

Vue d'ensemble
Fiches thématiques France
Fiches thématiques Europe
Éclairages <
Annexes
Tableaux détaillés



Le compte de la dépendance de 2010 à 2014

Thibault Darcillon¹

Le compte de la dépendance évalue le coût annuel de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées pour les ménages, les pouvoirs publics et les organismes complémentaires dans l'ensemble de ses dimensions : santé, aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie et hébergement. En 2014, ce coût est estimé à 34,2 milliards d'euros, soit 1,60 % du produit intérieur brut (PIB) ; il a augmenté de 0,1 point de PIB depuis 2010.

Les trois grandes composantes de la dépense, santé, aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie et hébergement, représentent chacune environ un tiers du coût. L'hébergement en établissement constitue la composante la plus dynamique depuis 2010.

Les pouvoirs publics (Sécurité sociale, État et collectivités locales) participent à près de 70 % au financement du coût, le reste représentant l'effort consenti par les ménages.

Le compte de la dépendance évalue le coût lié à la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans ou plus supporté par les pouvoirs publics et les ménages. Il ne s'agit pas ici d'estimer les dépenses totales, notamment en matière de soins, mais uniquement le surcroît de dépenses dû à leur situation de perte d'autonomie.

Le coût est retracé dans ses trois dimensions principales, à savoir les dépenses de santé, les dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie (dimension médico-sociale) et, enfin, les dépenses d'hébergement directement liées à l'état de dépendance (*cf.* encadré méthodologique).

Son périmètre comprend les dépenses au titre de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans ou plus considérées comme fortement ou moyennement dépendantes et classées, de ce fait, en GIR 1 à 4, selon la grille AGGIR². Sont également prises en compte ici certaines dépenses qui bénéficient à des personnes classées en GIR 5 à 6 (considérées comme peu ou pas dépendantes par la grille AGGIR), soit parce qu'elles permettent de lutter contre la perte d'autonomie, soit parce qu'elles sont destinées à des personnes hébergées dans des établissements pour personnes dépendantes.

La prise en charge de la dépendance représente 34,2 milliards d'euros en 2014

Tous financeurs confondus, le coût de la dépendance en France est estimé à 34,2 milliards en 2014, soit 1,60 % du PIB. Sur ce montant total, 12,2 milliards d'euros sont consacrés aux dépenses de santé (soit 36 % du total – tableau 1), 10,5 milliards d'euros aux dépenses de prise en charge spécifique de la perte d'autonomie (soit 31 % du coût total) et 11,5 milliards d'euros (soit 34 %) aux dépenses d'hébergement en établissement.

Sur les 12,2 milliards d'euros consacrés aux dépenses de santé en 2014, 9,4 milliards d'euros correspondent aux dépenses retenues dans l'objectif global de dépenses (OGD) en faveur des personnes âgées, soit 77 % des dépenses de santé. L'OGD regroupe les dotations médico-sociales définies dans le cadre de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) ainsi que les dépenses prises en charge à ce titre par la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA). Puis viennent les dépenses de soins de ville (15 %) et les dépenses engagées au titre des unités de soins de longue durée (USLD – 8 %).

Sur les 10,5 milliards d'euros affectés aux dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie en 2014, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en représente, à elle seule, un peu plus de la moitié (5,5 milliards d'euros). Vient ensuite le ticket modérateur qui désigne la participation éventuelle à cette allocation acquittée par les ménages et dont le montant dépend à la fois du niveau du plan d'aide mobilisé et de leurs revenus³ (pour un peu plus de

¹ L'auteur remercie Arnaud Fizzala pour ses simulations sur le modèle Autonomix.

² Autonomie gérontologique groupes iso-ressources, qui fournit une estimation du degré de dépendance physique et psychique des personnes âgées dans l'accomplissement des actes quotidiens. Les groupes homogènes de perte d'autonomie ainsi constitués vont du niveau 1 (sévère) au niveau 6 (léger), seules les personnes en GIR 1 à 4 étant considérées comme dépendantes éligibles à l'APA.

³ L'APA vise à financer une partie des frais liés une perte d'autonomie significative. S'il s'agit d'une aide universelle, le montant de la participation financière exigée de ses bénéficiaires dépend des ressources de leur ménage. Pour les plus modestes, l'APA financée par

21 %). Sont également estimées les dépenses effectuées le cas échéant par les ménages au-delà du plan d'aide d'APA¹. L'action sociale des caisses de Sécurité sociale, des départements et des communes constitue 9 % des dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la dépendance. Les collectivités locales prennent en effet en charge une partie des dépenses d'aides ménagères et d'accueil familial. Les caisses, quant à elles, financent notamment des dépenses liées à l'aide au maintien à domicile des retraités ou encore liées à l'évaluation des besoins de ces derniers. Les exonérations de cotisations et les différentes prestations de compensation du handicap (prestation de compensation du handicap [PCH] et allocation compensatrice pour tierce personne [ACTP]) versées aux personnes de 60 ans ou plus² représentent chacune près de 600 millions d'euros (soit 6 %). Enfin, ces dépenses sont complétées par les aides fiscales, ainsi que par les dépenses d'équipements spéciaux pour les personnes âgées dépendantes.

Tableau 1 Répartition par poste du coût de la dépendance en 2014

	En milliards d'euros				En % du PIB
	Financeur public	Ménages	Organismes complémentaires	Total	
Sous-total santé	12,2	0,1	0,0	12,2	0,57
OGD Personnes âgées	9,4	-	-	9,4	
Soins de ville	1,8	0,1	-	1,9	
Unités de soins de longue durée (USLD)	1,0	-	-	1,0	
Sous-total aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie	8,1	2,1	0,3	10,5	0,49
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et ticket modérateur	5,5	2,2	-	7,7	
APA au-delà du plan d'aide	-	0,3	-	0,3	
Prestations de compensation du handicap (PCH et ACTP) des 60 ans ou plus	0,6	-	-	0,6	
Action sociale (collectivités territoriales et caisses de Sécurité sociale)	0,9	-	-	0,9	
Dépenses d'équipements spéciaux pour les personnes âgées dépendantes	-	0,1	-	0,1	
Crédit d'impôt sur les équipements spéciaux pour les personnes dépendantes	0,0	0,0	-	0,0	
Exonérations de cotisations patronales pour emploi à domicile	0,6	-	-	0,6	
Crédit/réduction d'impôt sur le revenu pour emploi à domicile	0,2	-0,2	-	0,0	
Aides fiscales (demi-part, taux réduits de TVA) et diverses (actions d'animations)	0,2	-	-	0,2	
Prestations des OC au titre des garanties dépendance	-	-0,3	0,3	0,0	
Sous-total hébergement	3,3	8,2	0,0	11,5	0,54
Aide sociale à l'hébergement	1,2	-	-	1,2	
Aides au logement (APL, ALS)	0,5	-	-	0,5	
Réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement	0,3	-0,3	-	0,0	
Plan d'aide à la modernisation	0,2	-	-	0,2	
Taux réduit TVA construction établissement handicap dépendance	1,1	-	-	1,1	
Coût net de l'hébergement (hors gîte et couvert)	-	8,5	-	8,5	
TOTAL	23,5	10,4	0,3	34,2	1,60

Note > OC : organismes complémentaires.

Champ > France entière. Hors aides informelles.

Source > DREES-Compte de la dépendance.

la collectivité est égale au plan d'aide. À partir d'un certain niveau de revenu, les ménages financent une partie de l'aide sous forme d'un ticket modérateur qui s'élève progressivement en fonction de leurs ressources jusqu'à 90 % de son montant. À partir de 2016, le ticket modérateur dépend non seulement des ressources, mais aussi du plan d'aide (le taux du ticket modérateur décroît quand le plan d'aide augmente).

1 Le montant du plan d'aide est constitué du montant versé par le conseil départemental et du ticket modérateur acquitté par le bénéficiaire. Ce montant est déterminé par les besoins d'aide dont une évaluation est préalablement effectuée par une équipe médico-sociale. Toutefois, le montant du plan d'aide attribué ne couvre pas nécessairement l'intégralité des besoins des personnes dépendantes. En effet, un quart des bénéficiaires de l'APA à domicile saturent leur plan d'aide, l'intégralité de leurs besoins n'est donc pas nécessairement couverte par l'APA (Fizzala, 2016). Faute de pouvoir alors identifier précisément l'aide mobilisée au-delà du plan d'APA, il avait été retenu dans l'ancienne version du compte de la dépendance l'hypothèse conventionnelle d'un « plan d'aide plafonné », ce qui revenait à supposer implicitement que l'intégralité des besoins était couverte par l'APA et le ticket modérateur à la charge des ménages. Désormais, le modèle Autonomix permet d'estimer le plan d'aide « déplafonné » (Fizzala, 2015).

2 Les personnes âgées de plus de 60 ans relèvent en principe de l'APA. Il est toutefois prévu un droit d'option pour celles qui bénéficiaient de l'ACTP ou de la PCH avant 60 ans. Celles-ci peuvent choisir, lorsqu'elles atteignent l'âge de 60 ans ou, après 60 ans, à chaque renouvellement de l'ACTP ou la PCH, soit de continuer à percevoir l'une de ces aides, soit de percevoir l'APA. Toutefois, la PCH remplaçant progressivement l'ACTP, plus aucune nouvelle ACTP n'est attribuée.

Les dépenses d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes sont majoritairement composées du coût net restant à la charge des ménages (74 %). Cette dépense nette correspond au tarif hébergement après déductions des aides reçues (telles que l'aide sociale à l'hébergement [ASH] et les aides au logement) et des dépenses de gîte et couvert¹. Viennent ensuite, pour environ 10 % chacune, l'ASH et les dépenses fiscales pour la construction de nouveaux établissements (taux de TVA réduit)². Enfin, les dépenses d'hébergement prises en charge par la collectivité comprennent les différentes aides au logement (aide personnalisée au logement [APL] et allocation de logement social [ALS]) et les montants alloués par la CNSA pour la modernisation des établissements médico-sociaux pour personnes âgées.

Le coût de la dépendance a augmenté de 0,1 point de PIB entre 2010 et 2014

Entre 2010 et 2014, le coût de la dépendance a connu une augmentation continue, passant de 29,6 milliards d'euros en 2010 (soit 1,48 % du PIB – tableau 2) à 34,2 milliards d'euros en 2014 (soit 1,60 % du PIB), soit une augmentation de 9 % en euros constants. Cette dépense globale relative à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées progresse quel que soit l'indicateur, que ce soit par tête en euros constants ou en part de PIB entre 2010 et 2014. Cette croissance est portée par celle des dépenses d'hébergement en établissement, qui sont passées de 0,47 % du PIB en 2010 à 0,54 % du PIB en 2014. Les dépenses de soins ont également connu une augmentation, de 0,53 % à 0,57 % du PIB entre 2010 et 2014. Les dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie sont quant à elles stables au cours du temps, représentant respectivement 0,48 % et 0,49 % du PIB en 2010 et 2014. Bien qu'on observe en général une baisse des taux de prévalence de la dépendance par âge d'une génération à l'autre (Lecroart, Froment, Marbot et Roy, 2013), le vieillissement de la population française induit une progression continue du nombre de personnes âgées dépendantes (en GIR 1 à 4). Elles sont passées de près de 1 150 000 en 2010 à 1 200 000 en 2014, soit une augmentation de 4 %. Ainsi, le rapport de la population dépendante à la population active³ est passé de 4,07 % en 2010 à 4,33 % en 2014.

Au-delà des évolutions des effectifs concernés par ces dispositifs qui affectent par nature l'ensemble des composantes du compte, la dynamique des dépenses d'hébergement en établissement pour personnes dépendantes semble avant tout s'expliquer par la croissance de sa principale composante, le coût net restant à la charge des ménages. Toutefois, le chiffrage de l'évolution du coût net restant à la charge des ménages est fragile. La croissance des dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie est, quant à elle, principalement tirée par la hausse des dépenses allouées à l'APA (en moyenne annuelle de 1,6 % entre 2010 et 2014), principalement en raison de l'augmentation du nombre des bénéficiaires (de 2,1 % en moyenne annuelle sur la même période). Simultanément, le montant du ticket modérateur acquitté par les ménages a augmenté à un rythme légèrement supérieur aux dépenses d'APA, respectivement en moyenne annuelle de 2 % et de 1,6 %. La plus faible augmentation des dépenses d'APA pourrait résulter de la progression moins rapide à partir de 2013 des dotations budgétaires départementales allouées aux dépenses d'action sociale (Amar, 2015) dans un contexte de resserrement de la contrainte budgétaire.

Tableau 2 Coût de la dépendance entre 2010 et 2014

	En milliards d'euros					En % du PIB				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Sous-total santé	10,6	11,0	11,5	11,9	12,2	0,53	0,54	0,55	0,56	0,57
Sous-total aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie	9,6	9,8	10,2	10,4	10,5	0,48	0,48	0,49	0,49	0,49
Sous-total hébergement	9,5	9,7	10,4	10,9	11,5	0,47	0,47	0,50	0,51	0,54
TOTAL	29,6	30,5	32,1	33,2	34,2	1,48	1,48	1,54	1,57	1,60

Champ > France entière. Hors aides informelles des ménages.

Source > DREES-Compte de la dépendance.

1 Le modèle Autonomix estime le coût de l'hébergement pour les ménages en tenant compte de la TVA à 5,5 % si l'établissement a déclaré y être soumis dans l'enquête EHPA 2011. Cette enquête porte sur l'ensemble des établissements d'hébergement de personnes âgées (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], maisons de retraites, unités de soins de longue durée [USLD], logements-foyers...). À partir du coût de l'hébergement, le coût net est obtenu par déduction des dépenses de gîte et de couvert par tête dont le montant avait été estimé pour l'année 2010 par le groupe piloté par Bertrand Fragonard sur la stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées. Il est actualisé en fonction de l'indice des prix à la consommation pour les années suivantes. Ces dépenses de gîte et couvert correspondent aux dépenses minimales que les personnes devraient engager si elles résidaient à domicile (celles-ci ont été évaluées à partir de l'enquête Budget des familles de l'INSEE et correspondent aux dépenses incompressibles : alimentation, assurance logement, loyer...).

2 L'APA en établissement est destinée à aider son bénéficiaire à acquitter le tarif dépendance de la structure qui l'accueille, tandis que l'ASH vise à couvrir intégralement ou en partie les dépenses d'hébergement en cas de ressources insuffisantes du bénéficiaire. Ainsi, il est possible de cumuler l'APA et l'ASH (Bérardier, 2015). La dépense nette d'ASH prise en compte est la dépense nette en faveur des personnes âgées (obtenue en déduisant de la dépense brute les montants des récupérations sur bénéficiaires, obligés alimentaires et successions).

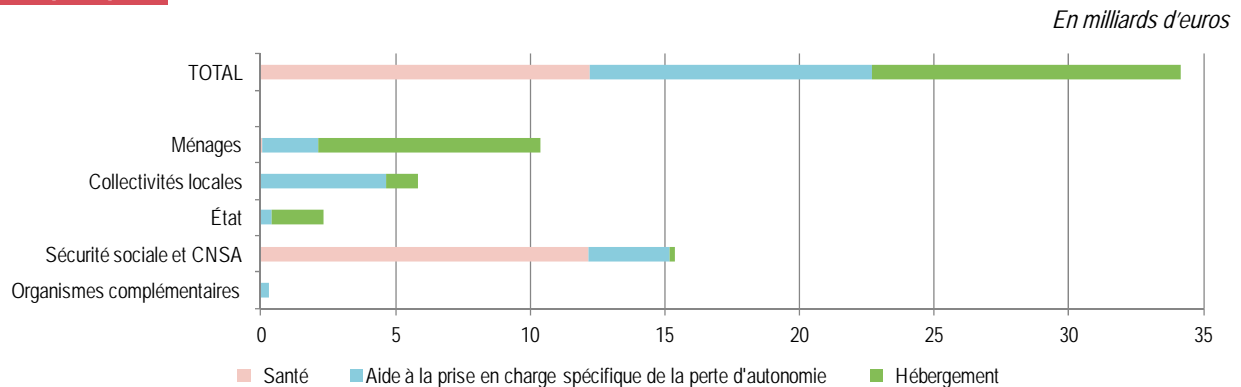
3 Population active de 15 ans ou plus au sens du BIT.

Enfin, la croissance des dépenses de santé est portée principalement par la hausse de l'objectif général de dépense (OGD) à destination des personnes âgées. L'OGD est constitué à hauteur de 90 % du montant prévisionnel défini annuellement de l'ONDAM à destination des personnes âgées. L'augmentation constatée des dépenses de l'OGD entre 2010 et 2014 peut notamment s'expliquer par le développement croissant des structures médico-sociales à destination des personnes âgées (voir fiche B2 du rapport de la DREES *Les dépenses de santé en 2014*).

La contribution des différents financeurs varie fortement selon le type de dépenses

Sur une dépense totale de 34,2 milliards d'euros en 2014, la Sécurité sociale (y compris CNSA) constitue le premier financeur, tant à domicile qu'en établissement, et représente 45 % de la prise en charge globale. Les ménages et les collectivités territoriales participent respectivement à hauteur de 30 % et de 17 % au financement du coût de la dépendance. Enfin, le reste de la prise en charge est assuré par l'État (7 %) et par les organismes complémentaires (1 % – graphique 1).

Graphique 1 Répartition par financeur du coût de la dépendance en 2014



Champ > France entière en 2014. Hors aides informelles des ménages.

Source > DREES-Compte de la dépendance.

Toutefois, la structure du financement est très contrastée selon le type de dépenses considéré. Pour l'année 2014, près de 99 % du surcoût des dépenses de santé est pris en charge par les caisses d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

Le financement des dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie des personnes âgées est plus diversifié : les collectivités locales (principalement les départements) assurent près de 44 % du financement de ces dépenses, suivies par les caisses de Sécurité sociale (y compris CNSA) avec 29 % du financement total. Les ménages contribuent à hauteur de près de 20 % au financement de ces dépenses formelles de prise en charge. Ces dépenses sont complétées par divers financements assurés par l'État (4 % du total, sous la forme de dispositifs fiscaux divers) et par les organismes complémentaires (3 %).

Enfin, la majorité des dépenses d'hébergement est supportée par les ménages, avec 72 % de la dépense globale. L'État et les collectivités territoriales participent respectivement à hauteur de 17 % et 10 % au financement de ces dépenses d'hébergement, le reste étant assuré par les caisses de la Sécurité sociale (1 %).

Les organismes complémentaires jouent un rôle croissant, quoique mineur, dans la couverture de la dépendance. Les montants de cotisations¹ collectées par les organismes d'assurance sur le champ de la dépendance n'ont cessé d'augmenter entre 2010 et 2014, passant de près de 500 millions d'euros en 2010 à plus de 900 millions d'euros en 2014. Parallèlement à l'augmentation des cotisations, les prestations versées par les organismes complémentaires au titre des garanties dépendance ont connu une très forte croissance, passant de 175 à près de 300 millions d'euros entre 2010 et 2014.

La grande majorité des dépenses de l'État est composée des dépenses fiscales en faveur des personnes en situation de dépendance (en hausse de 7 % en moyenne annuelle entre 2010 et 2014). Une partie de ces dépenses fiscales, constituée de la demi-part supplémentaire pour les contribuables invalides, vise à réduire directement l'effort consenti par les ménages, en particulier au titre des dépenses de prise en charge. L'autre partie est composée des diverses déductions fiscales sous la forme de taux de TVA réduit s'appliquant sur certains appareillages spécifiques et aux services à la personne à destination des personnes âgées dépendantes. Ainsi, ces déductions peuvent également s'adresser à des entreprises fournissant des biens et des services aux personnes âgées dépendantes. Outre ces dépenses fiscales, l'État intervient également dans le financement des aides au logement (APL et ALS) auxquelles sont aussi éligibles les personnes âgées en établissement.

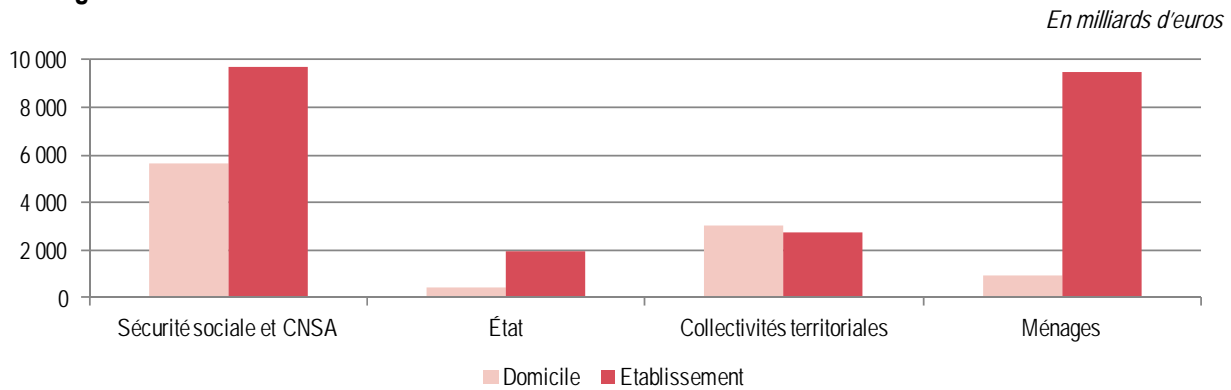
Malgré la hausse des participations de l'État et des organismes complémentaires durant cette période, la contribution des ménages a progressé entre 2010 et 2014 au même rythme que l'ensemble des différents financeurs.

¹ Le terme « cotisations », habituellement employé par les mutuelles et institutions de prévoyance, correspond au terme « primes » usité par les sociétés d'assurances.

Les dépenses d'hébergement y ont largement contribué, notamment en raison du fort accroissement du coût net restant à leur charge.

En 2014, les dépenses à domicile sont financées pour plus de la moitié par la Sécurité sociale (y compris CNSA), suivie par les départements (30 %). Les ménages, l'État et les organismes complémentaires complètent le financement des dépenses à domicile¹. La Sécurité sociale (41 %) et les ménages (40 %) constituent les deux principaux financeurs des dépenses destinées aux personnes résidant en établissement, le reste étant financé par l'État et les départements (graphique 2).

Graphique 2 Répartition des dépenses en faveur de la dépendance par financeur en fonction du mode d'hébergement en 2014



Champ > France entière. Hors aides informelles des ménages et hors organismes complémentaires (soit 300 millions d'euros au total en 2014, intégralement comptabilisés comme des dépenses à domicile).

Source > DREES-Compte de la dépendance.

Les personnes vivant en établissement concentrent 70 % du coût de la dépendance en 2014

Sur une dépense totale de 34,2 milliards d'euros en 2014, 23,8 milliards d'euros sont destinés à des personnes dépendantes résidant en établissement (soit 70 % du total) et 10,3 milliards à des personnes dépendantes à domicile. Pour autant, les bénéficiaires de l'APA résident plus fréquemment à domicile (56 % de l'ensemble des bénéficiaires) qu'en établissement.

Le niveau plus élevé des dépenses en établissement par rapport à celles à domicile peut s'expliquer par un degré de dépendance moyen plus élevé en établissement. En effet, 68 % des personnes lourdement dépendantes (GIR 1-2) vivent en établissement, contre 25 % des personnes moyennement dépendantes (GIR 3-4) et 1 % des personnes pas ou peu dépendantes de 60 ans ou plus (GIR 5-6). Cette répartition est relativement stable entre 2010 et 2014. Or, quel que soit le niveau de GIR considéré, le coût unitaire mesuré² est plus élevé en établissement qu'à domicile : pour les personnes en GIR 1-2, 3 950 euros mensuels par tête en établissement contre 2 040 euros à domicile ; pour les personnes en GIR 3-4, 2 920 euros en établissement et 750 euros à domicile et 2 260 euros pour les personnes en GIR 5-6 en établissement.

Ces coûts unitaires sont ainsi croissants avec le degré de dépendance. Par conséquent, 52 % des dépenses totales liées à la dépendance se concentrent sur les personnes les plus dépendantes (GIR 1-2) qui ne représentent que 3 % de la population âgée de 60 ans ou plus en 2014. Une grande majorité des dépenses (80 %) consacrées aux personnes les plus dépendantes figurent en établissement. Les personnes moyennement dépendantes (GIR 3-4) représentent 36 % du coût total, pour seulement 5 % des 60 ans ou plus. Enfin, par symétrie, les personnes faiblement dépendantes (GIR 5-6) ne comptent logiquement que pour 12 % du coût total, alors qu'elles constituent 92 % des effectifs des 60 ans ou plus.

En particulier, le surcoût en dépenses de santé se concentre en quasi-totalité sur les personnes fortement dépendantes (près de 64 % pour les seuls GIR 1-2) et moyennement dépendantes (près de 33 % pour les GIR 3-4), les personnes peu ou pas dépendantes (GIR 5-6) ne générant que 3 % du surcoût en santé (graphique 3).

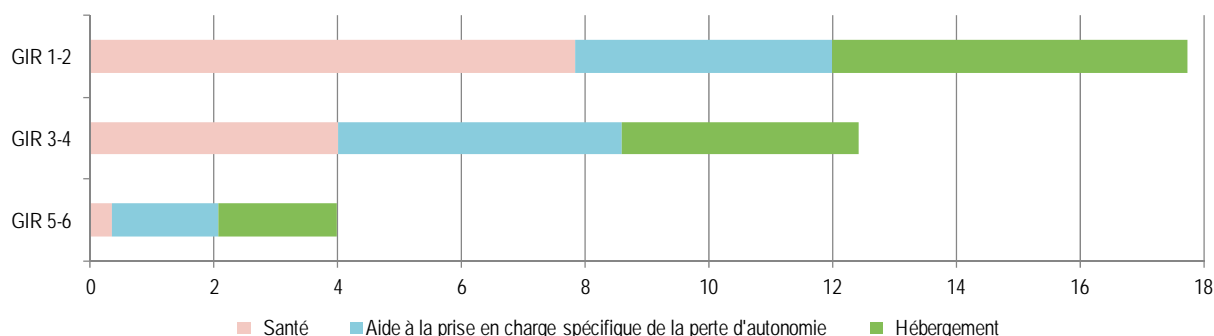
En revanche, le coût de l'hébergement et celui d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie est généré par l'ensemble des personnes dépendantes, et pas seulement les moins autonomes. Cela est visible en particulier pour l'APA : les personnes classées en GIR 1-2 sont deux fois moins nombreuses à en bénéficier que les personnes en GIR 3-4 (près de 440 000 bénéficiaires en GIR 1-2 contre près de 800 000 bénéficiaires en GIR 3-4), mais elles présentent des dépenses par tête près de deux fois plus élevées (730 euros mensuels par tête pour les personnes classées en GIR 1-2 en 2014, contre 415 euros pour les personnes classées en GIR 3-4).

1 Il a été retenu par convention l'hypothèse selon laquelle l'intégralité des prestations versées par les organismes complémentaires constitue des dépenses à domicile.

2 À domicile, il n'inclut pas l'aide informelle, ni la totalité de l'aide professionnelle hors plan d'aide APA, ni les dépenses liées à la dépendance acquittées par les ménages sans aide de la collectivité (aide ménagère, aménagements du logement ...) qui relèveraient du poste « hébergement ».

Graphique 3 Répartition par GIR du coût de la dépendance en 2014

En milliards d'euros

**Champ** > France entière en 2014. Hors aides informelles des ménages.**Source** > DREES-Compte de la dépendance.**La hausse du coût de la dépendance est tirée par la dépense en établissements**

La dynamique des dépenses totales s'explique davantage par l'évolution des dépenses liées aux personnes âgées dépendantes en établissement (ayant progressé de 4 % en moyenne annuelle de 2010 à 2014 à prix constants) que par celle des dépenses à domicile (2 % par an entre 2010 et 2014).

L'évolution des dépenses à domicile semble s'expliquer par l'évolution des effectifs (2 % en moyenne annuelle entre 2010 et 2014), le coût unitaire étant resté globalement stable pour l'ensemble de la période considérée. La croissance des dépenses en établissement résulte avant tout de la hausse des effectifs (avec une croissance annuelle moyenne de 3 % entre 2010 et 2014), mais aussi de l'accroissement du coût unitaire moyen (avec une croissance annuelle moyenne de 2 % entre 2010 et 2014). La croissance des effectifs dépend fortement de l'offre en établissements et en services médico-sociaux. Or, d'après les données de la CNSA, la croissance du nombre de lits et de places installés en établissement a atteint près de 4 % entre 2010 et 2014. En 2011, le taux d'occupation (défini comme le rapport des effectifs accueillis au nombre de places existantes) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est de 97 % d'après l'enquête EHPA 2011¹ témoignant d'une forte saturation de l'offre à destination des personnes âgées dépendantes.

Encadré 1 Précisions méthodologiques**Champ du compte de la dépendance**

L'objectif de ce compte est d'évaluer l'ensemble des dépenses directement imputables à l'état de dépendance des personnes âgées de 60 ans ou plus. Différents types de dépenses sociales et fiscales sont retracées, pour leur seul surcoût propre à la perte d'autonomie : les dépenses de santé, les dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la dépendance et les dépenses d'hébergement en établissement. En sus des dépenses de santé, le compte retrace des dépenses correspondant à des situations pouvant être assimilées à une perte d'autonomie (dépenses en établissement des personnes classées en GIR 5 ou 6).

En plus des dépenses d'APA à domicile prises en charge par les départements et la CNSA, l'intégralité des dépenses prises en charge par les ménages est estimée. Ces dépenses comprennent le ticket modérateur de l'APA ainsi que le montant du plan d'aide au-delà du plafond, que l'on suppose directement financé par les ménages. Sont également comptabilisées les prestations des organismes complémentaires versées aux ménages au titre des garanties dépendance. En revanche, sont exclues du champ les aides informelles apportées aux personnes âgées dépendantes par leurs proches, ces dépenses étant difficilement quantifiables et ne pouvant être valorisées de manière fiable.

Parmi les dépenses de santé, on ne prend pas en compte les dépenses d'hospitalisation, faute de pouvoir isoler dans les données disponibles les dépenses d'hospitalisation des personnes dépendantes. Ceci conduit à une sous-estimation du surcoût en santé des personnes âgées dépendantes. Par ailleurs, pour éviter tout double compte avec les dépenses en établissement, les dépenses en soins de ville sont exclusivement considérées comme des dépenses à domicile. L'enrichissement en cours des données de l'Assurance maladie permettra d'améliorer dans l'avenir l'estimation des dépenses de santé des personnes dépendantes en établissement.

1 Il s'agit du taux d'occupation instantané au 31 décembre 2011. Les 3 % restants de ce taux d'occupation s'expliquent principalement par des places inoccupées de manière frictionnelle.

Sources

La majorité des dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la dépendance et d'hébergement ont été estimées à l'aide des montants fournis par le modèle de microsimulation Autonomix de la DREES pour l'année 2011. Ce modèle de microsimulation porte exclusivement sur le champ de la dépendance des personnes âgées ; il a pour objectif d'appréhender les différents aspects que revêt la prise en charge de la perte d'autonomie. Il intègre un grand nombre de données individuelles sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) de 2011 collectées auprès des 66 conseils départementaux participants. La description du modèle de microsimulation Autonomix a fait l'objet d'une publication récente par la DREES (Fizzala, 2015). Ce modèle fournit le montant estimé pour la personne en fonction de ses caractéristiques de l'APA à domicile et en établissement, du ticket modérateur de l'APA, du dépassement éventuel au-delà du plafond du plan d'aide estimé, du crédit d'impôt ainsi que des exonérations de cotisations sociales pour l'emploi d'une personne à domicile, de l'ASH, des différentes aides au logement (APL et ALS), de la réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement et enfin du coût brut de l'hébergement.

Outre les estimations fournies par le modèle Autonomix, de multiples sources ont été mobilisées. Les dépenses de santé ont été estimées à partir des données annuelles de l'Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM). Les estimations des travaux réalisés par la DREES en 2013 à partir de l'appariement des données de l'enquête Santé en ménages ordinaires et des données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont été reprises et actualisées (voir Renoux et Roussel, 2014, pour une présentation détaillée de la méthodologie utilisée). Une partie des données relatives à l'APA est extraite de l'enquête Aide sociale produite par la DREES, complétée par les données de la CNSA. L'enquête Aide sociale fournit des dépenses totales de l'APA à domicile et en établissement ainsi que les dépenses d'action sociale des collectivités territoriales. Les données relatives à l'action sociale des caisses de Sécurité sociale sont fournies par la CNSA. Les données relatives aux diverses réductions d'impôt (crédits d'impôts, taux réduit de TVA, déductions, demi-part) sont issues des estimations réalisées dans le cadre des annexes des projets de loi de finances pour les années 2010 à 2014. Les données sur les exonérations de cotisations sociales patronales sont issues de la CNSA. Enfin, les estimations sur les organismes complémentaires ont été réalisées par la DREES à partir des états prudentiels, comptables et statistiques collectés par l'ACPR.

Révisions méthodologiques du compte de la dépendance

Selon une première estimation du compte de la dépendance réalisée par le groupe de travail piloté par Bertrand Fragonard en juin 2011 portant sur la « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », le montant des dépenses publiques relatives à la dépendance avait été évalué à près de 24 milliards d'euros en 2010, soit 1,23 % du PIB. Courant 2013, ce compte a été réactualisé par la DREES (Renoux et Roussel, 2014). Le coût annuel de la prise en charge de la perte d'autonomie avait ainsi été évalué à environ 28 milliards d'euros pour l'année 2011. À la suite de l'introduction de plusieurs changements méthodologiques, détaillés ci-dessous, le coût de la dépendance est désormais estimé à 31 milliards pour la même année.

La méthodologie utilisée en 2013 a été reprise à l'identique pour évaluer les dépenses de santé, mais des changements ont été introduits dans l'estimation des dépenses d'hébergement et d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie.

D'une part, une nouvelle version d'Autonomix a été développée en révisant les hypothèses employées. Dans le calcul de l'impôt sur le revenu, l'hypothèse selon laquelle la demi-part invalidité bénéficie à toutes les personnes âgées a été abandonnée, en raison du faible taux global de bénéficiaires de la demi-part invalidité avéré depuis. Ainsi, par rapport à l'estimation réalisée en 2013, le montant du crédit d'impôt pour l'emploi d'une personne à domicile a été réévalué de 31 millions d'euros pour l'année 2011. Quant à la réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement, seule la répartition entre GIR a été modifiée. Par ailleurs, les exonérations de cotisations patronales de Sécurité sociale concernent aussi bien les aides à domicile employées directement par la personne dépendante ou bien employées par les services d'aide à domicile. Désormais, la nouvelle version d'Autonomix considère un montant identique d'exonérations pour ces deux situations. À la suite de ce changement méthodologique, seule la répartition entre GIR a été modifiée dans l'estimation de l'exonération des cotisations patronales pour l'emploi à domicile. Enfin, la nouvelle version d'Autonomix intègre désormais la TVA dans le tarif d'hébergement : ainsi, par rapport à l'estimation en 2013, le montant du coût net de l'hébergement a été réévalué de près de 1,6 milliard d'euros pour l'année 2011.

D'autre part, cette nouvelle estimation inclut désormais une partie des dépenses directement financées par les ménages au-delà du plan d'aide personnalisé, grâce à la nouvelle version d'Autonomix qui simule de façon plus précise un montant de plan d'aide « déplafonné », avant de lui appliquer le montant maximal du plan d'aide APA (environ 0,3 milliard en 2011). Les dispositifs fiscaux liés aux personnes dépendantes sont comptabilisés différemment. En premier lieu, le partage des dépenses fiscales selon leur public cible (personnes handicapées ou personnes dépendantes) a été revu, ce qui conduit notamment à rehausser d'environ 600 millions la fraction « dépendance » du taux réduit de TVA pour la construction d'établissements pour personnes âgées ou handicapées pour l'année 2011. Est alors estimée à partir des données de la CNSA la part des places et de lits attribuées aux personnes âgées dépendantes entre 2009 et 2013 dans l'ensemble des places et lits pour les personnes invalides, ce ratio étant supposé stable sur l'ensemble de la période. En outre, seuls les dispositifs fiscaux ne représentant aucune contrepartie pour les ménages (comme l'application de taux réduit de TVA ou de la demi-part supplémentaire pour les contribuables invalides) sont pris en compte dans le calcul du coût de la dépendance. Les autres dispositifs, considérés comme des prestations venant compenser l'effort des ménages (comme les réductions d'impôt sur l'emploi à domicile, sur les équipements spéciaux pour les personnes handicapées ou encore les prestations des organismes complémentaires au titre des garanties dépendance), n'ont par construction aucun impact sur le coût global, tous financeurs confondus.

Enfin, le compte comprend désormais aussi les prestations des organismes complémentaires au titre des garanties dépendance. Celles-ci viennent modifier le partage du coût entre les financeurs, mais n'ont aucun impact sur son montant global.

Bibliographie

- Amar E., 2015, « Dépenses d'aide sociale départementale en 2013 », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 197, août.
- Beffy M., Roussel R., Solard, J. et Mikou M., 2015, « Les dépenses de santé en 2014 », *Rapport*, collection Études et Statistiques, DREES, septembre.
- Bérardier M., 2015, « Aide sociale à l'hébergement et allocation personnalisée d'autonomie en 2011 : profil des bénéficiaires en établissement », *Études et Résultats*, DREES, n° 909, mars.
- Fizzala A., 2015, « Autonomix. Un modèle de microsimulation sur le champ de la dépendance des personnes âgées », *Document de travail*, DREES, n° 54, octobre.
- Fizzala A. 2016, « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les dossiers de la DREES*, n° 1, mars.
- Fragonard B., 2011, « Stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées », *Rapport*, juin.
- Lecroart A., Froment O., Marbot C. et Roy D., 2013, « Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation », *Dossier Solidarité Santé*, DREES, n° 43, septembre.
- Renoux A. et Roussel R., 2014, « Le compte de la dépendance en 2011 », *Dossiers Solidarité Santé*, DREES, n° 50, février.



La dépense de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux

Gaëlle GUIBERT¹ (DREES)

En 2014, l'Assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont consacré 9,3 milliards d'euros aux soins en établissements et services médico-sociaux (ESMS) en faveur des personnes handicapées. Ces dépenses de soins aux personnes handicapées augmentent chaque année, mais à un rythme moins élevé depuis 2010 : la croissance annuelle moyenne est, en effet, de 3,0 % entre 2010 et 2014, tandis qu'elle était de 4,6 % entre 2006 et 2010.

En 2014, 67 % de cette dépense, soit 6,2 milliards d'euros, concernent des établissements et services en faveur des enfants et adolescents handicapés. Cette proportion a légèrement diminué au cours du temps, puisque les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés représentaient 70 % de la dépense globale en 2009.

Depuis 2009, la structure de la dépense des ESMS en faveur des enfants handicapés reste relativement stable. Les établissements représentent toujours la grande majorité des dépenses par rapport aux services (85 % en 2009 ; 83 % en 2014). Toutefois, la progression des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), qui interviennent dans le milieu de vie des enfants handicapés, a été importante, à la suite du programme pluriannuel 2008-2012 de soutien de la scolarisation et du développement de l'autonomie des enfants mis en place par la CNSA. Les instituts médico-éducatifs (IME) sont les établissements pour enfants et adolescents handicapés qui occupent la place la plus importante à la fois en termes de capacité d'accueil (44,3 %) et de dépenses (45,3 %).

La structure de la dépense des ESMS en faveur des adultes handicapés financés au moins en partie par l'Assurance maladie et la CNSA (2,9 milliards d'euros en 2014) est également restée stable au cours du temps. Les établissements représentent toujours la grande majorité des dépenses (94 % en 2014 comme en 2009), loin devant les services. Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil spécialisés (FAM) occupent une place centrale, que ce soit en termes de capacité d'accueil ou de dépenses. Ces structures continuent à se développer, tout comme les services permettant le maintien des adultes handicapés en milieu ordinaire.

¹ L'auteure remercie Isabelle Boilleau de la CNAMTS pour la fourniture de données détaillées, ainsi que le bureau « Handicap, dépendance » de la DREES pour les données de l'enquête auprès des établissements pour enfants et adultes handicapés (ES-handicap 2010).

Des établissements et services médico-sociaux adaptés à l'âge, au type de handicap, au degré d'autonomie des personnes...

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit légalement le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Les personnes handicapées peuvent être orientées vers différents types d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) selon leur âge, leur type de handicap, leur degré d'autonomie, ou leur situation (annexe de l'éclairage). Ces établissements et services proposent plusieurs modalités d'accueil (accueil de jour, semi-internat, internat...) et certains peuvent intervenir en milieu ordinaire (domicile, établissement scolaire, établissement professionnel...).

En France, deux grandes catégories d'établissements et services peuvent être distingués : ceux accueillant des enfants ou adolescents (moins de 20 ans) et ceux accueillant des adultes (schéma 1). Les jeunes adultes handicapés de 20 ans, dont l'état de santé le nécessite, sont orientés d'un établissement pour enfants vers un établissement pour adultes handicapés. Cependant, si l'admission immédiate dans un établissement adéquat pour adultes handicapés n'est pas possible, l'amendement de l'article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 (dit « amendement Creton ») permet le maintien de jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans en établissements pour enfants handicapés dans l'attente d'une solution adaptée.

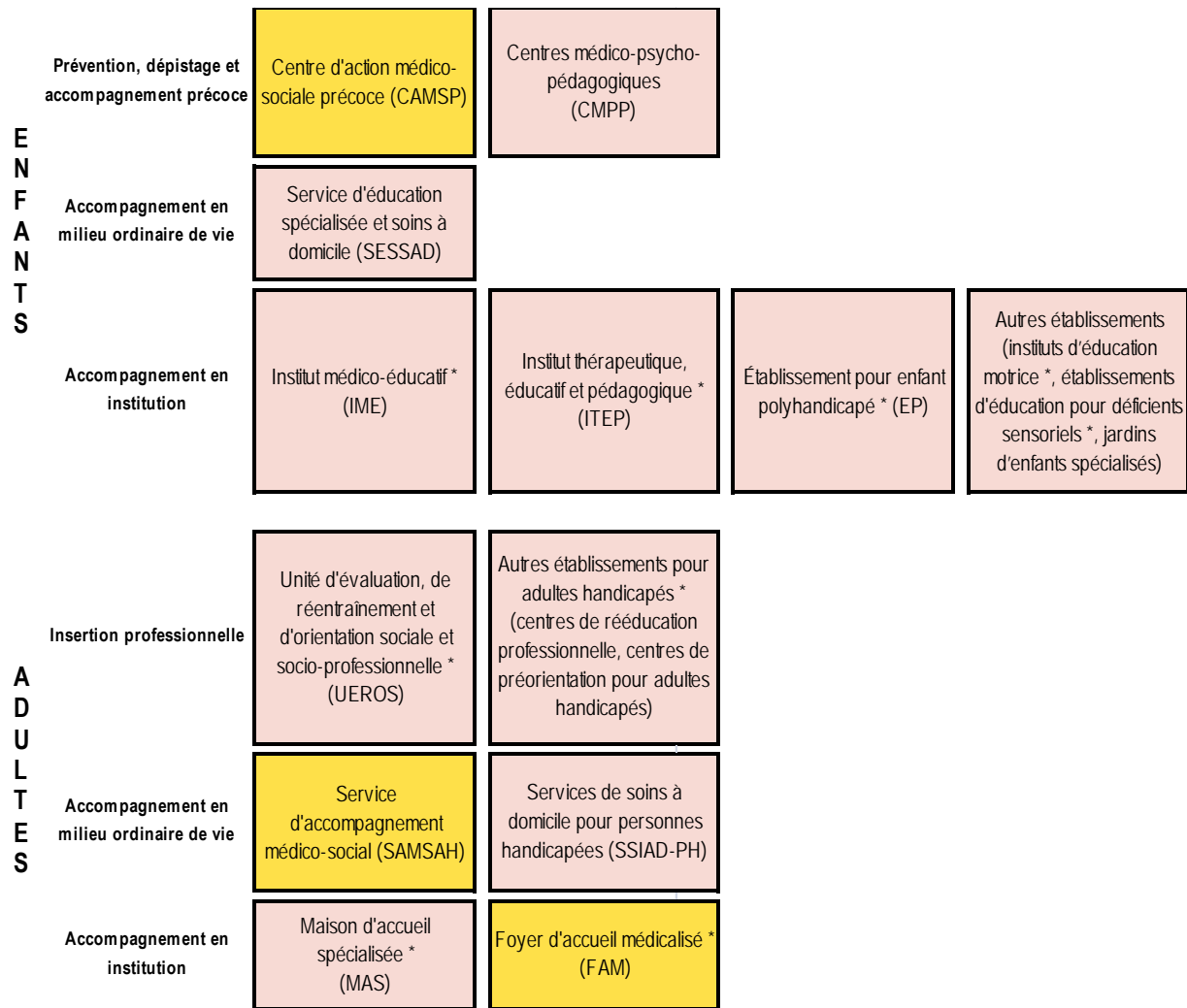
Les établissements pour enfants handicapés diffèrent principalement selon le public accueilli. Les **instituts médico-éducatifs** (IME) s'adressent aux enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle et proposent une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique équilibrée. Les **instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques** (ITEP) accueillent des enfants présentant des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et l'accès aux apprentissages, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle (annexe de l'éclairage). Leur objectif est de favoriser le retour à un dispositif éducatif ordinaire ou adapté. Les enfants polyhandicapés, présentant un handicap grave à expressions multiples associant déficiences motrices et déficiences mentales qui entraînent une restriction de leur autonomie, nécessitent une assistance constante pour les actes de la vie quotidienne. Ils sont accueillis et suivis par les **établissements pour enfants polyhandicapés** (EP).

Les **services d'éducation spéciale et de soins à domicile** (SESSAD) interviennent quant à eux, au sein des différents lieux de vie de l'enfant (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs). Ils apportent un soutien éducatif et thérapeutique individualisé.



Concernant les établissements pour adultes handicapés, les deux types les plus répandus, parmi les ESMS financés au moins en partie par l'Assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), sont les **maisons d'accueil spécialisées** (MAS) et les **foyers d'accueil médicalisés** (FAM). Ces deux établissements reçoivent des adultes handicapés, qui ne peuvent effectuer seuls les actes essentiels de la vie et dont l'état impose le recours à une tierce personne, une surveillance médicale et des soins constants. Peu d'éléments différencient théoriquement ces deux structures, même si, dans la pratique, les MAS reçoivent des personnes davantage dépendantes de l'aide d'un tiers, notamment des personnes en situation de polyhandicap¹.

Les **services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés** (SAMSAH) interviennent dans les milieux de vie des personnes souffrant d'un handicap (domicile, universitaire, professionnel, lieux d'activités sociales...) concourant ainsi à leur maintien à domicile et à la préservation de leurs autonomie et activités sociales.

¹ Cf. Makdessi Y., 2012, *Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités*, Document de travail, DREES, série Études et Recherche, n° 123, octobre.

Schéma 1 Les différents types d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) destinés aux personnes handicapées financés en partie par la Sécurité sociale (y compris par la CNSA)

* Ces structures proposent à la fois un accueil de jour et un hébergement.

Financement :  Sécurité sociale  Sécurité sociale et conseil départemental

En 2014, l'Assurance maladie et la CNSA ont consacré 9,3 milliards d'euros aux soins aux personnes handicapées

Le financement des dépenses liées aux soins des personnes handicapées au sein des établissements et services médico-sociaux correspond à l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social pour les personnes handicapées. Cet objectif est composé d'une contribution de l'Assurance maladie à travers l'ONDAM médico-social¹ et de l'apport de la CNSA, sur ses ressources propres², pour le financement des ESMS. La CNSA est en outre chargée de répartir ces crédits aux agences régionales de santé (ARS).

En 2014, 9,3 milliards d'euros ont été consacrés aux soins aux personnes handicapées à travers le financement des ESMS. L'Assurance maladie assure la très grande majorité du financement de ces soins en 2014 (9,0 milliards d'euros, soit 97 %).

La Sécurité sociale, que ce soit à partir des crédits de l'Assurance maladie ou des ressources propres de la CNSA, finance ou cofinance la majorité des ESMS pour personnes handicapées (schéma 1), même si les ressources de quelques types de structures proviennent exclusivement des conseils départementaux (certaines des structures proposant de l'hébergement) ou de l'État (établissements et services d'aide pour le travail – encadré 1). Cet éclairage

1 L'ONDAM médico-social est composé de deux enveloppes : l'une consacrée aux établissements et services accompagnant les personnes âgées, l'autre aux établissements et services accompagnant les personnes handicapées. Les montants de l'ONDAM sont votés chaque année par le Parlement. Ils ne peuvent être dépassés mais peuvent être gelés en partie en cours d'année.

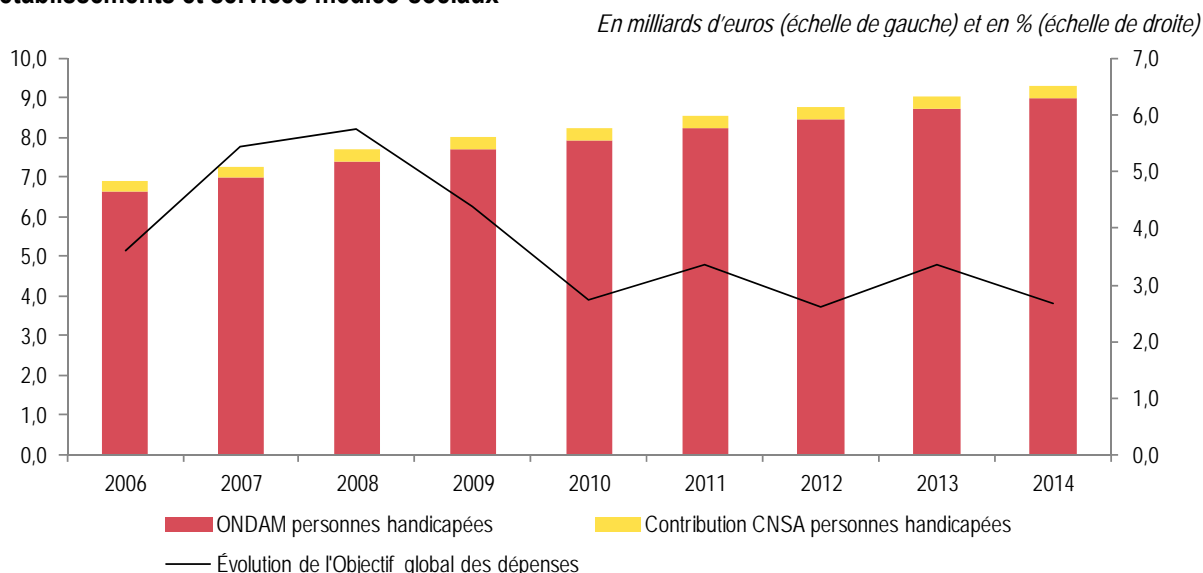
2 Les ressources propres de la CNSA destinées au financement des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées proviennent d'une fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), produit de la journée nationale de solidarité mise en place en 2004 pour financer une meilleure prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

s'intéresse plus particulièrement à la part des dépenses des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées financée par la Sécurité sociale (y compris la CNSA) afin de préciser les dépenses de soins¹ dispensés aux personnes handicapées au sein des ESMS. Aussi, l'analyse se concentre-t-elle sur les ESMS financés au moins en partie par la Sécurité sociale. Pour les ESMS cofinancés par la Sécurité sociale et les conseils départementaux, seules sont ici considérées les dépenses financées par la Sécurité sociale.

Globalement, les dépenses de soins aux personnes handicapées augmentent chaque année (graphique 1). L'ONDAM médico-social en faveur des personnes handicapées progresse à un rythme plus élevé que celui de l'ONDAM global (3,8 % contre 2,8 % pour l'ONDAM en moyenne annuelle entre 2006 et 2014). Cependant, le rythme de croissance des dépenses de soins aux personnes handicapées ralentit depuis 2010 : la croissance annuelle moyenne s'établit à 3,0 % entre 2010 et 2014, alors qu'elle atteignait 4,6 % entre 2006 et 2010. Cette moindre croissance est liée au resserrement des taux de progression sous-jacents aux ONDAM votés par le Parlement. De plus, au 31 décembre 2010, la CNSA avait alloué les financements nécessaires de près de 26 000 places sur les 41 500 initialement prévues dans le cadre du Programme pluriannuel de créations de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012. Entre 2008 et 2010, la CNSA avait ainsi alloué les deux tiers des 1,3 milliards d'euros prévus dans le cadre de ce Programme, le tiers restant ayant été versé entre 2010 et 2014.

Même si la progression de l'ONDAM médico-social est désormais moins rapide, les efforts de création de places se poursuivent avec en particulier la création de plus de 14 200 places programmée par la CNSA entre 2015 et 2018, le plan Autisme 2013-2017 ainsi que le schéma national pour les handicaps rares 2014-2018.

Graphique 1 Montants et évolution des dépenses de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux



Note > Le montant des soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes handicapées » de l'objectif global de dépenses (OGD) réalisé.

Sources > Comptes de la santé, à partir des données DSS pour l'ONDAM ; DGCS pour l'OGD.

En 2014, 6,2 milliards d'euros sont consacrés aux établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants et adolescents handicapés

Sur les 9,3 milliards de l'OGD médico-social pour personnes handicapées, les deux tiers sont consacrés aux soins en établissements et services pour enfants et adolescents (tableau 1), environ un tiers aux adultes et un peu moins de 2 % aux établissements et services qui accueillent à la fois des adultes et des enfants handicapés. De fait, le taux d'équipement² des établissements et services concernant les enfants handicapés est largement supérieur à celui des adultes handicapés (9,4 places installées pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, contre 2,3 places installées pour 1 000 habitants de 20 ans ou plus). Les taux d'équipements varient aussi beaucoup d'un département à l'autre. Mais ces inégalités sont à nuancer en l'absence de données sur les disparités départementales des prévalences des handicaps.

1 Les dépenses de soins sont considérées au sens large du terme, elles correspondent en réalité aux dépenses liées aux soins financées par la Sécurité sociale, y compris la CNSA, et peuvent comprendre les salaires du personnel non médical, les frais de fonctionnement...

2 Le taux d'équipement est défini comme le rapport entre le nombre de places installées et la population estimée par tranche d'âge (0-19 ans pour les enfants, et 20-59 ans pour les adultes). Les chiffres sont issus du Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », PLFSS 2016 où figurent également des cartes permettant de compléter l'analyse.

Entre 2009 et 2014, la part des dépenses consacrées aux enfants handicapés dans la dépense globale des soins en faveur des personnes handicapées a légèrement diminué, passant de 70 % en 2009 à 67 % en 2014, au profit des dépenses consacrées aux adultes handicapés (28 % en 2009 ; 32 % en 2014). La part des autres établissements et services est restée à 2 %, que ce soit en 2009 ou en 2014. Au cours de cette période, les dépenses de soins pour adultes handicapés en établissements et services médico-sociaux (ESMS) ont augmenté plus rapidement que celles des enfants (5,3 % par an pour les adultes, contre 2,0 % par an pour les enfants). Cette progression est notamment à rapprocher de l'amorce d'un rattrapage du retard de l'offre des ESMS en faveur des adultes, de la plus grande continuité de prise en charge de jeunes adultes handicapés (pouvant être maintenus temporairement en établissement pour enfants après l'amendement Creton), ou encore des enjeux liés au vieillissement des personnes handicapées : durées de séjours de plus en plus longues, accroissement des besoins de santé...

Tableau 1 Montants et structure de la dépense des établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants et des adultes handicapés en 2009 et 2014

	2009		2014	
	En millions d'euros	En %	En millions d'euros	En %
Établissements et services à destination des enfants handicapés	5 645,6	70,0	6 227,7	66,9
Institut médico-éducatif (IME) ⁽¹⁾	2 562,0	45,4	2 821,4	45,3
Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)	695,6	12,3	617,1	9,9
Établissement pour enfant polyhandicapé (EP)	451,8	8,0	559,2	9,0
Service d'éducation spécialisée et soins à domicile (SESSAD)	722,9	12,8	882,5	14,2
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	147,7	2,6	171,3	2,8
Autres établissements pour « enfance inadaptée » ⁽²⁾	1 065,6	18,9	1 176,2	18,9
Établissements et services à destination des adultes handicapés	2 273,5	28,2	2 940,4	31,6
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	1 409,0	62,0	1 798,0	61,1
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	399,5	17,6	597,7	20,3
Service d'accompagnement médico-social (SAMSAH)	81,6	3,6	91,6	3,1
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (SSIAD PH)	56,9	2,5	75,4	2,6
Unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS)	19,4	0,9	24,7	0,8
Autres établissements pour adultes handicapés ⁽³⁾	307,1	13,5	353,1	12,0
Autres établissements et services ⁽⁴⁾	151,8	1,9	141,6	1,5
Dépense totale des soins des personnes handicapées	8 070,9	100,0	9 309,8	100,0

(1) Y compris les IME belges (des enfants handicapés peuvent être accueillis dans des IME en Belgique faute de places disponibles en France. Ces dépenses sont alors prises en charge par l'assurance maladie française). En 2014, les IME belges représentent environ 5 % des dépenses des IME.

(2) Les autres établissements pour « enfance inadaptée » comprennent les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les instituts d'éducation motrice (IEM), les établissements d'éducation pour déficients sensoriels, les jardins d'enfants spécialisés.

(3) Les autres établissements pour adultes handicapés comprennent les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO).

Note > La catégorie « Autres établissements pour enfance inadaptée » a été retraitée par rapport au tableau B3.2. des *Comptes de la santé – édition 2015*, à partir des données de la Commission de répartition fournie par la CNAMTS.

(4) Les autres établissements et services comprennent les centres de ressources et les autres prestations médico-sociales.

Lecture > Les dépenses des établissements et services à destination des enfants handicapés sont de 6 227,7 millions d'euros en 2014, soit 66,9 % de la dépense totale des soins des personnes handicapées. Elles représentaient 70,0 % de la dépense totale en 2009. Les IME représentent 45,3 % des établissements et services à destination des enfants handicapés en 2014 (contre 45,4 % en 2009), les ITEP 9,9 % en 2014 (contre 12,3 % en 2009)...

Sources > Données des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'assurance maladie et de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS.

Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés

Les IME occupent une place centrale dans l'accueil des enfants handicapés en 2014

En 2014, l'Assurance maladie a consacré plus de 6,2 milliards d'euros aux établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés. Ces établissements et services offrent une capacité d'accueil de plus de 154 000 places installées au 1^{er} janvier 2014¹, réparties dans plus de 2 200 établissements et plus de 1 600 services, en France métropolitaine et dans les DOM.

Avec une dépense de plus de 2,8 milliards d'euros en 2014, les instituts médico-éducatifs (**IME**) représentent 45,3 % de la dépense des soins en ESMS pour enfants handicapés. Ces établissements sont aussi ceux qui ont la capacité d'accueil la plus importante, avec plus de 68 000 places, soit 44,3 % des places installées en ESMS en faveur des enfants handicapés (graphique 2).

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (**ITEP**) occupent également une place importante, avec une dépense de 617,1 millions d'euros en 2014, soit 9,9 % de l'ensemble des dépenses de soins en faveur des enfants handicapés. Ils offrent une capacité d'accueil de 15 000 places, représentant une part équivalente (9,7 %) des places installées en ESMS en faveur des enfants handicapés. Les IME accueillent des enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle, tandis que les ITEP accueillent des enfants atteints de troubles psychiques *a priori* sans déficience intellectuelle. La majorité des salariés de ces deux types de structures travaillent dans les domaines éducatif, pédagogique et social (enseignement, éducateurs spécialisés...)². Les enfants accueillis dans les ITEP sont davantage encadrés que ceux des IME : le taux d'encadrement³ des ITEP est de 83,8 ETP pour 100 places installées contre 65,2 pour les IME.

Les établissements pour enfants polyhandicapés (**EP**) représentent une dépense de 559,2 millions d'euros, soit 9,0 % des sommes consacrées aux ESMS pour enfants handicapés, bien qu'ils n'offrent que 3,6 % des places installées en ESMS pour enfants handicapés. Cela s'explique par le public accueilli par ces établissements, le plus souvent des enfants souffrant d'un grave handicap à expressions multiples, qui requiert un taux d'encadrement plus important que ceux accueillis dans les autres structures : ce taux atteint 118,5 ETP pour 100 places installées. Les salariés des EP travaillent pour la plupart dans le domaine éducatif, pédagogique et social, mais aussi dans le domaine paramédical et de la psychologie (aide-soignant, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...). Compte tenu de ces éléments, ce sont les établissements pour lesquels la dépense moyenne⁴ par place est la plus élevée (plus de 100 000 euros par place en 2014).

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (**SESSAD**) représentent 14,2 % de l'ensemble de la dépense des ESMS en faveur des enfants handicapés et proposent 31,0 % des places installées pour les enfants handicapés. Les SESSAD interviennent dans le milieu de vie des enfants handicapés. Ils requièrent un taux d'encadrement relativement bas (28,5 ETP pour 100 places installées) par rapport aux autres ESMS. Ils ont également la dépense moyenne par place la plus faible (près de 18 500 euros en 2014).

Enfin, la dépense des autres établissements pour enfants handicapés s'élève à 1,2 milliard d'euros en 2014. Mais les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des régimes d'assurance maladie ne permettent pas de connaître précisément les dépenses associées à ces établissements (*cf.* annexe de l'éclairage pour la description de ces différents établissements). Ces établissements regroupent notamment les établissements pour jeunes déficients sensoriels (**EJDS** ; 7 600 places), les instituts d'éducation motrice (**IEM** ; 7 100 places), l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux (2 600 places) et les **jardins d'enfants spécialisés** (230 places). Ils comptent au total pour 11,4 % de l'ensemble des places pour enfants handicapés.

1 Le nombre de places installées est un indicateur de la capacité d'accueil de l'établissement ou du service. Les données sont issues de STATISS (STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social) fournies par les Agences régionales de santé (ARS), les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), et la DREES.

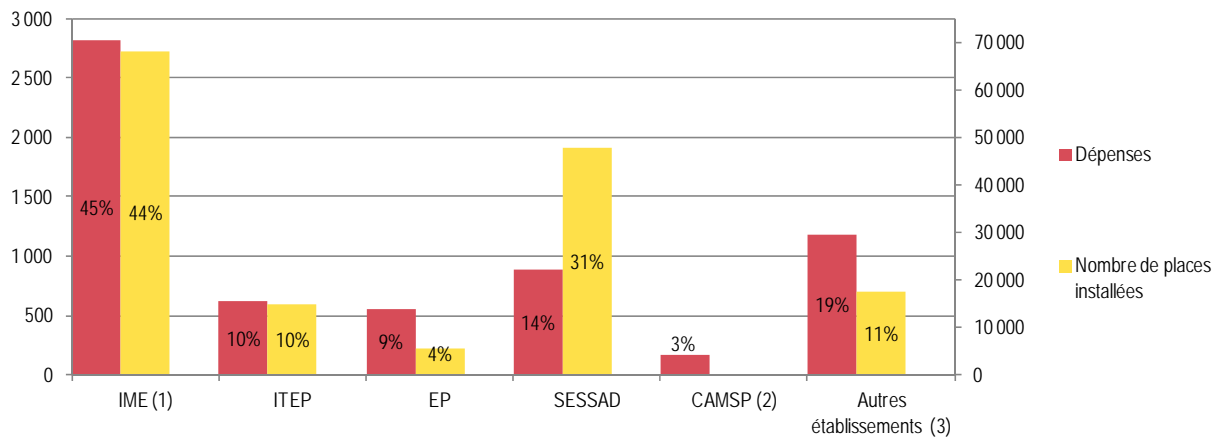
2 Données issues de l'enquête auprès des établissements pour enfants et adultes handicapés (ES-handicap 2010) conduite tous les quatre ans par la DREES.

3 Le taux d'encadrement correspond au rapport entre le nombre de salariés en équivalent temps plein (ETP) travaillant dans l'établissement, toutes professions confondues, et le nombre de places installées dans l'établissement. Ces données sont issues de l'enquête ES-handicap 2010 de la DREES.

4 La dépense moyenne par place des établissements pour polyhandicapés (EP) a été calculée en rapportant la dépense totale des établissements pour polyhandicapés en 2014 au nombre de places installées en EP au 1^{er} janvier 2014.

Graphique 2 Montant de la dépense et capacité d'accueil, par type d'établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en 2014

En millions d'euros (échelle de gauche) et nombre de places installées (échelle de droite)



(1) Les dépenses des IME belges sont intégrées dans les dépenses des IME, mais le nombre de places installées en IME en Belgique n'est pas intégré dans la capacité d'accueil française en IME.

(2) Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont des services ambulatoires qui reçoivent les enfants en consultation selon le principe de file active (nombre d'enfants vus au moins une fois dans l'année), non pas de places installées. Leur capacité d'accueil n'est donc pas présentée. Seule la fraction de dépenses des CAMSP prise en charge par la Sécurité sociale est comptabilisée ici.

(3) Les autres établissements comprennent les établissements pour jeunes déficients sensoriels, les instituts d'éducation motrice, les jardins d'enfants spécialisés, les CMPP, l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux... Les CMPP suivent une logique de file active, non pas de places installées, leur capacité d'accueil n'est pas présentée.

Lecture > En 2014, les dépenses de la Sécurité sociale au titre des IME s'élèvent à 2,8 milliards d'euros, soit 45 % de l'ensemble de ses dépenses consacrées en France aux établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants et adolescents handicapés. Les IME offrent, au 1^{er} janvier 2014, 68 249 places installées représentant 44 % de la capacité d'accueil des établissements et services en faveur des enfants et adolescents handicapés.

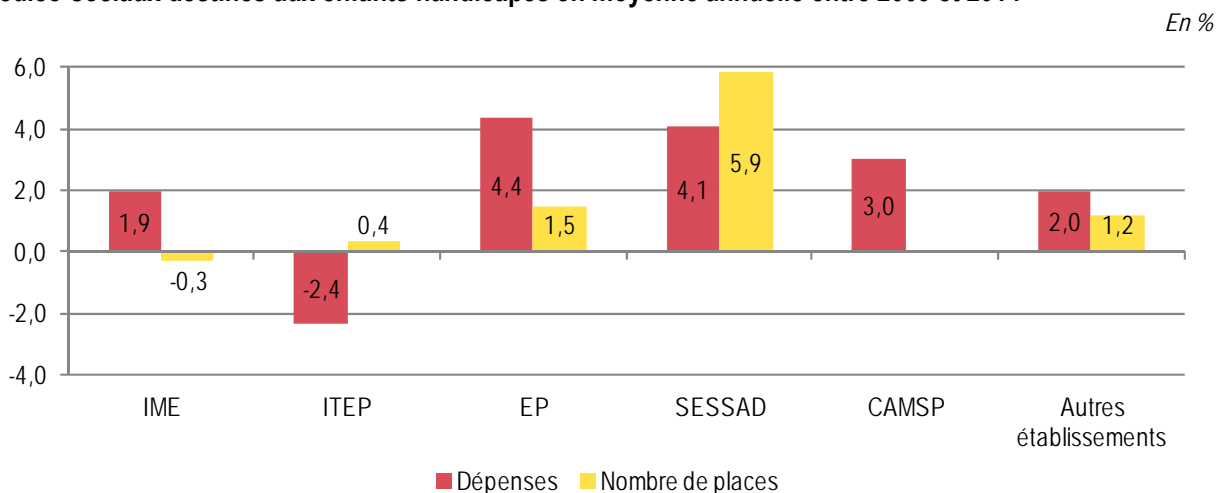
Sources > Données des TCDC des différents régimes obligatoires de l'assurance maladie et de la commission de répartition fournies par la CNAMTS pour les montants de la dépense ; STATISS 2014 pour la capacité d'accueil.

Une progression des dépenses des soins pour enfants handicapés en ESMS de 2,0 % par an en moyenne entre 2009 et 2014

Les dépenses de soins en établissements et services pour enfants handicapés ont augmenté de 2,0 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2014.

La progression des dépenses des SESSAD a été particulièrement importante : 4,1 % par an en moyenne entre 2009 et 2014, pour un nombre de places installées qui a progressé de 5,9 % annuels au cours de la même période (graphique 3). Les capacités des SESSAD sont ainsi passées de près de 36 000 en 2009 à environ 48 000 en 2014. Les dépenses de la Sécurité sociale pour les CAMSP ont aussi crû de 3,0 % par année entre 2009 et 2014. Pour ces deux services, la progression s'est accélérée depuis 2012 (+4,3 % par an entre 2012 et 2014, contre +3,6 % par an entre 2009 et 2012).

Les dépenses en établissements ont aussi globalement progressé, mais moins fortement que celles des services. En particulier, celles des établissements pour enfants polyhandicapés ont augmenté de 4,4 % par an entre 2009 et 2014, tandis que leur nombre de places croissait de 1,5 % par an. En IME, la hausse des dépenses est plus modérée (+1,9 % par an au cours de la période), tandis que celles des ITEP ont diminué, surtout entre 2009 et 2011 (-5,4 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2011 ; puis -0,3 % entre 2011 et 2014). Le nombre de places installées dans ces deux types d'établissements est resté relativement stable (diminution de -0,3 % en IME ; progression de 0,4 % en ITEP).

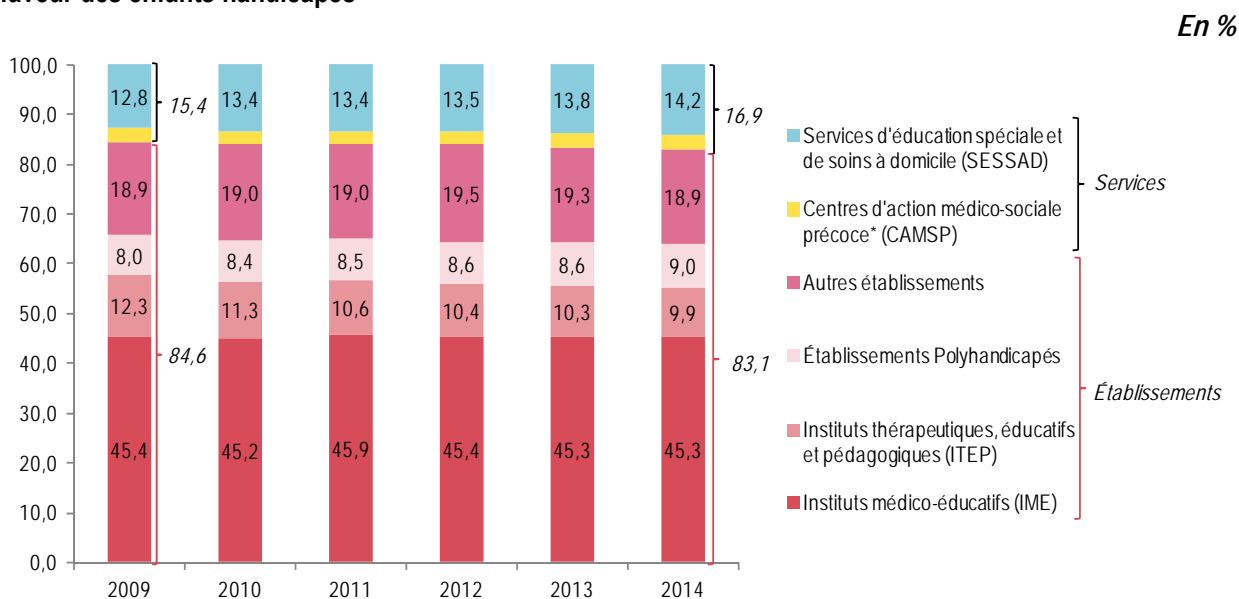
Graphique 3 Évolution des dépenses et du nombre de places par type d'établissements et services médico-sociaux destinés aux enfants handicapés en moyenne annuelle entre 2009 et 2014

Notes > Les CAMSP suivent une logique de file active non pas de places installées, leur capacité d'accueil n'est pas présentée. Les autres établissements comprennent les IEM, les EJDS, les jardins d'enfants spécialisés. Les CMPP sont inclus dans les dépenses des autres établissements, mais ne sont pas comptabilisés dans les nombres de places installées car ils suivent également une logique de file active.

Sources > Données des TCDC des régimes d'assurance maladie et de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS pour les dépenses et STATISS pour le nombre de places installées (données non disponibles pour l'année 2009, le nombre de places a été approché à partir de la moyenne des données des années 2008 et 2010).

Un soutien de la Sécurité sociale (y compris de la CNSA) au développement des services

La structure de la dépense des ESMS en faveur des enfants handicapés est restée relativement stable depuis 2009, les établissements représentant toujours la grande majorité des dépenses (84,6 % en 2009 ; 83,1 % en 2014 – graphique 4), loin devant les services. La part des SESSAD dans les dépenses pour ESMS pour enfants handicapés est cependant de plus en plus importante, passant de 12,8 % en 2009 à 14,2 % en 2014. Cela est à relier au programme pluriannuel 2008-2012 mis en place par la CNSA, qui soutient la scolarisation et le développement de l'autonomie des enfants, en particulier par le déploiement des SESSAD et des CAMSP. La part des dépenses liées aux IME est restée stable au cours du temps (45,4 % en 2009, 45,3 % en 2014), celle liée aux ITEP a légèrement diminué (12,3 % en 2009, 9,9 % en 2014) au profit des établissements pour polyhandicapés (8,0 % en 2009, 9,0 % en 2014).

Graphique 4 Évolution de la structure de la dépense des établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants handicapés

* Seule la fraction de dépenses des CAMSP prise en charge par la Sécurité sociale est comptabilisée ici.

Note > Les autres établissements comprennent les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les instituts d'éducation motrice (IEM), les établissements d'éducation pour déficients sensoriels, les jardins d'enfants spécialisés...

Sources > Données des TCDC des régimes d'assurance maladie et de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS.

Les établissements et services pour adultes handicapés

Les MAS et les FAM représentent plus de 80 % des dépenses et 60 % de la capacité d'accueil des établissements et services pour adultes handicapés en 2014

En 2014, la Sécurité sociale a consacré plus de 2,9 milliards d'euros aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) en faveur des adultes handicapés. Ces établissements offrent plus de 82 300 places au 1^{er} janvier 2014, réparties dans plus de 1 800 établissements et plus de 1 300 services¹, en France entière. À l'inverse des ESMS pour enfants handicapés, il existe, pour les adultes handicapés, des ESMS intégralement financés par d'autres sources que la Sécurité sociale (conseils départementaux, État), proposant en particulier de l'hébergement et de l'accompagnement social et professionnel. Ces ESMS occupent aussi une place importante (encadré 1) ; toutefois, seuls les ESMS financés au moins en partie par la Sécurité sociale sont ici pris en compte afin de représenter les dépenses de soins en ESMS pour adultes handicapés.

Les maisons d'accueil spécialisées (**MAS**) et les foyers d'accueil médicalisés (**FAM**) occupent une place centrale : en 2014, la Sécurité sociale leur a consacré près de 2,4 milliards d'euros, soit 81,5 % du montant des dépenses de l'ensemble des ESMS pour adultes handicapés (61,1 % pour les MAS et 20,3 % pour les FAM – graphique 5). Cependant, il ne s'agit là, pour les FAM, que des financements alloués au titre des soins, des personnels médicaux et paramédicaux. Il existe aussi des financements de la part des conseils départementaux au titre de l'hébergement et de l'animation. Les dépenses des FAM retracées ici ne représentent donc pas l'intégralité des dépenses mais les seules dépenses de soins. Ces deux types d'établissements sont aussi ceux qui offrent les capacités d'accueil les plus importantes, respectivement plus de 26 000 et 23 500 places. Ils représentent à eux deux 60,0 % des places installées des ESMS en faveur des adultes handicapés. Les MAS reçoivent des personnes davantage dépendantes de l'aide d'un tiers pour réaliser des actes essentiels du quotidien (communiquer avec autrui, se laver ou se déplacer à l'intérieur du lieu d'hébergement), en particulier plus de personnes en situation de polyhandicap². La plus forte dépendance des personnes accueillies en MAS implique un taux d'encadrement³ plus important dans ce type de structure : 121,9 ETP pour 100 places installées en MAS, contre 107,4 en FAM. La majorité des salariés de ces structures travaille soit dans les domaines éducatif, pédagogique et social, soit dans les domaines paramédical ou de la psychologie. La dépense moyenne par place⁴ des MAS reste la plus élevée des ESMS pour adultes : plus de 69 000 euros par an en moyenne en 2014, contre 25 300 euros pour les FAM, même si cette dernière dépense ne concerne que la partie « soins » des FAM financée par l'Assurance maladie.

Les autres établissements pour adultes handicapés représentent 12,8 % des dépenses des ESMS pour adultes handicapés (plus de 377 millions d'euros). Parmi eux, les centres de rééducation professionnelle (**CRP**), les centres de préorientation (**CPO**) et les Unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (**UEROS**) offrent près de 11 000 places installées, soit 13,3 % de l'ensemble des places destinées aux adultes handicapés. Leurs taux d'encadrement est relativement faible (un peu plus de 30 ETP pour 100 places installées) et les salariés de ces structures travaillent essentiellement dans le domaine éducatif, pédagogique et social.

Seule la partie soins des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (**SAMSAH**) est financée par la Sécurité sociale, la partie « accompagnement à la vie sociale » est financée par les conseils départementaux. En 2014, l'Assurance maladie a consacré plus de 91 millions d'euros au financement des SAMSAH, soit 3,1 % de l'ensemble des dépenses des ESMS en faveur des adultes handicapés. Ces services proposent plus de 8 000 places au 1^{er} janvier 2014 (10,1 % de l'ensemble des places installées en faveur des adultes handicapés). Ils interviennent dans les milieux de vie des adultes handicapés. Ils ont une dépense moyenne par place des plus faibles (près de 11 000 euros en 2014), le taux d'encadrement y étant relativement bas (29,0 ETP par place installée en 2010).

Enfin, les services de soins infirmiers pour personnes handicapées (**SSIAD-PH**) représentent 2,6 % des dépenses consacrées aux ESMS pour adultes handicapés et 7,5 % des places installées.

1 Les données sont issues de STATISS (STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social) fournies par les Agences régionales de santé (ARS), les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), et la DREES.

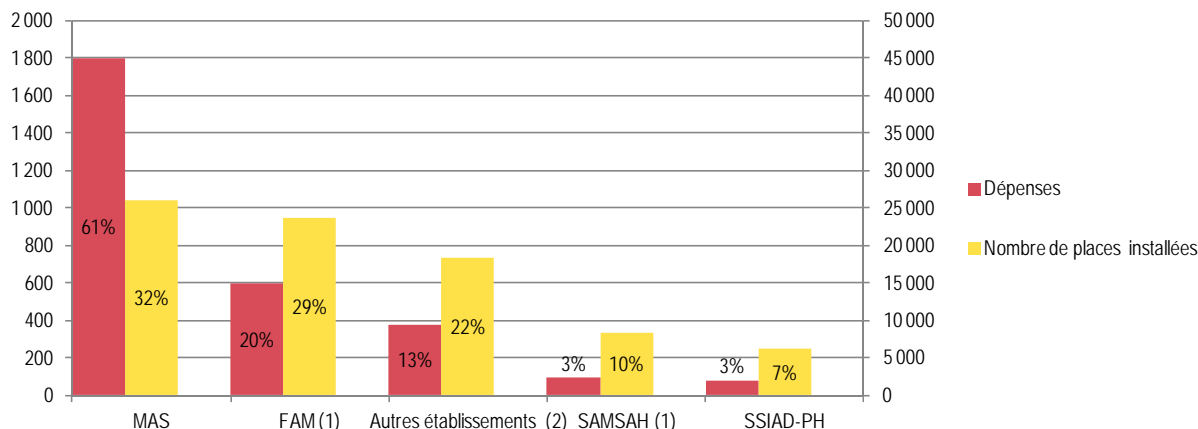
2 Makdessi Y., 2012, « Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités », Document de travail, DREES, série Études et Recherche, octobre.

3 Le taux d'encadrement correspond au rapport entre le nombre de salariés en équivalent temps plein (ETP) travaillant dans l'établissement, toutes professions confondues, et le nombre de places installées dans l'établissement. Ces données sont issues de l'enquête ES-handicap 2010 de la DREES.

4 La dépense moyenne par place des maisons d'accueil spécialisées (MAS) a été calculée en rapportant la dépense totale des MAS en 2014 au nombre de places en MAS installées au 1^{er} janvier 2014.

Graphique 5 Montant des dépenses et capacités d'accueil par type d'établissements et services pour adultes handicapés en 2014

En millions d'euros (échelle de gauche) et nombre de places installées (échelle de droite)



(1) Seules les fractions de dépenses des FAM et des SAMSAH prises en charge par la Sécurité sociale sont comptabilisées ici.

(2) Les autres établissements comprennent les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UJEROS), l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux...

Lecture > En 2014, les dépenses de la Sécurité sociale au titre des MAS s'élevaient à 1,8 milliard d'euros, soit 61 % de l'ensemble de ses dépenses consacrées aux établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes handicapés. Les MAS offrent au 1^{er} janvier 2014, 26 034 places installées, soit 32 % de la capacité d'accueil des établissements et services en faveur des adultes handicapés.

Sources > Données des TCDC des régimes d'assurance maladie et de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS pour les montants ; STATISS 2014 et PLFSS 2015 pour les capacités.

Encadré 1 Les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés non financés par la Sécurité sociale

D'autres établissements financés par d'autres sources que l'Assurance maladie, en particulier par les conseils départementaux, participent à l'accueil des adultes handicapés.

Les **foyers de vie**, ou « **occupationnels** », accueillent des adultes « dont le handicap ne permet pas d'exercer une activité professionnelle, mais ayant une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes ». Les **foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés** assurent « l'hébergement et l'entretien des adultes handicapés qui exercent une activité professionnelle ». Ces structures, ainsi que les **foyers d'accueil polyvalents** correspondant aux foyers d'hébergement qui proposent simultanément de l'hébergement ouvert, de l'accueil foyer de vie et de l'accueil médicalisé, offrent plus de 90 000 places aux adultes handicapés soit environ 30 % du nombre global de places en ESMS pour adultes handicapés (financés ou non par la Sécurité sociale).

Les services d'accompagnement à la vie sociale (**SAVS**) assurent le maintien des personnes handicapées dans le « milieu ordinaire », par un soutien à la restauration des liens sociaux (familiaux, scolaires, professionnels...) et en proposant une série de prestations (assistance, suivi éducatif, aide dans la réalisation des actes quotidiens...). À la différence des SAMSAH, ils ne proposent pas d'accompagnement médical.

En 2014, les conseils départementaux ont dépensé plus de 5,3 milliards d'euros pour ces établissements et services ainsi que pour l'hébergement en foyers d'accueil médicalisés ou encore pour la partie « accompagnement à la vie sociale » des SAMSAH¹.

Enfin, les établissements et services d'aide par le travail (**ESAT**) accompagnent des adultes ayant une « capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité normale et qui, de ce fait, ne peuvent momentanément ou durablement pas exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail ». Ils leur offrent un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social. L'État finance la dotation globale de fonctionnement des ESAT qui s'élève à 1,5 milliard d'euros en 2014². Les ESAT offrent 115 000 places soit environ 40 % du nombre global de places en ESMS pour adultes handicapés.

S'agissant des enfants handicapés, la Sécurité sociale finance au moins en partie tous les établissements et services médico-sociaux qui leur sont destinés.

1 2016, « Dépenses d'aide sociale départementale : une hausse de 9 % depuis 2010 », Études et Résultats, DREES, n°950, février (données provisoires en 2014 pour la France entière, hors Mayotte).

2 Rapport annuel de performance de la mission « solidarité, insertion et égalité des chances », programme 157 « Handicap et dépendance », annexe au Projet de loi de règlement et d'approbation des comptes pour 2014.

Une structure des dépenses des établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes handicapés relativement stable depuis 2009

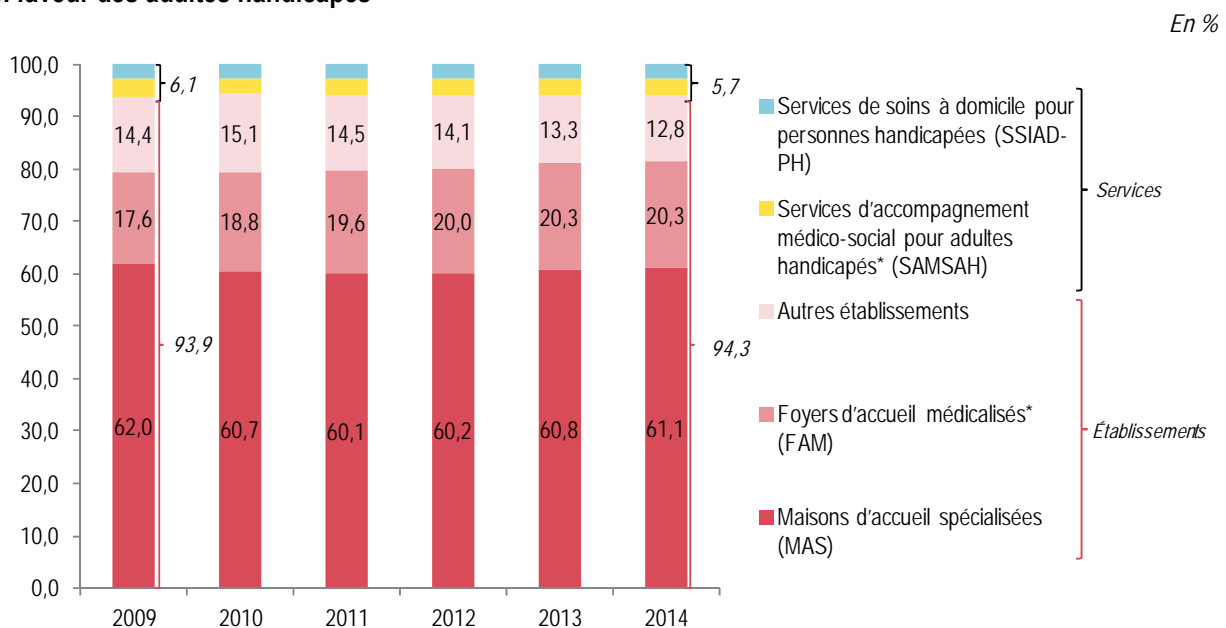
Plus encore que chez les enfants, chez les adultes handicapés, les dépenses de soins en établissements sont très largement majoritaires par rapport à celles des services : 94 % des dépenses des ESMS pour adultes handicapés sont destinées aux établissements.

La part des dépenses des MAS dans l'ensemble des dépenses des ESMS en faveur des adultes handicapés est restée relativement stable au cours du temps, passant de 62,0 % en 2009 à 61,1 % en 2014. Celle des FAM a, quant à elle, augmenté, passant de 17,6 % en 2009 à 20,3 % en 2014 (graphique 6).

La part des dépenses des SAMSAH est aussi restée relativement stable au cours de cette période, passant de 3,7 % en 2009 à 3,1 % en 2014. Cependant ces services s'étaient largement développés depuis 2006, un décret de 2005¹ en changeant l'organisation. L'OGD médico-social avait alors pu bénéficier de crédits spécifiques nécessaires à l'investissement en vue de la création de nouvelles places en SAMSAH. Le programme pluriannuel 2008-2012 a par la suite soutenu leur développement dans le but de favoriser le maintien des personnes en milieu ordinaire et de faire face au vieillissement des personnes handicapées et de leurs aidants.

Les SSIAD, qui étaient destinés aux personnes âgées, ont vu leurs missions s'élargir depuis 2004 en s'ouvrant aux personnes handicapées de moins de 60 ans². Depuis, le programme pluriannuel 2008-2012 soutient également la création de places en SSIAD afin d'accompagner en milieu ordinaire de vie des personnes à domicile dont les aidants vieillissent, et tout particulièrement les personnes souffrant de handicap psychique. Les dépenses des SSIAD ont augmenté de 5,8 % par an entre 2009 et 2014. Elles représentent 2,6 % de l'ensemble de la dépense des ESMS pour adultes handicapés en 2014, contre 2,5 % en 2009.

Graphique 6 Évolution de la structure de la dépense des établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes handicapés



Notes > Seules les fractions de dépenses des FAM et des SAMSAH prises en charge par la Sécurité sociale sont comptabilisées ici. Les autres établissements comprennent les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), les unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS). Pour 2009, les montants des dépenses des SSIAD-PH étaient intégrés aux dépenses des SSIAD Personnes âgées dans les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des régimes d'assurance maladie. Le montant des dépenses des SSIAD-PH a alors été obtenu à partir d'une clé de répartition calculée sur l'année 2010.

Sources > Données des TCDC des régimes d'assurance maladie et de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS.

1 Décret du 11 mars 2005 relatif aux SAVS et SAMSAH.

2 Décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Une augmentation des dépenses des soins pour adultes handicapés en ESMS de 5,3 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2014

Entre 2009 et 2014, les soins pour adultes handicapés en établissements et services médico-sociaux ont augmenté de 5,3 % par an.

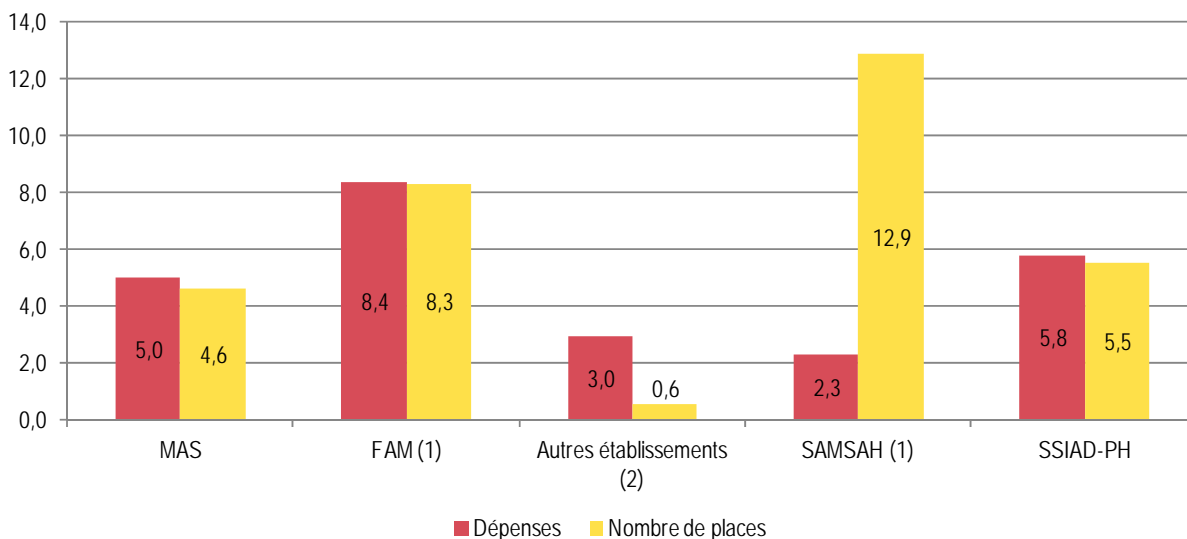
Les dépenses des FAM et des MAS ont particulièrement augmenté durant cette période : 8,4 % en moyenne par an pour les FAM et 5,0 % pour les MAS. La progression des dépenses a permis l'amélioration des capacités d'accueil (graphique 7) : le nombre de places installées a augmenté de 8,3 % par an pour les FAM et 4,6 % par an pour les MAS. Le programme pluriannuel de création de places 2008-2012 préconisait en effet le développement des MAS et des FAM, dans le but d'accueillir de jeunes adultes aujourd'hui maintenus, faute de places, dans des structures pour enfants, et de mieux répondre au problème émergent des personnes handicapées vieillissantes.

Les dépenses des autres établissements (UEROS, CRP et CPO) ont, quant à elles, augmenté mais dans une moindre mesure (3,0 % en moyenne par an). Le nombre de places de ces structures est resté stable sur la période.

Par ailleurs, les dépenses des SAMSAH avaient quintuplé entre 2007 et 2008 et concernaient en particulier des dépenses d'investissement pour la création de nouvelles places. Les dépenses ont ensuite augmenté de 2,3 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2014. Toutefois, cette progression recouvre des évolutions très hétérogènes d'une année sur l'autre. Le nombre de places installées en SAMSAH a continué d'augmenter : près de 3 800 places ont été créées entre 2009 et 2014, soit une augmentation de 12,9 % par an, mais de manière irrégulière d'année en année. Les dépenses des SSIAD pour personnes handicapées ont augmenté de 5,8 % en moyenne chaque année entre 2009 et 2014, conduisant à la création de près de 1 500 places sur l'ensemble de la période.

Graphique 7 Évolution moyenne annuelle des dépenses et du nombre de places par type d'établissements et services médico-sociaux destinés aux adultes handicapés entre 2009 et 2014

En %



(1) Seules les fractions de dépenses des FAM et des SAMSAH prises en charge par la Sécurité sociale sont comptabilisées ici.

(2) Les autres établissements comprennent les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), les unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS).

Sources > Données des TCDC et de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS pour les dépenses et STATISS pour le nombre de places installées (données non disponibles pour l'année 2009, le nombre de places a été approché à partir des années 2008 et 2010).

Encadré 2 Une politique du handicap axée, d'une part, sur la scolarisation des enfants et adolescents et, d'autre part, sur le travail des adultes en milieu ordinaire

La politique du handicap est aujourd'hui axée sur la scolarisation des enfants et des adolescents en milieu ordinaire et sur l'accompagnement des travailleurs handicapés. Pour cela, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a joué un rôle majeur en proposant des avancées sur plusieurs points.

- Si les personnes « dont le handicap les place dans l'impossibilité de gagner leur vie par leurs propres moyens » bénéficient d'un revenu minimum depuis 1975 (l'allocation aux adultes handicapés [AAH], versée par la CAF ou la MSA sous condition de ressources selon le taux d'incapacité des personnes), la loi du 11 février 2005 incite les allocataires à travailler même à temps partiel, en instaurant un abattement substantiel sur les revenus d'activité¹.
- Cette loi impose une sanction plus sévère pour les entreprises qui ne respecteraient pas l'obligation d'emploi d'au moins 6 % de personnes handicapées et étend cette obligation à la fonction publique.
- Elle incite la scolarisation des enfants en milieu ordinaire en identifiant l'école ou l'établissement scolaire le plus proche du domicile comme établissement de référence de l'enfant. L'enfant pourra être accueilli dans un autre établissement, s'il a besoin d'un dispositif qui n'est pas proposé dans l'établissement le plus proche de son domicile.
- En cas de besoin spécifique, la loi reconnaît le droit de bénéficier d'un accompagnement adapté, en particulier à l'aide des ESMS qui peuvent alors compléter le dispositif scolaire ordinaire.
- Elle réaffirme la possibilité de prévoir des aménagements spécifiques afin de garantir l'égalité des chances entre tous les étudiants.
- Elle crée la prestation de compensation du handicap (PCH) versée par les conseils départementaux aux personnes handicapées. Cette aide, accordée selon des conditions d'autonomie et de résidence, vise à financer les besoins de compensation des personnes au regard de leur projet de vie : aides humaines, aides techniques et matérielles (aménagement du logement et du véhicule), aide animale... Cependant, une participation financière dépendant du niveau de ressources peut être laissée à la charge de la personne. Elle remplace progressivement l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) qui finançait les besoins uniquement en aide humaine².
- Le principe d'accessibilité pour tous, quel que soit le handicap, est réaffirmé. Les critères d'accessibilité, les délais de mise en conformité et d'éventuelles sanctions en cas de non respect de ces obligations sont redéfinis. Ainsi, en matière de logement, l'objectif de la loi est de permettre aux personnes handicapées de pouvoir disposer d'un logement adapté et d'élargir le parc immobilier accessible, les établissements recevant du public et les transports collectifs devront être accessibles à tous dans un délai imparti.

Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012 s'inscrit aussi dans cette démarche de favoriser la vie quotidienne en milieu ordinaire en préconisant la création de places en structures favorisant l'autonomie et l'intégration scolaire des enfants et des adolescents (SESSAD), l'autonomie et le maintien en milieu ordinaire de vie des adultes handicapés, en particulier ceux pour qui les aidants vieillissent (SAMSAH, SSIAD) et l'accompagnement vers l'emploi (CRP, UEROS, ESAT). La CNSA poursuit cet effort de création de places par la programmation de 14 253 places sur le champ du handicap entre 2015 et 2018 à la fois en milieu ordinaire chez les adultes et chez les enfants, et en établissement médicalisé, surtout chez les adultes.

1 La législation en vigueur prévoit un dispositif de « neutralisation » d'une partie importante des revenus d'activité afin de limiter les risques de « trappe à inactivité ». Pour l'AAH, les revenus d'activité des six premiers mois ne sont pas du tout pris en compte pour le calcul du montant de l'aide, ce qui permet un cumul intégral de l'AAH et des revenus d'activité ; au-delà de cette date, un abattement des revenus d'activité atteignant 80 % pour les revenus inférieurs à 30 % du SMIC mensuel et 40 % au-delà est prévu, sans limitation de durée.

2 Pour davantage de précisions sur ces dispositifs, se référer à la fiche « Le risque invalidité en France », dans cet ouvrage.

Pour en savoir plus

ANAP, CNSA, 2013, « Le secteur médico-social, comprendre pour mieux agir », juillet.

CNSA, octobre 2010, « Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes », Dossier technique.

CNSA, juin 2008, « Plan pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012 ».

Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2013 « Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2012. Prévisions 2013 et 2014 », Éclairage « 2.3. Les établissements et services médico-sociaux ».

Makdessi Y., Mordier B., 2013, « Établissements et services pour adultes handicapés. Résultats de l'enquête ES 2010 », *Document de travail*, DREES, série Statistiques, n° 180, mai.

Makdessi Y., Mordier B., 2013, « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'enquête ES 2010 », *Document de travail*, DREES, série Statistiques, n° 177, mars.

Makdessi Y., 2012, « Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités », *Document de travail*, DREES, série Études et Recherche, n° 123, octobre.

Annexe : Les différents types d'établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées

En France, les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées sont divisés en deux grandes catégories selon qu'ils accueillent des adultes ou des enfants. Ils peuvent proposer des actions de prévention, d'accompagnement en milieu ordinaire de vie, d'insertion professionnelle ou d'accompagnement en institution.

Établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants handicapés

Prévention, dépistage et accompagnement précoce

Les **centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** sont des services qui assurent le dépistage précoce et le traitement en cure ambulatoire des enfants de moins de 6 ans présentant un risque de handicap ou atteints d'un handicap sensoriel ou moteur, en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation du handicap. Ils sont financés pour la majeure partie par l'Assurance maladie, mais aussi par les conseils départementaux.

Les **centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)** sont des services qui s'adressent à des enfants et adolescents de 3 à 18 ans présentant des difficultés scolaires (de type dyslexie, dysphasie ou retard scolaire) ou des troubles d'ordre psychologique ou psychomoteur. Ils ont pour but le maintien de l'enfant dans sa famille et dans le milieu scolaire ordinaire et participent ainsi à la mise en œuvre de la politique de santé mentale en direction des enfants et des adolescents. Des équipes pluridisciplinaires composées de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, d'assistantes de service social, de pédagogues et de rééducateurs réalisent un diagnostic et mettent en œuvre une action éducative et thérapeutique. Ils sont financés par l'Assurance maladie sous la forme d'un forfait séance et d'une facturation à l'acte.

Accompagnement en milieu ordinaire de vie

Les **services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)** apportent aux enfants et à leur famille un accompagnement, un soutien éducatif et thérapeutique individualisé dans le cadre d'une intégration scolaire ou dans tout autre lieu de vie (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs). Ils favorisent le maintien des enfants ou des adolescents en situation de handicap dans leur cadre de vie habituel, du domicile à l'école. Ils sont financés par l'Assurance maladie, sous forme de dotation globale.

Accompagnement en institution

Les **établissements pour jeunes déficients sensoriels (EJDS)** accueillent et accompagnent des enfants présentant une déficience visuelle ou auditive. Ils assurent le suivi médical, les apprentissages des moyens de communication, l'acquisition des connaissances scolaires, la formation professionnelle et favorisent l'intégration familiale et sociale. Ils sont financés par l'Assurance maladie.

Les **établissements pour enfants polyhandicapés (EP)** accueillent des enfants présentant un handicap grave à expression multiple et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Ils assurent le suivi médical de ces enfants, l'apprentissage des moyens de communication et le développement de l'éveil sensori-moteur et intellectuel. Il s'agit de favoriser leur intégration familiale, sociale et professionnelle. L'accueil peut être limité à la journée.

Les **jardins d'enfants spécialisés (JES)** accueillent les enfants de 18 mois à 6 ans présentant une déficience intellectuelle.

Les **instituts d'éducation motrice (IEM)** accueillent des enfants présentant une déficience motrice afin de favoriser leur intégration familiale, sociale et professionnelle. Ils sont financés par l'Assurance maladie.

Les **instituts médico-éducatifs (IME)** accueillent et accompagnent des enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance intellectuelle. L'objectif des IME est de dispenser une éducation et un enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques et recourant à des techniques de rééducation. Ils offrent une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique. L'accueil peut être limité à la journée. Ils sont financés par l'Assurance maladie. Par ailleurs, des enfants handicapés peuvent être accueillis dans des IME en Belgique faute de places disponibles en France. Ces dépenses sont alors toujours prises en charge par l'assurance maladie française.

Les **instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)** accueillent des enfants, adolescents ou jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques et des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et l'accès aux apprentissages. Il s'agit de favoriser le retour à un dispositif éducatif ordinaire ou adapté. L'accueil peut être limité à la journée.

Établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes handicapés

Insertion professionnelle

Les **centres de préorientation (CPO)** évaluent les capacités des adultes handicapés afin de les accompagner dans la définition d'un nouveau projet professionnel. Ils proposent des stages pour affiner un projet professionnel et faciliter leur insertion. Ils sont financés par l'Assurance maladie qui pratique une tarification à la journée.

Les **centres de rééducation professionnelle (CRP)** forment les adultes handicapés en vue de leur réinsertion professionnelle et assurent des prestations et un accompagnement médical et psycho-social individualisé. Ils sont financés par l'Assurance maladie qui pratique une tarification à la journée.

Les **unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS)** accompagnent des personnes présentant des troubles résultant d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise. Elles contribuent à élaborer un projet social ou professionnel. Ces unités sont financées intégralement par l'Assurance maladie sous la forme d'une dotation globale.

Accompagnement en milieu ordinaire de vie

Les **services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)** proposent des prestations d'aide aux activités domestiques ou des activités de la vie quotidienne, concourant ainsi au soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie et d'activités sociales. Ils proposent aussi un accompagnement médical et paramédical. La partie « soins » des SAMSAH est financée par l'Assurance maladie sous la forme d'un forfait global annuel ou d'un forfait journalier de soins, la partie « accompagnement à la vie sociale » étant à la charge du conseil départemental.

Les **services de soins à domicile pour personnes handicapées (SSIAD-PH)** sont destinés aux adultes de moins de 60 ans en situation de handicap et nécessitant des soins paramédicaux prolongés. Ces services interviennent à domicile ou au sein d'établissements non médicalisés. Ils sont financés par l'Assurance maladie sous forme de dotation globale.

Accompagnement en institution

Les **foyers d'accueil médicalisés (FAM)** reçoivent des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes essentiels de la vie courante ou d'un soutien, d'un suivi médical régulier, sans toutefois justifier d'une prise en charge complète par l'Assurance maladie. L'accueil peut être limité à la journée, sans hébergement. Les soins sont pris en charge par l'Assurance maladie et l'hébergement et l'accompagnement à la vie sociale par l'usager ou le conseil départemental.

Les **maisons d'accueil spécialisées (MAS)** reçoivent des adultes atteints d'un handicap (intellectuel, moteur, somatique grave, ou une association de handicaps), qui n'ont pas pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. L'accueil peut aussi être limité à la journée, sans hébergement.

Établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants et adultes handicapés

L'**accueil temporaire** est un séjour d'une durée limitée dont le but est d'accueillir un enfant ou un adulte en situation de handicap en attente de place dans une structure spécialisée, ou pour soulager la famille. Cet accueil peut être proposé dans un établissement médico-social de type institut médico-éducatif (IME), en foyer d'hébergement, dans une maison d'accueil spécialisé (MAS)... Il peut aussi avoir lieu au sein d'une structure sanitaire (hôpital...) ou d'une maison d'accueil temporaire, établissement spécifiquement dédié à ce type de prise en charge. Les frais d'accueil temporaire des enfants sont pris en charge par l'Assurance maladie, mais une participation financière journalière est facturée pour les adultes.

Les **établissements expérimentaux** bénéficient d'une autorisation de courte durée. Si l'évaluation des résultats au terme de l'autorisation est positive, ils pourront être intégrés dans les catégories existantes ou faire l'objet d'une nouvelle catégorie.