

PARTIE II OBJECTIFS / RÉSULTATS

LISTE DES INDICATEURS D'OBJECTIFS/RÉSULTATS

Objectif	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
1 - Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides	1-1 - Nombre et proportion de titulaires de pensions d'invalidité bénéficiant de l'allocation du Fonds spécial d'invalidité (FSI)	Diminution	DSS	DSS
2 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées	2-1 - Écarts d'équipements interrégionaux et interdépartementaux 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 - Délai moyen de traitement de l'AAEH	Réduction	CNSA	CNSA
3 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées	3-1 - Écarts d'équipements interrégionaux et interdépartementaux en nombre de places et en euros pour 1000 personnes âgées	Réduction des écarts	CNSA	CNSA
	3-2 - Part des services et formules intermédiaires 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	DREES/DSS	CNSA/DGCS
	3-4 - Indicateurs de suivi du plan des maladies neuro-dégénératives 2014-2019	Cibles du plan	SGMCAS	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	CNSA/DGCS/DSS
4-Garantir la viabilité financière de la CNSA	4-1- Taux d'équation des recettes et des dépenses de la CNSA relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	Équilibre financier	CNSA/DSS	CNSA/DSS
	4-2- Parts des dépenses d'APA et de PCH financées par la CNSA	Stabilité	CNSA/DSS	CNSA/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 qui bénéficient, de l'allocation du fonds spécial d'invalidité (FSI), versée par l'État en complément des pensions de faible montant.

Précisions sur le dispositif : l'allocation du fonds spécial d'invalidité est une prestation versée sous certaines conditions aux personnes invalides titulaires d'une pension de retraite ou d'invalidité, et qui, n'ont pas accès à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) parce qu'elles n'ont pas atteint l'âge légal de départ à la retraite. Cette allocation peut être versée en complément d'une pension d'invalidité sous conditions de ressources. Son montant correspond à l'écart entre le montant annuel des ressources de l'assuré et le plafond de ressources en vigueur (qui s'établit, au 1^{er} avril 2016, à 8 432,47 € par an pour une personne seule et 14 770,07 € par an pour un couple).

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 281,94 € par mois au 1^{er} avril 2016 ;

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 281,94 € mensuels au 1^{er} avril 2016 ;

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 au titre de la majoration pour tierce personne (soit au total 1 386,12 € par mois au 1^{er} avril 2016).

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	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		Objectif
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	
1ère catégorie	12 500	9 %	11 500	9 %	10 600	8 %	10 300	7 %	10 200	7 %	9 900	6 %	9 900	6 %	Diminution
2ème catégorie	67 400	15 %	64 000	15 %	60 700	14 %	59 100	13 %	58 100	12 %	56 300	11 %	55 800	11 %	
3ème catégorie	3 500	21 %	3 500	21 %	3 100	20 %	2 900	19 %	2 900	18 %	2 600	17 %	2 600	17 %	
Total*	83 700	14 %	79 000	13 %	74 600	13 %	72 500	12 %	71 200	11 %	69 000	10 %	68 300	10 %	

Source : CNAMTS (DSES) - données France métropolitaine.

* Les effectifs totaux incluent d'autres pensions (essentiellement les pensions des conjoints survivants) en plus des principales que sont celles de 1^{re}, 2^e et 3^e catégorie.

Lecture : En 2015, le nombre de bénéficiaires de l'ASI de 1^{ère} catégorie s'élevait à 9 900 personnes. Ceux-ci représentent près de 6 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité de 1^{ère} catégorie.

En moyenne, 10 % des personnes qui perçoivent une pension d'invalidité du régime général bénéficient de l'allocation supplémentaire du FSI en 2015, cette part est en constante diminution depuis 2009, où ils étaient 14 % à la recevoir. Cette tendance à la baisse s'observe sur chacune des trois catégories de pension, et de façon relativement uniforme (baisse de 3 à 4 points sur la période 2009-2015).

Les pensionnés de 1^{re} catégorie sont moins fréquemment titulaires de l'allocation supplémentaire du FSI (6 % en 2015) que les pensionnés de 2^e ou 3^e catégorie, bien que leurs pensions soient, par construction plus faibles que celles des pensionnés de 2^e ou 3^e catégorie (voir mode de calcul des pensions en précisions méthodologiques). Ce phénomène s'explique par le fait qu'une part des pensionnés de 1^{re} catégorie est apte à travailler, et dispose de ressources d'activité en complément de la pension d'invalidité. Dès lors, ils peuvent ne plus répondre au critère de ressources qui conditionne l'accès à l'allocation du FSI.

Par ailleurs, l'ASI est plus fréquemment octroyée aux pensionnés de 3^e catégorie (17 % des pensionnés de cette catégorie ont bénéficié de l'allocation supplémentaire en 2015 contre 11 % des pensionnés de 2^e catégorie).

Cette plus forte proportion d'allocataires du FSI parmi les pensionnés de 3^e catégorie s'explique par le fait que la majoration pour tierce personne (MTP), attachée à la pension de 3^e catégorie, est exclue des ressources prises en compte pour l'accès à l'ASI, et que le montant moyen des pensions versées aux bénéficiaires d'une pension de 3^e catégorie est inférieur à celui versé aux pensionnés de 2^e catégorie (en moyenne, 489 € par mois contre 709 € par mois en 2015, 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 2009 à 2015. Pour chacune d'entre elle, le nombre de bénéficiaires de l'ASI est renseigné en terme d'effectifs (en moyenne annuelle), et est également rapporté à l'effectif moyen de pensionnés d'invalidité recensés respectivement pour chacune des catégories (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 (281,94 € par mois au 1^{er} avril 2016) ;
- 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, elle peut être réduite, suspendue ou supprimée ; à l'âge légal de départ à la retraite, une pension de vieillesse s'y substitue.

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 infrarégionales. 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.

Les disparités sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage). 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.

Résultats : les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour les enfants handicapés sont présentées respectivement pour les taux d'équipement et 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	2014	2015	
Écart interdépartemental	32,4 %	32,6 %	31,7 %	31,1 %	30,5 %	30,4 %	30,6 %	30,9 %	30,3 %	30,5 %	Réduction des écarts
Écart interrégional	18,8 %	18,7 %	18,1 %	18,0 %	17,8 %	18,2 %	18,3 %	17,5 %	17,4 %	17,8 %	
Médiane des départements	9,4	9,5	9,6	9,9	9,9	10,3	10,2	10,2	10,3	10,3	
Médiane des régions	9,6	9,6	9,9	9,9	9,8	10,1	10,2	10,3	10,5	10,6	
Moyenne nationale	8,7	8,8	8,9	9,1	9,1	9,3	9,3	9,4	9,4	9,5	

Source : FINESS 2006-2014, traitements CNSA. Champ : France métropolitaine.

Lecture : en 2015, on compte en moyenne sur la France métropolitaine (hors DOM) 9,5 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 17,8 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 30,5 % autour de la moyenne nationale si l'on considère les départements.

	Écarts d'équipements en euros pour 1000 enfants										Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Écart interdépartemental	44,5 %	40,9 %	41,0 %	42,2 %	42,2 %	43,5 %	43,7 %	43,2 %	42,0 %	41,7 %	Réduction des écarts
Écart interrégional	17,6 %	17,3 %	18,0 %	17,0 %	16,3 %	18,2 %	18,6 %	17,8 %	17,5 %	18,3 %	
Médiane des départements	332	337	356	377	392	384	394	401	405	407	
Médiane des régions	342	357	367	383	401	400	400	393	408	418	
Moyenne nationale	317	331	343	361	369	366	366	377	381	383	

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

Lecture : en 2015, l'effort financier moyen de l'assurance maladie sur le champ des ESMS est de 383 € pour 1 000 enfants ; la moitié des départements dépense au moins 407 € pour 1 000 enfants. On observe une dispersion de la dépense en euros pour 1 000 enfants de 18,3 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 41,7 % autour de la moyenne nationale si l'on considère les départements.

Analyse des disparités des capacités d'accueil

Les écarts interdépartementaux sont en légère baisse sur la période 2006-2015. Après une légère hausse des écarts entre 2011 et 2013, les écarts ont diminué avec une dispersion d'environ 30 % autour de la moyenne des départements depuis 2011. La tendance est quasi comparable pour les régions : légère hausse des écarts entre 2010 et 2012 puis baisse autour de 17,5 % de dispersion. En 2015, la légère hausse des disparités s'explique notamment par une progression des disparités de l'offre de service pour enfants (SESSAD). 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 champs des enfants et des adultes handicapés 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 le programme 2008-2012 de création de places destinait environ 30 % des créations en faveur des enfants.

Analyse des disparités financières

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.

Mesurée en euros pour 1 000 enfants, l'hétérogénéité de la dépense 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 ont fortement baissé entre 2006 et 2007 (-3,6 points) puis sont restés relativement constants sur les périodes 2007-2008 et 2009-2010. La hausse constatée en 2011 et 2012, s'atténue entre 2013 et 2015 par une inflexion totale de 1,5 point. Sur l'ensemble de la période étudiée, les écarts interdépartementaux sont orientés à la baisse entre 2006 et 2015 (-2,8 points). Les écarts interrégionaux, eux, sont stables entre 2006 et 2014 et apparaissent en légère hausse en 2015 en partie dû aux services de l'enfance

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 est calculé en rapportant le nombre total de places en établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées de ces territoires (données comptables, CNAMTS) à la population par tranche d'âge (0-19 ans pour les enfants handicapés – source estimation INSEE pour chaque année au 19 janvier 2016) multiplié par 1 000.

La dépense en euros pour 1 000 enfants est calculée en rapportant les versements aux établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées effectuée sur ces territoires (données comptables, CNAMTS) à la population par tranche d'âge (0-19 ans pour les enfants handicapés – source estimation INSEE pour chaque année au 19 janvier 2016) multiplié par 1 000.

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.

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.

Les disparités sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage). 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.

Résultats : les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour les adultes handicapés sont présentées respectivement pour les taux d'équipement et 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	2014	2015	
Écart interdépartemental	109,6 %	98,9 %	91,1 %	89,0 %	79,4 %	76,3 %	73,6 %	71,6 %	71,0 %	72,7 %	Réduction des écarts
Écart interrégional	37,4 %	33,1 %	30,9 %	31,5 %	29,8 %	27,7 %	28,0 %	27,0 %	25,3 %	26,3 %	
Médiane des départements	1,2	1,4	1,6	1,8	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	
Médiane des régions	1,3	1,5	1,7	1,8	2,0	2,1	2,1	2,2	2,3	2,5	
Moyenne nationale	1,3	1,5	1,6	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4	

Source : FINESS, traitements CNSA, INSEE. Champ : France métropolitaine.

Lecture : en 2015, on compte en moyenne sur la France métropolitaine (hors DOM) 2,4 places en établissements et services pour 1 000 adultes ; la moitié des départements dispose d'au moins 2,5 places pour 1 000 adultes. On observe une dispersion des taux d'équipement de 26,3 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 72,7 % autour de la moyenne nationale si l'on considère les départements.

	Écarts d'équipements en euros pour 1000 adultes										Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Écart interdépartemental	132,5%	128,3%	121,1%	116,4%	118,0%	106,4%	105,3%	100,2%	102,8%	103,3%	Réduction des écarts
Écart interrégional	35,8 %	34,8 %	33,1 %	27,7 %	32,2 %	30,7 %	31,4 %	26,3 %	28,9 %	27,6 %	
Médiane des départements	56	59	64	64	75	82	89	92	97	99	
Médiane des régions	52	57	61	61	73	77	83	89	92	98	
Moyenne nationale	53	57	62	66	73	80	85	89	94	97	

Sources : CNSA/CNAMTS, dépenses de l'assurance maladie concernant les ESMS pour les personnes handicapées, Insee. Champ : France métropolitaine.

Lecture : en 2015, l'effort financier moyen de l'assurance maladie sur le champ des ESMS est de 97 € pour 1 000 adultes ; la moitié des départements dépense au moins 99 € pour 1 000 adultes. On observe une dispersion de la dépense en euros pour 1 000 adultes de 27,6 % autour de la moyenne nationale pour les régions et de 103,3 % autour de la moyenne nationale si l'on considère les départements.

Analyse des disparités des capacités d'accueil

Les indicateurs de dispersion mettent en évidence une situation inégalement répartie des structures adultes handicapées, même si la tendance observée depuis 2006 est à la réduction des écarts interdépartementaux et des écarts interrégionaux. La diminution des écarts d'équipement entre départements est particulièrement notable : les écarts à la moyenne nationale ont fortement diminué, passant de 109,6 % à 71 % entre 2006 et 2014. 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. En 2015, la tendance s'interrompt et se caractérise par une hausse respective de 1,6 et 1,0 points sur les disparités

départementales et régionales. Les disparités entre départements se concentrent significativement sur l'offre en institution (MAS/FAM). La décomposition de la variance totale sur le secteur des adultes handicapés en 2015 montre que 86,9 % 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).

Analyse des disparités financières

Cet indicateur de dispersion met en évidence une situation très contrastée, 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 2006-2015. Toutefois, en 2015, les écarts enregistrent une progression par rapport à 2014. Cette évolution à la hausse des écarts entre régions se caractérise par l'offre en services pour adultes. Les écarts départementaux à la moyenne nationale sont de 103 % en moyenne. Comme pour l'analyse en taux d'équipement, les disparités entre régions ont moins diminué que celles 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 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).

Le taux d'équipement pour 1 000 adultes est calculé en rapportant le nombre total de places en établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées de ces territoires (données comptables CNAMTS) à la population par tranche d'âge (20-59 ans pour les adultes handicapés – source estimation INSEE pour chaque année au 19 janvier 2016) multiplié par 1 000.

La dépense en euros pour 1 000 adultes est calculée en rapportant les versements aux établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées effectuée sur ces territoires (données comptables CNAMTS) à la population par tranche d'âge (20-59 ans pour les adultes handicapés – source estimation INSEE pour chaque année au 19 janvier 2016) 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, 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.

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

Finalité : cet indicateur vise à mesurer la diversification des accompagnements, en repérant la part des places financées par l'assurance maladie 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 enfants et les adultes handicapés depuis 2006 est présentée dans les tableaux suivants.

	Enfants (part des places de SESSAD, en %)										Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Moyenne nationale	22,1	23,0	25,3	26,8	28,5	29,6	30,3	30,8	31,8	32,4	Augmentation de la part des services
Médiane des régions	21,8	23,2	25,4	27,4	28,4	29,5	30,1	31,0	32,5	33,0	
Médiane des départements	22,8	24,2	26,6	27,9	29,3	30,2	30,9	31,5	31,6	32,9	
Écart interdépartemental	31,4 %	31,5 %	27,4 %	26,9 %	25,0 %	24,0 %	23,7 %	23,2 %	22,5 %	22,2 %	
Écart interrégional	25,8 %	27,5 %	21,2 %	19,5 %	18,5 %	16,7 %	16,9 %	17,1 %	17,3 %	16,9 %	

	Adultes (part des places de SSIAD-SAMSAH, en %)										Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Moyenne nationale	2,5	11,5	15,8	17,0	18,4	18,9	18,5	18,4	18,7	19,1	Augmentation de la part des services
Médiane des régions	1,5	11,9	16,5	18,2	19,2	19,2	18,8	19,5	19,6	19,2	
Médiane des départements	0,0	10,0	16,1	18,0	17,2	18,8	18,5	18,6	18,0	19,1	
Écart interdépartemental	175,7 %	84,1 %	66,1 %	59,9 %	55,1 %	48,4 %	47,7 %	47,2 %	45,6 %	44,3 %	
Écart interrégional	105,0 %	58,4 %	46,6 %	44,0 %	41,3 %	39,4 %	40,4 %	43,1 %	39,1 %	37,1 %	

Source : FINESS, traitements CNSA. 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) 32,9 % de places en services dans l'ensemble des places en établissements et services en 2015. La moitié des régions dispose d'au moins 33,0 % 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, mesurée par le coefficient de variation, de 16,9 % autour de la moyenne nationale en 2015. Plus le coefficient de variation 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 a considérablement progressé depuis 2006.

Ainsi, dans le secteur de l'enfance, 32,4 % 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 s'élève en moyenne à 19,1 % en 2015. Après une période de forte montée en charge (il ne représentait que 2,5 % en 2006), il s'est stabilisé depuis 2010. La moyenne recouvre une hétérogénéité importante sur l'ensemble du territoire entre régions et départements. Si les disparités tendent à se réduire depuis 2006 elles restent néanmoins importantes. Elles s'expliquent notamment par la montée en charge relativement récente et disparate de ce type d'accompagnement sur le territoire.

Construction de l'indicateur : pour les enfants handicapés, la part des services est mesurée en rapportant le nombre de places de SESSAD au nombre total de lits et places en établissements médico-sociaux pour enfants financés totalement ou partiellement par l'assurance maladie.

Pour les adultes handicapés, la part des services rapporte le nombre de places de SSIAD et SAMSAH au nombre total de lits et places en établissements médico-sociaux pour enfants

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. Les lits ou places pris en compte concernent les structures bénéficiant d'un financement total ou partiel de l'assurance maladie :

- enfants handicapés : établissements pour déficients mentaux, établissements pour polyhandicapés, établissements pour troubles du comportement, établissements pour handicapés moteurs, établissements pour déficients sensoriels, services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ;

- adultes handicapés : maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), établissements et services de réinsertion professionnelle, services de soins à domicile (SSIAD) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Le champ couvert par l'indicateur n'intègre pas les services d'accompagnement et d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Indicateur n°2-3 : Délai moyen de traitement de l'AAEH

Finalité : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH) 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'AAEH 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^{er} avril 2008, date d'entrée en vigueur du droit d'option entre l'AAEH et la « PCH-enfant », les parents peuvent choisir de percevoir le complément de l'AAEH ou la prestation de compensation (PCH) : les enfants ont désormais la possibilité d'accéder aux cinq éléments de la prestation de compensation (cf. indicateur de cadrage n°4-2).

L'AAEH est – avec la « PCH-enfant » dans une moindre mesure – 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'AAEH 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. L'objectif de réduction du délai moyen de traitement de l'AAEH est très attendu pour les familles.

Précisions sur l'indicateur : le délai moyen de traitement des demandes d'AAEH correspond au nombre de jours écoulés entre la date de recevabilité de la demande et la date de la décision relative à chacune de ces demandes. 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, n'est parfois constitué que d'une demande sur papier libre, ce qui est insuffisant pour débiter l'instruction de la demande.

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

Résultats : le délai moyen de traitement des demandes d'AAEH est présenté dans le tableau ci-dessous :

	2010	2012	2013	2014	2015	Objectif
Délai moyen de traitement des demandes de l'AAEH (en nombre de mois)	3,1	3,3	3,5	3,4	3,4	Réduction
Taille d'échantillon (nombre de MDPH)	52	66	72	78	73	
Dispersion (écart à la moyenne, en nombre de mois)		0,97	1,08	1,1	1,04	

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

En 2015, 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'AAEH qu'elle a formulée. Trois mois et douze jours sont nécessaires en moyenne.

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 ;
- 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.

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 2,6 mois et 50 % ont un délai inférieur ou égal à 3,3 mois (soit 3 mois et neuf jours) ;

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 départements¹.

Construction de 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).

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).

¹ 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) et 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 notamment de mesurer 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 ».

Les disparités sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage). 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.

Résultats : les disparités d'équipement concernant les établissements et services pour les personnes âgées sont présentées respectivement pour les taux d'équipement et 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	2014	2015	
Écart interdépartemental	23,2 %	24,4 %	23,2 %	22,4 %	21,6 %	19,9 %	19,3 %	18,9 %	18,6 %	18,0 %	Réduction des écarts
Écart interrégional	17,9 %	19,6 %	17,3 %	16,5 %	15,9 %	14,4 %	13,6 %	13,6 %	13,3 %	13,6 %	
Médiane des départements	132,0	129,6	127,8	131,1	132,9	133,1	131,9	132,6	133,1	133,4	
Médiane des régions	131,9	130,5	129,8	130,5	131,5	130,7	129,7	129,5	129,5	128,8	
Moyenne nationale	125,9	124,1	125,3	126,3	127,3	128,1	127,3	128,0	128,2	128,4	

Source : traitement CNSA sur données DREES (FINESS) Champ : France métropolitaine.

Lecture : en 2015, on compte en moyenne sur la France métropolitaine 128,4 places en établissements et services pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; la moitié des départements dispose d'au moins 133,4 places pour 1 000 personnes âgées. On observe pour les régions une dispersion des taux d'équipement de 13,6 % autour de la moyenne nationale. Si l'on considère les départements, la dispersion est de 18 % autour de la moyenne nationale.

	Écarts d'équipements en euros pour 1000 personnes âgées										Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Écart interdépartemental	17,1 %	16,3 %	16,7 %	16,1 %	16,3 %	16,8 %	16,3 %	15,9 %	15,3 %	15,5 %	Réduction des écarts
Écart interrégional	10,3 %	9,2 %	8,9 %	8,4 %	9,7 %	11,9 %	11,7 %	11,8 %	10,7 %	11,3 %	
Médiane des départements	1 441	1 489	1 661	1 822	1 895	2 018	2 031	2 079	2 094	2 108	
Médiane des régions	1 391	1 484	1 636	1 814	1 832	1 929	1 966	2 069	2 105	2 121	
Moyenne nationale	1 436	1 505	1 652	1 826	1 861	1 978	2 030	2 092	2 144	2 144	

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

Lecture : en 2015 on compte en moyenne sur la France hors DOM une dépense de 2 144 € pour 1 000 personnes âgées : la moitié des départements enregistre une dépense d'au moins 2 108 € pour 1 000 personnes âgées. Sur ce secteur on observe pour les régions une dispersion de la dépense pour 1 000 personnes âgées de 11,3 % autour de la moyenne nationale. Si l'on considère les départements, la dispersion est de 15,5 % autour de la moyenne nationale.

L'offre médico-sociale pour personnes âgées est historiquement peu dispersée, par rapport au constat fait dans le secteur du handicap, notamment dans le secteur des adultes (cf. indicateur « objectifs/résultats » n°2-1). Les écarts observés entre les départements résultent en grande partie d'une hétérogénéité entre régions. Depuis 2007, les écarts interdépartementaux enregistrent une baisse constante : sur la période 2007-2015 ils ont été réduits de près de 6,4 points. Les disparités qui subsistent se concentrent sur l'offre en institution, par rapport à l'offre de services. La tendance se prolonge favorablement en 2015.

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.

La mesure des écarts territoriaux en euros pour 1 000 personnes âgées met en évidence :

- pour les écarts interdépartementaux : une diminution certaine sur l'ensemble de la période 2006-2015 (-1,6 point) 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 (+2,9 points) depuis 2009 en dépit d'une légère baisse entre 2013 et 2014.

La période la plus récente (2011-2015) fait apparaître une évolution favorable pour les écarts interdépartementaux comme interrégionaux.

Ce constat 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 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 totalement ou partiellement par l'assurance maladie (identique à celui retenu dans l'indicateur de cadrage n°7) : maisons de retraite (médicalisées - dont lits en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en sections de cure médicale - ou non médicalisées), logements-foyers (médicalisés uniquement), unités de soins de longue durée, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), accueil de jour et hébergement temporaire.

Le taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 et plus 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 19 janvier 2016 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 19 janvier 2016).

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 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 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) et 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 et formules intermédiaires 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 accompagnements, en repérant la part des places financées par l'assurance maladie dédiées à l'accompagnement et aux soins des personnes âgées par des services exerçant au domicile (services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) 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	2014	2015	Objectif
Moyenne nationale	14,6 %	15,2 %	16,3 %	17,0 %	17,9 %	18,2 %	18,7 %	19,0 %	19,1 %	19,2 %	Augmentation
Médiane des régions	13,7 %	14,3 %	15,7 %	16,6 %	18,1 %	18,3 %	18,7 %	18,8 %	19,2 %	19,1 %	
Médiane des départements	14,3 %	15,6 %	16,1 %	17,1 %	17,9 %	17,8 %	18,5 %	18,8 %	18,8 %	18,7 %	
Écart interdépartemental	30,9 %	31,2 %	28,4 %	25,3 %	23,8 %	22,8 %	22,2 %	22,0 %	21,3 %	21,1 %	
Écart interrégional	20,1 %	21,7 %	21,9 %	20,0 %	18,2 %	15,9 %	15,3 %	15,9 %	15,3 %	15,7 %	

Source : FINESS 2006-2015, traitements CNSA Champ : France métropolitaine.

Lecture : pour les personnes âgées, on compte en moyenne, sur la France métropolitaine 19,2 % de places en services rapportés à l'ensemble des places en établissements et services en 2015. La moitié des régions dispose d'au moins 19,1 % de places en services. On observe, pour les régions, une dispersion de la part des places en services de 15,7 % autour de la moyenne nationale en 2015. 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 et formules intermédiaires dans l'ensemble des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées s'établit à 19,2 % en 2015. Après avoir sensiblement progressé entre 2006 et 2010, passant de 14,6 % à 17,9 % (+3,3 points), elle continue depuis d'augmenter mais à un rythme plus modéré, (+1,3 point entre 2010 et 2015).

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 soutenue et détermine le choix de la programmation dans de nombreuses régions. La progression de la part des services se traduit par une réduction des disparités territoriales sur la période 2006-2015. En 2015, elles se stabilisent entre les départements, mais progressent légèrement entre les régions.

L'indicateur retenu pour mesurer la diversification des modes d'accueil des personnes âgées est un indicateur global qui regroupe l'ensemble des services aux personnes âgées. Il peut être décomposé afin de décrire les contributions spécifiques des SSIAD (près de 16 % en 2015 et 2014) et des places d'offre séquentielle (accueil de jour et hébergement temporaire : 3,3 % en 2015 contre 3,2 % en 2014). S'agissant de ce dernier type d'offre, l'augmentation par rapport à 2006 (3,2 % 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 maladie neuro-dégénératives (PMND), qui favorisait le développement de ces services.

Construction de l'indicateur : l'indicateur rapporte le nombre de places offertes en services (SSIAD) et en accueil séquentiel (accueil de jour et hébergement temporaire) 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 totalement ou partiellement par l'assurance maladie : maisons de retraite (médicalisées - dont lits en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en sections de cure médicale - ou non médicalisées), logements-foyers (médicalisés uniquement), unités de soins de longue durée, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), accueil de jour et hébergement temporaire. Le champ n'intègre pas les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

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

Finalité : permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de vivre plus nombreuses et plus longtemps à domicile est l'une des ambitions affichées par le Gouvernement au travers notamment de la réforme de l'APA, des mesures en faveur des aidants, et d'un meilleur accès aux aides techniques prévues dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 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 en perte d'autonomie, quelle que soit l'importance de celle-ci.

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

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
GIR1	17	19	19	19	19	17	18	17	16	17	17	16	Augmentation
GIR2	40	41	40	41	42	41	41	40	39	40	39	37	
GIR3	60	62	64	66	66	67	67	66	66	67	67	65	
GIR4	73	74	75	77	78	78	79	80	79	79	80	79	
Total	55	57	58	60	61	61	61	61	60	61	60	59	

Source : DREES, enquête Aide sociale ; Champ : France entière (hors Mayotte).

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, autour de 60 %.

Cette évolution est liée à la forte hausse du nombre de bénéficiaires vivant à domicile répertoriés en GIR 4, de 90 % entre 2003 et 2014, mais qui a été particulièrement forte pendant la montée en charge de cette prestation. Ainsi, en 2014, 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.

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. 37 % des bénéficiaires de l'APA évalués en GIR2 vivent à domicile. Le caractère minoritaire des situations de vie 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.

Un des objectifs majeurs du Gouvernement, est de permettre à chaque personne en perte d'autonomie de continuer à vivre chez elle, dans 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.

Le relèvement des plafonds de l'APA pour tous les niveaux de GIR (de 100€ pour le GIR 4 à 400€ pour le GIR1), l'accès facilité aux aides techniques, aux adaptations du logement, aux actions individuelles et collectives de prévention, par la mobilisation des institutions locales et l'affectation de fonds dédiés *via* les conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, la création d'un module répit pour les aidants et le développement des actions de soutien et d'accompagnement en leur faveur, doivent permettre d'atteindre cet objectif et d'augmenter la proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile. Les mesures du plan maladies neuro-dégénératives pour la période 2014-2019 intéressant les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, notamment concernant l'accueil temporaire et les aidants, sont également de nature à y contribuer.

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. L'estimation au niveau national est faite à partir des données des départements ayant pu répondre à tous les items nécessaires. En 2014, le ratio est donc estimé sur la base de 92 départements. Il est à noter que des vérifications sur le champ des données transmises par les conseils départementaux 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 maladies neuro-dégénératives 2014-2019

Finalité : les 96 mesures du plan maladies neuro-dégénératives sont regroupées autour de quatre axes stratégiques: soigner et accompagner tout au long de la vie sur l'ensemble du territoire, favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neuro-dégénératives et atténuer les conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne, développer et coordonner la recherche sur les maladies neuro-dégénératives (MND) et faire de la gouvernance du plan un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de la démocratie en santé.

Résultats : le tableau suivant présente certains indicateurs de suivi du plan maladies neuro-dégénératives.

	2013	2014	2015	Objectif 2019
Nombre d'aidants formés dans le champ des MND (estimation)	4 719	8 851	nd	Augmentation
Nombre de plateformes d'accompagnement et de répit créées	106	135	154	215
Nombre d'équipes spécialisées en SSIAD (ESA)	441	476	564	574
Nombre de MAIA (en stock au 31.12)	202	252	302	352
Nombre de patients ayant bénéficié d'un programme de formation d'éducation thérapeutique dans le champ des 3 MND			nd	25 000
Nombre d'unités cognitivo- comportementales (UCC) créées	66		94	+ 20 à 30 par rapport à décembre 2013
Nombre d'unités d'hébergement renforcées (UHR)	Entre 81 et 94 UHR, soit 1135 places installées		2087	+ 660 places par rapport à décembre 2013

Sources : CNSA, DGAS, DREES, HAS, DGOS.

Le plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019 rappelle le rôle fondamental et le soutien que la société se doit d'apporter aux aidants (enjeu 7) : non seulement dans leur vie sociale ou professionnelle, mais dans tous les aspects de leur propre santé. Quatre mesures concernent directement ces aidants, qui portent notamment sur le développement et l'élargissement des missions des plates-formes d'accompagnement et de répit expérimentées dans le cadre du précédent plan Alzheimer (mesure 28), l'adaptation et l'amélioration de l'organisation de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (mesure 29), la réflexion sur l'accès à un soutien psychologique adapté au besoin des aidants (mesure 51), poursuivre et/ou développer des conventions avec les associations de personnes malades et/ou aidants au niveau national ou local (mesure 86), l'ensemble de ces mesures s'inscrivant plus largement dans un axe consacré à : « la structuration et la mise en œuvre d'une politique active envers les proches aidants » (mesure 50).

Ces mesures du PMND, et en particulier la mesure 50, reprennent des orientations des pouvoirs publics visant soit les **aidants** de personnes âgées en général, soit tous les aidants de personnes âgées et de personnes handicapées. Plusieurs de ces mesures font l'objet de dispositions inscrites dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015. Plusieurs plans de santé en cours ou en préparation comportent des mesures assez proches visant les aidants (plan autisme, plan cancer, plan de prévention de la perte d'autonomie, schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018, ...) et il paraît important, dans leur mise en œuvre, de rechercher le maximum de transversalité et de cohérence, tout en tenant compte des spécificités d'une part des situations et des besoins des aidants, d'autre part des caractéristiques des politiques et des dispositifs de soins et d'accompagnement des personnes qu'ils aident.

Les états des lieux régionaux transmis par les ARS dans le cadre de la déclinaison régionale du PMND montrent clairement un développement des dispositifs, mais il est très difficile de recenser le nombre d'aidants concernés (gestion de dispositifs par des associations, formations transversales versus ciblées PMND, mode de prise en compte d'un aidant ayant suivi plusieurs formations ...) avec précision.

La mesure 28 du plan vise à conforter et poursuivre le développement des **plateformes d'accompagnement et de répit** afin notamment de répondre aux besoins de conseil, d'écoute et de relais pour les aidants et de proposer diverses prestations de répit ou de soutien à la personne malade, à son aidant ou au couple aidant/aidé. Il est prévu de créer 65 nouvelles plateformes supplémentaires d'ici 2019. A mi 2016, le bilan d'étape du PMND permet de formuler le constat suivant : la CNSA a notifié 6,5 M€ au titre de cette mesure, ce qui est l'estimation du besoin pour créer les 65 plateformes prévues par le plan. Sur ce montant, 6,2 M€ ont été consommés. L'estimation de la CNSA, sur la base de la tendance actuelle est que 95 % des 65 plateformes seront installées en 2018.

Pour favoriser le libre choix de la vie à domicile, des **équipes spécialisées (ESA) au sein des services de soins infirmiers à domicile**, composées d'assistants de soins en gériatrie et de psychomotriciens ou ergothérapeutes, au sein de services spécialisés de soins fournissant une nouvelle prestation de « soins d'accompagnement et de réhabilitation » ont été créées par le plan Alzheimer 2008-2012. Le PMND (mesure 21) prévoit de renforcer ces dispositifs, non pas tant quantitativement (le territoire est relativement bien couvert) que dans leur mode d'intervention (par exemple expérimentation d'un temps de présence de psychologue). S'agissant des ESA (mesure 22), il est prévu d'en augmenter le nombre de 74 à l'issue du plan, portant la cible à 574 ESA en 2019. On estime que 86 % des nouvelles places prévues par le plan ont déjà été créées, portant leur nombre à 564 en 2015.

Avec pour objectif d'approfondir et de consolider la dynamique d'intégration des services d'aide et de soins pour les personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants, le PMND poursuit le déploiement des dispositifs **MAIA**, anciennement maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012. La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement redéfinit le sens de l'acronyme MAIA en « méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie » et met fin au contresens actuel.

Ainsi, MAIA est une méthode portée par une collectivité publique ou un organisme à but non lucratif (le conseil départemental, un centre local d'information et de coordination (CLIC), un réseau de santé, un établissement de santé etc.), légitime sur le territoire pour mobiliser les acteurs locaux. La méthode MAIA participe à la lisibilité du système d'aide et de soins, à la simplification, à l'optimisation du parcours des personnes âgées et au soutien à domicile des publics concernés. Depuis les premières expérimentations conduites en 2009 dans le cadre du 3^e plan Alzheimer et la généralisation en 2011, **302 dispositifs MAIA sont en fonctionnement (décembre 2015)**, soit plus de 6 communes sur 10 couvertes. Et le déploiement se poursuit à un rythme régulier. Fin 2015, 35 % des dispositifs MAIA (soit 110 dispositifs) sont portés par des conseils départementaux, 20 % par des acteurs de la coordination (CLIC, réseaux de santé), 12 % par des établissements de santé. Le PMND a prévu d'inscrire le financement en autorisation d'engagement de 100 dispositifs MAIA supplémentaires, de manière à achever rapidement la couverture territoriale. En 2015, 50 nouveaux dispositifs ont ainsi déjà été déployés et 50 supplémentaires le seront en 2016 pour achever le maillage du territoire national.

Le PMND prévoit dans sa mesure 5 de développer l'**éducation thérapeutique** dans le cadre des recommandations de la Haute autorité de santé, en prenant en compte les besoins du patient et ceux de ses proches.

La maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques sont des maladies neuro-dégénératives chroniques, d'évolution longue et très invalidantes. Ces maladies sont différentes dans leur retentissement et en termes de population concernée, mais elles ont en commun d'influer sur la qualité de vie des patients et de leurs aidants naturels ainsi que sur leur autonomie au quotidien. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) constitue un levier de l'offre de soins pour concourir au maintien de l'autonomie des personnes et améliorer leur qualité de vie¹.

L'offre d'éducation thérapeutique structurée en programmes est peu développée dans le champ des maladies neuro-dégénératives. De nombreuses régions ne disposent pas de programme d'éducation thérapeutique pour toutes ces pathologies ou l'offre est insuffisante pour être proposée à l'ensemble des patients et à leurs proches.

Des crédits supplémentaires sont attribués *via* le fonds d'intervention régional (FIR) sur la période de 2015 à 2019 afin de permettre aux ARS de soutenir le développement de programmes d'éducation thérapeutiques pour les maladies neuro-dégénératives. Un cahier des charges est destiné à guider les ARS dans la mise en œuvre d'appels à projets régionaux pour la création de nouveaux programmes ou l'adaptation de programmes préexistants. Cet appel à projets servira en outre de support à un échange d'expériences dans une démarche prospective de modélisation des programmes pour les maladies neuro-dégénératives. S'il est difficile d'établir à ce stade une estimation du nombre de patients ayant bénéficié d'un programme de formation, les états des lieux ARS permettent de confirmer une nette tendance au développement des programmes d'ETP.

Les **unités cognitivo-comportementales** (UCC) sont des unités de soins dans des services de soins de suite et rééducation initiées par le plan Alzheimer qui prennent en charge des patients Alzheimer en situation de crise. Elles permettent un accueil rapide et efficace des patients Alzheimer présentant des troubles sévères du comportement. Le PMND poursuit le déploiement de ces unités en finançant 20 à 30 nouvelles UCC, d'ici 2019. Une enquête en cours auprès des ARS a permis de dénombrer 110 UCC effectivement ouvertes à fin août 2016.

¹ Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique vise à « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient ». Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, *Thérapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en Français en 1998 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf)

Les unités d'hébergement renforcé (UHR) : leur nombre était estimé entre 81 et 94 au 31/12/2013 (bilan plan Alzheimer) pour un total de 1135 places installées. Le PMND prévoit de renforcer le nombre d'UHR aussi bien sanitaires que médico-sociales (+660 places soit +68 UHR en EHPAD) et d'assurer le transfert de moyens entre sous-objectifs de dépenses d'assurance maladie pour assurer la soutenabilité financière d'un développement de l'offre basé sur le médico-social. Le PMND prévoit en outre une évolution du cahier des charges des UHR à réaliser sur la base d'une évaluation de leur fonctionnement. La CNSA a depuis financé 952 nouvelles places (crédits notifiés- source SEPIA) dans le cadre du PMND. Sur ces bases, on peut estimer le nombre de places à 2087 en 2015.

Construction des indicateurs :

Le nombre d'aidants est estimé à partir d'une extrapolation sur la base des réponses des ARS (source CNSA et ARS). L'absence de recensement centralisé (nombre et diversité des intervenants) rend difficile l'estimation à ce stade. Des réflexions sont en cours pour déterminer des indicateurs adaptés permettant de mesurer l'effort et la couverture des besoins en matière de formation des aidants.

Les données relatives aux plateformes de répit sont issues de la plateforme Célia.

Le nombre d'équipes spécialisées en SSIAD (ESA) est estimé à partir des crédits engagés et consommés (source CNSA).

Le nombre de MAIA correspond aux notifications de la CNSA et de la DGOS financées par le FIR.

A l'instar du décompte des aidants, l'estimation du nombre de personnes ayant bénéficié d'un programme d'ETP est difficilement envisageable. La réflexion en cours sur le pilotage du PMND permettra d'identifier un indicateur pouvant effectivement donner lieu à recensement (éventuellement à partir du nombre de programmes labellisés).

Le nombre d'UCC est issu de données d'enquête (source PMND pour 2015).

Le nombre d'unités d'hébergement renforcé est estimé à partir des crédits notifiés (source SEPIA).

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

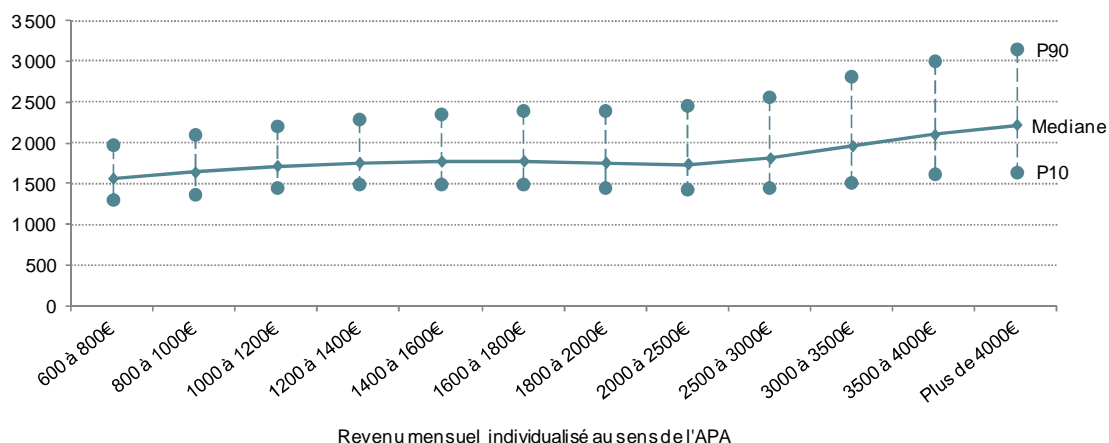
Résultats : le tableau suivant récapitule le montant des aides qu'une personne âgée dépendante est susceptible de percevoir selon la sévérité de sa perte d'autonomie et de son lieu de résidence (à son domicile ou en établissement).

	Domicile		Établissement		Objectif
	GIR 1	GIR 4	GIR 1	GIR 4	
APA	1 713,08 €/mois*	662,95 €/mois*	Tarif dépendance de l'établissement		Diminution du reste à charge
ASH (aide sociale à l'hébergement)	-		Sans plafond, sous condition de ressources et variant selon les ressources du bénéficiaire		
APL (aide personnalisée au logement) ou ALS (allocation de logement social)	varie selon les ressources du bénéficiaire, la composition du foyer et la zone géographique				
Réduction d'impôt	6 000 €/an (cas général)		2 500 €/an		

* Montant mensuel du plan d'aide maximum en vigueur au 01/03/2016 (cf. encadré)

Le modèle de microsimulation Autonomix de la Drees permet d'étudier les dépenses et les ressources des personnes âgées dépendantes. Selon ce modèle, la dépense mensuelle moyenne par résident en **établissement** est d'environ 2 167 € par mois. Avec une aide publique à hauteur de 396 € par mois en moyenne, dont 292 € au titre de l'APA, 69 € d'aides au logement et 35 € de réduction d'impôt, le reste à charge des personnes résidant en établissement est estimé à 1 771 € par mois. Leur reste à vivre est globalement négatif (-433 € par mois en moyenne). Les dépenses liées à l'hébergement constituent l'essentiel de leur reste à charge, à hauteur de 1 634 € en moyenne, contre 137 € pour les dépenses de dépendance. Lorsque les personnes âgées ne disposent pas de moyens suffisants pour couvrir les dépenses liées à l'hébergement, elles peuvent avoir recours à l'aide sociale à l'hébergement.

Reste à charge des bénéficiaires de l'APA résidant en établissement – médiane et écart interdécile (€, 2011)



Sources : Drees – Modèle Autonomix.

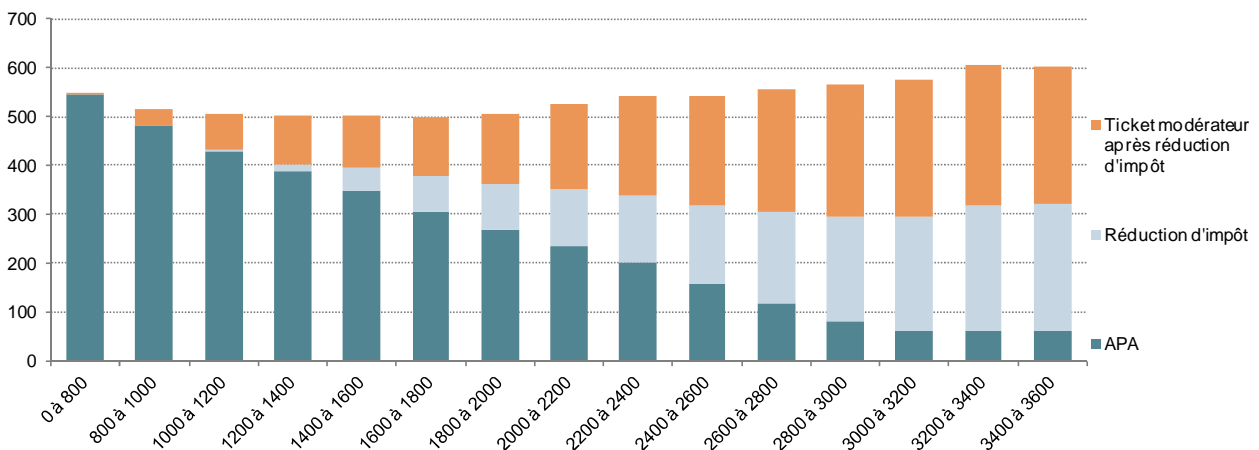
Champ : résidents en établissements relevant de l'APA au 31/12/2011 en France métropolitaine.

Lecture : le reste à charge médian des résidents ayant un revenu compris entre 600 et 800 € par mois est de 1 563 €, 10 % de ces personnes ont un reste à charge inférieur à 1 321 € et 10 % un reste à charge supérieur à 1 990 €.

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...

Dans de récents travaux, la Drees a néanmoins souhaité évaluer la part des dépenses inscrites dans les plans d'aide des bénéficiaires de l'APA à domicile restant à la charge de ces derniers. Selon les résultats de cette étude, un montant moyen de 80 € par mois resterait à la charge des bénéficiaires de l'APA à domicile : en tenant compte des seules dépenses inscrites dans les plans d'aide APA, la Drees estime la dépense mensuelle moyenne à 520 €, se décomposant de la manière suivante : 406 € par mois d'APA, 33 € de réduction d'impôt, et 81 € de participation du bénéficiaire. L'étude de la Drees montre également qu'en 2011, la participation augmentait avec le niveau de dépendance : elle s'établissait en moyenne à 174 € en GIR 1, à 142 € en GIR 2, à 97 € en GIR 3 et 52 € en GIR 4, compte tenu de l'ancien barème de l'APA à domicile (en vigueur avant 2016), qui prévoyait une participation proportionnelle au plan d'aide.

Part du plan d'aide APA restant à la charge des bénéficiaires de l'APA à domicile (€, 2011)



Source ; Drees, modèle Autonomix.

Champ, France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

Lecture : Chaque mois, en moyenne, les bénéficiaires de l'APA à domicile dont les ressources mensuelles sont comprises entre 1 800 et 2 000 €, touchent 269 € d'APA, paient 145 € de ticket modérateur, auxquels s'ajoutent 92 € qui seront ensuite déduits de leurs impôts.

Les mesures d'amélioration de l'APA prévues par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, entrées en vigueur en 2016, en particulier la refonte le barème de participation financière (TM) des bénéficiaires (cf. encadré ci-dessous), visent à diminuer le reste à charge des bénéficiaires dont les plans d'aide sont importants.

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, dans la limite de plafonds nationaux croissant avec le niveau de dépendance (GIR ou groupe iso-ressources de niveau de dépendance) des bénéficiaires (le GIR 1 correspond à la perte d'autonomie la plus importante).

Depuis le 1er mars 2016, les montants maximum des plans d'aide sont plafonnés à :

Pour le GIR 1 : 1 713,08 € / mois ;

Pour le GIR 2 : 1 375,54 € / mois ;

Pour le GIR 3 : 993,88 € / mois ;

Pour le GIR 4 : 662,95 € / mois.

Le ticket modérateur, c'est-à-dire la participation laissée à la charge du bénéficiaire de l'APA dépend de ses ressources. La loi pour l'adaptation de la société au vieillissement a modifié les modalités de calcul de cette participation pour diminuer le « reste à charge » et favoriser le recours à l'APA.:

Les bénéficiaires dont les ressources mensuelles sont inférieures ou égales à 0,725 fois le montant mensuel de la majoration pour l'aide constante d'une tierce personne (soit 800,54 € depuis le 1er avril 2016) sont exonérés de toute participation financière.

Les bénéficiaires dont les ressources mensuelles sont supérieures à 0,725 fois et inférieures ou égales à 2,67 fois le montant mensuel de la majoration pour tierce personne (donc comprises entre 800,54 € et 2 948,19 € par mois en 2016), voient leur participation modulée suivant leurs ressources et le montant du plan d'aide selon la formule suivante :

$$\begin{aligned} \text{Participation financière du bénéficiaire} &= A1 \times \frac{R - 0,725\text{MTP}}{2,67\text{MTP} - 0,725\text{MTP}} \times 0,9 \\ &+ A2 \times \frac{R - 0,725\text{MTP}}{2,67\text{MTP} - 0,725\text{MTP}} \times 0,9 \times \left(\frac{(1 - 0,4)R}{2,67\text{MTP} - 0,725\text{MTP}} + \frac{0,4 \times 2,67\text{MTP} - 0,725\text{MTP}}{2,67\text{MTP} - 0,725\text{MTP}} \right) \\ &+ A3 \times \frac{R - 0,725\text{MTP}}{2,67\text{MTP} - 0,725\text{MTP}} \times 0,9 \times \left(\frac{(1 - 0,2)R}{2,67\text{MTP} - 0,725\text{MTP}} + \frac{0,2 \times 2,67\text{MTP} - 0,725\text{MTP}}{2,67\text{MTP} - 0,725\text{MTP}} \right) \end{aligned}$$

Où A1, A2 et A3 sont les fractions du montant du plan d'aide :

- A1 correspond à la fraction inférieure à 0,317 fois le montant de la majoration tierce personne (soit 350 €). Pour cette fraction du plan d'aide, la participation du bénéficiaire reste inchangée par rapport à la situation avant réforme.
- A2 correspond à la fraction comprise entre 0,317 et 0,498 fois ce montant (donc entre 350 € et 550 €). Pour cette fraction du plan d'aide, un abattement de 60 % est ainsi appliqué à la participation du bénéficiaire pour un revenu de l'ordre de 800 € (soit un revenu équivalent à l'ASPA). Cet abattement décroît linéairement et s'annule lorsque les revenus du bénéficiaire atteignent la borne haute de sortie du ticket modérateur (aux alentours de 2950 € par mois).
- A3 correspond à la fraction supérieure à 0,498 fois ce montant (soit 550 €). Pour cette fraction du plan d'aide, un abattement de 80 % est appliqué à la participation du bénéficiaire pour un revenu de l'ordre de 800 € (soit un revenu équivalent à l'ASPA). Cet abattement décroît linéairement et s'annule lorsque les revenus du bénéficiaire atteignent la borne haute de sortie du ticket modérateur (aux alentours de 2950 € par mois).

Les bénéficiaires dont les ressources mensuelles sont supérieures à la borne haute de sortie du ticket modérateur, équivalente à 2,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne (soit 2 948,19 € par mois en 2016), ont un taux de participation égal à 0,90.

Précisions méthodologiques : les résultats sont produits à partir du modèle Autonomix. Développé à la Drees, Autonomix est un modèle de micro-simulation statique adossé à des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA et aux montants d'APA notifiés à ces bénéficiaires. Ces données sont issues de remontées d'informations administratives des conseils départementaux. Autonomix complète ces données en intégrant d'autres éléments liés à la dépendance des personnes âgées, comme le « besoin d'aide » dépassant le montant maximal de l'APA ou les réductions d'impôt liées à la dépendance. Le tout constitue un ensemble d'observations individuelles cohérentes et représentatives de la population des personnes âgées dépendantes, sur lequel il est possible de se baser afin d'analyser les aides publiques destinées à ces personnes ou d'évaluer ex ante les effets de réformes de ces aides.

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, réduction d'impôt). L'ASH n'a pas été prise en compte dans les résultats présentés ici.

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 2015. 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	2014	2015	Objectif
Taux d'adéquation global	105,6 %	103,8 %	102,8 %	99,8 %	99,6 %	101,1 %	100,9 %	100,7 %	100,2 %	99,1 %	Équilibre financier
Produits (Md €)	12,1	13	14,2	15,2	16,3	17	17,7	18,4	18,8	19,0	
Charges (Md €)	11,5	12,5	13,8	15,2	16,4	16,8	17,6	18,2	18,7	19,2	
Taux d'adéquation secteur personnes handicapées	101,7 %	100,0 %	100,3 %	101,1 %	98,0 %	100,3 %	99,8 %	99,6 %	100,2 %	98,6 %	
Produits (Md €)	6,9	7,3	7,7	8	8,3	8,5	8,8	9	9,3	9,4	
Charges (Md €)	6,8	7,3	7,7	7,9	8,4	8,5	8,8	9,1	9,3	9,5	
Taux d'adéquation secteur personnes âgées	111,2 %	109,1 %	105,9 %	98,4 %	101,3 %	101,9 %	102,0 %	101,8 %	100,2 %	99,6 %	
Produits (Md €)	5,2	5,7	6,4	7,1	8,1	8,5	9	9,3	9,5	9,6	
Charges (Md €)	4,7	5,2	6,1	7,3	8	8,3	8,8	9,2	9,5	9,7	

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'objectif global de dépenses (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€).

De 2011 à 2013, le taux d'adéquation des recettes et des dépenses de la CNSA relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux s'est maintenu au-dessus de 100 %. Cette période s'est caractérisée par des tendances contraires sur les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées :

- une sous-consommation de l'OGD personnes âgées qui a progressivement diminué au cours de cette période, passant de 245M€ en 2011 à 156M€ en 2013;
- une tendance au dépassement de l'OGD personnes handicapées (masquée en 2011 par des opérations comptables de fin d'exercice), qui a atteint 55M€ en 2013.

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.

En 2014, le taux d'adéquation s'est établi à 100,2 %, soit une sous-consommation globale de 78,6 M€ qui traduit une sous-consommation à la fois sur le champ des personnes âgées (33,3 M€) et des personnes handicapées (45,3 M€).

En 2015, le taux d'adéquation est passé en dessous de 100 % (99,1 %). Cela s'explique par une sur-consommation globale de l'OGD de 28,8 M€ (qui résulte essentiellement d'un dépassement sur le secteur des personnes handicapées (34,9 M€, y compris **effet « provisions »**), et d'une situation proche de l'équilibre pour les personnes âgées (sous-consommation de 6,1 M€), ainsi que des par des apports sur fonds propres de la CNSA à hauteur de 192 M€, ces apports n'étant pas des recettes, ils font baisser le taux d'adéquation.

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'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, devenues Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie en 2016) 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 2015, 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€)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Objectif
Dépenses d'APA versées par les départements	4 855	5 029	5 183	5 263	5 370	5 385	5 478	5 529	Stabilité (pour la PCH, une fois la montée en charge achevée)
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA	1 599	1 548	1 536	1 622	1 656	1 729	1 776	1 788	
Part des dépenses d'APA financées par la CNSA	32,9 %	30,8 %	29,6 %	30,8 %	30,8 %	32,1 %	32,4 %	32,3 %	
Dépenses de PCH versées par les départements	569	843	1 078	1 241	1 397	1 511	1 599	1 699	
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de la PCH	551	510	502	527	545	549	547	555	
Part des dépenses de PCH financées par la CNSA	96,8 %	60,4 %	46,6 %	42,5 %	39,0 %	36,3 %	34,2 %	32,7 %	

Source : CNSA - compte de résultat - chiffres arrondis.

Après une diminution entre 2008 et 2010, la part des dépenses relative à **l'allocation personnalisée d'autonomie** financée par la CNSA a évolué favorablement entre 2010 et 2015. En 2010, elle s'établissait à 29,6 %, 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 (+ 1,6 %). En 2012, le taux s'est stabilisé à 30,8 %, les dépenses ayant augmenté à un rythme équivalent aux recettes (2 %). En 2013, le taux augmente à 32,1 % en raison du dynamisme des recettes de CSG et de CASA (+ 4,2 %) observé en 2013. Enfin, on constate en 2014 une légère remontée du taux (32,4 % au lieu de 32,1 %), les recettes de CSA, CSG et CASA augmentant légèrement plus vite (+ 3 %) que les dépenses d'APA (+ 1,7 %). En 2015, il est quasiment stable à 32,3 %.

On constate une hétérogénéité importante du taux de couverture des dépenses d'APA entre départements, hétérogénéité qui résulte des critères de répartition du concours, qui incluent deux critères à visée de péréquation (cf. *précisions méthodologiques*).

La mise en œuvre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement s'accompagne de l'affectation à la section II du budget de la CNSA d'une fraction fixée, en année pleine, à 70,5 % du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), afin de garantir un financement durable et évolutif des mesures nouvelles liées notamment à la revalorisation des plafonds des plans d'aide et à la diminution du reste à charge des bénéficiaires dont les plans d'aide sont les plus lourds. L'apport de ces recettes nouvelles devrait permettre d'augmenter à hauteur de 36 % le taux de couverture des dépenses d'APA par la CNSA en 2016 et 2017.

Entre 2006 et 2009, la **prestation de compensation du handicap** est montée en charge, les dépenses afférentes à cette prestation ont été multipliées par 10,6 (de 79 M€ à 843 M€). De 2009 à 2012, la progression des dépenses est de 66 % et passe à 22 % entre 2012 et 2015. Parallèlement, la part des dépenses de PCH financées par la CNSA a diminué régulièrement à compter de 2009. Le concours atteint ainsi en 2015 le montant du concours de 2008. 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'est élevée en 2015 à 52 %.

En 2013, le taux de couverture des dépenses de PCH par le concours de la CNSA a diminué de près de 3 points, passant de 39,0 % à 36,3 %. Net de la baisse de l'ACTP en 2013, il s'élevait à 44 %. Même si les dépenses augmentaient moins vite (+ 8,2 % en 2013 après + 12,5 % en 2012), la faible progression des recettes « nettes » de CSA (+ 0,8 %) n'a pas permis pas d'atténuer cette baisse.

Le taux de couverture a diminué de 2 points en 2014 à 34,2 % ; net de la baisse de l'ACTP, il se situait à 42 %. Les dépenses qui augmentaient moins vite en 2014 (+ 5,8 %) ne permettaient pas de compenser la faible augmentation des recettes de CSA (+ 0,8 %).

Le taux de couverture a diminué de 1,5 point en 2015 à 32,7 % ; net de la baisse de l'ACTP, il se situe à 40,1 %.

Comme pour l'APA, le taux de couverture globale de la dépense de PCH des départements par le concours versé par la CNSA recouvre une forte hétérogénéité entre les départements, résultant des critères de répartition du concours.

Si le potentiel fiscal est ainsi un élément fortement discriminant (pondération de - 20 %), le fait que la prestation continue de monter en charge, à un rythme variable selon les départements, est un autre élément d'explication de cette hétérogénéité dans la mesure où le nombre de bénéficiaires de la PCH (auquel on ajoute les allocataires de l'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 signées par les conseils départementaux à la CNSA et les payeurs départementaux.

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 nombre de bénéficiaires du RSA (5 %)
- le potentiel fiscal intervient en négatif à hauteur de - 25 %.

Pour la PCH :

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

Par ailleurs, pour les deux concours, 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 du département dépassant le seuil de 30 % est intégralement prise en charge par la CNSA, avec réduction à due concurrence des concours des autres départements. Pour 2014, un seul département a été concerné au titre du concours APA. Pour le concours PCH, en raison de la montée en charge de la prestation, d'un taux de couverture plus important de la dépense par le concours, et de la moindre importance de cette dépense, aucun département n'a encore été concerné.

A noter que le décret n°2012-1434 du 20 décembre 2012 a introduit deux modifications 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.

De plus, l'article 18 de la loi de finances rectificative pour 2014 substitue au critère du potentiel fiscal celui du potentiel fiscal corrigé, déjà utilisé pour la répartition du fonds de solidarité départemental alimenté par les DMTO, qui ne tient pas compte des montants correspondant à la dotation de compensation de la réforme de la taxe professionnelle (DCRTP) et au fonds national de garantie individuelle de ressources (FNGIR), afin de neutraliser l'impact de la réforme de la fiscalité locale intervenue en 2010 sur le montant du concours de chaque département. Il introduit également pour les exercices 2014 à 2016 une garantie de baisse limitée du concours pour les départements fortement affectés par l'impact de ce nouveau potentiel fiscal.

