement au fait que le nombre de demandes augmente. La part des réexamens néanmoins reste limitée : en 2013, 35% des demandes PCH sont des réexamens<sup>1</sup>.

L'ouverture de la prestation de compensation aux enfants participe également à l'augmentation des demandes déposées. L'entrée en vigueur de la PCH enfant a mécaniquement provoqué une augmentation sensible des demandes PCH puisque le public éligible à la prestation a été élargi. Ainsi, 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 avec un décollage important au second semestre 2008 (8,0 %). Le nombre de demandes pour les enfants a ensuite fortement augmenté jusqu'en 2011 (9,4 % en 2009, 10,9 % en 2010, 11,7 % en 2011). Le résultat de l'année 2013 vient confirmer la tendance observée en 2012 : après

<sup>1</sup> 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.

plusieurs années d'augmentation, 2012 marque une pause. Celle-ci se confirme en 2013 (respectivement, les demandes PCH enfants représentent 11,3% et 11,2%)

La part des demandes de prestation de compensation représente 6,6 % du total des demandes déposées dans les MDPH en 2013. Pour la première fois, en 2013, la part de la prestation de compensation dans le total des demandes déposées est en recul par rapport à l'année précédente : -0.3 point. Compte tenu de l'augmentation des demandes de PCH en volumes constatée chaque année, ce recul s'explique par une augmentation plus forte des autres demandes de prestations et droits adressées aux MDPH (allocation aux adultes handicapés – AAH, allocation d'éducation de l'enfant handicapé – AEEH, Aides humaines à la scolarisation ...).

Pour mémoire, la prestation de compensation représentait 5,0 % de l'ensemble des demandes déposées dans les MDPH en 2007, 5,8 % en 2008, 6,3 % en 2009. Elle représente 6,8 % du total des demandes instruites par les MDPH en 2010 et en 2011 et 6,9% en 2012.

La croissance des décisions continue de ralentir en 2013. En 2013, 226 300 décisions ont été prises. Le nombre de décisions prises chaque année continue d'augmenter mais moins que les années précédentes. En 2006, 23 500 décisions de PCH ont été prises (accords et refus confondus) ; en 2007, 76 600 ; en 2008, 112 000 soit une progression de près de la moitié (46,4 %) ; en 2009, ce sont 137 000 décisions qui ont été prises (+22,3%). Les CDAPH ont prononcé 175 000 décisions en 2010 soit un accroissement de 27,3 % par rapport à 2009. La montée en charge des décisions se poursuit en 2011 mais à un rythme moindre (+15,4%) avec 201 500 décisions. Le taux d'évolution est diminué de près de la moitié en 2012 (+8,2%). L'année 2013 confirme ce ralentissement (+3,7 %).

La part des décisions prises de prestation de compensation représente 6,8 % du total des décisions prises par les CDAPH en 2013. A l'instar de ce qui est observé sur les demandes, la part relative des décisions PCH accuse un léger recul en 2013 (-0,2 point) et atteint 6,8 %.

Compte tenu de l'augmentation des décisions PCH observée chaque année, ce recul s'explique par une augmentation plus forte des décisions pour les autres prestations et droits (allocation aux adultes handicapés AAH, allocation d'éducation de l'enfant handicapé AEEH, Aides humaines à la scolarisation ...).

En 2013, plus d'une décision sur deux a donné lieu à un refus de PCH. Les taux d'accords étaient plus élevés dans les premières années sans doute en raison de la nature du public demandeur : les personnes très lourdement handicapées visées par la circulaire du 11 mars 2005 ainsi que les personnes bénéficiaires de l'ACTP qui ont choisi d'opter pour la PCH dès la mise en place du dispositif. L'année 2013 montre une augmentation non négligeable du taux de refus (+1,3 point).

En 2013, près d'une décision sur cinq<sup>1</sup> concerne les personnes âgées de 60 ans et plus.

En moyenne, 0,53% des décisions PCH prises par les CDAPH ont fait l'objet d'un recours contentieux<sup>2</sup> en 2013.

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

Le nombre de MDPH répondant au questionnaire est passé de 72 en 2006 à 97 en 2012.

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

<sup>1</sup> Echantillon : 61 MDPH, source : cf l'indicateur de cadrage n° 4-2

<sup>2</sup> Echantillon : 67 MDPH, source : cf l'indicateur de cadrage n° 4-2

## 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 (six niveaux, selon l'importance des dépenses ou la nécessité d'un recours à une tierce personne liée au handicap). Depuis le 1<sup>er</sup> 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. l'indicateur « objectif/résultats » n°2-3).

L'AEEH est – avec la « PCH-enfant » dans une moindre mesure<sup>1</sup> – 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 la demande et la date de la décision relative à chacune de ces demandes, 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, divisé par 30,4375 (valeur utile pour que l'unité de compte soit le mois). Le délai moyen de traitement des demandes inclut les délais d'attente de pièces complémentaires qui incombent aux demandeurs.

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.

Cette définition est « aménagée » en pratique. En effet, la date de recevabilité n'étant pas toujours renseignée dans les systèmes d'information, le délai moyen de traitement des demandes est calculé à partir de la date de dépôt, même si celle-ci ne permet pas forcément le démarrage de l'instruction ni de l'évaluation. En effet, 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** : le délai moyen de traitement des demandes d'AEEH est présenté dans le tableau ci-dessous :

	2010	2012	2013	Objectif
<b>Délai moyen de traitement des demandes de l'AEEH (en nombre de mois)</b>	<b>3,1</b>	<b>3,3</b>	<b>3,5</b>	<b>Réduction</b>
Taille d'échantillon (nombre de MDPH)	52	66	72	
Dispersion (écart à la moyenne – en nombre de mois)		0,97	1,08	

Source : CNSA, Résultats de l'enquête annuelle adressée aux MDPH en 2013. Données 2011 non disponibles.

En 2013, près de 3 mois et demi en moyenne sont nécessaires pour qu'une famille dispose de la décision de la CDAPH relative à la demande d'AEEH qu'elle a formulée. Ce délai est proche de celui observé en 2012 où 3 mois et 9 jours en moyenne étaient nécessaires.

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 dans la majorité des MDPH 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 peut ne pas permettre le démarrage de l'instruction. Calculé à partir de la date de dépôt, le délai moyen de traitement des demandes est donc majoré d'un délai qui n'incombe pas à la MDPH, qui est le délai de réception des pièces obligatoires. Le délai moyen de traitement, de par sa construction, inclut en outre, les délais d'attente de pièces complémentaires qui incombent aux personnes ;

<sup>1</sup> Les demandes de PCH représentent 13.9% du total des demandes d'AEEH en 2013 (Échantillon : 86 MDPH).



- l'impact 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. A titre d'illustration, le délai moyen de traitement des demandes de PCH concernant les enfants, indépendamment du droit d'option, est égal à 5,5<sup>1</sup> mois en 2013 (sur la base d'un échantillon de 54 MDPH).

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 3,3 mois (soit 3 mois et une semaine et demie) ;

Le délai moyen de traitement des demandes selon les MDPH varie en moyenne de plus ou moins un mois (un peu plus : 33 jours)- selon les départements<sup>2</sup>.

**Précisions méthodologiques** : les résultats sont déclaratifs. Chaque année, la CNSA adresse aux MDPH un questionnaire relatif à l'activité de la MDPH qui par prestation, orientation et droit, permet entre autres d'obtenir les volumes de demandes, de premières demandes, de décisions et d'accords par type de prestations et droits. 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. 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) et/ou droit(s).

En 2013, 97 départements ont retourné leurs données à la CNSA.

---

<sup>1</sup> Délai surévalué dans les mêmes conditions que celui de l'AAEH (cf. Précisions de l'indicateur)

<sup>2</sup> L'indicateur de dispersion n'est pas comparable d'une année à l'autre tant que le calcul n'a pas lieu sur la quasi exhaustivité de l'échantillon

### Indicateur n°3-1 : Écarts d'équipements interrégionaux et interdépartementaux en nombre de places et en euros pour 1000 personnes âgées

**Finalité :** la mise en place des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC) depuis 2006 a pour objectif une répartition plus équitable des ressources sur le territoire et une réduction des disparités inter et infra-régionales. 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 l'équipement et de la dépense d'assurance maladie en euros par habitant :

- l'analyse en offre de places médico-sociales : elle 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 ;
- l'analyse financière : la dépense de l'assurance maladie en euros par habitant pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans. Celle-ci permet aussi 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) respectivement des taux d'équipement et de la dépense en euros pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus :

	Écarts d'équipements en capacité d'accueil pour 1000 personnes âgées								Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
<b>Écart interdépartemental</b>	<b>23,5%</b>	<b>24,9%</b>	<b>23,1%</b>	<b>22,5%</b>	<b>21,6%</b>	<b>21,1%</b>	<b>20,7%</b>	<b>20,3%</b>	<b>Réduction des écarts</b>
<b>Écart interrégional</b>	<b>18,1%</b>	<b>19,9%</b>	<b>17,3%</b>	<b>16,7%</b>	<b>15,9%</b>	<b>15,4%</b>	<b>14,6%</b>	<b>14,5%</b>	
Médiane des départements	142,8	138,7	131,4	133,6	132,9	136,5	134,6	135,7	
Médiane des régions	140,9	140,5	133,0	133,0	131,5	133,3	132,4	133,7	
Moyenne nationale	134,9	132,4	128,4	128,6	127,3	128,5	127,6	128,3	

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005 - DREES pour données 2006 - CNSA pour 2007-2013 (FINESS). Champ : France métropolitaine.

Lecture : en 2013, on compte en moyenne sur la France métropolitaine 128,3 places en établissements et services pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; la moitié des départements dispose d'au moins 135,7 places pour 1 000 personnes âgées. On observe pour les régions une dispersion des taux d'équipement de 14,5 % 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.

	Écarts d'équipements en euros pour 1000 personnes âgées								Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
<b>Écart interdépartemental</b>	<b>17,1%</b>	<b>16,3%</b>	<b>16,7%</b>	<b>16,1%</b>	<b>16,3%</b>	<b>16,8%</b>	<b>16,3%</b>	<b>16,2%</b>	<b>Réduction des écarts</b>
<b>Écart interrégional</b>	<b>10,3%</b>	<b>9,2%</b>	<b>8,9%</b>	<b>8,4%</b>	<b>9,7%</b>	<b>11,9%</b>	<b>11,7%</b>	<b>11,8%</b>	
Médiane des départements	1 441	1 489	1 661	1 822	1 895	2 018	2 031	2 079	
Médiane des régions	1 391	1 484	1 636	1 814	1 832	1 929	1 966	2 069	
Moyenne nationale	1436	1505	1652	1826	1861	1978	2030	2092	

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

Lecture : cf. supra

**Analyse en capacité d'accueil :** l'offre médico-sociale pour personnes âgées est historiquement peu dispersée, par rapport au constat fait dans le secteur du handicap, notamment au niveau des adultes (cf. indicateur « objectifs/résultats » n°2-1). Les écarts observés entre les départements résultent en grande partie d'une hétérogénéité entre régions. A compter de 2007, les écarts interdépartementaux enregistrent une baisse constante pour atteindre en 2013 une diminution globale de près de 4,6 points. Les disparités qui subsistent se concentrent sur l'offre en institution, par rapport à l'offre de services. La tendance se prolonge positivement en 2013.

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 accueil de jour ou en hébergement temporaire (AJ-HT) sont autant de facteurs pouvant contribuer à améliorer ou détériorer la situation de certaines régions, et affecter en conséquence la mesure des écarts.

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

**Analyse financière** : 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, 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 2006-2013 mais irrégulière (augmentation respectivement de +0,4 points en 2008 et +0,5 points en 2011) ;
- pour les écarts interrégionaux, une baisse est constatée de manière régulière sur la période 2006-2009 (-1,9 points) mais les écarts connaissent une tendance à la hausse (+3,4 points) depuis 2009.

La période la plus récente (2011-2013) fait apparaître une évolution favorable pour les écarts interdépartementaux comme interrégionaux.

Ce constat global traduit l'analyse conjuguée de l'offre médico-sociale et de l'offre « complémentaire », c'est-à-dire le secteur libéral (à travers les actes infirmiers de soins - AIS - réalisés sur les personnes âgées de 75 ans et plus) et l'offre en USLD. Il faut ainsi souligner le poids dans cet indicateur des dépenses de ville qui génèrent de fortes variations interrégionales : les dépenses d'AIS sont en effet fortement localisées régionalement sur le bassin méditerranéen et l'arc atlantique (voir l'indicateur de cadrage n° 7).

**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 et de la dépense en euros 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. L'écart type est la mesure de dispersion la plus couramment utilisée en statistique pour mesurer la dispersion de valeurs autour de la moyenne.

Les indicateurs portent sur le périmètre des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées financés par la CNSA (identique à celui retenu dans l'indicateur de cadrage n°7).

*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, estimée par l'INSEE pour chaque année au 14 janvier 2014 et multiplié par 1 000.*

*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 estimée chaque année au 14 janvier 2014).*

**Précisions méthodologiques** : l'interprétation des évolutions des dispersions du taux d'équipement 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 ciblées, 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.

La dépense d'assurance maladie concerne l'ensemble des dépenses relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie (source : CNAMTS) soit : les versements aux établissements et services médico-sociaux financés par la CNSA (EHPAD, EHPA, AJ-HT, SSIAD) ; la dépense en USLD et la dépense relative aux AIS réalisés en secteur libéral sur les personnes âgées de 75 ans plus.

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

**Finalité :** 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. 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).

**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	2013	Objectif
<b>Moyenne nationale</b>	<b>14,6%</b>	<b>15,2%</b>	<b>16,3%</b>	<b>17,0%</b>	<b>17,9%</b>	<b>17,8%</b>	<b>18,3%</b>	<b>18,7%</b>	<b>Augmentation</b>
<b>Médiane des régions</b>	<b>13,7%</b>	<b>14,3%</b>	<b>15,7%</b>	<b>16,6%</b>	<b>18,1%</b>	<b>17,9%</b>	<b>18,4%</b>	<b>18,6%</b>	
<b>Médiane des départements</b>	<b>14,3%</b>	<b>15,6%</b>	<b>16,1%</b>	<b>17,1%</b>	<b>17,9%</b>	<b>17,9%</b>	<b>18,5%</b>	<b>18,7%</b>	
Écart interdépartemental	30,9%	31,2%	28,4%	25,3%	23,8%	21,6%	21,0%	21,1%	
Écart interrégional	20,1%	21,7%	21,9%	20,0%	18,2%	16,5%	15,6%	16,5%	

Sources : DREES pour données 2006 et CNSA pour 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 et 2013. Champ : France métropolitaine.

Lecture : pour les personnes âgées, on compte en moyenne, sur la France métropolitaine 18,7 % de places en services rapportés à l'ensemble des places en établissements et services en 2013. La moitié des régions dispose d'au moins 18,6 % de places en services. On observe, pour les régions, une dispersion de la part des places en services de 16,5 % autour de la moyenne nationale en 2013, en baisse depuis 2008 (moins 5,4 points). Plus le coefficient de variation est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution du coefficient de variation signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

La part des services dans l'ensemble des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées progresse entre 2006 et 2010, passant de 14,6% à 17,9% (+3,3 points) puis après un passage stable en 2011 (17,8%), on assiste en 2012 à une augmentation qui se poursuit en 2013 (18,7%) dans l'offre médico-sociale.

Ainsi, 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 points entre 2006 et 2012 soit un demi-point de progression annuelle en moyenne). En 2013, la dispersion interdépartementale se stabilise.

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 (15,7% en 2013 contre 15,5% en 2012) et des places d'offre séquentielle (accueil de jour et hébergement temporaire : 3,0% en 2013 contre 2,8% en 2012). S'agissant de ce dernier type d'offre, l'augmentation par rapport à 2006 (3,0% 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 stabilisent entre les départements, d'une façon générale, et repartent à la hausse entre les régions.

**Construction de l'indicateur :** l'indicateur 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 à l'indicateur de cadrage n°7 (cf. précisions méthodologiques), à savoir les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées financés par la CNSA.

### 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	2012	Objectif
GIR1	17	19	19	19	19	17	18	17	16	17	Augmentation
GIR2	40	41	40	41	42	41	41	40	39	40	
GIR3	60	62	64	66	66	67	67	66	66	67	
GIR4	73	74	75	77	78	78	79	80	79	79	
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>58</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	

Source : DREES

La proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile a augmenté de 5 points entre 2003 et 2006, passant de 55% à 60%. Depuis 2006, la part des bénéficiaires de l'APA vivant à domicile s'est stabilisée à un haut niveau, entre 60% et 61%.

Cette évolution est liée à la forte hausse du nombre de bénéficiaires vivant à domicile répertoriés en GIR 4, de 88% entre 2003 et 2012, mais qui a été particulièrement forte pendant la montée en charge de cette prestation. Ainsi, en 2012, 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.

Si 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. 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, s'est légèrement infléchie avant de se stabiliser. Environ 40% des bénéficiaires de l'APA évalués en GIR2 vivent à domicile. Le caractère minoritaire des situations d'hébergement à domicile de personnes en GIR 1 tient à la grande difficulté à financer ce type de prises en charge en dehors de concours très élevés de la personne ou de sa famille.

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

**Précisions méthodologiques :** le ratio est calculé en prenant au numérateur le nombre de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile et au dénominateur le nombre total de bénéficiaires de l'APA. Il est à noter que des vérifications sur le champ des données transmises par les conseils généraux ont conduit la DREES à réviser, en 2011, l'ensemble de la série des bénéficiaires de l'APA à domicile. Pour des précisions concernant l'allocation personnalisée d'autonomie, se reporter à l'indicateur de cadrage n°3.

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

**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 créées. 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	
<b>APA</b>	1 312,67 € / mois*	562,57 € / mois*			<b>Diminution du reste à charge</b>
<b>ASH</b>	-	-	Sans plafond et varie selon les ressources du bénéficiaire	Sans plafond et varie selon les ressources du bénéficiaire	
<b>APL ou ALS</b>	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	
<b>Réduction d'impôt</b>	6 000 € / an	6 000 € / an	2 500 € / an	2 500 € / an	

\* Montant mensuel du plan d'aide maximum au 01/04/2014. 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 ;

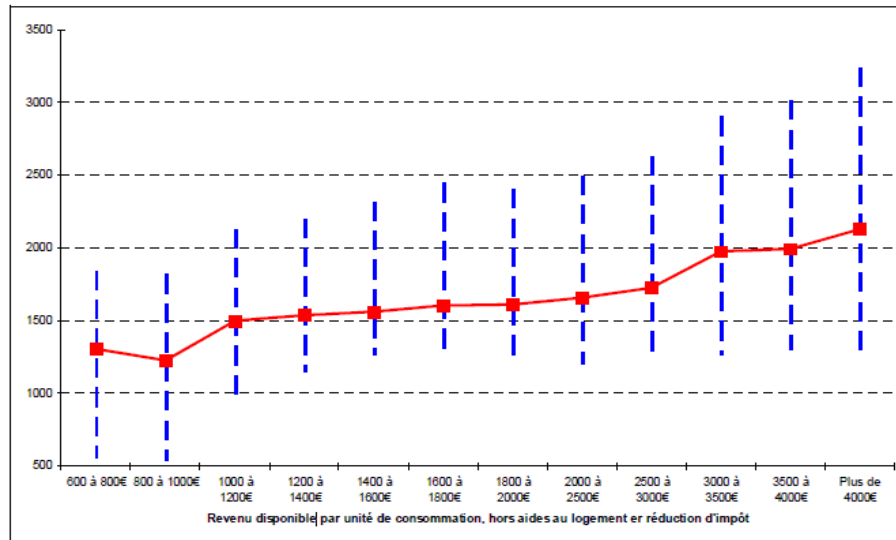
ALS : Allocation de logement social.

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.

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 €.



**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€.*

**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 : « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » (p. 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 2013 (et 2014 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	Objectif
<b>Taux d'adéquation global</b>	<b>105,6 %</b>	<b>103,8 %</b>	<b>102,8%</b>	<b>99,8%</b>	<b>99,6%</b>	<b>101,1%</b>	<b>100,9%</b>	<b>100,7%</b>	Équilibre financier
Produits (Md €)	12,1	13	14,2	15,2	16,3	17	17,7	18,4	
Charges (Md €)	11,5	12,5	13,8	15,2	16,4	16,8	17,6	18,2	
<b>Taux d'adéquation secteur personnes handicapées</b>	<b>101,7 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,3 %</b>	<b>101,1 %</b>	<b>98,0%</b>	<b>100,3%</b>	<b>99,8%</b>	<b>99,6%</b>	
Produits (Md €)	6,9	7,3	7,7	8	8,3	8,5	8,8	9	
Charges (Md €)	6,8	7,3	7,7	7,9	8,4	8,5	8,8	9,1	
<b>Taux d'adéquation secteur personnes âgées</b>	<b>111,2 %</b>	<b>109,1 %</b>	<b>105,9%</b>	<b>98,4%</b>	<b>101,3%</b>	<b>101,9%</b>	<b>102,0%</b>	<b>101,8%</b>	
Produits (Md €)	5,2	5,7	6,4	7,1	8,1	8,5	9	9,3	
Charges (Md €)	4,7	5,2	6,1	7,3	8	8,3	8,8	9,2	

Source : Comptes de résultat de la CNSA.

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

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

Le taux d'adéquation entre les recettes et les dépenses a été régulièrement voisin de 100 % pour les dépenses afférentes aux personnes handicapées. Il 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 339 M€ (4,5 % de l'OGD) en 2009, à 229 M€ (2,5 % de l'OGD) en 2010, puis à 245,4 M€ en 2011 (2,96% de l'OGD).

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 %.

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€.

En 2013, le taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la CNSA relative au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux a été de 100,7 %.

La sous-consommation globale de 100 M€ se décompose en :

- une sous-consommation de 155,7 M€ pour le secteur des personnes âgées, qui se réduit encore,
- la confirmation d'une surconsommation de l'OGD personnes handicapées qui a atteint 55,3 M€.

Le nouveau dispositif de suivi et de pilotage de la dépense médico-sociale HARmonisation et Partage d'Information (HAPI), basé sur les données collectées pour chaque établissement ou service, a été déployé début 2012 et a été utilisé par l'ensemble des ARS à l'occasion des campagnes tarifaires 2013 et 2014.

**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 2013, des différents comptes de résultat de la CNSA tels qu'approuvés par son Conseil.

## Indicateur n°4-2 : Part des dépenses d'APA et de PCH financées par la CNSA

**Finalité** : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) sont gérées par les départements mais cofinancées par la CNSA et les départements. Cet indicateur vise à évaluer la part des dépenses relatives à l'APA et à la 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€)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
<b>Dépenses d'APA versées par les départements</b>	<b>4 243</b>	<b>4 555</b>	<b>4 855</b>	<b>5 029</b>	<b>5 168</b>	<b>5 263</b>	<b>5 368</b>	<b>5 420</b>	<b>Stabilité (pour la PCH, une fois la montée en charge achevée)</b>
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA	1 437	1 521	1 619	1 548	1 536	1 621	1 656	1 729	
Part des dépenses d'APA financées par la CNSA	33,9%	33,4%	33,4%	30,8%	29,7%	30,8%	30,8%	31,9%	
<b>Dépenses de PCH versées par les départements</b>	<b>79</b>	<b>277</b>	<b>569</b>	<b>843</b>	<b>1 088</b>	<b>1 242</b>	<b>1 397</b>	<b>1 516</b>	
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de la PCH	523	530	551	509	502	528	545	549	
Part des dépenses de PCH financées par la CNSA	662,0%	191,5%	96,9%	60,4%	46,1%	42,5%	39,0%	36,2%	

Source : CNSA - compte de résultat - chiffres arrondis.

La part des dépenses relative à l'allocation personnalisée d'autonomie financée par la CNSA est restée relativement stable entre 2006 et 2008, proche d'un tiers. A partir de 2009, elle a commencé à diminuer en raison de la baisse des ressources propres de la CNSA due à la conjoncture économique défavorable (baisse du rendement des contributions sociale généralisée et solidarité autonomie - CSG et CSA). En 2010, elle s'établit à 29,7 %, et ce malgré un ralentissement notable de l'évolution de la dépense totale au titre de cette prestation. Cela est imputable à la contraction de 30 M€ des recettes « nettes » de la CNSA (augmentation significative des atténuations de recettes et moindre produits financiers). Ces derniers résultats ne sont donc pas représentatifs de la réalité de la contribution de la CNSA au financement des prestations de compensation en milieu de cycle conjoncturel. En effet, en 2011, le taux est remonté de plus d'un point à 30,8 % (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 %). Enfin, en 2013, on assiste à une remontée d'un point du taux (porté à 31,9 %) en raison du dynamisme des recettes de CSG et de CASA (+ 4,2 %) observé en 2013.

On constate une hétérogénéité importante du taux de couverture des dépenses d'APA entre départements : 12 départements présentent un taux supérieur à 40 %, 6 ont un taux inférieur à 25 % et 36 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 2013, la PCH est montée en charge, les dépenses afférentes à cette prestation étant multiplié par 5,5 (de 277 M€ à 1 516 M€). Parallèlement, la part des dépenses de PCH financées par la CNSA diminue régulièrement. 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 60,5 % fin 2013. Toutefois, si l'on considère les économies générées année après année par la diminution régulière des dépenses d'ACTP, ce taux passe de 60,5 % à 74,8 %.

En 2013, le taux de couverture des dépenses de PCH par le concours de la CNSA diminue encore de près de 3 points, passant de 39,0 % à 36,2 %. Net de la baisse de l'ACTP en 2013, il s'élève à 44%. Même si les dépenses augmentent moins vite (+ 8,6 % en 2013 au lieu de + 12,5 % en 2012), la faible progression des recettes « nettes » de CSA (+ 0,8 %) ne permet pas d'atténuer cette baisse.

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 2013 (contre 52 en 2008, 7 en 2009, 3 en 2010 et 2 en 2011), 57 départements affichent un taux de couverture supérieur à 36,2 %.

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) :

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 %).

Pour la PCH :

- la population âgée de 20 à 59 ans (60 %),
- le nombre de bénéficiaires de l'AAH, l'AAEH 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.

A 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.



# LISTE DES SIGLES UTILISÉS

---

## A

**AAH** : Allocation pour l'adulte handicapé  
**ACTP** : Allocation compensatrice pour tierce personne  
**AEEH** : Allocation éducation de l'enfant handicapé  
**AGEFIPH** : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées  
**ALCOVE** : Alzheimer cooperative valuation in Europe  
**ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance  
**APA** : Allocation personnalisée pour l'autonomie  
**ARS** : Agences régionales de santé  
**ASG** : Assistants de soin en gérontologie  
**ASI** : Allocation supplémentaire d'invalidité  
**ATIH** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

## E

**ESAT** : Établissement et services d'aide par le travail

## C

**CAF** : Caisse d'allocation familiale  
**CANSSM** : Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines  
**CASA** : Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie  
**CAVIMAC** : Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes  
**CCIP** : Chambre de commerce et d'industrie de Paris  
**CCSS** : Commission des Comptes de la Sécurité Sociale  
**CDAPH** : Commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées  
**CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
**CNRACL** : Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales  
**CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
**CRPCEN** : Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires  
**CSA** : Contribution solidarité autonomie  
**CSG** : Contribution sociale généralisée

## D

**DGCS** : Direction générale de la cohésion sociale

## E

**EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
**ENIM** : Établissement national des invalides de la marine  
**ESMS** : Établissements et services médico-sociaux

## F

**FAM** : Foyer d'accueil médicalisé  
**FINESS** : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux  
**FSI** : Fonds spécial d'invalidité  
**FSPOEIE** : Fonds spécial de pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État

## G

**GEM** : Groupe d'entraide mutuelle  
**GIR** : Groupe iso-ressources niveau de dépendance

## H

**HSI** : Enquête Handicap Santé Institution (Personnes âgées vivant en institution)  
**HSM** : Enquête Handicap Santé Ménage (Personnes âgées vivant en ménages ordinaires)

## I

**IEG** : Industries électriques et gazières

## L

**LFI** : Loi de finances  
**LFRI** : Loi de finances rectificative  
**LFSS** : Loi de financement rectificative de la Sécurité sociale  
**LFSS** : Loi de financement de la Sécurité sociale

## M

**MAIA** : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

**MAS** : Maisons d'accueil spécialisées

**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées

**MPI** : Majoration parent isolé

**MSA** : Mutuelle sociale agricole

**MTP** : Majoration pour tierce personne

## O

**OGD** : Objectif global de dépenses

**ONDAM** : Objectif national de dépense d'assurance maladie

## P

**PASA** : Pôles d'activités et de soins adaptés

**PCH** : prestation de compensation du handicap

**PLF** : Projet de loi de finances

**PLFR** : Projet de loi de finances rectificative

**PRIAC** : Programmes interdépartementaux d'accompagnement des personnes âgées et handicapées

**PSD** : Prestation spécifique dépendance

**PSGA** : Plan solidarité grand âge

## R

**RQTH** : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

## S

**SAM** : Salaire annuel moyen

**SAMSAH** : Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

**SAVS** : Service d'accompagnement à la vie sociale

**SESSAD** : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

**SSIAD** : Service de soins à domicile

## U

**UHR** : Unité d'hébergement renforcée

**USLD** : Unité de soins longue durée