

2011

Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie

Après *Les chiffres clés 2010*, la CNSA publie en 2011 *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, en élargissant le champ aux interventions des autres acteurs. C'est l'une de ses contributions au débat ouvert par le Gouvernement pour définir une démarche renouvelée de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

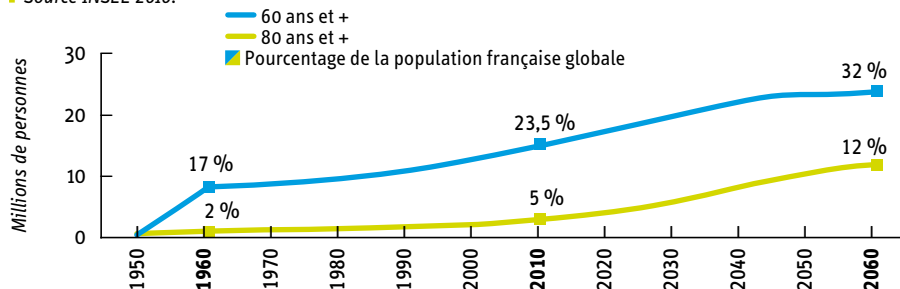
La Caisse consacre, par ses ressources propres et les crédits d'assurance maladie qu'elle gère, près de 20 milliards d'euros au financement des politiques d'aide à l'autonomie, à peu près à parité entre personnes âgées et personnes handicapées. S'y ajoutent, notamment, des financements de l'État, de la sécurité sociale et des conseils généraux. Soit un ensemble de réponses qui doivent progresser et mieux s'articuler pour renforcer la solidarité pour l'autonomie : c'est l'enjeu du débat de 2011.

QUELQUES CHIFFRES SUR LA POPULATION CONCERNÉE PAR L'AIDE À L'AUTONOMIE

De 2010 à 2060, la population française augmenterait de 16 %, passant de 64 à 73,6 millions. La part des plus de 80 ans serait multipliée par 2,6 et représenterait 8,5 millions, soit plus de 12 % du total contre 5 % aujourd'hui.

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE

Source INSEE 2010.



GAINS D'ESPÉRANCE DE VIE (EV) ET D'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ (EVSI) AU-DELÀ DE 65 ANS

Source DREES 2011.

+ 4,9 ans (92,6 ans)

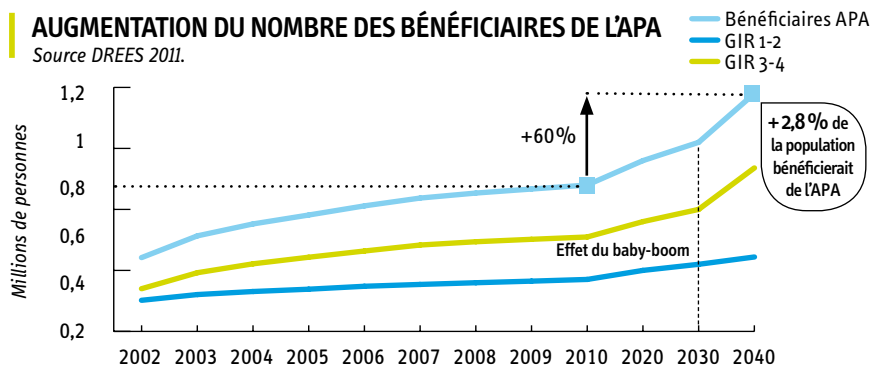
C'est le gain estimé d'EV pour les femmes de 2010 à 2060. Il serait de + 4,1 ans pour l'EVSI (88,4 ans).

+ 5,3 ans (88,6 ans)

C'est le gain estimé d'EV pour les hommes de 2010 à 2060. Il serait de + 4,9 ans pour l'EVSI (86,7 ans).

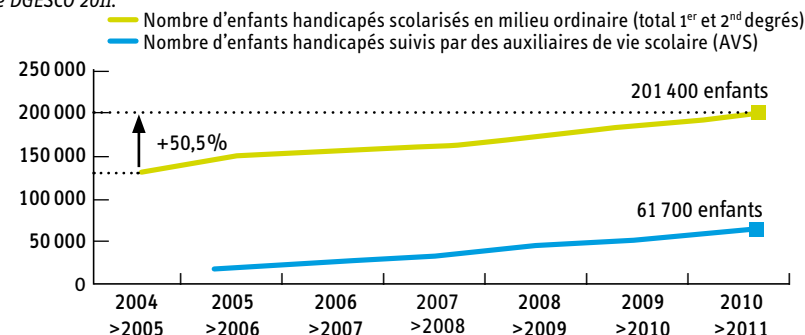
AUGMENTATION DU NOMBRE DES BÉNÉFICIAIRES DE L'APA

Source DREES 2011.



PROGRESSION DU NOMBRE D'ENFANTS HANDICAPÉS SCOLARISÉS EN MILIEU ORDINAIRE

Source DGESCO 2011.



1,8 million

C'est le nombre de personnes en âge de travailler et bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap (OETH)⁽¹⁾.

Source DGEFP 2011.

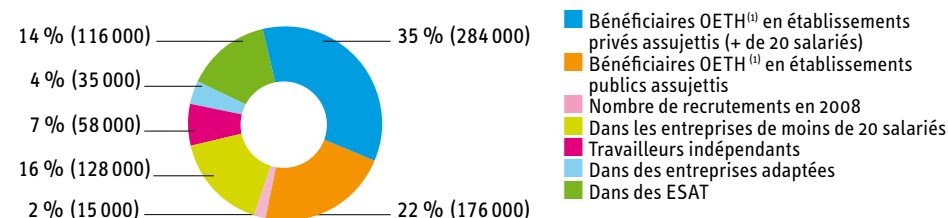
35 % C'est le taux d'emploi de cette population (contre 65 % pour l'ensemble des personnes en âge de travailler).

Source DGEFP 2011.

19 % C'est le taux de chômage de cette population (contre 9,7 % pour l'ensemble des personnes en âge de travailler). Sources DGEFP - INSEE 2011.

EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES

Source DGEFP 2011.

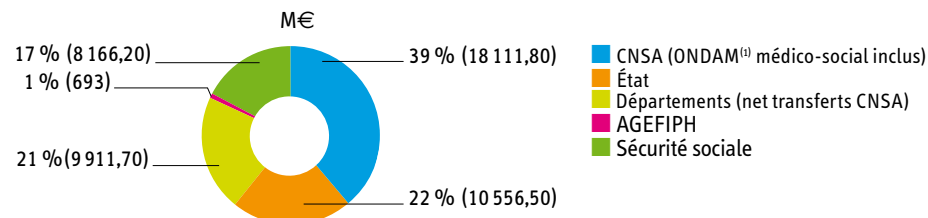


(1) OETH: obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

LE FINANCEMENT DE L'AIDE À L'AUTONOMIE

CONTRIBUTION DES FINANCEURS PUBLICS À LA COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

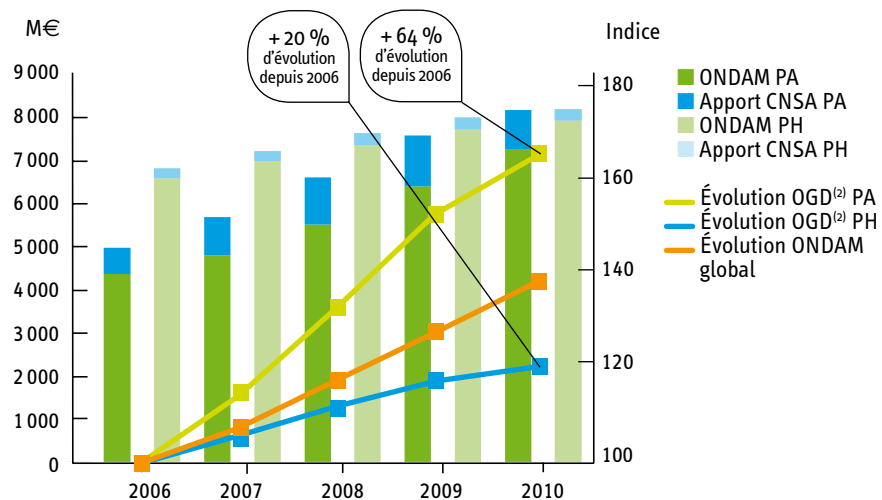
Source LFSS 2011 sur chiffres 2009.



+ 38 % C'est la progression de l'ONDAM médico-social de 2006 à 2010. Il atteint 15 milliards d'euros en 2010.

CRÉDITS DÉDIÉS AUX ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX ET LEUR ÉVOLUTION

Source CNSA 2010.



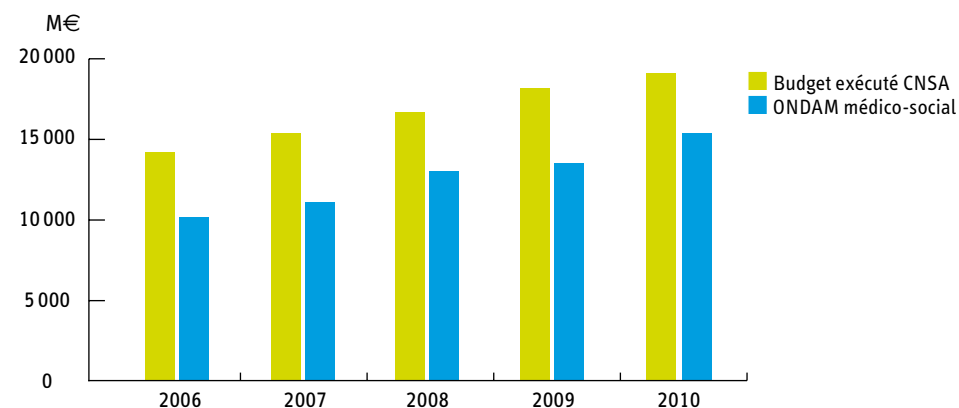
Une partie de la progression de l'ONDAM médico-social est due à des transferts par redéploiement au sein de l'ONDAM global (1,167 M€ de 2006 à 2010).

(1) ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie. (2) OGD : objectif global des dépenses. Il représente l'ONDAM médico-social augmenté d'une part des recettes propres de la CNSA.

BUDGET EXÉCUTÉ DE LA CNSA 2006-2010 (80% ONDAM MÉDICO-SOCIAL, 20% RECETTES PROPRES)

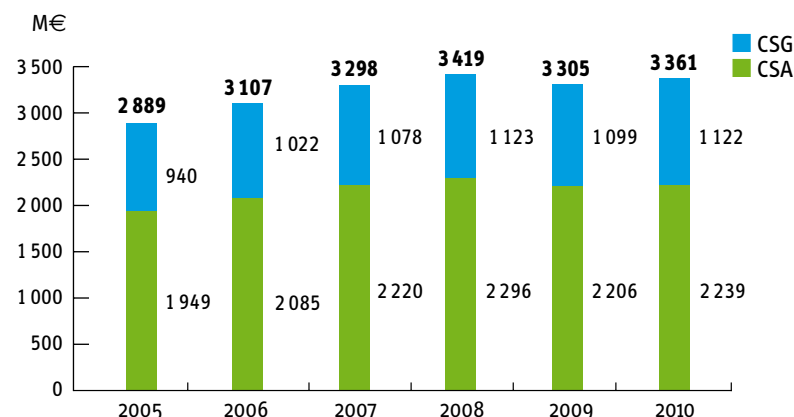
Source CNSA 2011.

19,157 Md€ Budget exécuté de la CNSA en 2010, soit + 35 % de 2006 à 2010.



LES RECETTES PROPRES DE LA CNSA

Source CNSA 2011.



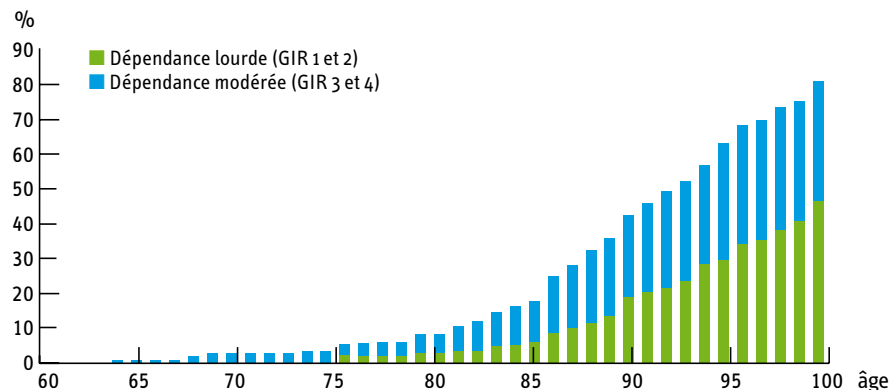
Les recettes propres de la CNSA, constituées de la contribution solidarité pour l'autonomie (CSA) et de 0,1 point de contribution sociale généralisée (CSG), évoluent en fonction de la croissance économique. Elles sont en grande partie mobilisées pour verser aux départements des concours qui contribuent au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

LES PRESTATIONS DE L'AIDE À L'AUTONOMIE

* Personnes âgées

PROPORTION DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) PAR GIR, SELON L'ÂGE

Source remontées individuelles APA 2006-2007 - DREES.



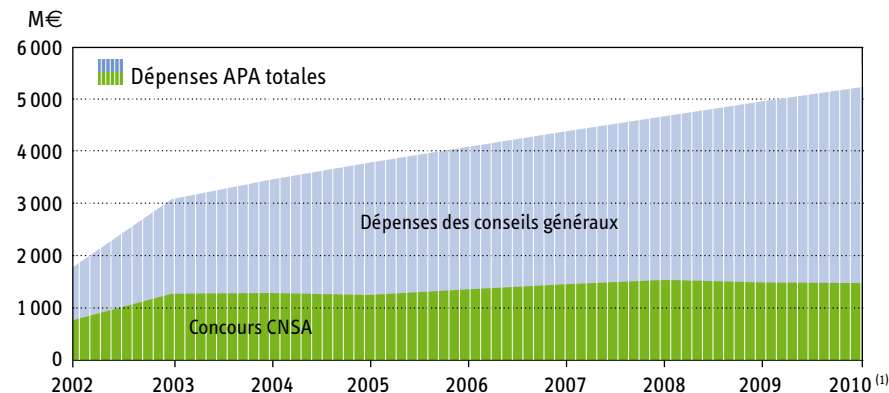
1 200 000

bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2010, dont 734 000 à domicile et 466 000 en établissements.

Source DREES (enquête trimestrielle 2011).

ÉVOLUTION DES DÉPENSES APA ET DU CONCOURS CNSA

Source CNSA en 2011.



(t) Prévisions.

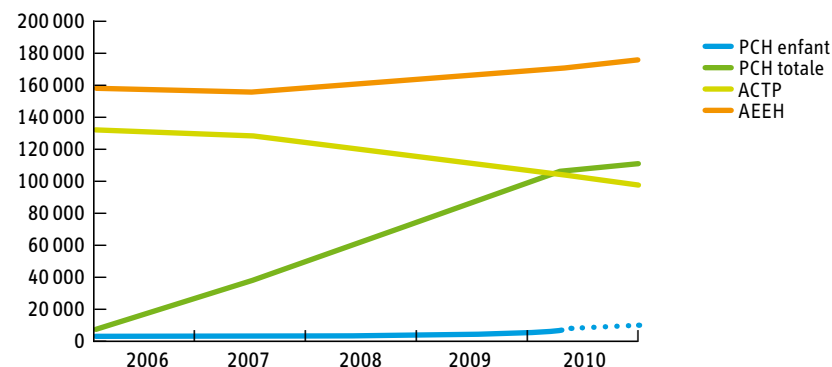
* Personnes handicapées

La prestation de compensation du handicap (PCH) a été introduite en 2006 pour progressivement remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). La PCH enfant a démarré en 2008. La Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) verse l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), destinée à soutenir les personnes assurant la charge d'un enfant en situation de handicap.

112 700 personnes ont été payées au titre de la PCH par les conseils généraux en décembre 2010. Source DREES (enquête trimestrielle 2011).

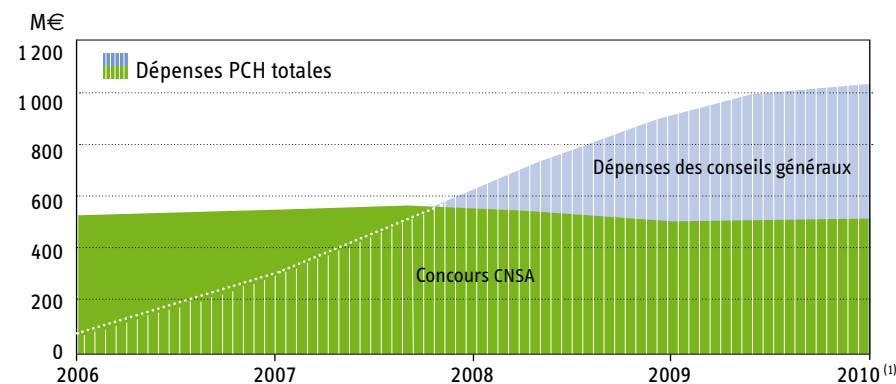
BÉNÉFICIAIRES PCH – ACTP – AEEH

Source DREES - CNSA 2011.



ÉVOLUTION DES DÉPENSES PCH ET DU CONCOURS CNSA

Source CNSA 2011.



(t) Prévisions.

LES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

DEMANDES DE PRESTATION ET D'ORIENTATION

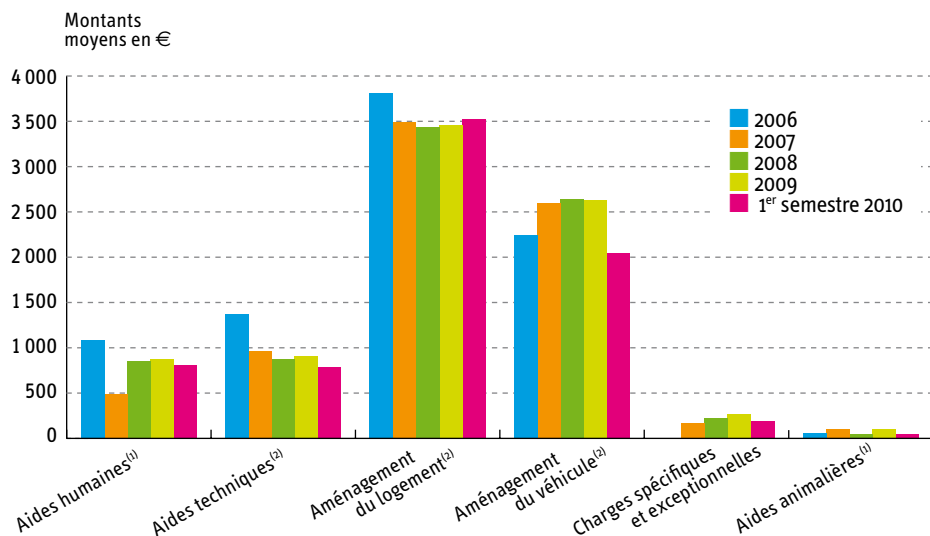
Les MDPH instruisent l'ensemble des demandes relatives aux enfants et aux adultes : cartes d'invalidité et de stationnement, allocations aux adultes handicapés (AAH), AEEH, prestations de compensation (PCH), orientations scolaire, professionnelle ou vers des établissements ou services médico-sociaux.

Plus de **185 500** demandes de prestation de compensation ont été déposées dans les MDPH en 2010.

La PCH ne représente que 6,8 % du total des demandes déposées en 2010. Les démarches concernant les cartes d'invalidité et de priorité représentent presque le quart des demandes déposées. Les demandes d'AAH et les demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et d'orientation professionnelle (ORP) viennent ensuite.

ÉVOLUTION DES MONTANTS MOYENS ATTRIBUÉS PAR ÉLÉMENT DE LA PCH 2006-2010

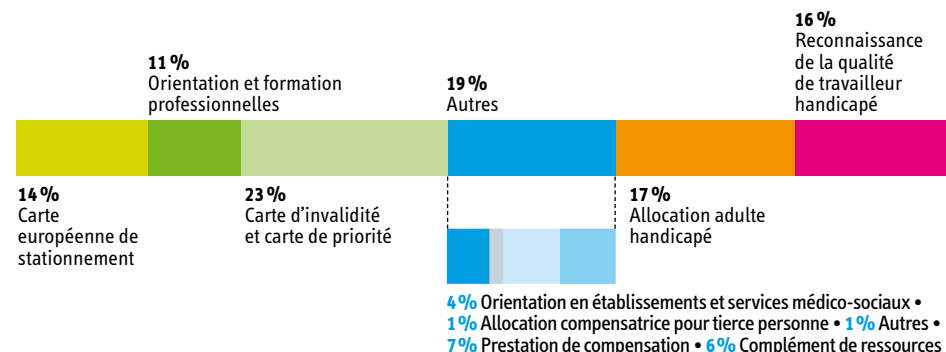
Source CNSA 2011.



(1) Montant mensuel. (2) Montant ponctuel.

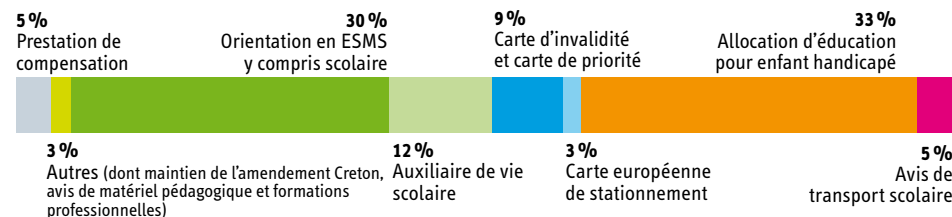
RÉPARTITION DES DEMANDES « ADULTES »

Déposées en 2010 – échantillon : 70 MDPH – Source CNSA 2011.



RÉPARTITION DES DEMANDES « ENFANTS »

Déposées en 2010 – échantillon : 49 MDPH – Source CNSA 2011.



274,8 M€

C'est l'estimation du coût de fonctionnement et d'investissement des MDPH en 2009.

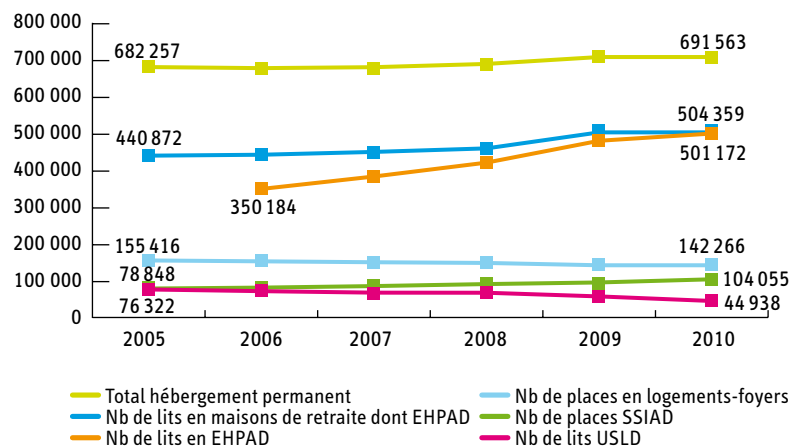
Source CNSA 2010.

Les trois principaux financeurs des MDPH sont, en moyenne nationale, les **conseils généraux** (39 %), l'**État** (34 %) – surtout par les mises à disposition de personnels – et la **CNSA** (20 %). En 2010, comme en 2009, le financement de la CNSA aux MDPH a atteint 60 M€. 77 % des dépenses sont des dépenses de personnel.

Depuis leur mise en place, le personnel des MDPH a triplé et représente aujourd'hui 5700 personnes, soit 4 874 équivalents temps plein (ETP), donc une moyenne de 49 ETP par MDPH.

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (ESMS)

ÉVOLUTION DES PLACES INSTALLÉES EN HÉBERGEMENT PERMANENT ET SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE POUR PERSONNES ÂGÉES Source CNSA Finess 2011.



56 % des places pour personnes âgées dépendantes sont dans des établissements publics, 27 % dans des établissements privés à but non lucratif et 17 % dans des établissements privés à but lucratif.

Environ **17 000** établissements et services médico-sociaux (ESMS) en France.

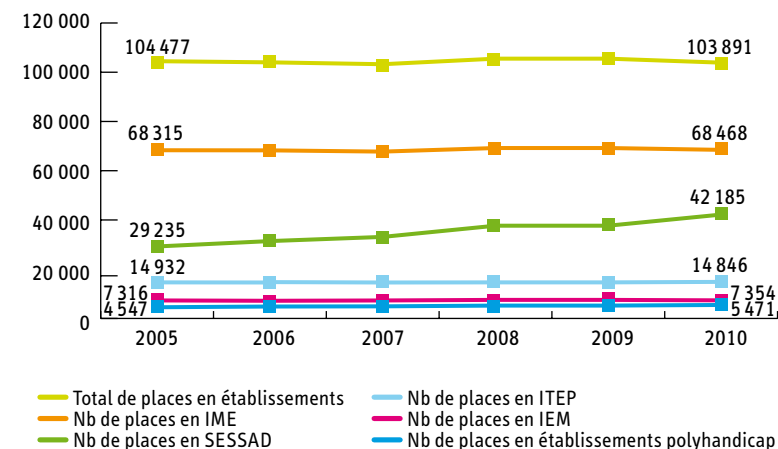
96 % C'est le taux moyen d'occupation des places. Il varie peu selon les catégories d'établissements. Source DREES 2007.

83 ans et 10 mois C'est l'âge moyen à l'entrée en EHPAD en 2007. Source DREES 2007.

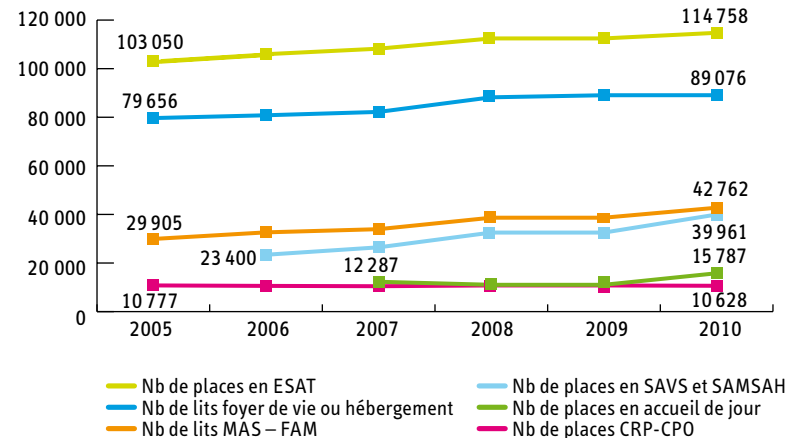
GLOSSAIRE

CPO Centre de préorientation – CRP Centre de rééducation professionnelle – EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – ESAT Établissement et service d'aide par le travail (anciennement CAT) – FAM Foyer d'accueil médicalisé – IEM Institut d'éducation motrice – IME Institut médico-éducatif – ITEP Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – MAS Maison d'accueil spécialisée – SAMSAH Service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées – SAVS Service d'accompagnement à la vie sociale – SESSAD Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SSIAD Service de soins infirmiers à domicile – USLD Unité de soins de longue durée.

ÉVOLUTION DES PLACES INSTALLÉES EN ESMS POUR ENFANTS HANDICAPÉS Source CNSA Finess 2011.



ÉVOLUTION DES PLACES INSTALLÉES EN ESMS POUR ADULTES HANDICAPÉS Source CNSA Finess 2011.



90 % des établissements pour personnes handicapées appartiennent au secteur privé non lucratif.

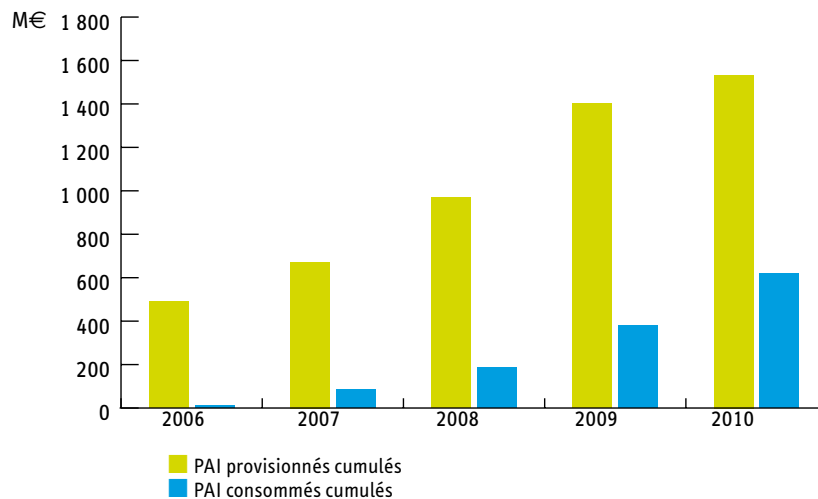
LES AUTRES FINANCEMENTS DE LA CNSA POUR LE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

L'**aide à l'investissement** dans le secteur médico-social pour des opérations de modernisation et de création de places est une mission pérenne de la CNSA depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2008.

Depuis leur création en 2006, les plans d'aide à l'investissement ont été financés sur les excédents budgétaires de la CNSA liés à la sous-consommation des crédits de l'objectif global de dépenses (OGD).

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DES PLANS D'INVESTISSEMENT

Source CNSA 2011.



1,5 Md€ C'est la somme engagée par la CNSA de 2006 à 2010.

Cela représente aujourd'hui plus de **2000 projets**, dont 65 % pour les personnes âgées et 35 % pour les personnes handicapées.

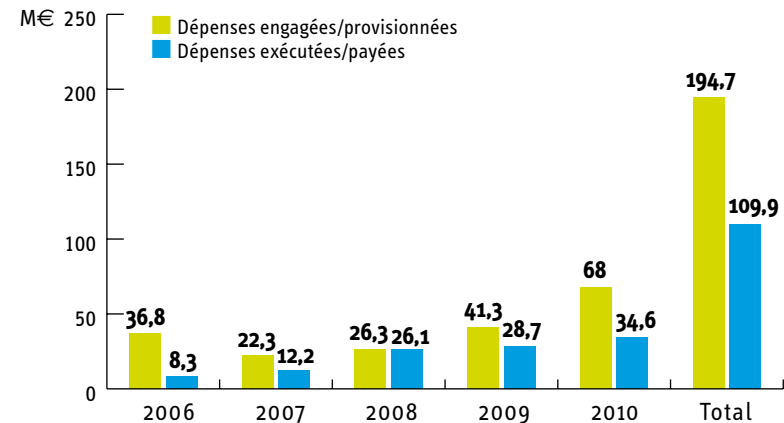
Au 31 décembre 2010, 1 321 établissements avaient engagé leurs travaux, soit une consommation de 620 M€. L'exécution des plans est en effet conditionnée par le rythme de réalisation des travaux.

Un euro d'aide de la CNSA génère plus de 6 euros de travaux, soit plus de **9 milliards d'euros** depuis 2006.

La **modernisation** et la **professionnalisation** de l'aide à domicile ainsi que des métiers du secteur médico-social font partie des missions de la CNSA. Une politique de partenariat a été développée dès 2006 avec les conseils généraux, les grands opérateurs de l'aide à domicile et les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA).

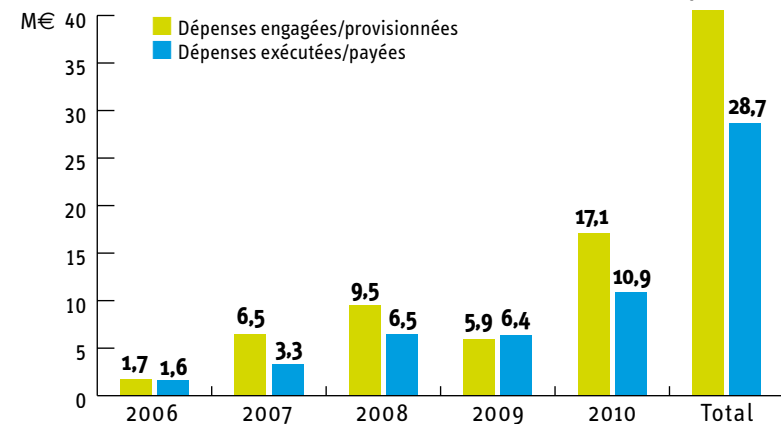
DÉPENSES DE MODERNISATION, PROFESSIONNALISATION ET FORMATION DES MÉTIERS (SECTION IV – PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES)

Source CNSA 2011.



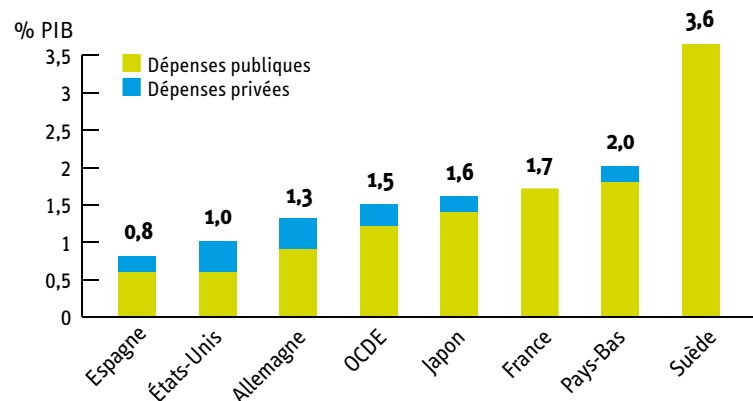
La CNSA consacre également une partie de son budget à la promotion de la **recherche** dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie, à la diffusion de la **connaissance** et au financement d'**études** et d'**actions innovantes**.

DÉPENSES D'ANIMATION, PRÉVENTION ET ÉTUDES (SECTION V – PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES) – Source CNSA 2011.



DÉPENSES LIÉES À LA COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET AUX SOINS DE LONGUE DURÉE EN 2008

Source OCDE 2010 (extraits).

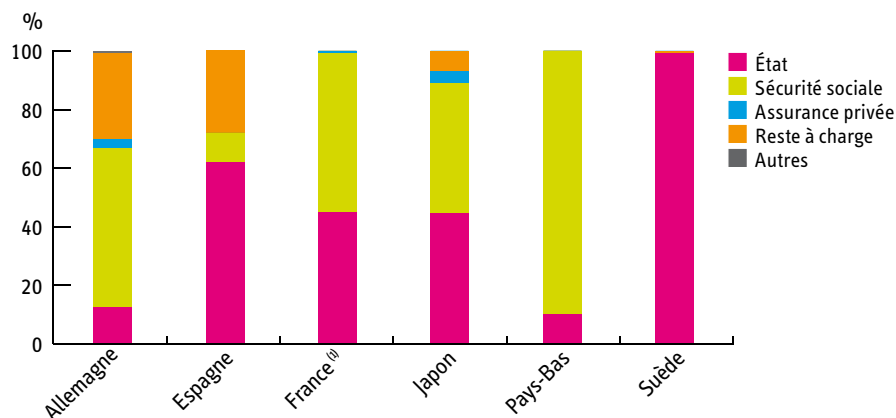


En France, les estimations les plus récentes font état d'un coût global **pour les personnes âgées** (du GIR 1 à 6) des dépenses publiques de santé, de dépendance et d'hébergement qui représente 1,22 point de PIB, soit 24 Md€ en 2010.

Ce montant pourrait croître jusqu'à 1,76 point de PIB en 2040 (scénario intermédiaire avec indexation sur les salaires), soit une dépense supplémentaire de l'ordre de 9 Md€. Source DREES 2011.

RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES À LA COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET AUX SOINS DE LONGUE DURÉE PAR FINANCEUR

Source OCDE 2010 (extraits).



(1) En France, il n'existe pas de données chiffrées exhaustives du reste à charge.

* Selon les dernières observations de la CNSA...

Les réponses apportées dans les différents pays en matière d'aide à l'autonomie sont très diverses, qu'il s'agisse de la part du PIB qui y est consacrée, de l'origine des financements ou de l'organisation institutionnelle.

En **Allemagne**, une assurance dépendance obligatoire fondée sur la répartition, adossée à l'assurance maladie et financée par des cotisations sociales, a été mise en place en 1995. L'octroi des prestations est indépendant des ressources des bénéficiaires. Le financement paritaire employeurs/salariés est ajustable et permet d'assurer l'équilibre financier de l'ensemble. Un débat est actuellement en cours sur l'introduction d'une assurance privée complémentaire basée sur la capitalisation.

En **Suède**, le système repose beaucoup sur la solidarité collective. Il relève de la compétence des communes qui perçoivent une part de l'impôt sur le revenu et gèrent les établissements et prestations. Dans un système essentiellement public mais cher (3,6 points de PIB), les ouvertures vers le secteur privé sont de plus en plus nombreuses.

Au **Japon**, pays qui détient le record de la population la plus vieillissante, le premier plan stratégique date de 1989. Depuis 2000, une loi prévoit la mise en place d'une assurance collective sur la dépendance pour les personnes de plus de 65 ans puis, depuis 2008, pour les plus de 75 ans. Le financement est mixte entre cotisations sociales (à partir de 40 ans), État et collectivités locales.

Aux **États-Unis**, le gouvernement actuel envisage, dans le cadre de la réforme du système de santé, la mise en place d'une assurance publique optionnelle (projet CLASS), qui viendrait compléter le système d'assurances privées. Le programme MEDICARE actuel ne prend pas en charge la couverture des dépenses liées à la dépendance pour les plus de 65 ans.

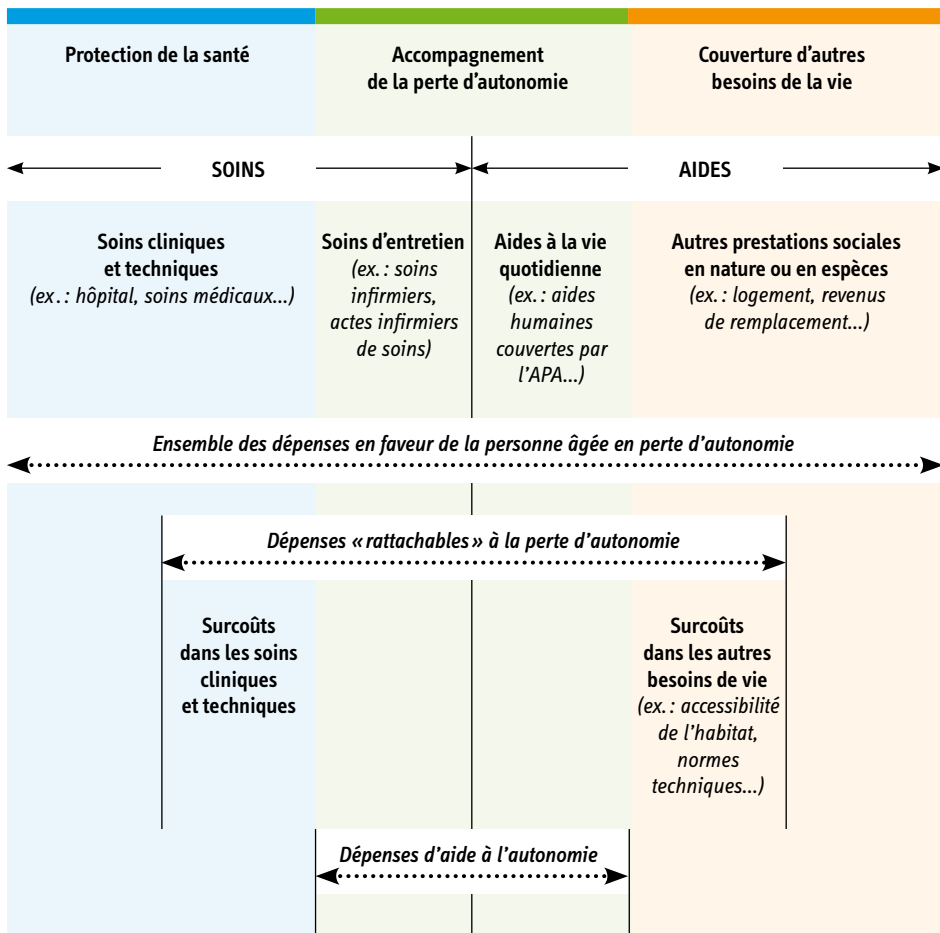
Les États-Unis sont, avec la France, le pays dans lequel le système d'assurances privées est le plus développé, mais ne couvre qu'une faible partie de la population : 5 % des plus de 40 ans (15 % en France, mais avec des garanties très diversifiées dans leur contenu et leur montant selon les contrats).

En France, le montant des primes d'assurance privée collectées a été de 550 M€ en 2010.

Les prestations ont été versées à environ 15 000 assurés, sous forme de rente mensuelle pour un montant moyen de 520 €, généralement pour les cas de perte d'autonomie importante (GIR 1 et 2). Elles représentaient 94 M€ en 2010.

L'APPROCHE DU HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM)

Afin de mieux appréhender les dépenses liées au champ de l'aide à l'autonomie, il convient de le replacer dans un contexte plus large. La **prévention** et le **parcours global de soins** sont des éléments complémentaires à prendre en considération.



Principaux sites officiels sur l'aide à l'autonomie

- Débat national sur la dépendance : www.dependance.gouv.fr
- INSEE : www.insee.fr
- DREES : www.sante.gouv.fr
- INED : www.ined.fr
- OCDE : www.ocde.org