PANORAMAS DE LA DREES SOCIAL

L'aide et l'action sociales en France

Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion

ÉDITION 2019

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Direction
de la recherche,
des études,
de l'évaluation
et des statistiques

PANORAMAS

L'aide et l'action sociales en France

Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion

ÉDITION 2019

PANORAMAS

L'aide et l'action sociales en France – édition 2019

Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion

Sous la direction d'**Isabelle Leroux**

Rédaction
Sarah Abdouni, Nadia Amrous, Kim Antunez, Mahel Bazin, Stéphanie Boneschi, Mathieu Calvo, Amélie Carrère, Laurence Dauphin, Cheikh-Tidiane Diallo, Louis Kuhn, Isabelle Leroux, Delphine Roy, Leslie Yankan, Yamilé Zemirli.

Directeur de la publication
Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition
Souphaphone Douangdara

Suivi éditorial
Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction
Elisabeth Castaing

Maquettiste
NDBD

Création graphique
Philippe Brulin

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tout particulièrement l'ensemble des conseils départementaux pour leurs réponses à l'enquête Aide sociale, ainsi que les communes et les intercommunalités ayant participé à l'enquête ASCO (action sociale des communes).

Avant-propos

L'aide et l'action sociales en France relèvent de multiples domaines de l'action publique, et en particulier de la lutte contre la pauvreté et les exclusions, de l'aide aux personnes âgées ou handicapées et, enfin, de l'enfance, la jeunesse et la famille. L'ouvrage rassemble et synthétise les statistiques disponibles en 2019 et s'appuie principalement sur les résultats de l'enquête Aide sociale que la DREES collecte chaque année auprès de l'ensemble des conseils départementaux, premiers acteurs de l'aide sociale.

Un chapitre présente l'aide sociale des départements dans son ensemble : bénéficiaires et dépenses, personnels associés, disparités territoriales et financement. Le chapitre suivant étudie spécifiquement l'action sociale des communes et des intercommunalités, en se fondant sur les résultats de l'enquête statistique nationale que la DREES a menée en 2015.

Quatre chapitres sont plus précisément consacrés à l'aide sociale destinée aux personnes âgées, aux personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et l'aide à l'insertion. Ils analysent les tendances nationales récentes et au cours des vingt dernières années, ainsi que les variations départementales. Ils s'attachent également à décrire les populations potentiellement concernées par une aide sociale, ainsi que les caractéristiques des bénéficiaires. Ces chapitres présentent, enfin, des éléments sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant les publics de l'aide sociale, mobilisant pour cela les enquêtes quadriennales que la DREES mène auprès de ces structures, afin de décrire ces dernières, ainsi que les personnels qu'elles emploient et les personnes qu'elles accueillent.

Plusieurs nouveautés ont été ajoutées à certaines fiches. Des résultats sur la perte d'autonomie des seniors à domicile et en établissement ont été introduits, ainsi que sur le niveau de vie des personnes âgées ou handicapées. Enfin, les résultats de récentes études sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH) ou encore l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées ont enrichi les fiches traitant de ces prestations.

Sommaire

L'aide et l'action sociales en France – édition 2019
Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion

1

Vue d’ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

Vue d'ensemble

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % des dépenses de protection sociale. Elles sont financées pour moitié par les départements, qui y consacrent 65 % de leurs dépenses de fonctionnement en 2017. En décembre, ils ont attribué 4,2 millions de mesures et de prestations à 6 % de la population, au titre de l'aide à l'insertion, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et de la protection des enfants ou jeunes majeurs en danger ou en risque de l'être. Ils ont, pour cela, dépensé 37,8 milliards d'euros (nets des recouvrements ou remboursements), pour l'ensemble de l'année 2017. Ces dépenses ont crû de 29 % en dix ans. La répartition géographique des bénéficiaires et de la dépense moyenne par habitant est hétérogène et varie selon l'aide considérée et le contexte sociodémographique. La dépense moyenne par bénéficiaire est plus variable pour l'aide sociale aux personnes handicapées ou à l'enfance, pour lesquelles les modalités et les montants de prise en charge sont moins normés au niveau national.

Il n'existe pas de définition unique du périmètre de l'aide et l'action sociales au sein de la protection sociale. Dans cet ouvrage, elles sont entendues comme les composantes de la protection sociale définies dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Elles relèvent de multiples domaines de l'action publique : aide aux personnes âgées ; aide aux personnes handicapées ; enfance, jeunesse et famille ; lutte contre la pauvreté et les exclusions…

L'aide et l'action sociales majoritairement portées par les collectivités locales

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % des dépenses de protection sociale (voir fiche 01). La moitié de ces dépenses sont à la charge des départements[1] et le tiers est financé par les organismes de sécurité sociale. Les communes et l'État y contribuent également, mais pour des montants moindres.
Outre certaines actions sociales obligatoires, les communes et leurs établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) mettent en œuvre des actions sociales dans divers secteurs. En 2014, plus de huit communes françaises sur dix, représentant 98 % de la population française, et plus de 80 % des intercommunalités développaient au moins une forme d'action sociale (voir fiches 08, 09 et 10).

4,2 millions d'aides sociales départementales attribuées en décembre 2017

Fin 2017, les départements ont attribué 4,2 millions de mesures ou prestations d'aide sociale pour l'insertion ou à destination de personnes âgées, de personnes handicapées, d'enfants ou jeunes majeurs en danger ou en risque de l'être, en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer[2] (DROM), hors Mayotte *(tableau 1)*. Ces aides concernent 6,2 % de la population française[3], en n'incluant ni les conjoints ni les personnes à charge des allocataires du revenu de solidarité active (RSA).

1. Par convention, les « départements » désignent ici les collectivités en charge des compétences départementales : les conseils départementaux, la métropole de Lyon et les collectivités territoriales uniques de la Guyane et de la Martinique.
2. Collectivités régies par l'article 73 de la Constitution.
3. Ce taux peut être légèrement surestimé, car il contient certains doubles comptes possibles entre mesures d'aide sociale, tels qu'une action éducative concomitante à une mesure de placement dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE), ou une personne bénéficiant d'une mesure d'ASE et d'une mesure d'aide sociale liée à un handicap. En revanche, les doubles comptes possibles entre aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées et allocation personnalisée d'autonomie (APA) ont été corrigés ici.

37,8 milliards d'euros de dépenses pour l'année 2017, après récupérations ou recouvrements

EEn 2017, l'aide sociale représente 65 % du budget de fonctionnement des départements. Les dépenses annuelles brutes[4] d'aide sociale s'élèvent à 39,2 milliards d'euros (voir fiche 03). Alors que les trois allocations individuelles de solidarité (allocation personnalisée d'autonomie [APA], prestation de compensation du handicap [PCH], RSA) constituent

Tableau 1 Nombre de mesures d'aide sociale des départements et dépenses associées, en 2017 et 2018

	Nombre d'aides en décembre (en milliers)				Dépenses annuelles brutes (en millions d'euros)		Dépense moyenne mensuelle par bénéficiaire (en euros)
	2017	Évolution 2016/2017 (en %)	2018 (p)	Évolution 2017/2018 (en %)	2017	Évolution 2016/2017 (en %)	2017
Insertion[1]	**1 886**	**-0,4**	**1 889**	**0,7**	**11 818**	**-0,7**	**520**
Aide sociale aux personnes âgées, dont :	**1 452**	**1,5**	**1 467**	**1,0**	**7 606**	**2,3**	**440**
APA	1 310	1,8	1 326	1,2	5 942	1,7	380
ASH en établissement et chez des particuliers[2]	124	-0,5	124	-0,3	1 292	0,0	860
Aide sociale aux personnes handicapées, dont :	**532**	**2,6**	**546**	**2,7**	**8 320**	**1,5**	**1 320**
PCH et ACTP	360	3,0	373	3,6	2 336	2,1	550
Accueil et hébergement en établissement et chez des particuliers	150	2,0	152	1,4	5 186	1,1	2 910
Aide sociale à l'enfance	**344**	**3,1**	**ND**	**ND**	**7 965**	**1,3**	**1 960**
Enfants accueillis à l'ASE	177	4,8	ND	ND	6 318	2,5	3 040
Actions éducatives	167	1,3	ND	ND	473	1,6	240
Personnel, services communs et autres frais d'intervention sociale[3]	**-**	**-**	**-**	**-**	**3 453**	**2,3**	**-**
Total	**4 214**	**0,9**	**ND**	**ND**	**39 161**	**1,0**	**780**

(p) données provisoires
ND : non disponible ; APA : allocation personnalisée d'autonomie ; ASH : aide sociale à l'hébergement ;
ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; PCH : prestation de compensation du handicap.
1. Pour l'insertion, le nombre de bénéficiaires est le nombre de foyers allocataires du RSA (hors RSA jeunes) et et les dépenses sont celles d'allocation et d'insertion liées au RSA et RSO et à d'anciens dispositifs liées au RMI.
2. Les dépenses d'ASH aux personnes âgées en établissement sont des dépenses après récupérations auprès des bénéficiaires, de leur obligés alimentaires et des recours sur succession. Elles sont brutes, c'est-à-dire avant déduction des remboursements et autres récupérations.
3. Hors frais de personnel liés aux assistants familiaux ainsi qu'au RMI et au RSA quand ils sont identifiés.
Notes > Sont dénombrés ici les bénéficiaires d'une aide sociale, c'est-à-dire les personnes ayant un droit ouvert à la prestation au 31 décembre de l'année, hormis pour l'APA, pour laquelle sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre. Les totaux des aides comportent des doubles comptes, car une même personne peut bénéficier de plusieurs aides. La dépense moyenne mensuelle est calculée en rapportant la dépense annuelle au nombre moyen de bénéficiaires dans l'année, et en la divisant par 12. Le nombre moyen de bénéficiaires en 2017 est la moyenne des nombres de bénéficiaires au 31 décembre 2016 et au 31 décembre 2017. Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2017. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

4. Ces dépenses sont toutefois exprimées après récupérations faites auprès des bénéficiaires, des obligés alimentaires et sur successions dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) aux personnes âgées.

83 % des mesures d'aide sociale, elles représentent 52 % des dépenses brutes, hors frais de personnels, services communs et autres interventions sociales. À l'inverse, l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées ou handicapées, ou encore les mesures de placement à l'ASE, contribuent largement plus aux dépenses que ce qu'elles représentent parmi l'ensemble des aides sociales.

Une fois déduits différents recouvrements[5] et récupérations[6], les dépenses nettes s'établissent à 37,8 milliards d'euros en 2017. Elles augmentent de 0,8 % en euros constants[7] en un an, de 12 % en cinq ans, et de 29 % en dix ans. Après déduction des concours financiers de l'État, au titre de la prévention de la perte d'autonomie, de l'APA, de la PCH et du RSA[8] (voir fiche 04), la charge nette d'aide sociale des départements s'élève, en 2017, à 28,9 milliards d'euros.

Près de 120 000 personnes sont employées par les départements dans le champ de l'action sociale et médico-sociale en décembre 2017 (voir fiche 06). Elles représentent 41 % des effectifs totaux de personnels des conseils départementaux et comprennent notamment 37 600 assistants familiaux, 36 400 agents administratifs et techniques et près de 30 700 agents sociaux et éducatifs.

Des dépenses moyennes par bénéficiaire plus hétérogènes pour l'aide sociale aux personnes handicapées ou à l'enfance

Les taux de bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale par habitant sont très hétérogènes d'un département à l'autre (voir fiche 05), en particulier pour le RSA. La répartition des allocataires de ce dernier est fortement liée à celle du chômage.

Les disparités territoriales sont en revanche moins marquées en matière de dépenses moyennes par bénéficiaire. Celles liées au RSA et celles liées aux personnes âgées, en grande partie déterminées par des barèmes nationaux, sont moins variables d'un département à l'autre que celles liées à l'aide sociale aux personnes handicapées ou à l'aide sociale à l'enfance (ASE). Pour ces dernières, les modalités et les montants de prise en charge font l'objet de moins de normes nationales, notamment en matière d'accueil en établissement et de placement, qui constituent la plus grande part des dépenses.

Une croissance ralentie du nombre d'aides sociales aux personnes âgées depuis la fin de la montée en charge de l'APA

Au 1er janvier 2018, un quart de la population française a plus de 60 ans, une proportion qui devrait fortement augmenter dans l'avenir (voir fiche 11). Entre 5 % et 13 % des personnes âgées de 60 ans ou plus sont en situation de perte d'autonomie en 2015, selon la mesure utilisée, et 26 % déclarent au moins une restriction dans leurs activités du quotidien (voir fiche 12).

Fin 2017, 1,45 million de prestations d'aide sociale ont été allouées par les départements aux personnes âgées en perte d'autonomie, pour une dépense brute globale de 7,6 milliards d'euros (voir fiche 14). Entre 2002 et 2017, le nombre de prestations et les dépenses associées n'ont cessé de croître, à un rythme toutefois moins soutenu au cours de la décennie 2010, traduisant la fin de la montée en charge de l'APA, mise en œuvre en 2002. Selon les dernières données provisoires disponibles, le nombre d'aides sociales aux personnes âgées augmente encore de 1,0 % en 2018, pour atteindre 1,47 million en décembre.

5. Recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales, remboursement de participations et de prestations, mandats annulés, subventions.

6. Récupérations auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires et de leurs héritiers (hormis celles liées à l'aide sociale à l'hébergement [ASH] des personnes âgées, qui ont déjà été déduites dans le calcul des dépenses brutes).

7. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de France métropolitaine et des DROM. En 2017, cet indice a augmenté de 1,0 % en moyenne annuelle.

8. Les compensations de l'État prises en compte ici couvrent les concours de la CNSA pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH), et ceux relatifs aux actions de prévention de la perte d'autonomie (conférences des financeurs, forfait autonomie), une partie de la taxe intérieure de consommations sur les produits énergétiques (TICPE), le fonds de mobilisation départemental pour l'insertion (FMDI) et, enfin, le fonds d'appui aux politiques d'insertion (FAPI).

Les dépenses d'APA en hausse à la suite de la loi d'adaptation de la société au vieillissement

L'APA est l'aide départementale aux personnes âgées la plus attribuée (90 % des aides). Au total, elle s'adresse à 1,3 million de personnes de 60 ans ou plus en décembre 2017, dont 59 % à domicile (voir fiche 15) et plus d'un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus en bénéficient.

Les effets de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement[9], qui a notamment relevé les montants plafonds de l'allocation et diminué la participation demandée au bénéficiaire, sont perceptibles dans l'évolution des dépenses départementales et dans celle des montants moyens des plans d'aide élaborés pour les bénéficiaires de l'APA. Les dépenses associées pour l'année 2017 s'élèvent à 5,9 milliards d'euros, en augmentation de 1,7 % en un an.

Fin 2017, 122 000 personnes de 60 ans ou plus bénéficient par ailleurs de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) au titre d'un hébergement en établissement, pour une dépense nette des récupérations associée de 1,3 milliard d'euros sur l'ensemble de l'année (voir fiche 16). Les modalités de gestion de l'ASH et le calcul du montant de la participation du bénéficiaire varient d'un département à l'autre. Les bénéficiaires de l'ASH occupent 16 % des 752 000 places d'hébergement en établissement au 31 décembre 2015, soit 24 % des 510 000 places habilitées à l'aide sociale à cette date (voir fiche 17).

En quinze ans, un doublement de l'aide sociale départementale aux personnes handicapées

Selon la définition utilisée, le nombre de personnes en situation ou à risque de handicap varie fortement. Il se situe, par exemple, entre 2 millions et un peu plus de 6 millions parmi les personnes âgées de 16 à 59 ans, soit entre 5 % et 17 % des personnes de cette tranche d'âge (voir fiche 18). Malgré les différentes prestations auxquelles elles peuvent accéder, le niveau de vie des personnes handicapées est globalement plus faible que celui des personnes non handicapées.

Au 31 décembre 2017, 531 700 prestations d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par les départements. Entre 2001 et 2017, l'aide sociale départementale aux personnes handicapées s'est très fortement développée : le nombre de prestations a été multiplié par 2,3 et les dépenses annuelles par 2,1 (voir fiche 20). Cette hausse s'explique par l'élargissement de la prise en compte des conséquences du handicap et la mise en place de la PCH en 2006 (loi du 11 février 2005), ainsi que par l'accroissement du nombre d'aides à l'accueil, lié en partie au développement de l'offre en établissements médico-sociaux (voir fiche 23). La montée en charge de la PCH n'est toujours pas achevée : entre 2016 et 2017, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 5 % (298 000 fin 2017), et les dépenses de 4 % (1,9 milliard pour l'année 2017) [voir fiche 21].

Plus de 60 % des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées consacrées à l'accueil

Pour l'année 2017, les dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées s'élèvent à 8,3 milliards d'euros. La dépense brute moyenne par bénéficiaire est cinq fois et demie plus importante pour les aides à l'accueil que pour la PCH et l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne) : 2 900 euros en moyenne par mois et par bénéficiaire accueilli, contre 550 par mois et par bénéficiaire de l'ACTP ou de la PCH.

Fin 2017, 150 000 personnes handicapées sont aidées financièrement pour leur accueil en établissement ou chez des particuliers (voir fiche 22). Cela représente une dépense annuelle de 5,2 milliards d'euros.

L'aide sociale à l'enfance : une croissance constante depuis vingt ans

En 2017, les départements ont consacré près de 8 milliards d'euros à la protection de l'enfance (voir fiche 25). Ce montant, utilisé aux trois quarts pour des mesures de placement, finance également le versement d'allocations, ou encore la mise en œuvre d'actions éducatives (voir fiche 26) et de la prévention spécialisée. Au 31 décembre 2017, les mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficient de 344 000 mesures

9. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

d'ASE, composées pour 52 % de mesures de placement et pour 48 % d'actions éducatives, avec de très fortes variations selon les collectivités.

Le nombre de bénéficiaires et les dépenses associées n'ont cessé de croître depuis la fin des années 1990. Entre 1998 et 2017, le premier a augmenté de 27 % et les secondes de 43,2 %, en euros constants. La hausse des dépenses globales est essentiellement portée par celle des dépenses de placement, alors que les dépenses consacrées aux allocations et à la prévention spécialisée ont tendance à décroître depuis 2010. L'augmentation du nombre de mesures d'ASE est plus marquée en 2016 (+2,2 %) et surtout en 2017 (+3,1 %) qu'au cours des années précédentes (+1,4 % en moyenne entre 2005 et 2015). Cette évolution repose principalement sur la multiplication des mesures de placement (+4,8 % en 2017), qui s'explique en grande partie par l'accroissement du nombre de mineurs non accompagnés (MNA) [voir fiche 27].

Les mesures d'ASE peuvent être mises en œuvre à la suite d'une décision administrative ou d'une décision judiciaire. Même si des disparités départementales existent, elles relèvent majoritairement de décisions judiciaires. C'est le cas de 70 % des mesures d'actions éducatives (voir fiche 26) et de neuf placements sur dix.

Les enfants suivis par ou confiés à l'ASE sont plus souvent des garçons et sont majoritairement âgés de 11 à 17 ans (voir fiche 29). Parmi les enfants confiés à l'ASE, une petite moitié des bénéficiaires sont hébergés en famille d'accueil et 37 % en établissement (voir fiche 28).

Les dépenses liées au RSA en baisse pour la première fois en 2017

Fin 2017, 1,88 million de foyers bénéficient du RSA, soit une baisse de 0,5 % par rapport à fin 2016 (voir fiche 31). Avec les conjoints et les enfants à charge, 3,82 millions de personnes sont couvertes par le RSA, soit 5,7 % de la population. En 2018, le nombre de foyers bénéficiaires du RSA et du RSO (revenu de solidarité) augmente de nouveau (+0,7 %)

Parmi les bénéficiaires (allocataires et conjoints) du RSA, 2,1 millions de personnes sont soumises aux droits et devoirs associés à cette prestation, soit 99 % des bénéficiaires (voir fiche 32). Parmi elles, 83 % sont orientées vers un organisme référent unique : Pôle emploi pour 44 % des personnes orientées et les collectivités territoriales en charge de l'insertion pour 30 %. Par ailleurs, 52 % des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi disposent d'un contrat d'engagement réciproque (CER). En moyenne, 94 jours s'écoulent entre la date d'entrée dans le RSA et celle de la première orientation, puis 58 jours jusqu'à la signature du premier CER.

Les dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au RSA et au RSO s'élèvent à 11,8 milliards en 2017 (voir fiche 33). Elles baissent de 0,7 % en euros constants par rapport à 2016, après une progression annuelle moyenne de 4,1 % entre 2009 et 2016. Les dépenses d'allocation de RSA représentent 91 % de ces dépenses. Cette proportion est stable depuis 2015, mais a augmenté de 6 points entre 2009 et 2015. ■

2

Vue d’ensemble

Fiches thématiques <

Annexes

Analyse transversale

01 Le périmètre et les acteurs de l'aide et de l'action sociales en France

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % des dépenses de protection sociale. Elles concernent les personnes âgées ou en situation de handicap, l'insertion professionnelle et sociale, la famille et la protection de l'enfance. Majoritairement à la charge des collectivités locales, notamment les départements, elles sont également mises en œuvre par les organismes de sécurité sociale et l'État.

L'aide et l'action sociales, un ensemble aux définitions multiples

Il n'existe pas de définition officielle, et donc unique, de l'aide et de l'action sociales en France. Dans cet ouvrage, celles-ci sont entendues comme les composantes de la protection sociale définies dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce champ peut différer de ce qui est parfois entendu dans le débat public sous le qualificatif des « aides sociales », que certaines personnes emploient pour désigner des champs différents – pouvant inclure, par exemple, l'ensemble des minima sociaux ou des prestations telles que les allocations logement.

Parmi l'aide et l'action sociales, sont distinguées :

- **l'aide sociale dite « légale » ou obligatoire**, qui est régie et imposée par la loi. Les acteurs sont tenus de répondre à la personne demandeuse d'aide au moins sur cette base ;
- **l'aide sociale dite « extralégale » ou facultative**, qui reprend les dispositifs de l'aide sociale légale, mais où le pourvoyeur d'aide décide de montants plus élevés ou de conditions d'attribution plus souples (par exemple, l'extension de l'allocation personnalisée d'autonomie [APA] aux groupes iso-ressources [GIR] 5 et 6, la prestation légale ne concernant initialement que les personnes en GIR 1 à 4) ;
- **l'action sociale, parfois dite « facultative »,** qui recouvre tout ce qu'une collectivité ou un acteur de la protection sociale mène auprès de personnes dans le besoin, en dehors ou en complément des régimes de sécurité sociale et de l'aide sociale.

L'aide et l'action sociales, parties intégrantes du système de protection sociale

Le système français de protection sociale comprend la couverture de différents risques sociaux : maladie, invalidité (domaine qui inclut également le handicap), accidents du travail-maladies professionnelles, vieillesse, survie, famille, emploi, logement, pauvreté et exclusion sociale *(encadré 1)*. En 2017, 728 milliards d'euros, soit près d'un tiers du produit intérieur brut (PIB), sont consacrés à la protection sociale *(tableau 1)*. Les régimes d'assurance sociale et les organismes qui en dépendent participent à 72 % de ces dépenses.

Principalement mises en œuvre par les départements et par l'assurance maladie, l'aide et l'action sociales représentent 70 milliards d'euros, soit 10 % des dépenses totales de protection sociale en 2017 *(graphique 1)*. Cette proportion varie selon les risques. L'aide et l'action sociales aux personnes âgées ne représentent que 3 % des dépenses du risque vieillesse-survie, composées pour l'essentiel des pensions de retraite. L'aide sociale à l'insertion, dont le versement du revenu de solidarité active (RSA), représente près du quart des dépenses relevant des risques emploi, pauvreté et exclusion sociale (qui incluent par ailleurs les allocations de chômage). L'aide et l'action sociales aux familles, qui couvrent des dépenses pour l'accueil en établissement d'accueil pour jeune enfant (EAJE) et pour la protection de l'enfance, représentent plus du quart des dépenses du risque famille, le reste correspondant pour l'essentiel aux prestations familiales. L'aide sociale couvre, enfin, 11 % des dépenses de

santé, au travers des aides départementales aux personnes handicapées et de la couverture par l'assurance maladie des dépenses pour les personnes âgées et handicapées hébergées en établissement médico-social.

Entre 2010 et 2015, les dépenses d'aide et d'action sociales[1] dans leur ensemble ont augmenté de 13 % en euros constants, soit un taux de croissance annuel moyen de 2,5 %. Depuis, si ce montant augmente encore, c'est à un rythme moins élevé : +1,9 % en 2016 et +1,2 % en 2017. De même, la part de ces dépenses dans le total des dépenses de protection sociale a légèrement augmenté entre 2010 et 2015 (+0,5 point), et est depuis restée stable à 5,4 % *(graphique 2)*. La part du PIB consacrée à ces aides et actions est passée de 2,8 % en 2010 à 3,1 % en en 2015, et est inchangée depuis.

Les départements, acteurs majeurs de l'aide sociale

Depuis les premières lois de décentralisation en 1982-1983, l'aide sociale est principalement menée par les conseils départementaux. En 2017, les dépenses des départements représentent ainsi plus de la moitié des dépenses totales d'aide et d'action sociales. Les départements interviennent, au titre de l'aide sociale, auprès des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, pour l'insertion professionnelle et sociale et pour la protection de l'enfance. Ils sont notamment responsables des trois allocations individuelles de solidarité (AIS) : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH) et le revenu de solidarité active (RSA). Ils sont également responsables de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), qui a pour objectif d'aider les personnes à faibles ressources à payer les frais de leur hébergement dans des établissements sociaux ou médico-sociaux ou dans le cadre d'un accueil familial.

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales[2] consacre le département comme chef de file de l'action sociale. L'article L. 121-1 du CASF dispose ainsi que « le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent ». Les compétences du département en matière d'action sociale vont donc au-delà de la seule aide sociale.

Encadré 1 Source et conventions

Les résultats présentés dans cette fiche s'appuient pour l'essentiel sur les comptes de la protection sociale publiés chaque année par la DREES. Les estimations sont issues d'une répartition des dépenses de prestations sociales établies dans ces comptes par secteur institutionnel et selon qu'elles relèvent ou non de l'aide et de l'action sociales. Le repérage de ces éléments est toutefois imparfait. En effet, certaines dépenses à la charge de l'État, relativement faibles dans l'ensemble, ne sont pas isolées (telles que l'allocation simple et l'allocation différentielle). Il en est de même pour quelques postes des dépenses sociales des départements, telles que celles des services communs et celles liées aux autres interventions sociales. De ce fait, les éléments relatifs aux dépenses d'aide sociale des départements présentés dans cette fiche ne sont pas exactement comparables à ceux présentés dans les autres chapitres, qui sont issus d'une autre source de données, avec laquelle il existe quelques différences de normes et de définition.

Enfin, les dépenses d'aide et d'action sociales des communes sont sous-estimées, car elles sont ici composées d'une part estimée des dépenses consacrées aux établissements d'accueil du jeune enfant, et des budgets des centres communaux et intercommunaux d'action sociale. De plus, ces derniers montants ne sont pas ventilés selon le risque social qu'ils couvrent, et sont donc affectés, par convention, au risque pauvreté-exclusion sociale.

1. La prime d'activité, créée en 2016 en remplacement du RSA activité et de la prime pour l'emploi, est instaurée dans le Code de la sécurité sociale, et n'est donc pas considérée ici comme faisant partie de l'aide et l'action sociales. Afin de pouvoir étudier les évolutions sur un champ comparable, le RSA activité a donc été retiré du champ de l'aide et l'action sociales pour les années 2010 à 2015.
2. Loi n°2004-809.

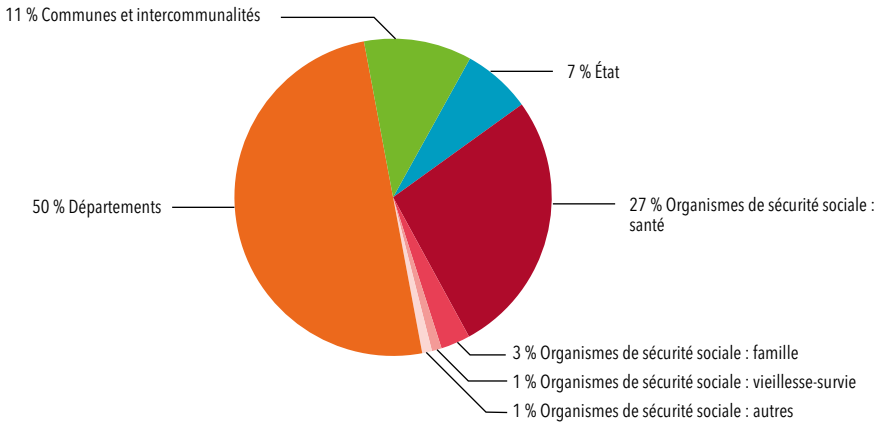
Tableau 1 Dépenses de protection sociale et parts de l'aide et l'action sociales dans ces dépenses en 2017

Champs de la protection sociale	Montant total 2017 (en millions d'euros)	Parts de l'aide et de l'action sociales (en %)				
		Ensemble	dont : Départements	dont : Organismes de sécurité sociale	dont : Communes et intercommunalités	dont : État
Santé[1]	255 777	11	3	7[2]	-	1
Vieillesse-survie[3]	331 072	3	3	<1	-	-
Famille[4]	55 193	27	14	*3*	*9*	-
Logement[5]	18 504	1	<1	1	-	-
Emploi et pauvreté-exclusion sociale[6]	67 403	24	16	1	3[7]	4
Total	**727 949**	**10**	**5**	**3**	**1**	**5**

1. Maladie, invalidité et handicap, accidents du travail et maladies professionnelles.
2. Y compris dépenses d'assurance maladie pour les personnes âgées et handicapées hébergées en établissement médico-social.
3. Retraites de droit direct et dérivé, minimum vieillesse, aide et action sociales aux personnes âgées.
4. Prestations familiales, accueil des jeunes enfants, aide sociale à l'enfance.
5. Allocations logement, fonds de solidarité pour le logement.
6. Y compris insertion et réinsertion professionnelle.
7. Dépenses des CCAS-CIAS ; il n'est pas possible en l'état actuel de ventiler ces dépenses par risque. Elle sont donc ici, conventionnellement, affectées intégralement au risque emploi, pauvreté, exclusion sociale.

Notes > Les chiffres en italique font actuellement l'objet de travaux méthodologiques, ils pourraient donc être révisés à l'avenir. Les dépenses des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) ont été ventilées dans les dépenses des différents acteurs. Pour respecter la nomenclature comptable des comptes de la protection sociale, les dépenses de PCH et d'ACTP des départements pour les personnes handicapées de 60 ans ou plus sont, ici, comptabilisées dans le risque vieillesse-survie.
Lecture > Les dépenses de protection sociale en France représentent 727 949 millions d'euros en 2017 ; les dépenses d'aide et d'action sociales représentent 10 % de ce montant, dont 5 % pour l'aide sociale départementale.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, Comptes de la protection sociale et enquête Aide sociale.

Graphique 1 Répartition des dépenses d'aide et d'action sociales par financeur en 2017



Notes > Des travaux méthodologiques sur la répartition des dépenses relatives au risque Famille sont en cours et pourraient amener une révision des poids respectifs des communes et de la branche Famille de la Sécurité sociale dans l'aide et l'action sociales. Les dépenses des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) ont été ventilées dans les dépenses des différents acteurs.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, Comptes de la protection sociale et enquête Aide sociale.

Les communes et les intercommunalités, autres acteurs du social

Sauf si le département leur délègue certaines compétences, les communes ne sont pas responsables de l'aide sociale. En matière d'action sociale, elles sont en revanche tenues à certaines obligations :

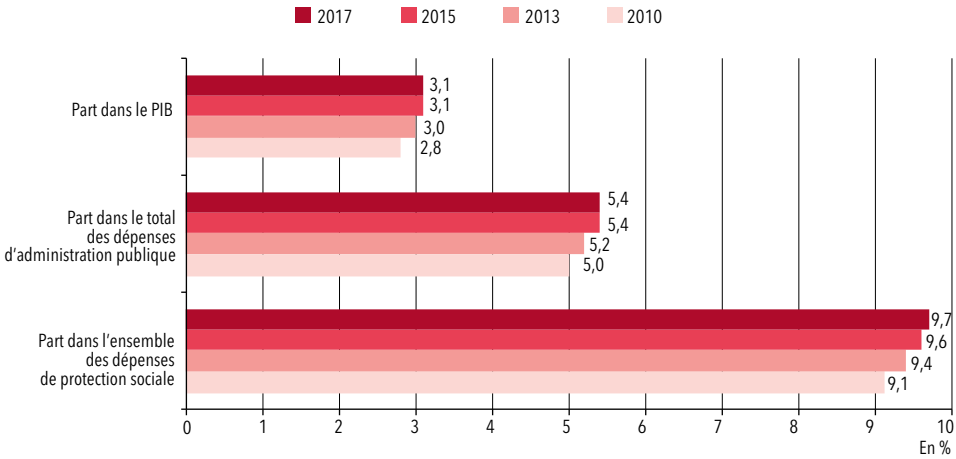
- participer à l'instruction des dossiers de demande d'aide sociale (exceptée à celle des dossiers de demande d'aide sociale à l'enfance) et les transmettre à l'organisme adéquat ;
- domicilier les demandeurs d'aide sociale ;
- réaliser une analyse des besoins sociaux (ABS) de la population de la commune ;
- constituer et tenir à jour un fichier des personnes bénéficiaires d'une prestation d'aide sociale légale ou facultative, résidant sur le territoire de la commune ;
- recueillir des éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées qui en font la demande.

Ces obligations sont réalisées par le centre communal d'action sociale (CCAS) lorsqu'il existe[3].

Parallèlement, les communes disposent de la clause de compétence générale, leur permettant de mener des actions sociales (voir fiche 07) : tarifs réduits pour certains services, aide d'urgence, aides remboursables sous forme de micro-crédits, etc.

Par ailleurs, dans le cadre de la constitution des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)[4], les communes membres peuvent transférer une partie de leurs compétences sociales à leur intercommunalité. Depuis la loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale[5], les EPCI

Graphique 2 Parts des dépenses d'aide et d'action sociales dans la protection sociale, les dépenses des administrations publiques et le PIB, de 2010 à 2017



Notes > En 2016, le RSA activité est supprimé pour intégrer la prime d'activité. Cette dernière étant instaurée dans le Code de la sécurité sociale, elle n'est pas considérée ici comme faisant partie de l'aide et l'action sociales. Afin de pouvoir étudier les évolutions sur un champ comparable, le RSA activité a été retiré du champ de l'aide et l'action sociales pour les années 2010 à 2015.
Lecture > En 2017, les dépenses d'aide et d'action sociales représentent 9,7 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale, 5,4 % de l'ensemble des dépenses d'administration publique, et 3,1 % du produit intérieur brut (PIB).
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, Comptes de la protection sociale et enquête Aide sociale.

3. La constitution d'un CCAS est obligatoire pour les communes de plus de 1 500 habitants.
4. En 2017, ces regroupements peuvent être de cinq types : les communautés de communes, les communautés d'agglomération, les communautés urbaines, les métropoles, les syndicats d'agglomération nouvelle. D'autres regroupements peuvent exister, de type « syndicat », mais ils n'ont pas de fiscalité propre.
5. Loi n°2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale.

peuvent choisir la compétence optionnelle d'« action sociale d'intérêt communautaire ». En dehors de ce cadre, ils peuvent mener une action sociale dite « facultative », en gérant par exemple des places de crèche. Par ailleurs, les EPCI peuvent créer un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) pour gérer l'action sociale du territoire communautaire.

Les organismes de protection sociale

Une partie des dépenses de l'assurance maladie sont destinées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées en établissement ou en service médico-social. Étant définies dans le CASF, elles sont considérées comme faisant partie du champ de l'aide et de l'action sociales. Elles constituent 26 % des dépenses totales d'aide et d'action sociales en 2017.

Par ailleurs, les organismes de protection sociale – caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), caisse nationale des allocations familiales (CNAF), caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA), Unédic, caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), etc. – peuvent également mener des actions sociales, en plus des assurances sociales. Celles-ci peuvent être destinées à l'aide à la construction de lieux d'hébergement (création de places en résidences autonomie par exemple) ou directement à leurs affiliés, dans le cadre d'actions de prévention notamment[6].

L'État, en charge d'une partie de l'aide sociale

Le transfert de compétences associé aux lois de décentralisation n'a laissé à l'État qu'une relative faible partie de l'aide sociale (7 % du total des dépenses d'aide et d'action sociales), principalement pour les personnes déracinées (sans domicile fixe, demandeurs d'asile), mais également en matière de handicap ou de perte d'autonomie, via l'allocation simple d'aide à domicile aux personnes âgées ou l'allocation différentielle, ou d'autres prestations que le département ne prend pas en charge. L'aide médicale d'État (AME), étant également définie dans le CASF, fait partie du champ de l'aide et de l'action sociales. Il en va de même de la prise en charge de personnes handicapées dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Enfin, l'État était le financeur de la partie « activité » du revenu de solidarité active (RSA), en vigueur jusqu'à la fin 2015. La prime d'activité, qui remplace le RSA activité à partir de 2016, est instaurée dans le Code de la sécurité sociale et n'est pas considérée ici comme de l'aide sociale. ■

Pour en savoir plus

> **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam J. *et al.* (dir.)** (2018). La protection sociale en France et en Europe en 2016. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiche 02.

6. Par le biais de programmes d'actions collectives (atelier équilibre, nutrition, mémoire, etc.) et d'aides à domicile (aide ponctuelle au ménage, à la préparation des repas, aux courses, etc.) pour les personnes âgées non éligibles à l'aide sociale légale.

02 L'opinion des Français sur les politiques publiques d'aide sociale

Les Français soutiennent massivement les transferts publics en direction des personnes les plus vulnérables. Une forte majorité d'entre eux (64 % en 2018) souhaitent que le revenu de solidarité active (RSA) soit augmenté. Ils approuvent aussi largement le principe d'un minimum social plus élevé que le RSA pour les personnes en situation de handicap. Les deux tiers des Français sont par ailleurs favorables à une prise en charge de la perte d'autonomie par les pouvoirs publics.

Le Baromètre d'opinion de la DREES *(encadré 1)* permet, entre autres, d'analyser chaque année le soutien des Français aux politiques d'aide en faveur des personnes démunies, des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes.

64 % des Français souhaitent une augmentation du revenu de solidarité active

Le revenu de solidarité active (RSA) est la prestation emblématique de soutien aux personnes en grande difficulté financière (voir fiche 30). En 2018, lorsqu'on interroge les Français sur le RSA, 64 % souhaitent l'augmentation de son montant[1]. Ce chiffre est relativement stable par rapport à 2017 *(graphique 1)*. La part des personnes jugeant qu'il faut, au contraire, le diminuer reste très minoritaire (15 %). La tendance haussière qui avait porté cette réponse de 6 % à 17 % de la population entre 2009 et 2015 s'est interrompue. D'une façon générale, plus de la moitié des Français (56 %) estiment que les pouvoirs publics ne font pas assez pour les plus démunis. Cette proportion a toutefois chuté de 9 points par rapport à 2017.

En dépit de ce fort soutien aux plus démunis, en 2018, seules 20 % des personnes favorables à une hausse du RSA se déclarent prêtes à accepter une hausse de leurs impôts pour la financer. Il s'agit du niveau le plus bas enregistré depuis 2004[2] : cette proportion a en effet fortement chuté entre 2017 et 2018 (-20 points en un an), après avoir connu une augmentation de 10 points entre 2014 et 2017.

Les Français les plus modestes sont un peu plus nombreux que les plus aisés à souhaiter une augmentation du montant du RSA : 70 % des personnes appartenant aux 20 % des ménages les plus modestes y sont favorables, contre 61 % des personnes appartenant aux 20 % les plus aisés. Les personnes les plus aisées sont celles pour qui le consentement à l'impôt dans le but d'augmenter le RSA a le plus diminué par rapport à 2017. En effet, parmi les 20 % des ménages les plus aisés, 23 % des personnes favorables à une augmentation du RSA sont prêtes à accepter une hausse de leurs impôts en 2018 ; elles étaient 59 % en 2017. Cette baisse est moins importante pour les 20 % des ménages les plus modestes : de 34 % en 2017 à 19 % en 2018, un niveau désormais proche de celui des ménages aisés.

Plus de huit personnes sur dix sont favorables à une solidarité renforcée envers les personnes handicapées

En 2018, moins de la moitié des Français (44 %) estiment que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées *(graphique 2)*, une part très stable depuis 2014. Cette opinion est un peu moins partagée par les personnes qui indiquent connaître[3]

1. Le montant est précisé aux enquêtés dans la question. Dans le Baromètre d'opinion de la DREES 2018, le montant indiqué est de 550 euros par mois, ce qui correspond au montant en vigueur en 2018.
2. Cette question n'a pas été posée entre 2009 et 2013.
3. Quatre Français sur dix indiquent connaître une personne handicapée de moins de 60 ans, que ce soit eux-mêmes, qu'elle soit dans leur famille ou en dehors de leur famille.

une personne handicapée de moins de 60 ans (39 % d'entre elles), ainsi que par les personnes âgées de 50 ans ou plus (40 %).

Les Français sont très nombreux à se prononcer en faveur d'un traitement spécifique à l'égard des personnes handicapées. En 2017, 84 % jugent qu'il est normal qu'une personne handicapée ait un revenu minimum supérieur à celui d'une personne qui ne l'est pas. Seuls 16 % estiment que les minima sociaux devraient être les mêmes pour tous, que l'on soit handicapé ou non. De fait, il existe aujourd'hui un minimum social spécifique : l'allocation aux

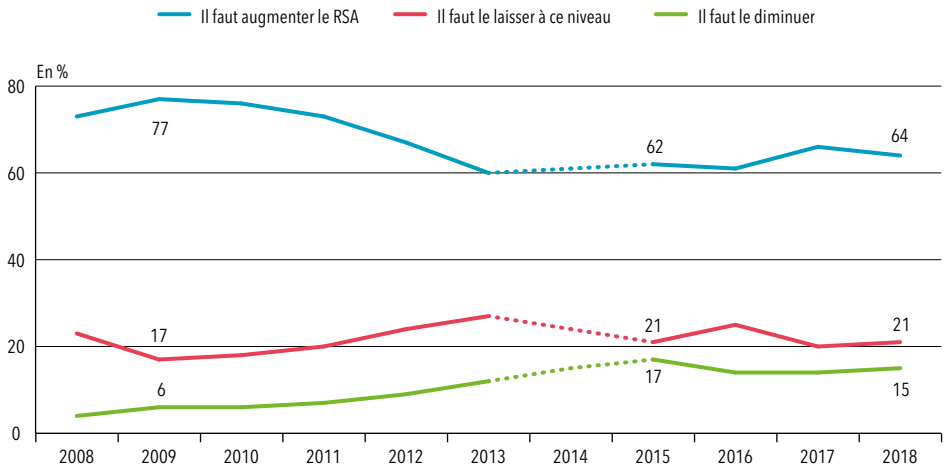
Encadré 1 Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

Les réponses à une enquête d'opinion sont particulièrement sensibles à la formulation des questions ou à la position de celles-ci dans le questionnaire. Les enquêtes d'opinion permettent néanmoins des comparaisons entre catégories sociales ou dans le temps. Elles peuvent notamment capter l'évolution de la distribution des réponses, au fil des années, lorsque la formulation des questions et l'organisation du questionnaire restent les mêmes. De telles variations informent de l'évolution des opinions dans le temps, en fonction de la conjoncture, des actions politiques mises en œuvre et du débat médiatique. Toutefois, de trop petites variations peuvent ne refléter que des imperfections de mesure.

Pour des raisons de commodité, les personnes interrogées dans le cadre de ce Baromètre (résidents en France métropolitaine, de 18 ans ou plus) sont désignées ici par le terme de « Français ».

Les pourcentages d'opinion présentés sont calculés en excluant les réponses « ne se prononcent pas ». Lorsque celles-ci dépassent 3 % des réponses, une annotation est ajoutée.

Graphique 1 Les Français favorables à une hausse du RSA



Note > Les données de l'année 2014 ne sont pas disponibles pour cette question. La modalité « il faut le laisser à ce niveau » n'est pas ouvertement proposée aux enquêtés. En 2018, 5 % des répondants ne se prononcent pas. Entre 2009 et 2017, cette part représentait moins de 3 %.
Lecture > En 2018, 64 % des personnes interrogées pensent qu'il faut augmenter le RSA.
Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du champ du graphique.
Source > DREES, Baromètre d'opinion 2008-2018.

adultes handicapés (AAH)[4]. Son montant maximal est de 860 euros par mois, environ, pour une personne seule et sans ressources. Il est supérieur à la plupart des minima sociaux, comme le RSA (560 euros) ou l'allocation de solidarité spécifique (ASS) [490 euros] et comparable à celui de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), habituellement qualifiée de « minimum vieillesse ».

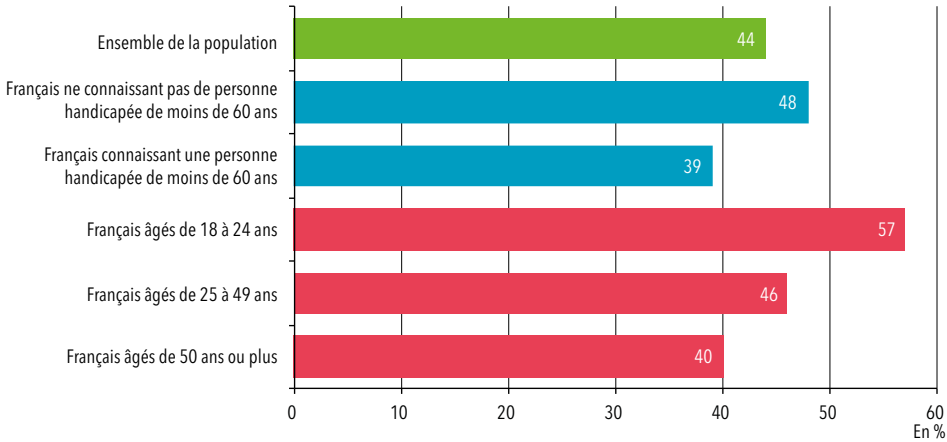
En revanche, les Français sont plus partagés sur le fait que l'attribution des aides aux personnes handicapées dépende du revenu. En 2017, la moitié des personnes interrogées estiment que les aides financières pour compenser les surcoûts liés au handicap devraient être réservées à ceux qui disposent de faibles revenus, tandis que l'autre moitié préféreraient qu'elles soient versées à tous les individus en situation de handicap, quels que soient leurs revenus[5]. L'universalité des prestations liées au handicap est cependant de plus en plus soutenue dans la société française : dix ans plus tôt, ils n'étaient que 29 % à avoir cette position.

Dans la pratique, le conditionnement aux ressources varie effectivement entre les diverses aides aux personnes handicapées existantes. Alors que l'accès à l'AAH est soumis à une condition de ressources – en cohérence avec sa logique de minimum social –, la prestation de compensation du handicap (PCH) est versée sans condition de ressources (voir fiche 19). Cette dernière s'adresse aux personnes qui connaissent des difficultés pour la réalisation des actes de la vie quotidienne, à condition d'être âgées de moins de 60 ans au moment de la première demande et de résider en France. Si l'accès à la PCH ne dépend pas des ressources du demandeur, le montant perçu est cependant modulé en fonction de ses revenus : si les ressources annuelles du bénéficiaire dépassent 26 930 euros (soit 2 245 euros par mois), la prestation n'est versée qu'à hauteur de 80 %.

Deux tiers des Français pensent que l'État et les pouvoirs publics doivent financer la perte d'autonomie

La perte d'autonomie d'une personne âgée est définie par les difficultés rencontrées dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, en raison d'incapacités

Graphique 2 Personnes en accord avec le fait que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées, en 2018



Lecture > En 2018, 40 % Français âgés de 50 ans ou plus pensent que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées.
Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du champ du graphique.
Source > DREES, Baromètre d'opinion 2018.

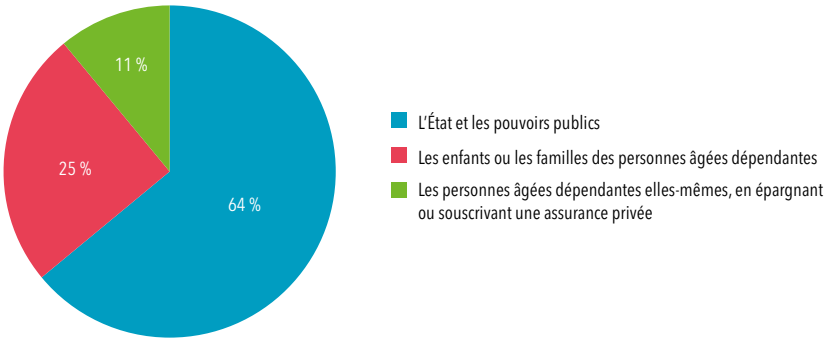
4. L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) peut aussi être servie aux personnes handicapées à faibles ressources, lorsque celles-ci sont titulaires d'une pension d'invalidité, mais elle est beaucoup moins répandue.
5. Il n'est pas précisé dans la question à partir de quel seuil cette aide devrait être réduite.

durables. En 2018, pour les deux tiers des Français (64 %), la prise en charge des coûts de la perte d'autonomie doit relever principalement de l'État et des pouvoirs publics *(graphique 3)*. À l'inverse, un tiers juge que la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes devrait être du ressort des enfants ou des familles (25 %) ou des personnes âgées dépendantes elles-mêmes, en épargnant ou en souscrivant une assurance privée (11 %).

L'opinion selon laquelle la responsabilité de la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes revient aux pouvoirs publics est davantage partagée par les Français les plus modestes. Ils sont 70 % à le penser parmi les Français appartenant au 20 % des ménages les plus modestes, contre 54 % de ceux appartenant au 20 % les plus aisés. Les personnes appartenant à un ménage aisé sont, à l'inverse, plus nombreuses en proportion à juger que la responsabilité revient aux personnes âgées dépendantes elles-mêmes (16 %, contre 6 % pour les Français les plus modestes). En revanche, il n'y a pas, en 2018, de différences d'opinion marquées selon l'âge des répondants ni selon le fait qu'ils se déclarent ou non aidants d'une personne âgée dépendante[6].

En 2017, environ la moitié des répondants se prononcent en faveur de la création d'une cotisation obligatoire spécifique au financement de la perte d'autonomie (53 %), un chiffre relativement stable depuis 2004. Toutefois, seulement un tiers des personnes estiment que cette cotisation devrait être obligatoire pour tous, tandis qu'une personne sur cinq pense qu'elle ne devrait l'être qu'à partir d'un certain âge. L'autre moitié des personnes

Graphique 3 Opinion des Français sur la responsabilité financière de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, en 2018



Note > En réponse à la question : « Selon vous, qui doit principalement prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes (c'est-à-dire ne pouvant vivre seules sans aide) ? », en 2018, 4 % des répondants ne se prononcent pas sur les acteurs qui devraient prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes. Les années précédentes, cette part représentait moins de 2 %.
Lecture > En 2018, 64 % des personnes interrogées pensent que ce sont principalement l'État et les pouvoirs publics qui doivent prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes.
Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du champ du graphique.
Source > DREES, Baromètre d'opinion 2018.

6. Dans le cadre du Baromètre d'opinion de la DREES, un Français sur cinq indique apporter une aide régulière et bénévole à une personne âgée dépendante vivant chez eux, chez elle ou ailleurs (institution, etc.). Cette part est largement supérieure à celle que l'on retrouve dans l'enquête Handicap-Santé de 2008, qui correspond à une définition plus précise et plus ciblée du nombre d'aidants (4,3 millions de personnes en 2008).

interrogées préfèreraient que la prise en charge du risque de perte d'autonomie pèse seulement sur ceux qui veulent bénéficier d'une aide pour y faire face (47 %).

Les répondants qui se déclarent aidants d'une personne âgée sont plus souvent favorables à l'obligation pour tous de cette cotisation : 37 % contre 33 % des Français en moyenne. En revanche, ces opinions ne varient pas significativement en fonction de l'âge, à ceci près que les moins de 30 ans optent moins souvent que leurs aînés pour une cotisation obligatoire, qui serait acquittée quel que soit l'âge. Cette faible variabilité des résultats va plutôt à l'encontre de l'idée selon laquelle chaque classe d'âge verrait avant tout la situation à travers le prisme de ses propres intérêts financiers de court terme.

En 2017, sept Français sur dix préfèrent que l'aide aux personnes âgées dépendantes soit réservée à celles disposant de faibles revenus. Seuls trois sur dix souhaitent, à l'inverse, que l'aide financière apportée aux personnes âgées dépendantes soit universelle, sans condition de ressources. Ce niveau est bien inférieur (20 points d'écart) à celui des personnes en faveur d'une aide universelle aux personnes handicapées.

Dans la pratique, la prise en charge publique de la perte d'autonomie en France passe principalement par le versement d'une aide en nature aux personnes de plus de 60 ans : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) [voir fiches 13 et 15]. Plus la perte d'autonomie est sévère[7], plus le montant de l'aide sera élevé. L'APA permet de prendre en charge une partie des frais nécessaires à l'intervention à domicile d'aidants professionnels, au portage de repas ou à l'acquisition d'aides techniques (téléalarme, etc.). Cette aide n'est pas soumise à condition de ressources, mais une participation est demandée aux ménages disposant de ressources supérieures au montant de l'ASPA : le ticket modérateur croît avec les revenus, et peut atteindre jusqu'à 90 % de l'aide. La prise en charge publique de la perte d'autonomie passe également par des mesures fiscales. La moitié des dépenses d'aides à domicile restent à la charge des ménages (après APA, aide sociale locale ou des caisses de retraite), ces dernières étant compensées par une réduction d'impôt dans la limite d'un plafond. Cette réduction a été transformée en crédit d'impôt à compter de 2017 et bénéficie donc dorénavant aussi aux ménages non imposables. Moins de 3 % des dépenses de perte d'autonomie sont prises en charge par les organismes complémentaires privés d'assurance et leurs garanties dépendance représentent une faible part de l'activité de ce secteur (moins de 1 % des cotisations et prestations versées)[8]. ■

Pour en savoir plus

> **Antunez, K., Papuchon, A.** (2019, avril). Les Français plus sensibles aux inégalités de revenus et plus attachés au maintien des prestations sociales. Synthèse du Baromètre d'opinion DREES 2018. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 35.

> **Perron-Bailly, É.** (2017, janvier). Handicap, dépendance et pauvreté : les Français solidaires des plus vulnérables. DREES, *Études et Résultats*, 990.

7. Le niveau de perte d'autonomie est apprécié par la grille Autonomie gérontologique, groupes iso-ressources (AGGIR). Celle-ci définit les six niveaux de perte d'autonomie qui conditionnent – pour les quatre premiers d'entre eux – l'éligibilité à l'APA.
8. Voir Darcillon, T. (2016). Le compte de la dépendance de 2010 à 2014. Dans *La protection sociale en France et en Europe en 2014*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la Drees-Social.

L'aide sociale des départements

03 Les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale des départements

Fin 2017, les départements attribuent 4,2 millions de mesures ou prestations d'aide sociale pour l'insertion ou à destination de personnes âgées, de personnes handicapées, d'enfants ou jeunes majeurs en danger ou en risque de l'être. L'ensemble de ces aides concerne 6,2 % de la population française. Les dépenses brutes associées représentent 65 % du budget de fonctionnement des départements. Les dépenses nettes de recouvrements et récupérations s'élèvent à 37,8 milliards d'euros pour l'année 2017. Après compensations financières de l'État pour certaines allocations, la charge nette des collectivités est de 28,9 milliards d'euros.

L'aide sociale, qui relève de la compétence des conseils départementaux depuis les lois de décentralisation de 1982-1983, comprend des prestations et des services destinés aux personnes en situation de besoin en raison de la vieillesse, du handicap ou de difficultés sociales. Elle s'exerce dans quatre domaines principaux : l'insertion, en lien notamment avec le revenu de solidarité active (RSA), l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées et l'aide sociale à l'enfance (ASE). Par délégation, la gestion d'une partie de ces aides peut être confiée par le département aux communes *(encadré 1)*.

4,2 millions d'aides sociales départementales fin 2017

En décembre 2017, les départements[1] sont en charge de 4,2 millions de mesures d'aide sociale départementale *(tableau 1)*, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DROM)[2], hors Mayotte. Les aides sociales au titre de l'insertion, qui regroupent les allocations du RSA[3] et, dans les DROM, le revenu de solidarité (RSO) en représentent 45 %. Les aides aux personnes âgées en constituent 34 %, tandis que les prestations en faveur des personnes handicapées et les mesures d'ASE s'élèvent respectivement à 13 % et 8 % des aides.

Au total, 6,2 % de la population bénéficie d'une aide sociale des départements, en n'incluant ni les conjoints ni les personnes à charge des allocataires du RSA *(graphique 1)*. La proportion des bénéficiaires la plus élevée se trouve parmi les personnes de 60 ans ou plus (9,3 %), principalement du fait des bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées, qui représentent 7,8 % des 60 ans ou plus. Elle est également assez élevée parmi les personnes de 20 à 40 ans, plus fréquemment bénéficiaires du RSA.

Des dynamiques différentes selon les champs de l'aide sociale

En 2017, le nombre total d'aides sociales augmente de 0,9 %. Cette tendance globale est le résultat de plusieurs évolutions.

Tout d'abord, le nombre d'aides sociales aux personnes âgées et aux personnes handicapées augmente respectivement de 1,5 % et 2,6 % en 2017, et, selon les données provisoires[4], encore de 1,0 % et 2,7 % en 2018. 2,01 millions d'aides aux personnes âgées ou handicapées ont été attribuées fin 2018, contre 1,98 million fin 2017. Cette évolution est principalement le fait des hausses des nombres de bénéficiaires de la PCH et de l'APA, de respectivement 5,5 % et 1,2 % en 2018, pour des effectifs

1. Par convention, les « départements » désignent ici les collectivités en charge des compétences départementales : les conseils départementaux, la métropole de Lyon et les collectivités territoriales uniques de la Guyane et de la Martinique.
2. Collectivités régies par l'article 73 de la Constitution.
3. Pour le RSA, le nombre d'aides indiqué ici correspond au nombre de foyers allocataires du RSA, hors RSA jeunes qui n'est pas à la charge du département, soit 1,88 million fin 2017. La population couverte par le RSA, incluant aussi les conjoints et les enfants à la charge des allocataires, est plus élevée : 3,80 millions de personnes.
4. Il s'agit d'une estimation provisoire des résultats nationaux. Les résultats définitifs et départementaux seront disponibles au premier trimestre 2020.

supplémentaires semblables (autour de 16 000 bénéficiaires de plus pour chacune des deux prestations). Alors que le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement aux personnes handicapées a augmenté de 1,4 % par rapport à 2017, l'aide sociale à l'hébergement de personnes âgées s'adresse à un nombre de personnes relativement stable (-0,3 %).

Au cours de l'année 2017, le nombre de mesures d'ASE est celui qui augmente le plus en proportion (+3,1 %, pour atteindre 344 100 aides au 31 décembre). Cette évolution repose principalement sur la multiplication des mesures de placement (+4,8 %), qui s'explique en grande partie par l'accroissement du nombre de mineurs non accompagnés (MNA).

Encadré 1 Une commune sur dix gère, par délégation, l'aide sociale légale départementale

Les prestations légales d'aide sociale, et en particulier l'instruction des demandes d'aides, c'est-à-dire la décision d'accorder ou non une prestation, sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile. Par convention passée avec le département, une commune peut exercer une partie ou la totalité des compétences sociales départementales. « La convention précise l'étendue et les conditions financières de la délégation de compétence, ainsi que les conditions dans lesquelles les services départementaux correspondants sont mis à la disposition de la commune »[1].

C'est le cas d'une commune sur dix (soit 50 % de la population) : six fois plus dans les moyennes et grandes communes que dans les petites (32 % contre 5 %) *[tableau ci-dessous]*. Dans ce cadre, les communes gèrent le plus souvent l'aide légale à destination des personnes âgées, notamment pour instruire les demandes d'allocation personnalisée d'autonomie (APA). C'est le cas de près d'un quart des moyennes et grandes communes et de 4 % des petites communes. Le recueil et l'instruction de la demande du revenu de solidarité active (RSA) sont confiés à 6 % des communes et celle des prestations pour les personnes handicapées (dont l'instruction des demandes de la prestation de compensation du handicap) à 4 % des communes. Enfin, très peu de communes gèrent la protection maternelle et infantile ou l'ASE (moins de 2 % des communes).

Proportion des communes ayant passé une convention avec le département pour la gestion de l'aide sociale légale, au 31 décembre 2014

En %

Domaines d'aide sociale	Petites communes	Moyennes et grandes communes	Ensemble des communes	Part de la population couverte
Aide sociale à l'enfance	1,4	2,6	1,6	6,5
Protection maternelle et infantile	1,4	3,4	1,8	4,4
Insertion (hors revenu de solidarité active [RSA])	1,4	7,4	2,5	15,2
Personnes handicapées (notamment instruction de la prestation de compensation du handicap)	1,9	14,7	4,3	19,0
Gestion du RSA	2,1	20,4	5,6	36,1
Personnes âgées (notamment instruction de l'allocation personnalisée d'autonomie)	4,2	24,6	8,0	35,0
Convention passée dans au moins un domaine	**4,9**	**32,4**	**10,0**	**50,1**

Note > Les petites communes ont moins de 1 500 habitants et les moyennes et grandes communes plus de 1 500 habitants.
Lecture > Au 31 décembre 2014, 10 % des communes, représentant la moitié de la population, ont passé une convention avec le département pour au moins un des domaines d'aide sociale.
Champ > Communes de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête ASCO ; Insee, recensement de la population 2012.

1. Articles L.121-1 et L.121-6 du Code de l'action sociale et des familles.

Tableau 1 Les aides sociales départementales en décembre, de 2001 à 2018

	Nombre d'aides (en milliers)							Évolution (en %)	Part dans le nombre total d'aides (en %)
	2001	2006	2011	2016	2016[2]	2017	2018 (p)	2016-2017	2017
Allocataires du RSA, RMI et RSO[1]	**1 078**	**1 290**	**1 599**	**1 865**	**1 894**	**1 886**	**1 899**	**-0,4**	**45**
Aides sociales aux personnes âgées, dont :	**340**	**1 161**	**1 349**	**1 430**		**1 452**	**1 467**	**1,5**	**34**
APA	-	1 012	1 202	1 286		1 310	1 326	1,8	31
ASH en établissement et chez des particuliers	121	119	124	125		124	124	-0,5	3
Aides sociales aux personnes handicapées, dont :	**236**	**266**	**421**	**518**		**532**	**546**	**2,6**	**13**
ACTP	129	131	87	65		61	58	-5,9	2
PCH	-	7	185	284		298	315	5,1	7
Accueil et hébergement en établissement et chez des particuliers	93	110	127	147		150	152	2,0	4
Aides sociales à l'enfance (ASE), dont :	**271**	**288**	**307**	**334**		**344**	**nd**	**3,1**	**8**
Enfants accueillis à l'ASE	140	145	154	169		177	nd	4,8	4
Actions éducatives	130	142	153	165		167	nd	1,3	4
Total des aides, dont :	**1 924**	**3 005**	**3 675**	**4 148**	**4 176**	**4 214**	**nd**	**0,9**	**100**
Allocations individuelles de solidarité (APA, PCH, RSA)	-	2 309	2 986	3 436	3 465	3 494	3 539	0,9	83

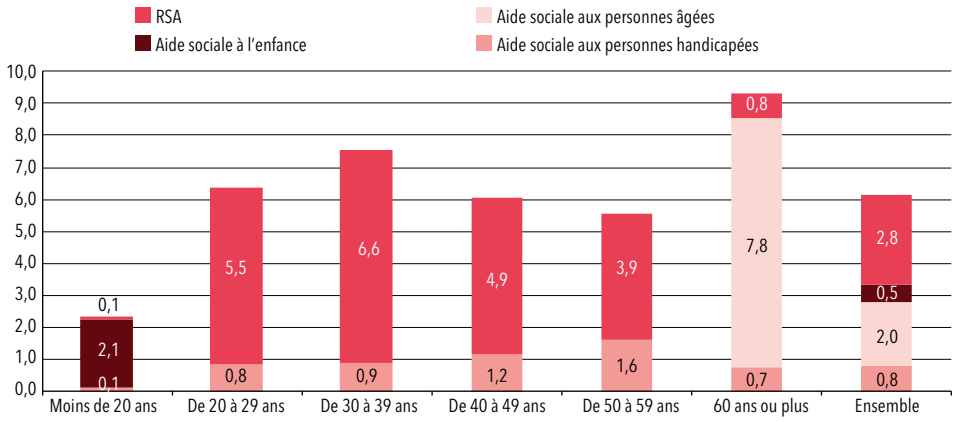
ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; PCH : prestation de compensation du handicap ; APA : allocation personnalisée d'autonomie ; ASH : aide sociale à l'hébergement ; RSA : revenu de solidarité active.
(p) : provisoire. nd : non disponible
1. Sont dénombrés les allocataires du RSA socle ou socle et activité (jusqu'en 2015), hors RSA jeunes. Le RSA a remplacé le RMI et l'API en 2009, mais l'API n'est pas prise en compte ici car elle n'était pas à la charge des départements.
2. Nouvelle série statistique. En 2016, la CNAF a amélioré son système de production statistique sur les bénéficiaires de prestations légales. Les données à partir de 2016 ne sont pas comparables avec les données des années précédentes. Afin de permettre l'étude des évolutions, les données 2016 (ancienne série) comparables à l'ancien système de production statistique sont également présentées.
Notes > Sont dénombrés ici les bénéficiaires d'une aide sociale, c'est-à-dire les personnes ayant un droit ouvert à la prestation au 31 décembre de l'année, hormis pour l'APA pour laquelle sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre.
Les totaux des aides comportent des doubles comptes car une même personne peut bénéficier de plusieurs aides. C'est le cas de 88 % des bénéficiaires de l'ASH en établissement d'hébergement pour personnes âgées qui sont également bénéficiaires de l'APA fin 2015, selon l'enquête EHPA de la DREES. De même, les bénéficiaires de l'ACTP en établissement peuvent aussi percevoir une aide à l'hébergement. Enfin, certains mineurs ou jeunes majeurs peuvent bénéficier d une action éducative tout en étant accueilli à l'ASE.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; CCMSA.

À l'inverse, le nombre d'allocataires du RSA et du RSO diminue de 0,4 % au cours de l'année 2017, une baisse cependant moins marquée que celle observée en 2016. En 2018, le nombre de foyers bénéficiaires du RSA et du RSO augmente de nouveau (+0,7%).
Sur le plus long terme, durant les quinze dernières années, le nombre de mesures d'aide sociale ne suit pas la même évolution selon le champ considéré. Conséquence de la crise économique de la fin des années 2000, le nombre de mesures d'aide liées à l'insertion (RMI, RSA et RSO) a fortement augmenté à la fin de cette décennie et au cours des années suivantes, avant de diminuer pour la première fois en 2016, avec l'amélioration de la situation économique. Le nombre de mesures d'aide aux personnes âgées et handicapées a, lui, crû de façon régulière durant toute la période. Cette hausse est principalement due à la montée en charge des deux allocations individuelles de solidarité : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes âgées, depuis 2002, et la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les personnes handicapées, depuis 2006. La progression de l'ASE est, enfin, la moins dynamique, mais le nombre de mesures a tout de même augmenté de 27 % entre 2001 et 2017, soit une croissance supérieure à celle du nombre des jeunes de moins de 21 ans sur la même période.

Une structure des dépenses différente de celle des aides

En 2017, les dépenses brutes d'aide sociale s'élèvent à 39,2 milliards d'euros, après récupérations faites auprès des bénéficiaires, des obligés alimentaires et sur successions dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) aux personnes âgées (voir l'encadré 1 de la fiche 14) *[tableau 2]*.

Graphique 1 Taux de bénéficiaires de l'aide sociale des départements, en décembre 2017



Note > Ces taux peuvent être légèrement surestimés, car ils contiennent certains doubles comptes possibles entre mesures d'aide sociale, tels qu'une action éducative concomitante à une mesure de placement dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE), ou encore une personne bénéficiant d'une mesure d'ASE et d'une mesure d'aide sociale liée à un handicap. En revanche, les doubles comptes possibles entre aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées et allocation personnalisée d'autonomie (APA) ont été corrigés ici.
Sont dénombrés ici les bénéficiaires d'une aide sociale, c'est-à-dire les personnes ayant un droit ouvert au 31 décembre, hormis pour l'APA pour laquelle sont identifiés les bénéficiaires payés au titre du mois de décembre. Pour le RSA, sont pris en compte les allocataires au 31 décembre sans leurs éventuels conjoints, ni les personnes à charge.
Lecture > Au 31 décembre 2017, 2,1 % des habitants de moins de 20 ans bénéficient d'une mesure d'ASE.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; CCMSA ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

Tableau 2 Les dépenses brutes d'aide sociale départementale, de 2001 à 2017

Dépenses en millions d'euros courants, évolutions en euros constants 2017

	Montants des dépenses brutes annuelles (en euros)					Évolution (en %)		Part dans le total des dépenses (en %)	Montant mensuel moyen par aide (en euros)
	2001	2006	2011	2016	2017	2016/ 2017	2001/ 2017	2017	2017
Insertion et allocations liées au RSA, RMI et RSO[1], dont :	**745**	**7204**	**8932**	**11777**	**11818**	**-0,7**	**1174,0**	**30**	**521**
Allocations	-	6063	7830	10741	10809	-0,4	-	28	477
Insertion	745	1140	1102	1036	1009	-3,6	8,8	3	44
Aide sociale aux personnes âgées[2], dont :	**1746**	**5657**	**6901**	**7357**	**7606**	**2,3**	**249,5**	**19**	**440**
APA		4365	5371	5784	5942	1,7	-	15	381
ASH en établissement et chez des particuliers	-	999	1236	1278	1292	0,0	17,7	3	863
Aide sociale aux personnes handicapées, dont :	**3110**	**4580**	**6842**	**8115**	**8320**	**1,5**	**114,7**	**21**	**1321**
ACTP	697	762	537	429	405	-6,5	-53,4	1	534
PCH	-	93	1263	1836	1931	4,1	-	5	552
Accueil et hébergement en établissement et chez des particuliers	2271	3326	4373	5077	5186	1,1	83,3	13	2908
Aide sociale à l'enfance (ASE), dont :	**4591**	**5736**	**7109**	**7778**	**7965**	**1,3**	**39,2**	**20**	**1958**
Enfants accueillis à l'ASE[3]	3154	4418	5466	6104	6318	2,5	60,8	16	3040
Actions éducatives	270	361	423	461	473	1,6	40,7	1	238
Personnel, services communs et autres frais d'intervention sociale[4]	**1747**	**2576**	**3238**	**3339**	**3453**	**2,3**	**58,6**	**9**	**-**
Total (hors aide médicale générale)	**11970**	**25753**	**33023**	**38367**	**39161**	**1,0**	**162,6**	**100**	**778**
dont : allocations individuelles de solidarité (APA, PCH, RSA)	-	10521	14464	18361	18682	1,7	-	48	447

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; PCH : prestation de compensation du handicap ; APA : allocation personnalisée d'autonomie ; ASH : aide sociale à l'hébergement.

1. Dépenses d'allocation et d'insertion liées au RMI, aux contrats d'insertion-revenu minimum d'activité (CI-RMA), aux contrats d'avenir, au RSA expérimental et au RSA socle et socle majoré à partir de 2009, ainsi qu'aux contrats uniques d'insertion à partir de 2010.

2. Les dépenses d'ASH aux personnes âgées en établissement sont des dépenses après récupérations auprès des bénéficiaires, de leur obligés alimentaires et des recours sur succession. Elles sont brutes, c'est-à-dire avant déduction des remboursements et autres récupérations.

3. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « Autres dépenses » d'ASE sont depuis davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses de placement. Cette évolution induit une légère « rupture » de série statistique, hormis pour le total des dépenses d'ASE.

4. Hors frais de personnel liés aux assistants familiaux ainsi qu'au RMI et au RSA quand ils sont identifiés.

Notes > Les dépenses d'ACTP et de PCH pour les personnes de 60 ans ou plus sont intégrées aux dépenses à destination des personnes handicapées.

Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2017. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.

Dans ce tableau, les dépenses totales d'aide sociale départementale sont présentées hors dépenses d'aide médicale générale (AMG), supprimée en 2000. En 2001, les dépenses d'AMG représentaient encore 0,24 % du total les incluant.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Depuis 2001, la structure des dépenses brutes d'aide sociale a subi de profonds bouleversements. Entre 2001 et 2017, les dépenses d'ASE ont progressé à un rythme régulier, mais leur part est désormais bien inférieure à ce qu'elle était en 2001 en raison de nouvelles prestations prises en charge par les départements dans les autres domaines de l'aide sociale. La part des dépenses liées aux personnes âgées ou handicapées a augmenté sensiblement, du fait notamment de la création de l'APA et de la PCH, du développement des aides à l'accueil des personnes handicapées et du vieillissement de la population. La part liée au revenu minimum d'insertion (RMI), puis au RSA, a crû fortement en 2004 depuis le transfert du versement de l'allocation du RMI aux départements et, en 2009, de la création du RSA, y compris sa partie majorée destinée aux anciens allocataires de l'allocation de parent isolé (API).

La répartition des dépenses d'aide sociale n'est pas la même que celle du nombre de bénéficiaires. En 2017, un tiers des dépenses brutes d'aide sociale, hors dépenses de personnel et services communs et autres frais d'intervention sociale, sont consacrés au RSA et au RSO (allocations et insertion), 23 % à l'aide aux personnes handicapées, 22 % à l'ASE et 21 % à l'aide aux personnes âgées. Alors que les trois allocations individuelles de solidarité (APA, PCH, RSA) constituent 83 % des mesures d'aide sociale, elles représentent 52 % des dépenses (hors personnel, services communs et autres interventions sociales). À l'inverse, l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées ou handicapées ou encore les mesures de placement à l'ASE contribuent largement plus aux dépenses que ce qu'elles représentent dans l'ensemble des aides sociales.

65 % des dépenses de fonctionnement des départements consacrées à l'aide sociale en 2017

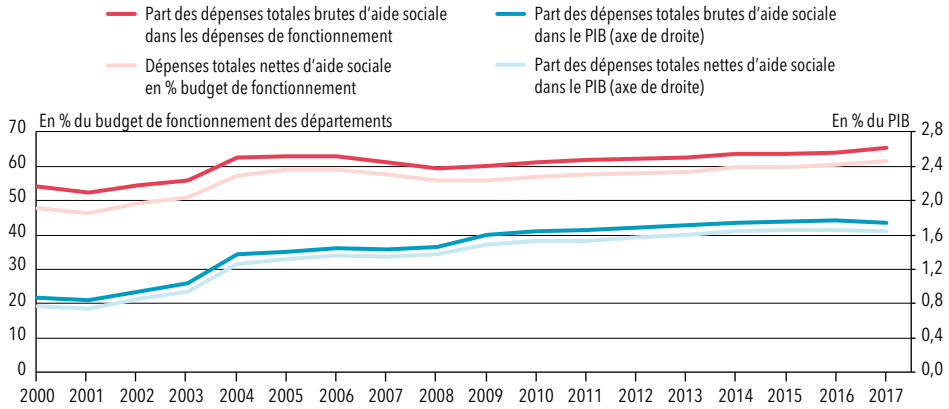
Au total, l'aide sociale départementale occupe une place importante dans le budget global de fonctionnement des départements, qui s'élève, hors intérêts de la dette, à 61,3 milliards d'euros[5]. Elle représente ainsi 65 %[6] des dépenses de fonctionnement[7] des conseils départementaux, alors que la proportion était inférieure à 60 % au début des années 2000 *(graphique 2)*. Cette part, qui varie de 42 % à 76 % selon les départements en 2017, est en partie corrélée au montant global des dépenses sociales[8]. Seuls 7 départements consacrent moins de la moitié de leur budget à l'aide et l'action sociales et cette proportion est comprise entre 60 % et 70 % (inclus) dans 6 départements sur 10.

37,8 milliards d'euros de dépenses nettes en 2017, avant compensation de l'État

Les départements peuvent engager des recours en récupération auprès des bénéficiaires d'autres aides que l'ASH aux personnes âgées, de leurs obligés alimentaires ou de leurs héritiers. S'ajoutent des recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales, des remboursements de participations et de prestations, des mandats annulés et des subventions. En 2017, les conseils départementaux ont ainsi récupéré ou recouvré 1,4 milliard d'euros, soit 3,5 % des dépenses brutes totales d'aide sociale. Après déduction de ce montant, les dépenses nettes engagées par les départements s'élèvent à 37,8 milliards d'euros, soit une augmentation de 0,8 % en euros constants[9] en un an, de 12 % en cinq ans, et de 29 % en dix ans *(graphique 3)*. Ces dépenses totales nettes représentent 1,6 % du produit intérieur brut (PIB) français, une part qui a augmenté depuis 2001 où il était de 0,7 %.

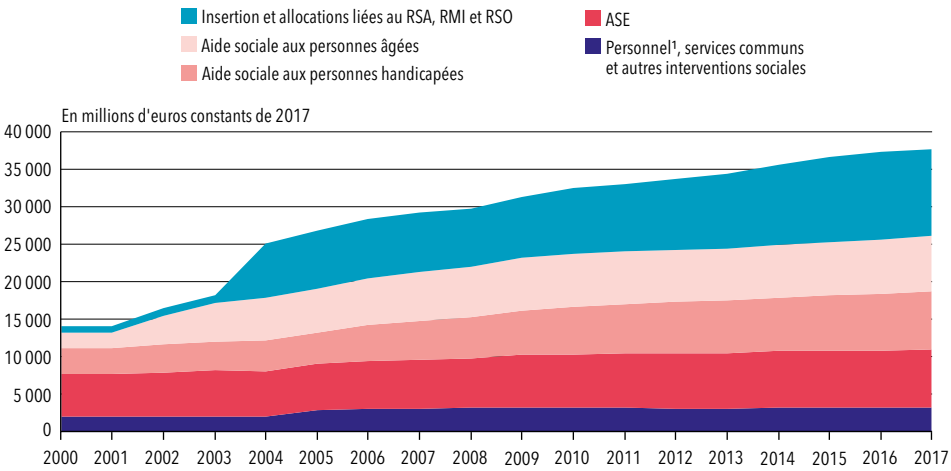
5. Source : Direction générale des collectivités locales (DGCL), extraits de comptes administratifs des départements.
6. Pour calculer ce ratio, ce sont les dépenses brutes avant toute récupération, y compris pour l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, qui sont utilisées.
7. Les dépenses de fonctionnement comprennent les charges de personnel, les achats et charges externes, les dépenses d'intervention, les charges financières et autres charges de fonctionnement, mais ne comprennent pas les dépenses d'investissement, et sont hors remboursement des emprunts et intérêts de la dette. En dehors de l'aide sociale, ces dépenses de fonctionnement couvrent les dépenses de prévention médico-sociale, les dépenses pour les collèges, les dépenses de voirie et les contingents versés aux services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), y compris les dépenses de personnel.
8. Le coefficient de corrélation est de 35 %.
9. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de France métropolitaine et des DROM. En 2017, cet indice a augmenté de 1,0 % en moyenne annuelle.

Graphique 2 Évolution de la part des dépenses d'aide sociale, de 2000 à 2017



Note > Contrairement aux tableaux 2 et 3, les dépenses brutes sont ici avant récupérations auprès des bénéficiaires, des obligés alimentaires et des héritiers pour l'ASH aux personnes âgées.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; DGCL, extraits des comptes administratifs des départements ; Insee, Comptes nationaux annuels.

Graphique 3 Évolution des dépenses nettes d'aide sociale des départements, de 2000 à 2017



1. Hors frais de personnel liés aux assistants familiaux ainsi qu'au RMI et au RSA quand ils sont identifiés.
Notes > Les dépenses d'ACTP et de PCH pour les personnes de 60 ans ou plus sont intégrées aux dépenses à destination des personnes handicapées.
Les dépenses nettes d'aide sociale sont des dépenses après déduction des récupérations et recouvrements, mais elles englobent les dépenses prises en charge par l'État par l'intermédiaire de la CNSA et de la TICPE.
Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2017. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Des contributions de la CNSA à hauteur de 38 % des dépenses brutes d'APA et de 30 % de celles de PCH en 2017

Les dépenses liées aux allocations individuelles de solidarité sont en partie compensées par des financements spécifiques de l'État[10]. Concernant les personnes âgées ou handicapées, celui-ci verse une contribution aux départements via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). En 2017, elle s'élève à 2,8 milliards d'euros au total et correspond à, respectivement, 38 % et 30 % des dépenses brutes d'APA et de PCH[11].

Entre 2012 et 2017, la compensation relative à l'APA a progressé en moyenne annuelle de 5,6 % en euros constants (+1,6 % entre 2012 et 2015 et +11,9 % entre 2015 et 2017). Le taux de couverture des dépenses brutes d'APA est ainsi passé de 30,2 % en 2012 à 37,6 % en 2017. Il a sensiblement progressé à partir de 2016 avec la compensation spécifique de la réforme de l'APA[12]. À l'inverse, le taux de couverture des dépenses de PCH diminue, passant de 38,3 % en 2012 à 29,9 % en 2017 (soit -21,9 % en cinq ans). Au cours de cette période, les dépenses brutes de PCH ont progressé dix fois plus que les concours de la CNSA (respectivement +32,2 % et +3,3 % en euros constants).

Par ailleurs, la couverture des dépenses d'APA ne se limite pas au concours de la CNSA, puisque les ressources affectées aux départements en compensation du transfert de la gestion de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) pour les personnes âgées de plus de 60 ans devraient être en partie prises en compte. Il en est de même de la compensation de la suppression des contingents communaux d'aide sociale, de la vignette et des exonérations de droits de mutation à titre onéreux (DMTO).

L'ASE, principal poste des dépenses nettes après compensation de l'État pour les allocations

En compensation de la charge financière du revenu de solidarité active (RSA), les départements perçoivent une partie de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE), soit 6,5 milliards en 2017. L'État attribue également aux départements une dotation de 0,5 milliard d'euros, par l'intermédiaire du Fonds de mobilisation départemental pour l'insertion (FMDI), au titre des dépenses de RSA. De plus, 90 départements ont signé, en 2017, une convention avec l'État pour la mise en œuvre du fonds d'appui aux politiques d'insertion (FAPI) créé par la loi de finances pour 2017 (art. 89 II), afin de soutenir financièrement les départements qui s'engagent à renforcer leurs politiques d'insertion. Ainsi, TICPE, FMDI et FAPI confondus, le taux de compensation des dépenses brutes d'insertion s'élève à 49,8 % en 2017.

Après déduction des concours financiers de l'État, au titre de l'APA, la PCH et le RSA[13] aux dépenses nettes, la charge nette d'aide sociale des départements s'élève, en 2017, à 28,9 milliards d'euros *(tableau 3)*. L'aide sociale à l'enfance ne fait l'objet d'aucune contribution financière dédiée, elle est donc le principal poste des charges nettes et en représente 27 % ; l'aide sociale aux personnes handicapées 24 % ; l'aide sociale au titre de l'insertion 20 % et l'aide sociale aux personnes âgées 18 %. Enfin, le poste « Personnel, services communs et autres interventions sociales » représente 11 % des charges nettes. ■

10. Voir fiche 04 pour une description plus complète du financement des dépenses des départements.
11. Ces taux sont légèrement inférieurs à ceux publiés dans les programmes de qualité et d'efficience (PQE), notamment parce que sont utilisées des dépenses nettes des récupérations et remboursements fournies par la CNSA.
12. La mise en œuvre de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 s'accompagne d'une contribution additionnelle (concours APA II) afin de permettre un financement des mesures nouvelles liées notamment à la revalorisation des plafonds des plans d'aide et à la diminution du reste à charge des bénéficiaires dont les plans d'aide sont les plus importants.
13. Ainsi que pour le soutien aux actions de prévention de la perte d'autonomie.

Tableau 3 Dépenses et charges nettes d'aide sociale des départements, en 2017

		Aide sociale…				Frais de personnel[2], services communs et autres frais d'intervention sociale	Total
		à l'enfance	aux personnes handicapées	liée au RSA	aux personnes âgées		
Dépenses brutes[1]	En millions d'euros	7 965	8 320	11 818	7 606	3 453	39 161
	Répartition en %	20	21	30	19	9	100
Dépenses nettes, après autres récupérations et recouvrements	En millions d'euros	7 761	7 727	11 564	7 438	3 284	37 774
	Répartition en %	21	20	31	20	9	100
Charges nettes, après compensations de l'État[3]	En millions d'euros	7 761	7 038	5 691	5 094	3 284	28 869
	Répartition en %	27	24	20	18	11	100

1. Après déduction des récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et succession dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (voir encadré de la fiche 14).
2. Hors frais de personnel liés aux assistants familiaux ainsi qu'au RMI et au RSA quand ils sont identifiés.
3. Les compensations de l'État prises en compte ici couvrent les concours de la CNSA pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH), et ceux relatifs aux actions de prévention de la perte d'autonomie (conférences des financeurs, forfait autonomie), une partie de la taxe intérieure de consommations sur les produits énergétiques (TICPE), le fonds de mobilisation départemental pour l'insertion (FMDI) et enfin le fonds d'appui aux politiques d'insertion (FAPI).
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; DGFIP.

04 Le financement des dépenses d'aide sociale des départements

En 2017, les dépenses et les recettes de fonctionnement des départements sont en baisse et atteignent respectivement 61,3 et 69,4 milliards d'euros. Près de 40 % des recettes sont issues d'impôts indirects, et un tiers d'impôts directs. Les dotations, participations et autres recettes en constituent 29 %.

En 2017, les dépenses totales de fonctionnement des départements s'élèvent à 61,3 milliards d'euros, dont 65 % consacrées à l'aide sociale[1], une part relativement stable ces quatre dernières années.

Des recettes et des dépenses de fonctionnement en baisse en 2017

Les dépenses de fonctionnement sont financées par des recettes qui atteignent 69,4 milliards d'euros[2] en 2017. La différence entre recettes et dépenses est affectée au remboursement des intérêts de la dette et aux dépenses d'investissement, pour lesquelles des recettes propres sont également mobilisées.
Entre 2000 et 2017, les recettes et les dépenses de fonctionnement des départements augmentent respectivement, en moyenne annuelle, de 3,2 % et 4,3 % en euros constants[3] *(graphique 1)*. Cependant, pour la première fois au cours de cette période, les taux d'évolution des recettes et des dépenses, sont négatifs entre 2016 et 2017 : respectivement -1,1 % et -1,3 %.

La fiscalité indirecte, premier poste de recettes des départements

Représentant 39 % des recettes *(tableau 1)*, les impôts indirects constituent la plus importante composante des ressources de fonctionnement des départements (27,1 milliards d'euros). Parmi eux, les droits de mutation à titre onéreux (DMTO) s'établissent à 11,5 milliards d'euros en 2017. Ce sont ceux qui progressent le plus (+15,4 % en un an et +40,4 % en cinq ans, en euros constants), bénéficiant à la fois du dynamisme du marché de l'immobilier et de la hausse des taux plafond initiée en 2014[4]. La taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) est quasi stable en 2017 (+0,6 % en euros constants par rapport à 2016) et s'établit à 7,1 milliards d'euros. Elle avait presque doublé entre 2010 et 2011, passant de 3,2 à 6,3 milliards d'euros, en raison du transfert aux départements de la part de l'État de cette taxe. La fiscalité indirecte comprend également, depuis 2004, en compensation de la charge financière du revenu minimum d'insertion (RMI) et du revenu de solidarité active (RSA), une partie de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE), soit 6,5 milliards en 2017, montant stable depuis plusieurs années.

2,5 milliards d'euros prélevés directement en 2017

Les recettes de fonctionnement des départements sont également alimentées par des impôts prélevés directement auprès des contribuables. Les produits de la taxe d'habitation, du foncier bâti ainsi que de la

1. Dans cette fiche, les dépenses totales brutes d'aide sociale des conseils départementaux correspondent aux montants inscrits aux comptes administratifs des départements avant tout recouvrement, récupération ou remboursement. Elles peuvent ainsi être rapportées aux éléments financiers d'ensemble produits par la Direction générale des collectivités locales (DGCL). À l'inverse, dans le reste de l'ouvrage, les dépenses pour l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées sont, au sein des dépenses totales, toujours exprimées après récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et succession, afin d'assurer une comparaison pertinente entre départements.
2. Source : Direction générale des collectivités locales (DGCL), extraits des comptes administratifs des départements.
3. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses et de recettes sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2017, cet indice a augmenté de 1,0 % en moyenne annuelle.
4. La loi de finances pour 2014 prévoit, pour les départements, la possibilité de relever leur taux de droits de mutation à titre onéreux (DMTO) de 3,8 % à 4,5 %. Au 1er janvier 2017, seuls quatre départements ont maintenu leur taux à 3,8 %.

cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) constituent des contributions directes pour un montant de 22,5 milliards d'euros en 2017, soit 32,4 % des recettes de fonctionnement. Ils sont en baisse de 5,7 % en euros constants par rapport à 2016, après une hausse de 4,7 % en moyenne par an entre 2012 et 2016. Cette baisse de la fiscalité directe, en 2017, est essentiellement liée au transfert de la CVAE aux régions, à la suite des transferts de compétences des départements vers les régions en matière de transport.

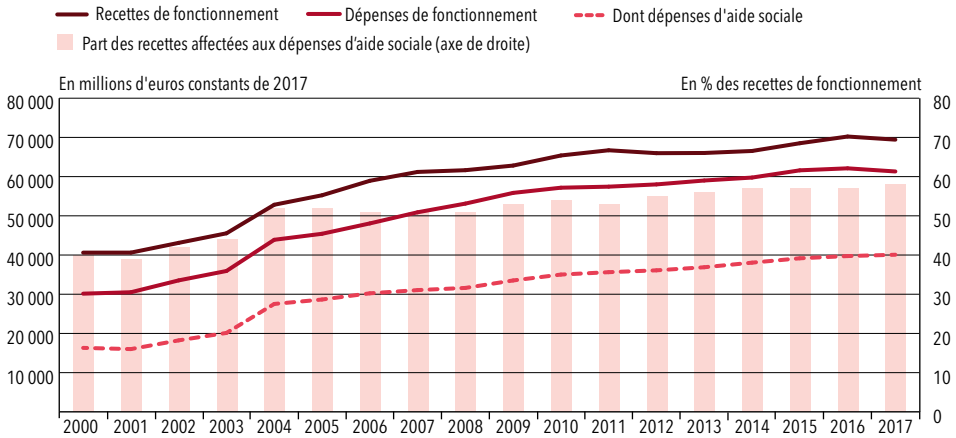
Les concours de l'État encore en baisse en 2017

Le montant des concours financiers de l'État inscrits en recettes de fonctionnement atteint 16,7 milliards d'euros en 2017, soit un recul de 5,2 % en euros constants par rapport à 2016 (-13,9 % entre 2012 et 2017). Ces recettes sont versées aux départements sous forme de dotations et de participations.

La dotation globale de fonctionnement (DGF) en est la composante principale et s'élève à 8,8 milliards d'euros en 2017. Elle diminue de 12,1 % en un an et de 29,4 % depuis 2012 ; cette baisse s'inscrit dans le cadre de la contribution des départements au redressement des finances publiques.

L'État verse également une contribution aux départements de 3,0 milliards d'euros (+8,9 % par rapport à 2016), via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elle comprend des financements de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et un soutien aux actions de prévention de la perte d'autonomie. Le concours de la CNSA pour l'APA, de 2,2 milliards d'euros, augmente de 9,0 % en un an, après +14,9 % en 2016. Ces progressions sont essentiellement dues au versement de la seconde part du concours APA visant à compenser l'augmentation des dépenses liées à l'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (voir fiche 15). Le concours PCH, de 0,6 milliard d'euros, augmente de 1,4 % en un an (après +1,4 % en 2016). La CNSA soutient également les actions de prévention de la

Graphique 1 Évolution des recettes et des dépenses de fonctionnement des départements, entre 2000 et 2017



Note > Les dépenses de fonctionnement sont calculées hors intérêts de la dette. Le solde des recettes diminué des dépenses de fonctionnement est affecté au remboursement de ces intérêts et aux dépenses d'investissement (en plus des recettes d'investissement propres).

L'aide médicale générale (AMG) a été exclue du champ de l'aide sociale départementale à partir de 2000. Il subsiste cependant la présence de certains reliquats d'AMG dans les comptes administratifs des départements jusqu'en 2003. Les dépenses associées représentent respectivement 2,2 %, 0,2 %, 0,1 % et 0,1 % des dépenses totales brutes d'aide sociale en 2000, 2001, 2002 et 2003.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DGCL, extraits des comptes administratifs des départements ; DREES, enquête Aide sociale.

perte d'autonomie mises en œuvre par les conférences des financeurs[5]. En 2017, les concours relatifs au forfait autonomie et aux autres actions de prévention attribués aux départements, prévus à hauteur de 180 millions d'euros, s'élèvent à 111 millions d'euros, eu égard aux concours versés en 2016 non utilisés et reportés sur 2017.

Par ailleurs, une dotation de 0,5 milliard d'euros est attribuée aux départements, au titre des dépenses du RSA, par l'intermédiaire du Fonds de mobilisation départemental pour l'insertion (FMDI). De plus, 90 départements ont signé, en 2017, une convention avec l'État pour la mise en œuvre du fonds d'appui aux politiques d'insertion (FAPI) créé par la loi de finances pour 2017 (art. 89 II). Ce fonds a pour objectif d'apporter un soutien financier aux départements qui s'engagent à renforcer leurs politiques d'insertion. Aussi, une enveloppe de 50 millions d'euros a été répartie entre les départements signataires[6].

Outre ces concours ciblés sur certains champs de l'aide sociale en particulier, l'État fournit une dotation globale de décentralisation (DGD) ainsi que des subventions qui compensent les exonérations accordées aux contribuables locaux.

D'autres ressources complètent, enfin, les recettes de fonctionnement des départements. Elles comprennent, entre autres, les recouvrements d'indus et de dépenses d'aide sociale auprès d'autres organismes ou des bénéficiaires ainsi que des produits financiers et des transferts de charges. ■

Tableau 1 Recettes départementales de fonctionnement en 2017

Recettes en milliards d'euros courants, évolution en euros constants

	Recettes de fonctionnement			Évolution (en %)		Répartition des recettes (en %)	
	2012	2016	2017	2016-2017	2012-2017	2012	2017
Impôts directs	**19,3**	**23,6**	**22,5**	**-5,7**	**13,3**	**30,1**	**32,4**
Impôts indirects	**22,5**	**25,3**	**27,1**	**6,0**	**17,2**	**35,1**	**39,1**
dont droits de mutation à titre onéreux (DMTO)	8,0	9,8	11,5	15,4	40,4	12,4	16,5
dont taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)	6,6	7,0	7,1	0,6	3,9	10,3	10,2
dont taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE)	6	6,5	6,5	-0,9	-3,0	10,2	9,4
Dotations et participations	**18,9**	**17,4**	**16,7**	**-5,2**	**-13,9**	**29,4**	**24,0**
dont dotation globale de fonctionnement (DGF)	12,2	10,0	8,8	-12,1	-29,4	19,0	12,7
dont dotation Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	2,2	2,7	3,0	8,9	32,4	3,4	4,3
dont Fonds de mobilisation départementale pour l'insertion (FMDI)	0,5	0,5	0,5	1,2	-0,5	0,8	0,7
Autres recettes	**3,5**	**3,2**	**3,1**	**-1,7**	**-13,1**	**5,5**	**4,5**
Total recettes	**64,3**	**69,5**	**69,4**	**-1,1**	**5,2**	**100,0**	**100,0**

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DGCL, extraits des comptes administratifs des départements ; CNSA.

5. La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est un des dispositifs de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et a pour objectif de coordonner, dans chaque département, les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus et leurs financements dans le cadre d'une stratégie commune.
6. Ainsi, TICPE, FMDI et FAPI confondus, le taux de compensation du RSA s'élève à 54,3 % en 2017.

Pour en savoir plus

> **Laignel, A., Guené, C.** (2018, juillet). *Les finances des collectivités locales en 2018*. Observatoire des finances et de la gestion publique locales. Rapport.

> **CNSA** (2018, décembre). Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie – Synthèse des rapports d'activité 2017. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Rapport.

05 Les disparités d'aide sociale entre départements

Les taux de bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale moyennes par habitant sont très variables d'un département à l'autre. Les disparités territoriales sont moins marquées en matière de dépenses moyennes par bénéficiaire. Celles liées au revenu de solidarité active (RSA) et aux personnes âgées, en grande partie déterminées par des barèmes nationaux, sont moins variables d'un département à l'autre que celles liées à l'aide sociale aux personnes handicapées ou à l'aide sociale à l'enfance (ASE). Pour ces dernières, les modalités et les montants de prise en charge font l'objet de moins de normes nationales, notamment en matière d'accueil en établissement et de placement à l'ASE, qui constituent la plus grande part des dépenses.

Fin 2017, les conseils départementaux attribuent 4,2 millions de mesures ou prestations pour les personnes âgées ou handicapées, dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et pour les foyers allocataires du revenu de solidarité active (RSA). Pour l'ensemble de l'année, les dépenses nettes[1] s'élèvent à 37,8 milliards d'euros.

Une très inégale répartition géographique des aides et des dépenses

Quel que soit le champ d'aide sociale considéré, les proportions de bénéficiaires dans la population varient nettement d'un département à l'autre. Ces disparités sont le reflet du contexte démographique et socio-économique local (répartition par âge ou par niveau de revenu, situation du marché du travail local), mais également des politiques sociales mises en place par les départements et les autres acteurs.
Étant donné le poids des allocataires du RSA dans l'ensemble des mesures d'aide sociale (45 %), la répartition de ces derniers sur le territoire influe fortement sur la distribution géographique des aides sociales. Le RSA est aussi le domaine de l'aide sociale départementale où le nombre de bénéficiaires est le plus variable selon les collectivités *(tableau 1)*. Les aides sociales aux personnes âgées représentent, quant à elles, 34 % du total des aides sociales et leur distribution géographique est la plus hétérogène après celle des foyers allocataires du RSA. Pour ces raisons, elles jouent également un rôle important dans la répartition territoriale de l'ensemble des aides sociales. Au total, le taux de mesures d'aide sociale en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) est de 63 pour 1 000 habitants, fin 2017. Le taux départemental varie du simple au triple, en excluant la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion, où il est particulièrement élevé (supérieur à 145) *[carte 1]*. Dans 3 collectivités sur 10, le taux reste compris entre 58 et 70 aides pour 1 000 habitants, ces valeurs se situant à plus ou moins 10 % de la médiane[2] (égale à 64). Dans un quart des départements, il est plus élevé, variant de 70 à 83, soit entre 110 % et 130 % de la médiane et encore plus haut dans 10 collectivités. Outre dans les DROM, les taux de mesure les plus élevés s'observent dans les départements les plus au nord de la France, en Seine-Saint-Denis, le long d'une diagonale allant des Ardennes au Sud-Ouest et sur le pourtour méditerranéen. Symétriquement, le ratio est plus faible, compris entre 70 % et 90 % de la médiane (entre 45 et 58 aides par habitant), dans un autre quart des départements et est particulièrement bas (inférieur à 45) dans 6 autres collectivités. C'est dans les départements d'Île-de-France (hors Seine-Saint-Denis) et leurs voisins, ainsi que dans le Nord-Ouest, en Alsace et dans les Alpes que se trouvent les taux les plus faibles.

1. Les dépenses nettes des départements sont celles restant à la charge des départements après recouvrements, remboursements et récupérations, mais avant compensation de certaines dépenses par l'État.
2. La médiane est la valeur en deçà de laquelle se situent la moitié des départements.

Tableau 1 Indicateurs de disparité de l'aide sociale des départements, en 2017

	Distribution					Indicateurs de disparité			
	1er décile	1er quartile	Médiane	3e quartile	9e décile	Rapport inter-décile	Part de départements se situant à +/- 10 % de la médiane	Max/min en France métro-politaine et dans les DROM, hors Mayotte	Max/min en France métro-politaine
Nombre de bénéficiaires moyens pour 1 000 habitants									
Insertion	15,3	19,3	23,5	29,5	39,2	2,6	26	12,0	5,1
Aide aux personnes âgées	15,4	20,7	23,7	28,8	34,3	2,2	32	11,3	4,8
Aide aux personnes handicapées	6,6	7,3	8,3	9,5	10,7	1,6	36	5,3	3,6
Aide sociale à l'enfance	3,7	4,4	5,2	6,1	7,2	1,9	30	4,4	4,4
Ensemble	49,7	54,4	64,2	72,2	81,7	1,6	36	4,6	2,6
Nombre de bénéficiaires moyens pour 1 000 habitants de la tranche d'âge de référence[1]									
Insertion	25,1	31,6	38,3	48,6	64,1	2,6	25	12,3	5,0
Aide aux personnes âgées	64,5	73,7	85,5	98,8	111,9	1,7	37	2,8	2,7
Aide sociale à l'enfance	14,5	17,7	21,0	25,8	29,5	2,0	28	3,8	3,8
Dépenses mensuelles par bénéficiaire, en euros									
Insertion[2], dont :	480	500	510	530	550	1,1	94	1,6	1,3
Allocations[3]	460	460	470	480	500	1,1	99	1,2	1,2
Autres dépenses d'insertion[3]	30	40	50	60	80	2,8	21	20,0	20,0
Aide aux personnes âgées[2], dont :	370	400	420	450	480	1,3	68	3,8	1,9
APA[3]	340	350	380	410	430	1,3	68	2,4	1,6
ASH en établissement[4]	580	700	800	950	1 230	2,1	31	9,8	4,9
Aide aux personnes handicapées[2], dont :	940	1 060	1 190	1 280	1 460	1,6	51	2,6	2,6
PCH et ACTP[3]	390	420	490	590	680	1,7	32	4,1	4,1
Aides à l'accueil[3]	2 180	2 460	2 830	3 290	3 690	1,7	37	3,6	3,6
Aide sociale à l'enfance[2], dont :	1 380	1 520	1 780	1 980	2 190	1,6	42	3,1	3,1
Placements[3]	2 390	2 550	2 860	3 250	3 620	1,5	40	3,3	3,3
Ensemble[2]	660	700	730	760	830	1,3	73	1,9	1,8

APA : allocation personnalisée d'autonomie ; ASH : aide sociale à l'hébergement ; PCH : prestation de compensation du handicap ; ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne.

1. La population de référence correspond aux personnes âgées de 15 à 64 ans pour l'insertion, de 60 ans ou plus pour l'aide aux personnes âgées, et de moins de 21 ans pour l'aide sociale à l'enfance.
2. Dépenses nettes après récupérations, remboursements et recouvrements.
3. Dépenses brutes avant récupérations, remboursements et recouvrements.
4. Dépenses brutes après récupérations auprès des bénéficiaires, des leurs obligés alimentaires ou de leurs héritiers mais avant autres recouvrements et remboursements.

Lecture > La médiane, les 1er et 3e quartiles, les 1er et 9e déciles sont les valeurs qui partagent en deux les observations d'une variable rangée en ordre croissant. La médiane est la valeur qui sépare l'ensemble des départements répondants en deux groupes de même importance. Les 1er et 3e quartiles sont les valeurs en dessous desquelles se situent respectivement 25 % et 75 % des départements. Les 1er et 9e déciles sont les valeurs en dessous desquelles se situent respectivement 10 % et 90 % des départements. Le rapport interdécile est le rapport entre la valeur du 9e décile à celle du 1er décile. Par exemple, les dépenses nettes d'aide sociale aux personnes handicapées sont inférieures à 12 670 euros par aide dans 25 % des départements.

Note > Les nombres moyens de bénéficiaires ou d'habitants en 2017 sont calculés comme les moyennes des nombres observés en décembre 2016 ou au 1er janvier 2017 et de ceux observés en décembre 2017 ou au 1er janvier 2018.
Un bénéficiaire est une personne ayant un droit ouvert à une aide au 31 décembre, hormis pour l'APA pour laquelle sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre. Pour l'insertion, sont dénombrés les foyers allocataires du RSA (hors RSA jeunes) et du RSO. Les dépenses d'insertion comprennent les dépenses d'allocations et d'insertion liées au RSA, au RSO et aux anciens dispositifs liés au RMI. Les dépenses mensuelles sont les dépenses annuelles inscrites aux comptes administratifs des collectivités départementales divisées par 12.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; CCMSA ; Insee, estimations provisoires de population aux 1ers janvier 2017 et 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

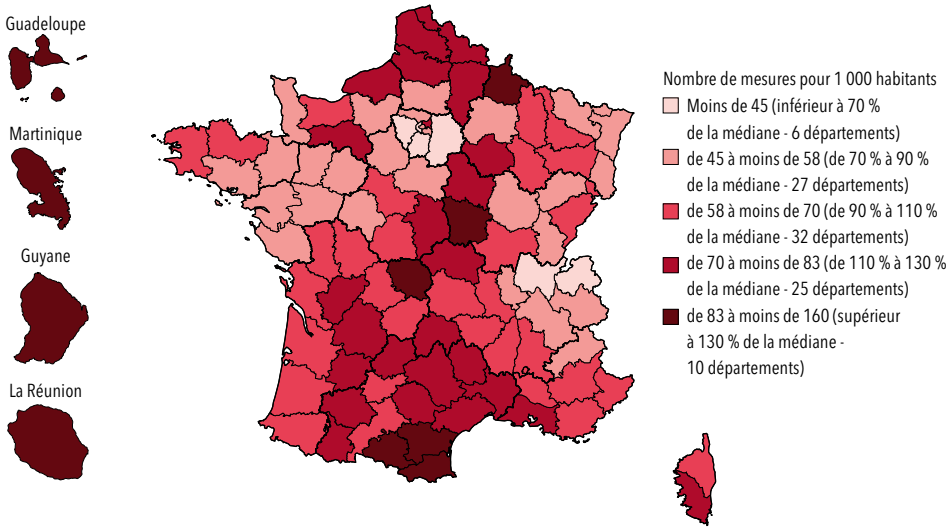
La répartition des dépenses d'aide sociale sur le territoire est proche de celle des mesures, mais est un peu moins hétérogène. En 2017, la dépense annuelle nette moyenne d'aide sociale est de 570 euros par habitant. Elle varie du simple au double selon les départements, en excluant, ici aussi, la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion, où la dépense nette par habitant est supérieure à 1 000 euros *(carte 2)*. Près de la moitié des collectivités ont des dépenses par habitant comprises entre 500 et 610 euros, relativement proches de la médiane (560 euros). Le ratio est plus faible dans environ un quart des départements, où il varie entre 390 et 500 euros par habitant, soit entre 70 % et 90 % de la médiane. À l'opposé, il est relativement plus élevé dans 20 collectivités, dont les dépenses rapportées à la population fluctuent entre 110 % et 130 % de la médiane, de 610 à 730 euros. Enfin, il est bien plus élevé dans 8 départements, dont 5 comptent des dépenses par habitant comprises entre 730 et 840 euros.

Des dépenses départementales par bénéficiaire plus hétérogènes pour le handicap et la protection de l'enfance

La dépense moyenne par habitant dans un département est liée à la part des bénéficiaires dans la population du territoire, mais aussi à la dépense moyenne consacrée à chaque bénéficiaire.

Les dépenses relevant des domaines du RSA et des personnes âgées, pour lesquels les conditions d'attribution et le montant des aides sont fixés au niveau national[3], laissent relativement moins de marge de manœuvre aux départements. Les disparités en matière de dépense annuelle moyenne par bénéficiaire sont ainsi relativement faibles pour le RSA : le rapport interdécile est de 1,1 *(tableau 1)*, et 94 départements se situent à plus ou moins 10 % de la médiane. Pour les aides aux personnes âgées, les dépenses par bénéficiaire sont un peu plus variables (rapport interdécile de 1,3), mais moins que pour le handicap ou la protection de l'enfance pour lesquels

Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale départementale, fin 2017



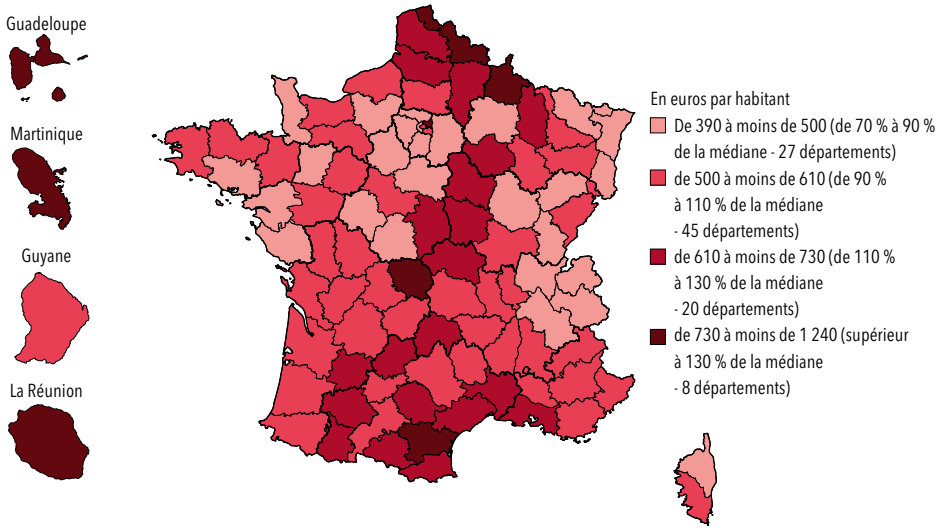
Note > Les mesures d'aide sociale comprennent les allocataires du RSA (hors RSA jeunes) et du RSO, les mesures d'aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées et d'aide sociale à l'enfance.
Au niveau national, en décembre 2017, le taux de mesures d'aide sociale est de 63 pour 1 000 habitants.
La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 64.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2018 ; CNAF ; CCMSA ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

3. En ce qui concerne les personnes âgées, seule l'aide personnalisée d'autonomie (APA) fait l'objet d'un barème national, mais celle-ci représente 78 % de l'ensemble des dépenses d'aide sociale départementale aux personnes âgées.

les départements ont davantage de liberté dans le montant des aides ou dans les modalités de prise en charge. Ainsi, dans ces deux domaines, les disparités en matière de dépenses par bénéficiaire sont plus prononcées : le rapport interdécile atteint 1,6. Ces différences importantes s'expliquent en premier lieu par la forte variabilité des dépenses d'accueil ou de placement, qui sont, de plus, le premier poste de dépenses dans les deux cas.

Les disparités départementales en matière d'aide sociale sont relativement structurelles et varient peu au cours des dernières années. Ainsi, les indicateurs de disparités sur l'année 2017 sont assez semblables à ceux observés sur l'année 2010. Néanmoins, si les valeurs les plus extrêmes semblent toujours aussi éloignées, davantage de départements se situent près de la médiane pour ce qui est des dépenses par bénéficiaire dans le domaine du RSA ou dans celui de l'aide sociale aux personnes handicapées[4]. À l'inverse, le nombre de bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées, parmi celles de 60 ans ou plus, semble avoir légèrement divergé. ■

Carte 2 Dépenses annuelles totales nettes d'aide sociale par habitant, en 2017



Note > Au niveau national, la dépense annuelle totale nette d'aide sociale des départements est de 570 euros par habitant. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 560 euros par habitant.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2017 ; Insee, estimations provisoires de population aux 1ers janvier 2017 et 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

Pour en savoir plus

> **Clément, É., Mansuy, M.** (2011). Les dépenses sociales des départements : évolutions et disparités spatiales. Dans C. Zaidman (dir.), Les comptes de la protection sociale en France en 2009 (p. 17-52). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

> **Marquier, R.** (2016, juin). Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 2.

> **Marquier, R.** (2013, avril). Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010). DREES, *Dossiers Solidarité et Santé*, 39.

4. Une étude de la DREES (Marquier, 2016) sur l'aide sociale aux personnes handicapées a mis en avant une tendance à l'harmonisation des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées par bénéficiaire entre 2005 et 2012.

06 Le personnel de l'action sociale et médico-sociale des départements

Fin 2017, près de 120 000 personnes sont employées par les conseils départementaux de France (hors Mayotte) dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, dont 37 600 assistants familiaux, 36 400 agents administratifs et techniques et près de 30 900 agents sociaux et éducatifs.

Au 31 décembre 2017, les conseils départementaux emploient 82 100 agents, hors contrats aidés, dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale, un chiffre stable par rapport à l'année précédente. En y ajoutant les 37 600 assistants familiaux employés directement par les départements, l'ensemble représente 119 700 personnes, soit 41 % des effectifs totaux de personnel des départements[1].

Les personnels administratifs et techniques constituent les plus gros effectifs

Fin 2017, les services départementaux comptent 36 400 agents administratifs et techniques dans le domaine social et médico-social *(tableau 1)*. Ils représentent 44 % de l'ensemble des effectifs de ce champ, hors assistants familiaux. La moitié d'entre eux sont des agents fonctionnaires de catégorie C et un peu moins d'un tiers relèvent de la catégorie B[2].
Le personnel social et éducatif est la deuxième catégorie la plus importante : 30 900 agents, soit 38 % des effectifs totaux. Les conseillers et assistants socio-éducatifs, qu'ils soient assistants de service social (plus connus sous le nom « d'assistants sociaux »), éducateurs spécialisés ou conseillers en économie sociale familiale, constituent 96 % de ces effectifs. Viennent ensuite les éducateurs de jeunes enfants et les moniteurs éducateurs (2 %). D'autres personnels socio-éducatifs complètent les effectifs (2 %) : il s'agit notamment des animateurs socio-éducatifs et conseillers conjugaux, ainsi que des techniciens de l'intervention sociale et familiale, des auxiliaires de vie, des auxiliaires de service social, des éducateurs techniques spécialisés, etc.

Les conseils départementaux ont également recours à certaines professions médicales et paramédicales, notamment dans les services de protection maternelle et infantile (PMI). Le personnel médical compte 4 000 personnes, soit 5 % des effectifs totaux dédiés à l'action sociale et médico-sociale. 73 % sont des médecins et 27 % des sages-femmes. De plus, le personnel paramédical comprend 8 600 professionnels, dont 53 % de puéricultrices, 30 % d'infirmiers et 9 % d'auxiliaires de puériculture.
Les autres professions du secteur de l'action sociale et médico-sociale se composent de 1 900 psychologues, ainsi que des personnels médico-techniques (environ 330 personnes, dont des biologistes, vétérinaires, pharmaciens, assistants médico-techniques).
Par ailleurs, les conseils départementaux emploient des assistants familiaux qui accueillent, à leur domicile, de manière permanente, des mineurs et des jeunes majeurs de moins de 21 ans. Cet accueil peut être organisé au titre de la protection de l'enfance ou d'une prise en charge médico-sociale ou thérapeutique. Fin 2017, 37 600 assistants familiaux sont ainsi employés directement par les départements.

Une quotité de temps de travail de 94 % en moyenne

Tous les agents ne travaillent pas à temps plein. Exprimés en équivalents temps plein (ETP), les effectifs des services départementaux employés dans le champ de l'action sociale et médico-sociale hors assistants familiaux s'élèvent à plus de 77 000, soit 94 % des effectifs totaux. La

1. Sources : DREES, enquête Aide sociale et Insee, système d'information sur les agents des services publics (SIASP), traitements DREES.
2. Les catégories hiérarchiques de la fonction publique correspondent pour la catégorie A, à des fonctions de conception, de direction et d'encadrement ; pour la catégorie B, à des fonctions d'application et de rédaction ; et pour la catégorie C, à des fonctions d'exécution.

quotité moyenne de temps de travail est variable selon les catégories de personnel. C'est parmi les personnels administratifs et techniques (96 %) qu'elle est la plus élevée, en particulier parmi ceux de catégorie A (98 %). Le ratio le plus faible est observé pour le personnel médical où il atteint 84 % par agent, et en particulier 82 % pour les médecins, pour lesquels les départements

Tableau 1 Les effectifs des personnels départementaux de l'action sociale et médico-sociale, au 31 décembre 2017

	Effectif	Effectif en équivalent temps plein (ETP)	Rapport ETP/ Effectifs (en %)	Proportion des effectifs (en %)	Proportion des ETP (en %)
Personnels administratifs et techniques	**36 430**	**34 880**	**95,7**	**44,4**	**45,3**
Cadre A	6 290	6 140	98	17	18
Cadre B	11 150	10 640	95	31	31
Cadre C	18 990	18 090	95	52	52
Personnel social et éducatif	**30 890**	**28 880**	**93,5**	**37,6**	**37,5**
Conseillers socio-éducatifs	1 630	1 600	98	5	6
Assistants socio-éducatifs	27 960	26 040	93	91	90
Éducateurs de jeunes enfants	390	370	95	1	1
Moniteurs éducateurs	260	260	100	1	1
Agents sociaux	200	190	95	1	1
Autres personnels socio-éducatifs	440	410	93	1	1
Personnel paramédical	**8 600**	**7 930**	**92,2**	**10,5**	**10,3**
Rééducateurs	130	100	77	2	1
Puéricultrices	4 580	4 180	91	53	53
Infirmiers	2 610	2 420	93	30	31
Auxiliaires de soin	110	110	100	1	1
Auxiliaires de puériculture	780	760	97	9	10
Autres personnels paramédicaux	390	360	92	5	5
Personnel médical	**3 970**	**3 350**	**84,4**	**4,8**	**4,3**
Médecins	2 900	2 370	82	73	71
Sages-femmes	1 070	980	92	27	29
Psychologues	**1 890**	**1 720**	**91,0**	**2,3**	**2,2**
Personnels médico-techniques	**330**	**310**	**93,9**	**0,4**	**0,4**
Biologistes, vétérinaires et pharmaciens	40	40	100	12	13
Assistants médico-techniques	150	140	93	45	45
Autres personnels médico-techniques	140	130	93	42	42
Total général	**82 110**	**77 060**	**93,8**	**100**	**100**
Assistants familiaux	**37 600**	-	-	-	-
Total général y compris assistants familiaux	**119 710**	-	-	-	-

Note > Les pourcentages sont exprimés par rapport au total général (hors assistants familiaux) pour chaque catégorie et sinon par rapport au total de la catégorie. Les résultats sont arrondis à la dizaine, la somme des arrondis diffère parfois de l'arrondi de la somme. La catégorie « Assistants socio-éducatif » se compose, à partir des données brutes 2017, de 72 % d'assistants de service social, 21 % d'éducateurs spécialisés et 7 % de conseillers en économie sociale familiale.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

peuvent rencontrer des difficultés de recrutement[3] et ont recours à des vacations[4].

Un tiers du personnel mobilisé dans l'action sociale polyvalente

L'organisation des services relevant de l'action sociale et médico-sociale diffère grandement selon les départements. Certains d'entre eux sont organisés autour d'un service social polyvalent, alors que d'autres ont préféré mettre en place des services spécialisés. Dans dix départements, l'action sociale polyvalente regroupe ainsi moins de 5 % des effectifs en ETP (hors assistants familiaux), alors qu'elle en totalise plus de 45 % dans dix autres. Dans l'ensemble des départements, l'action sociale polyvalente regroupe en moyenne 30 % des effectifs en ETP *(tableau 2)*. Puis les secteurs de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la protection maternelle et infantile (PMI) en concentrent chacun 17 %. Le secteur des personnes âgées et handicapées et celui de l'insertion regroupent respectivement 13 % et 9 % de l'ensemble des ETP. Enfin, les personnels dédiés au secteur de la prophylaxie sanitaire constituent 2 % des effectifs totaux. La majorité des personnels médico-techniques (60 %) exerce dans ce dernier. Le secteur de la PMI et des centres de planification concentre le personnel médical (21 %) et paramédical (47 %). Les psychologues exercent principalement dans le secteur de l'ASE (47 %) et dans celui de la PMI (26 %). Les personnels sociaux et éducatifs interviennent majoritairement dans les services polyvalents (51 %) et dans celui de l'ASE (25 %). Enfin, les personnels administratifs et techniques sont logiquement présents dans l'ensemble des secteurs de l'aide et l'action sociales. Leur présence est particulièrement marquée dans le secteur des

Tableau 2 Répartition par secteur d'activité du personnel départemental de l'action sociale et médico-sociale, en ETP, au 31 décembre 2017

En %

	Prophylaxie sanitaire	PMI[1] et centres de plannification	ASE[2]	Insertion	Personnes âgées - Personnes handicapées	Action sociale polyvalente	Activités générales et diverses	Ensemble
Personnel médical	3	80	1	1	9	2	5	**100**
Psychologues	1	26	47	2	4	12	10	**100**
Personnel paramédical	4	75	2	1	10	4	4	**100**
Personnel social et éducatif	1	4	25	8	6	51	5	**100**
Personnels médico-techniques	60	3	1	0	9	0	26	**100**
Personnels administratifs et techniques	1	7	13	13	19	23	23	**100**
Total général	2	17	17	9	13	30	13	**100**

1. PMI : Protection maternelle et infantile.
2. ASE : Aide sociale à l'enfance.

Note > Les pourcentages sont exprimés en ligne par rapport à la colonne « Ensemble ». La somme des arrondis diffère parfois de l´arrondi de la somme.

Lecture > 30 % des personnels (exprimés en ETP) de l'action sociale et médico-sociale des départements (hors Mayotte) au 31/12/2017 sont employés dans le secteur de l'action sociale polyvalente. C'est aussi le cas de 51 % du personnel social et éducatif.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. Ensemble du personnel départemental de l'action sociale et médico-sociale, hors assistants familiaux.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

3. Voir le rapport 2013 du groupe de travail Médecins territoriaux du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale. Voir également le rapport 2019 « Pour sauver la PMI, agissons maintenant » de la mission sur la protection maternelle et infantile (PMI).
4. Voir les données sur le personnel des services de PMI sur le site data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Aide et action sociales, sous-rubrique La protection maternelle et infantile (PMI).

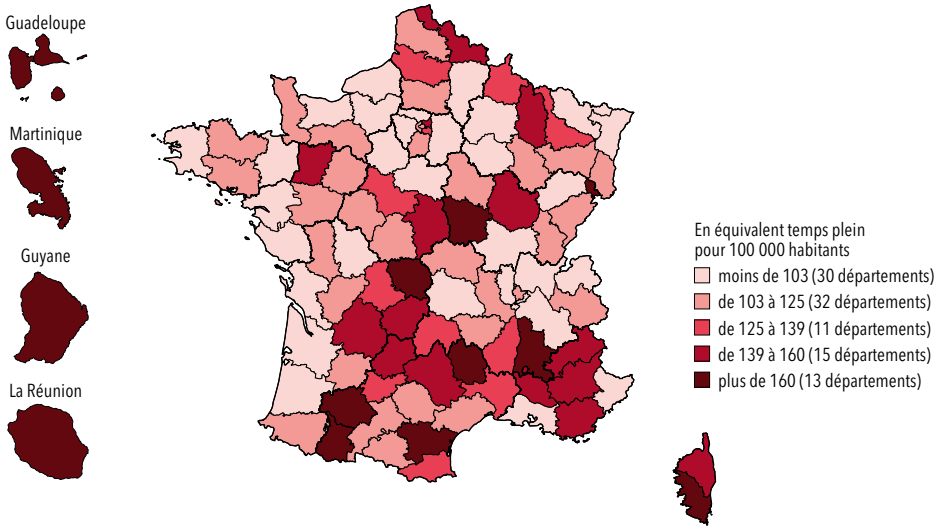
personnes âgées et des personnes handicapées, où ils constituent 69 % des effectifs. À l'inverse, c'est dans le secteur de la PMI qu'ils sont les moins présents (20 %).

Des effectifs inégalement répartis sur le territoire

Le nombre moyen de personnes employées par département dans le champ de l'action sociale et médico-sociale est de 1 135 ETP. Hors assistants familiaux, ce sont en moyenne 813 personnes qui sont employées par les départements dans ce secteur, représentant 763 ETP.

Rapporté à la population au niveau national, le nombre d'ETP est de 116 pour 100 000 habitants. Cependant, ce ratio varie selon le département. Ainsi, il est inférieur à 103 dans 30 départements et supérieur à 160 dans 13 départements *(carte 1)*. ■

Carte 1 Densité de personnels départementaux de l'action sociale et médico-sociale, au 31 décembre 2017



Note > Au niveau national, le nombre d'ETP pour 100 000 habitants est de 116.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte). Ensemble du personnel départemental de l'action sociale et médico-sociale, hors assistants familiaux.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

Pour en savoir plus

> **Direction générale des collectivités locales (DGCL)** (2018). *Les collectivités locales en chiffres en 2018* (chapitre 8).

> **Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)** (2017). *Suivi des effectifs territoriaux : hors emplois aidés, une stabilité des effectifs pour 76,6 % des collectivités territoriales et établissements publics territoriaux.*

L’action sociale des communes

07 L'action sociale des communes et intercommunalités

L'action sociale communale et intercommunale couvre de nombreux secteurs, tels que l'accompagnement des personnes âgées, l'insertion sociale ou la petite enfance. Elle prend généralement trois grandes formes d'intervention : l'offre de prestations, la gestion d'établissements spécialisés et la gestion de services à la personne.

L'action sociale facultative est à différencier de l'aide sociale légale que doivent obligatoirement mettre en œuvre les collectivités (voir fiche 01). L'aide sociale légale est en très grande partie gérée par les départements. L'action sociale facultative est, elle, majoritairement mise en œuvre par les communes.

L'action sociale obligatoire et facultative des communes

Les communes ne sont tenues qu'à très peu d'obligations dans le domaine social, qui sont, pour certaines, assurées par le centre communal d'action sociale (CCAS)[1] lorsqu'il existe. La domiciliation, la transmission des demandes d'aides légales au département et la réalisation d'une analyse des besoins sociaux *(encadré 1)* font partie de ces obligations. Les communes peuvent également obtenir une délégation du département pour instruire les aides légales. En raison de la clause de compétence générale des communes, ces dernières ont la possibilité de mettre en place d'autres actions sociales que celles obligatoires, à destination de leurs administrés. Ces actions, parfois dites facultatives, sont gérées par les services communaux directement ou par le CCAS.

L'association des communes en intercommunalités

Les communes peuvent s'associer pour l'exercice de leurs compétences en créant des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Elles ont la faculté de leur transférer tout ou partie de leur action sociale comme une « compétence optionnelle d'intérêt communautaire », comme une « compétence facultative », ou à ces deux titres à la fois. Les EPCI peuvent alors se doter d'un centre intercommunal d'action sociale (CIAS). Les communes-membres doivent définir l'intérêt communautaire dans les statuts de l'EPCI pour établir quels domaines de l'action sociale lui sont transférés et quels sont ceux qui restent au niveau communal. Les compétences non définies comme d'intérêt communautaire peuvent demeurer de la compétence des communes-membres ou être transférées (tout ou partie) à l'intercommunalité : il s'agit de la « compétence facultative d'action sociale ».

Les secteurs de l'action sociale

L'action sociale communale peut s'exercer dans de nombreux secteurs : l'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées, la lutte contre la pauvreté et les exclusions, l'hébergement ou le logement, la petite enfance, la jeunesse et la famille, l'insertion professionnelle, l'accès aux soins et la prévention sanitaire. D'autres domaines sont aussi concernés par l'action sociale : le transport, l'urbanisme, le sport, l'environnement, la culture, etc. Ces domaines ne sont pas exclusifs, certaines prestations ou actions relevant parfois de plusieurs d'entre eux simultanément. Les chèques transport à destination des personnes âgées peuvent ainsi être considérés à la fois comme une action dans le domaine des transports et comme une action à destination des personnes âgées.

1. Jusqu'en 2015, la constitution d'un CCAS était obligatoire pour toutes les communes. À partir de la loi NOTRe (nouvelle organisation territoriale de la République) du 7 août 2015, la création d'un CCAS dans les communes de moins de 1 500 habitants est facultative. Elle reste obligatoire dans les communes de plus de 1 500 habitants.

Plusieurs types d'intervention

L'action sociale communale prend généralement trois grandes formes d'intervention : l'offre de prestations, la gestion d'établissements spécialisés et la gestion de services à la personne. Ces trois formes sont prises en compte pour répertorier les domaines d'action des communes et des intercommunalités. Les prestations regroupent les aides financières non remboursables (secours d'urgence, prise en charge des factures…), les aides financières remboursables (microcrédits et autres prêts ou avances), les prestations en nature (colis de fin d'année, aides aux démarches administratives, bons alimentaires…) et les chèques d'accompagnement personnalisé (permettant d'acquérir biens et services).

La gestion des établissements

Les communes et intercommunalités peuvent créer et gérer des établissements concourant à l'action sociale de la collectivité. Ces établissements sont regroupés en cinq catégories :

- les établissements pour personnes âgées : maison de retraite et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), foyer-restaurant, centre d'accueil de jour, etc. ;
- les établissements pour personnes handicapées : institut médico-éducatif (IME), foyer d'accueil médicalisé (FAM), établissement et service d'aide par le travail (ESAT), etc. ;
- les établissements et services pour personnes en difficulté sociale : centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centre d'accueil de demandeurs d'asile (Cada), foyer de jeunes travailleurs, épicerie sociale ou solidaire, etc. ;
- les établissements et services destinés à la petite enfance ou à la jeunesse : halte-garderie, jardin d'enfants, accueil de loisirs sans hébergement (ALSH), service d'accueil périscolaire, relais assistants maternels (RAM), service de soutien scolaire, etc. ;
- les établissements pour l'accès aux soins et la prévention sanitaire : dispensaire, centre de santé, centre de dépistage anonyme et gratuit, centre médico-social, etc.

Encadré 1 L'analyse des besoins sociaux (ABS)

L'analyse des besoins sociaux est une démarche reposant, d'une part, sur l'observation et l'analyse des caractéristiques de l'ensemble de la population pouvant relever des CCAS et CIAS (notamment les familles, les jeunes, les personnes âgées ou handicapées et celles en difficulté), et, d'autre part, sur une évaluation des politiques ainsi que des actions sociales déjà mises en place. L'objectif de l'ABS est de permettre aux communes de se doter d'un outil d'aide à la décision et de pilotage de leurs politiques sociales.

Les CCAS et CIAS sont chargés de la réalisation de cette analyse des besoins sociaux, qui doit faire l'objet d'un rapport présenté en conseil d'administration. Depuis la promulgation de la loi NOTRe (nouvelle organisation territoriale de la République) du 7 août 2015, cette démarche doit être réalisée obligatoirement au cours de l'année civile qui suit le renouvellement des conseils municipaux. Avant la loi NOTRe, l'ABS était une obligation annuelle.

D'après l'enquête ASCO de la DREES, fin 2014, moins d'une commune sur six a déjà réalisé une analyse des besoins sociaux sur son territoire. Cet exercice est moins répandu dans les petites communes que dans les grandes : 11 % des communes de moins de 1 500 habitants l'ont mise en œuvre contre 76 % de celles de plus de 30 000 habitants. Les analyses des besoins sociaux réalisées en 2014 ou avant couvrent ainsi un peu plus de la moitié de la population française. Parmi les communes ayant réalisé une analyse des besoins sociaux, une sur cinq l'a renouvelée tous les ans, la moitié ne l'a pas reconduite chaque année et un tiers n'en a fait qu'une seule.

Les services à la personne

Les collectivités peuvent proposer à leurs administrés divers services d'aide ou d'accompagnement à domicile. Ces services « concourent notamment au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage » (art. D. 312-6 du CASF). Ils portent sur les activités suivantes : la garde d'enfants ; l'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile ; les services aux personnes à leur domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales » (art. L. 7231-1 du Code du travail). ■

Pour en savoir plus

> **Abdouni, S.** (2018, septembre). Une commune sur six a réalisé une analyse des besoins sociaux sur son territoire. DREES, *Études et Résultats*, 1078.

08 Les grands domaines de l'action sociale communale

Fin 2014, plus de huit communes françaises sur dix, représentant 98 % de la population, mettent en place au moins une forme d'action sociale. En prenant en compte l'action sociale menée par les intercommunalités, seule une sur dix n'en développe aucune sur son territoire. Les actions sociales mises en place sont d'autant plus diverses que la commune est grande. Le domaine d'action sociale le plus répandu concerne les personnes âgées : les deux tiers des communes, couvrant 90 % de la population, réalisent une action sociale spécifique en leur faveur.

Les communes ne sont tenues qu'à peu d'obligations légales dans le domaine social, mais elles peuvent mettre en place de nombreuses actions sociales dites « facultatives », à destination de leurs administrés, dans un ou plusieurs secteurs spécifiques : accompagnement des personnes âgées, inclusion sociale, petite enfance, etc. (voir fiche 07). Cette action sociale communale peut être menée par les services communaux ou par les centres communaux d'action sociale (CCAS) et être également confiée à un établissement public de coopération intercommunale (EPCI). De plus, les communes peuvent, par convention passée avec le département, gérer les prestations légales d'aide sociale, et en particulier l'instruction des demandes d'aides (voir fiche 03).

Au moins une forme d'action sociale développée dans 82 % des communes

L'action sociale peut prendre plusieurs formes : la mise en œuvre d'actions dans des secteurs spécifiques ou l'attribution de prestations telles que des aides financières remboursables ou non, des bons alimentaires, des tarifs réduits, des ateliers de prévention, etc.

Fin 2014, plus de huit communes sur dix mettent en place au moins une forme d'action sociale[1], par le biais de leurs services communaux ou de leur CCAS, soit une couverture quasi totale de la population *(graphique 1)*. Parmi celles ne déclarant aucune action, 6 % appartiennent à une intercommunalité ayant opté pour une compétence d'action sociale. Finalement, seules 12 % des communes (représentant 2 % de la population) n'ont pas mis en œuvre d'action sociale, que ce soit par le CCAS, les services communaux ou l'intercommunalité. L'activité sur le territoire communal ou intercommunal d'autres acteurs de l'action sociale tels que les associations, les caisses de Sécurité sociale, l'État – notamment par les dispositifs de la politique de la ville –, ou encore l'ampleur de l'action sociale départementale ont une incidence sur le rôle des communes dans ce domaine. Même si certaines communes ne proposent pas directement des formes d'actions sociales, celles-ci peuvent être tout de même accessibles à la population quand elles sont offertes par d'autres acteurs.

Plus la population est nombreuse, plus l'action sociale est diversifiée

La majorité des communes œuvrent dans un à six secteurs d'action sociale différents (56 %) et près d'une commune sur cinq dans sept à onze d'entre eux. Par ailleurs, 9 % des communes proposent des prestations sociales, sans pour autant déclarer agir dans un domaine social en particulier.

La diversité des actions sociales mises en place est corrélée à la taille de la commune. Ce résultat était déjà observé en 2002 (Dutheil, 2002). Les communes de moins de 500 habitants, majoritaires sur le territoire français mais ne couvrant qu'une petite

1. Les statistiques présentées dans cette fiche sont toutes issues de l'enquête sur l'action sociale des communes et intercommunalités (ASCO) de la DREES (voir annexe 1).

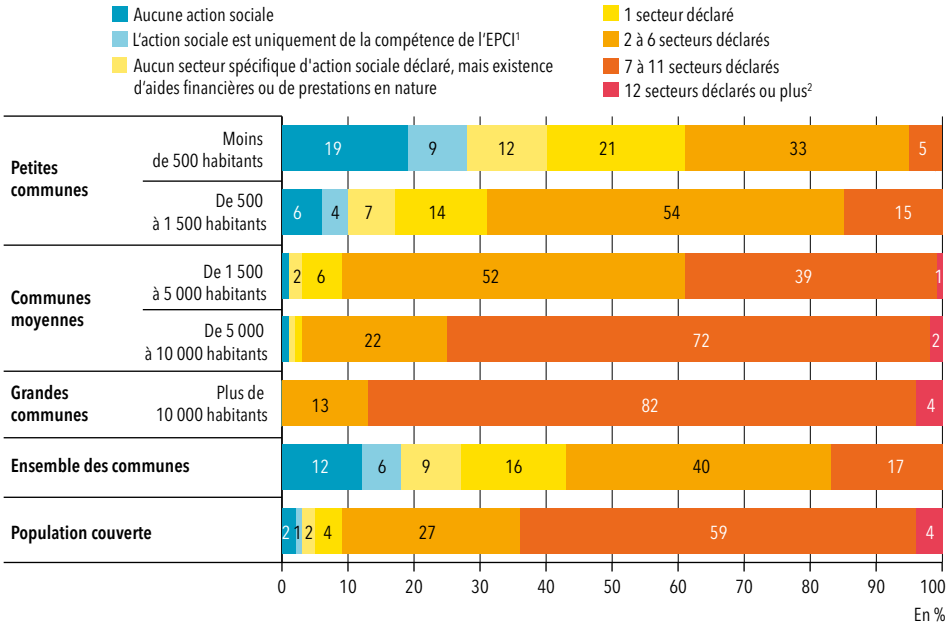
partie de la population (54 % des communes, représentant 7 % de la population), développent moins souvent des actions sociales. En effet, près d'un tiers de ces communes déclarent ne mener directement aucune action sociale sur leur territoire, que ce soit dans un domaine précis ou par le biais de prestations. Toutefois, elles sont plus nombreuses à faire partie d'une intercommunalité ayant opté pour une compétence optionnelle ou facultative d'action sociale : c'est le cas de 9 % d'entre elles, contre 6 % de l'ensemble des communes. Les communes et leurs intercommunalités n'ayant aucune action sociale représentent, au total, 19 % des communes de moins de 500 habitants. Quand elles exercent une action sociale, la majorité d'entre elles la développent dans moins de six secteurs, et 21 % dans un seul secteur.

A contrario, plus les communes sont peuplées, plus l'action sociale menée sur leur territoire est diversifiée. Les deux tiers des petites communes (moins de 1 500 habitants) développent une action sociale dans un à six secteurs spécifiques, tandis que les deux tiers des moyennes et grandes communes (dont la population est supérieure à 1 500 habitants) le font dans plus de sept.

Les personnes âgées, premier public visé par l'action sociale communale

Fin 2014, l'action sociale concerne, en premier lieu, les personnes âgées, et ce, quelle que soit la taille de la commune. C'est le cas pour la quasi-totalité des grandes communes (plus de 10 000 habitants) ainsi que pour plus de la moitié des communes de moins de 500 habitants. Au total, les deux tiers

Graphique 1 Secteurs de l'action sociale des communes, fin 2014



1. EPCI : établissement public de coopération intercommunale.
2. En plus de 11 secteurs spécifiques listés dans l'enquête, la commune a la possibilité de déclarer un ou plusieurs autres secteurs comme la culture, l'environnement ou l'éducation.
Lecture > 19 % des communes de moins de 500 habitants ne déclarent aucune action sociale, que ce soit dans un domaine précis ou par le biais de prestations et n'appartiennent pas à un EPCI ayant opté pour une compétence sociale.
Champ > Communes de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête ASCO ; Insee, recensement de la population 2012.

des communes – couvrant 90 % de la population – réalisent une action sociale spécifique en faveur des personnes âgées *(tableau 1)*.
Environ 40 % des communes, représentant environ 80 % de la population, mettent en place des actions auprès des jeunes et des familles ainsi que contre la pauvreté et les exclusions. La proportion est deux fois et demie plus élevée dans les moyennes ou grandes communes que dans les petites. Un tiers des communes interviennent auprès des personnes handicapées et dans les domaines du logement et de la petite enfance. Mais 60 % des communes de plus de 1 500 habitants développent une action spécifique sur ces sujets. L'insertion professionnelle ne concerne qu'une commune sur six et seulement une petite commune sur dix. Entre 10 % et 15 % des communes mettent en œuvre des actions dans les domaines de la prévention sanitaire, du transport, du sport et de l'urbanisme.

Trois communes sur quatre disposent d'un centre communal d'action sociale

Une commune peut développer une politique d'action sociale par l'intermédiaire des services communaux ou dans le cadre d'un centre communal d'action sociale[2] (CCAS). Fin 2014, seules trois quarts des

Tableau 1 Proportion des communes ayant mis en place une action sociale, par secteur, fin 2014

En %

	Petites communes			Moyennes et grandes communes				Ensemble des communes	Part de la population couverte
	Moins de 500 habitants	De 500 à 1 500 habitants	Ensemble	De 1 500 à 5 000 habitants	De 5 000 à 10 000 habitants	Plus de 10 000 habitants	Ensemble		
Personnes âgées	52	75	**60**	89	95	98	**91**	**66**	**90**
Jeunesse et famille	21	48	**30**	72	88	93	**78**	**39**	**79**
Lutte contre la pauvreté et les exclusions	20	43	**28**	73	90	97	**79**	**37**	**81**
Personnes handicapées	19	35	**24**	57	79	87	**65**	**32**	**72**
Hébergement/ logement	14	35	**21**	63	87	91	**71**	**30**	**75**
Petite enfance	15	31	**21**	53	73	84	**61**	**28**	**68**
Insertion professionnelle	7	16	**10**	36	59	75	**45**	**17**	**56**
Accès aux soins et la prévention sanitaire	6	15	**9**	28	52	83	**40**	**15**	**58**
Transport	6	11	**8**	30	48	57	**37**	**13**	**44**
Sports	3	12	**6**	29	56	64	**38**	**12**	**50**
Urbanisme	4	11	**6**	24	44	43	**30**	**11**	**37**
Autres[1]	3	4	**3**	7	10	15	**8**	**4**	**13**

1. La catégorie « Autres » comprend d'autres secteurs cités par les communes comme la culture, l'environnement ou l'éducation.
Note > Seules les actions mises en place par les services communaux ou un centre communal d'action sociale (CCAS), hors activité des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), sont prises en compte.
Lecture > 66 % des communes mettent en place des actions à destination des personnes âgées. Ces communes couvrent 90 % de la population française.
Champ > Communes de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête ASCO ; Insee, recensement de la population 2012.

2. Jusqu'en 2015, la constitution d'un CCAS était obligatoire pour toutes les communes. À partir de la loi NOTRe (nouvelle organisation territoriale de la République) du 7 août 2015, la création d'un CCAS dans les communes de moins de 1 500 habitants est facultative. Elle reste obligatoire dans les communes de plus de 1 500 habitants.

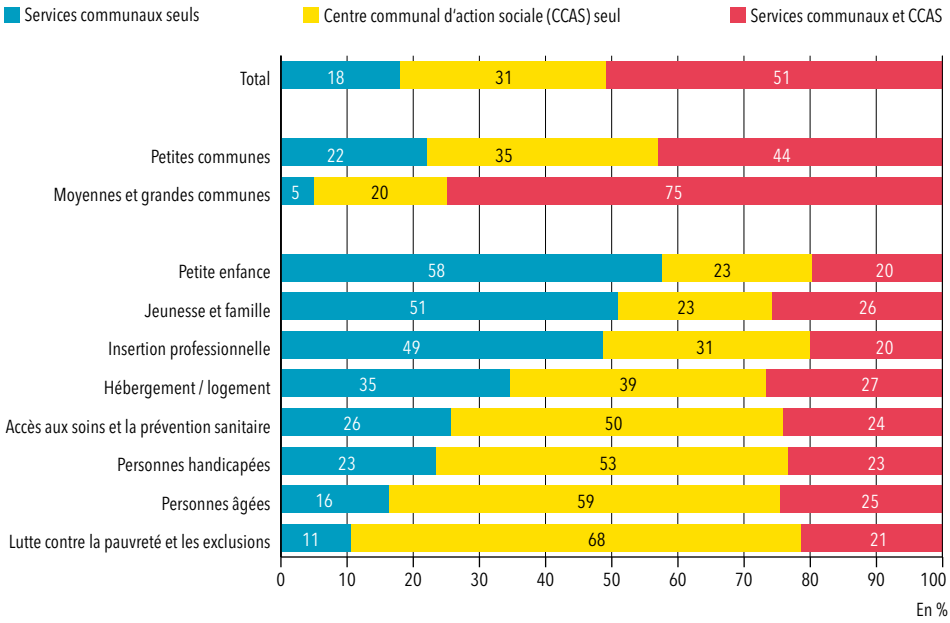
communes déclarent disposer d'un CCAS avec un conseil d'administration constitué. Les moyennes et grandes communes en sont plus souvent pourvues (97 %) que les petites communes (72 %).

Dans une commune sur trois, la totalité de l'action sociale est assurée par le CCAS, tandis que dans une commune sur cinq, seuls les services communaux la prennent en charge. Dans la moitié des communes, la gestion de cette politique est donc assurée conjointement par les services communaux et le CCAS. C'est le cas dans trois quarts des moyennes et grandes communes *(graphique 2)*.

La fréquence de la gestion mixte de l'action sociale varie peu selon le domaine d'action : quel que soit le domaine considéré, entre 20 % et 25 % des communes partagent les compétences d'action sociale entre leurs services et le CCAS. En revanche, la part de communes où la politique est portée en exclusivité par les services communaux, ou au contraire par le CCAS, diffère fortement selon le secteur. Ainsi, le domaine de la petite enfance est géré uniquement par les services communaux dans six communes sur dix, et les politiques destinées aux familles ou pour l'insertion professionnelle le sont dans une commune sur deux. À l'inverse, la prise en charge des personnes âgées et la lutte contre la pauvreté sont, dans la majorité des communes, effectuées dans leur totalité par le CCAS.

La taille de la commune a une influence sur la répartition des compétences entre les services communaux et le CCAS. Ainsi, à l'exception du domaine de la petite enfance, où la répartition des compétences entre services communaux et CCAS ne diffère pas selon le nombre d'habitants, plus les communes sont peuplées et plus les actions sont portées uniquement par les services communaux. ■

Graphique 2 Répartition de l'action sociale entre les services communaux et le CCAS selon le type de communes et le secteur d'intervention, fin 2014



Note > Les petites communes comptent moins de 1 500 habitants et les moyennes et grandes communes plus de 1 500 habitants.
Lecture > 58 % des communes gèrent le secteur de la petite enfance exclusivement par les services communaux, 23 % des communes le gèrent exclusivement par le CCAS et 20 % des communes ont une gestion conjointe de la petite enfance.
Champ > Communes de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête ASCO, Insee, recensement de la population 2012.

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires sur l'action sociale des communes et des intercommunalités sont sur l'espace internet data.dress : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Aide et action sociales, sous-rubrique Action sociale des communes et des intercommunalités.

> **Abdouni, S.** (2017, février). En 2014, huit communes sur dix mènent une action sociale - Premiers résultats de l'enquête ASCO. DREES, *Études et Résultats*, 995.

> **Dutheil, N.** (2004, avril). L'action sociale des communes de 5 000 à moins de 200 000 habitants. DREES, *Études et Résultats*, 307.

> **Dutheil, N.** (2003, novembre). L'action sociale des communes de 100 à moins de 5 000 habitants. DREES, *Études et Résultats*, 271.

> **Dutheil, N.** (2002, octobre). L'action sociale des communes – Premiers résultats. DREES, *Études et Résultats*, 195.

> **La Gazette des communes, des départements, des régions** (2011, novembre). Action sociale des petites communes, mythe ou réalité ? Étude de l'UNCCAS.

> **Havette, S., Molière, E., Moriceau, C.** (2014, septembre). L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités. DREES, *Dossiers Solidarités et Santé*, 56.

> **Inspection générale des affaires sociales (IGAS),** (2006, novembre). *Contribution à la cartographie de l'action sociale.*

> **Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)**, (2011, mai). *Panorama des domaines d'interventions des CCAS/CIAS (publication n°1).* Enquêtes et Observations sociales.

09 Les prestations attribuées par les communes

L'attribution de prestations est l'une des formes d'intervention de la commune en matière d'action sociale. Il peut s'agir d'aides financières remboursables ou non, de prestations en nature et de chèques d'accompagnement personnalisé. Près des trois quarts des communes en proposent au moins une : le plus souvent sous la forme de prestations en nature (63 % des communes) et d'aides financières non remboursables (54 %).

Les prestations attribuées par les communes comprennent des aides financières non remboursables (secours d'urgence, prise en charge des factures…), des aides financières remboursables (microcrédits et autres prêts ou avances), des prestations en nature (colis de fin d'année, aides aux démarches administratives, bons alimentaires…) et des chèques d'accompagnement personnalisé (pour l'acquisition de biens et services).

Des prestations plus diversifiées dans les zones les plus peuplées

Plus la commune est grande, plus les prestations d'action sociale qui y sont dispensées sont nombreuses – une commune pouvant attribuer une ou plusieurs prestations pour chaque domaine d'action sociale (voir fiche 08). Les communes proposent en moyenne cinq prestations différentes : près de trois fois plus dans les communes de plus de 1 500 habitants (dix en moyenne) que dans les petites communes (quatre en moyenne). Ces diverses prestations relèvent le plus souvent de l'un des quatre grands types suivants : des chèques d'accompagnement personnalisé, des aides financières non remboursables, des aides financières remboursables et des prestations en nature. La quasi-totalité des moyennes ou grandes communes proposent au moins l'un de ces quatre types de prestation, de même que les deux tiers des petites communes *(graphique 1)*. Au total, 71 % des communes, qui couvrent 94 % de la population française fin 2014, attribuent au moins un type de prestations.

Le colis de fin d'année, prestation la plus distribuée

Deux tiers des communes proposent des prestations en nature : 56 % des petites communes et 93 % des moyennes ou grandes communes en proposent. Le colis de fin d'année est la prestation la plus distribuée, que ce soit dans les communes de moins de 500 habitants (34 % d'entre elles) ou dans celles de plus de 10 000 habitants (70 %). L'aide aux démarches administratives est également fréquente : c'est le cas pour 15 % des communes de moins de 500 habitants et 85 % des communes de plus de 10 000 habitants. Un tarif réduit ou encore la gratuité des centres de loisirs ou des colonies de vacances est proposé dans plus d'un tiers des communes de plus de 1 500 habitants, alors que ces prestations sont peu répandues dans les villes moins peuplées (4 % des communes de moins de 1 500 habitants). Ces dernières privilégient plutôt la distribution de jouets ou les bons alimentaires.

Des aides financières non remboursables sont mises en place dans plus de la moitié des communes. Le secours d'urgence (45 % des communes) et la prise en charge des factures (31 %) sont les aides les plus souvent citées, quel que soit le nombre d'habitants. Dans les petites communes, l'aide alimentaire en espèce est plus fréquente que la prise en charge des frais de transport, au contraire des communes plus peuplées.

Les chèques d'accompagnement personnalisé[1] et les aides financières remboursables (microcrédits,

1. Les chèques d'accompagnement personnalisé permettent d'acquérir des biens et services, notamment en matière d'alimentation, d'hygiène, d'habillement, de transports et d'actions éducatives, culturelles, sportives ou de loisirs. Plus rarement, il s'agit de prestations remboursables.

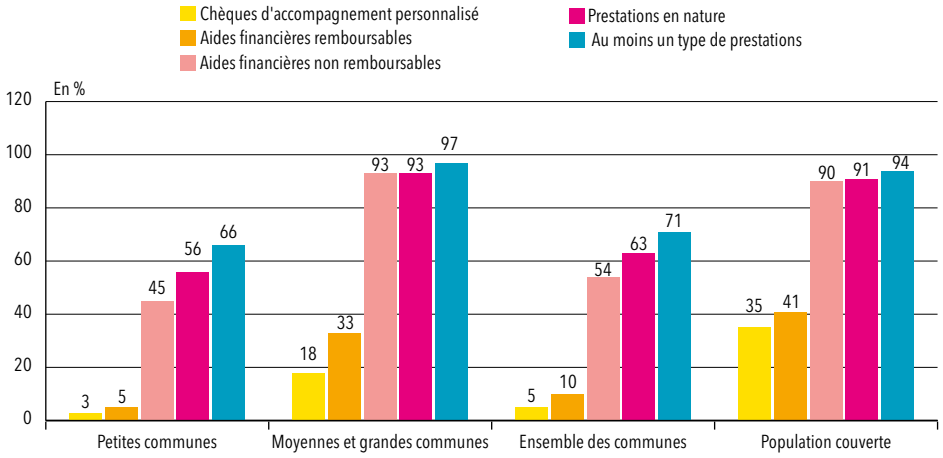
rachat de crédit, caution locative ou autres prêts et avances remboursables) sont peu répandus, respectivement proposés par 5 % et 10 % des communes. Les aides financières remboursables sont quasiment inexistantes dans les communes de moins de 500 habitants (2 % de ces communes), alors qu'un tiers des grandes communes en attribuent.

L'accès aux prestations sous conditions dans la moitié des communes

Près de la moitié des communes (43 %) mettent en place un barème formel[2] pour accéder à ces prestations. Seule une petite commune sur trois en établit un, alors que c'est le cas des trois quarts des moyennes et grandes communes. La moitié des communes mettent en place un barème formel pour les aides financières remboursables ou non, et un tiers pour les prestations en nature.

Trois grandes catégories de conditions sont retenues : un barème lié au quotient familial, une ouverture de droits réservée aux bénéficiaires d'un minimum social ou aux chômeurs et une catégorie regroupant d'autres conditions comme le montant du reste à vivre[3]. Quelle que soit la prestation, les communes prennent en compte le plus souvent la dernière catégorie *(tableau 1)*. ■

Graphique 1 Nature des aides fournies par les communes ou les centres communaux d'action sociale, fin 2014



Note > Les petites communes comptent moins de 1 500 habitants et les moyennes et grandes communes plus de 1 500 habitants.
Lecture > 71 % des communes, représentant 94 % de la population, proposent au moins un type de prestations.
Champ > Communes de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête ASCO ; Insee, recensement de la population 2012.

2. Un barème est dit « formel » s'il est inscrit dans un règlement interne ou s'il fait l'objet d'une délibération.
3. Le reste à vivre est la différence entre les revenus du ménage (salaires, allocations) et les charges fixes (loyer, eau, électricité, impôts…). Les modalités de calcul du reste à vivre peuvent différer selon les structures. Il est surtout utilisé par les commissions de surendettement.

Tableau 1 Part des communes ayant mis en place un barème, selon le type de prestation et la taille de la commune, fin 2014

En %

		Quotient familial	Des droits ouverts aux bénéficiaires d'un minimum social ou aux chômeurs	D'autres types de barèmes (reste pour vivre…)	Au moins un type de barèmes
Aides remboursables	Petites communes	14	18	31	37
	Moyennes et grandes communes	18	17	45	51
	Ensemble des communes	**17**	**17**	**40**	**46**
Aides non remboursables	Petites communes	13	12	27	36
	Moyennes et grandes communes	35	28	54	67
	Ensemble des communes	**21**	**18**	**36**	**47**
Prestations en nature	Petites communes	10	6	14	21
	Moyennes et grandes communes	47	32	51	69
	Ensemble des communes	**22**	**14**	**26**	**36**
Ensemble des prestations	Petites communes	13	11	22	31
	Moyennes et grandes communes	50	37	58	73
	Ensemble des communes	**24**	**18**	**33**	**43**

Note > Les petites communes comptent moins de 1 500 habitants et les moyennes et grandes communes plus de 1 500 habitants.
Lecture > 22 % des communes utilisent le quotient familial pour l'accès aux prestations en nature (quand elles en attribuent).
Champ > Communes de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête ASCO ; Insee, recensement de la population 2012.

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires sur l'action sociale des communes et des intercommunalités sont sur l'espace internet data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Aide et action sociales, sous-rubrique Action sociale des communes et des intercommunalités.

> **Abdouni, S.** (2017, février). En 2014, huit communes sur dix mènent une action sociale - Premiers résultats de l'enquête ASCO. DREES, *Études et Résultats*, 995.

> **Havette, S., Molière, E., Moriceau, C.** (2014, septembre). L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités. DREES, *Dossiers Solidarités et Santé*, 56.

10 L'action sociale intercommunale

Fin 2014, plus de 80 % des intercommunalités interviennent dans le domaine de l'action sociale. Le secteur de la petite enfance est le plus souvent investi par les intercommunalités (c'est le cas de 66 % d'entre elles), suivi par les actions en faveur de la jeunesse et de la famille (58 %). Près de la moitié des intercommunalités attribuent au moins une prestation d'action sociale. Sept EPCI sur dix mettent en place un barème formel pour accéder à ces prestations.

Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de projets communs de développement. Ils interviennent dans les domaines de l'action sociale faisant l'objet d'un transfert de compétences de la part de leurs communes membres (voir fiche 07).

Plus de huit intercommunalités sur dix développent une action sociale

Fin 2014, 83 % des intercommunalités mènent une action sociale, c'est-à-dire qu'elles développent une action dans un secteur social spécifique ou délivrent des prestations sociales.

Les secteurs de l'action sociale qui leur sont transférés sont définis par les communes, soit comme une « compétence optionnelle d'intérêt communautaire », soit comme une « compétence facultative », soit à ces deux titres à la fois. Près de la moitié des intercommunalités ont opté seulement pour la compétence optionnelle d'action sociale d'intérêt communautaire et un tiers pour la seule compétence facultative d'action sociale. Près de 10 % des intercommunalités ont choisi les deux types de compétence.

Pour exercer ces compétences sociales, un EPCI peut créer un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) : c'est le cas d'une intercommunalité sur six.

La petite enfance est le secteur le plus investi par l'action sociale intercommunale

Fin 2014, 83 % des intercommunalités, couvrant 84 % de la population, mettent en place des actions dans au moins un secteur social spécifique. Les domaines d'intervention sont nombreux mais très peu d'intercommunalités en couvrent l'intégralité. En effet, parmi les EPCI intervenant dans au moins un secteur, 10 % le font dans un seul, 74 % en couvrent de deux à six et 16 % plus de sept secteurs[1]. Les EPCI interviennent le plus souvent dans le secteur de la petite enfance (66 % d'entre eux, représentant 35 % de la population) et de la jeunesse et de la famille (58 %) *[graphique 1]*. Près de la moitié mènent des actions en faveur des personnes âgées. Le sport, l'urbanisme et les autres domaines tels que l'environnement, la culture ou l'éducation sont ceux où les intercommunalités interviennent le moins.

Près de la moitié des intercommunalités attribuent des prestations d'action sociale

Un EPCI peut attribuer une ou plusieurs prestations qui relèvent le plus souvent de l'un des quatre grands types suivants : les chèques d'accompagnement personnalisé (permettant d'acquérir biens et services), les aides financières non remboursables (secours d'urgence, prise en charge des factures…), les aides financières remboursables (microcrédits et autres prêts ou avances) et les prestations en nature (tarifs réduits ou gratuité d'établissements et services, aides aux démarches administratives, bons de transport…). Fin 2014, près de la moitié des intercommunalités attribuent au moins une prestation *(tableau 1)*. Les prestations en nature sont les plus fréquemment distribuées (44 % de l'ensemble des EPCI). Dans cette catégorie, le tarif réduit ou la gratuité des centres de

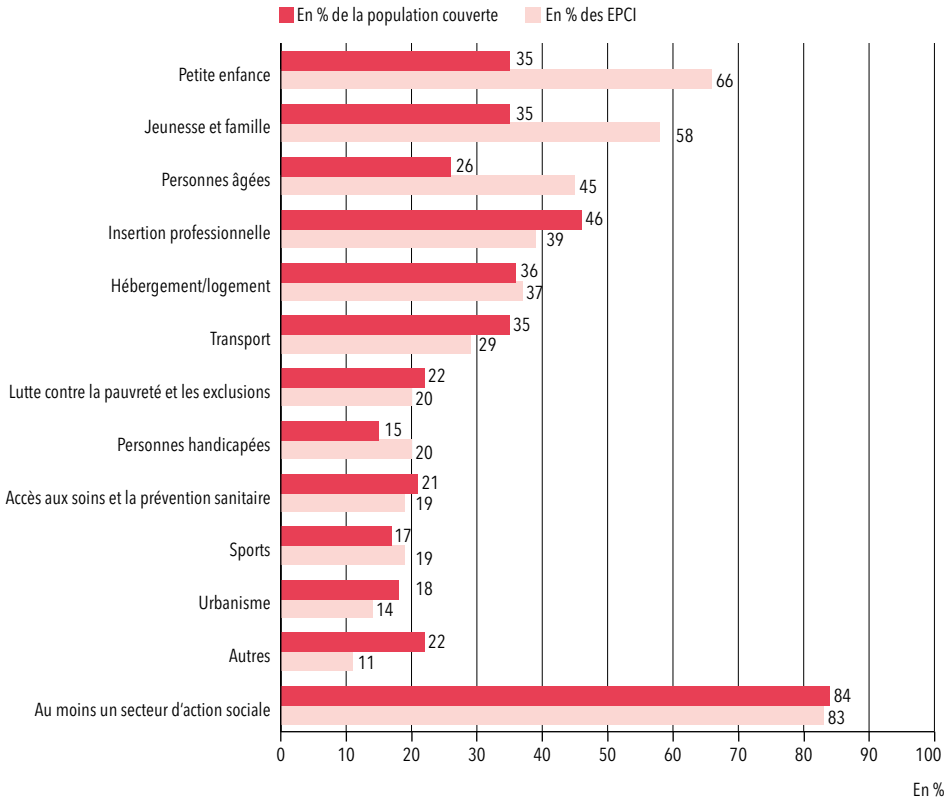
1. Le nombre de secteurs est, dans cette fiche, comptabilisé parmi les douze répertoriés dans l'enquête ASCO de la DREES (voir annexe 1).

loisirs (20 % des EPCI) ainsi que l'aide aux démarches administratives (16 %) sont les plus souvent citées. Des aides financières non remboursables sont également mises en place dans 15 % des intercommunalités : la prise en charge des frais de transport est la plus fréquente (8 % des intercommunalités). Enfin, les aides financières remboursables et les chèques d'accompagnement personnalisé sont très peu répandus, respectivement proposés par 2,9 % et 1,4 % des EPCI.

L'accès aux prestations soumis à condition pour une intercommunalité sur deux

Dans 70 % des EPCI délivrant des prestations, un barème formel est mis en place pour en bénéficier *(tableau 1)*. Le quotient familial est le plus utilisé pour les prestations en nature tandis que les autres types de barèmes, comme le reste à vivre, sont plus fréquents pour les aides financières non remboursables. ■

Graphique 1 Proportion d'intercommunalités ayant mis en place une action sociale et part de la population couverte, par secteur, fin 2014



EPCI : établissement public de coopération intercommunale.
Note > L'ensemble des EPCI couvre 94 % de la population française.
Lecture > 66 % des EPCI, couvrant 35 % de la population française, mettent en place des actions dans le secteur de la petite enfance.
Champ > EPCI de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête ASCO ; Insee, recensement de la population 2012.

Tableau 1 Attribution de prestations d'action sociale par les intercommunalités, fin 2014

En %

	Part des EPCI attribuant au moins une prestation, par type	Part des EPCI appliquant un barème pour ces prestations			
		Quotient familial	Des droits ouverts aux bénéficiaires d'un minimum social ou aux chômeurs	D'autres types de barèmes (reste pour vivre…)	Au moins un barème
Au moins un type de prestations	**45,7**	56,0	24,2	17,5	70,0
Prestations en nature	**43,9**	57,7	24,4	13,0	70,0
Aides financières non remboursables	**14,7**	16,5	12,5	30,9	44,3
Aides financières remboursables	**2,9**	ns	ns	ns	ns
Chèques d'accompagnement personnalisé	**1,4**	-	-	-	-

EPCI : établissement public de coopération intercommunale ; ns : non significatif statistiquement.
Note > L'ensemble des EPCI regroupe 94 % de la population française.
Lecture > 45,7 % des EPCI proposent au moins un type de prestations. Parmi ceux-ci, 70 % utilisent au moins un barème pour définir l'éligibilité à la ou aux prestations ; pour 56 % ce barème repose sur le quotient familial.
Champ > EPCI de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête ASCO.

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires sur l'action sociale des communes et des intercommunalités sont sur l'espace internet data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Aide et action sociale, sous-rubrique Action sociale des communes et des intercommunalités.

> **Abdouni, S.** (2017, février). En 2014, huit communes sur dix mènent une action sociale - Premiers résultats de l'enquête ASCO. DREES, *Études et Résultats*, 995.

> **Assemblée des communautés de France** (2015, mai). *Intercommunalité et développement social*. Rapport.

> **Havette, S., Molière, E., Moriceau, C.** (2014, septembre). L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités. DREES, *Dossiers Solidarités et Santé*, 56.

L'aide sociale aux personnes âgées

11 Les personnes âgées et leurs ressources

Au 1er janvier 2018, un quart de la population française a plus de 60 ans, une proportion qui devrait fortement augmenter dans l'avenir. Si, en 2016, le niveau de vie des seniors est, en moyenne, meilleur que celui des personnes plus jeunes, celui des personnes âgées en situation de perte d'autonomie est plus souvent modeste. En particulier, le taux de pauvreté des plus âgés est de 7,6 %, contre 16,2 % pour les moins de 60 ans, mais il s'élève à 11,6 % parmi les seniors en perte d'autonomie.

Au 1er janvier 2018, 17,2 millions de personnes ont 60 ans ou plus en France métropolitaine et dans les DROM, soit un quart de la population. Parmi elles, 36 % ont 75 ans ou plus (6,2 millions) et 12 % ont 85 ans ou plus (2,1 millions).

Une part croissante de la population âgée de plus de 60 ans

Les projections de population réalisées par l'Insee prévoient une hausse importante du nombre de plus de 60 ans. Selon le scénario central de projection, ils seraient 22,9 millions en 2040 et 26,4 millions en 2070 (+53 % entre 2018 et 2070) *[graphique 1]*. De plus, leur part dans l'ensemble de la population augmenterait, passant de 26 % en 2018 à 32 % en 2040, puis à 35 % en 2070. La proportion des plus âgés augmenterait encore plus. En 2070, 18 % de la population serait âgée d'au moins 75 ans (13,7 millions de personnes), contre 9 % en 2018.

Début 2018, 44 % des personnes de 60 ans ou plus sont des hommes et 56 % des femmes *(graphique 2)*. La part des femmes augmente avec l'âge, du fait de leur espérance de vie plus élevée : elle est de 53 % parmi les 60 à 74 ans et de 61 % parmi les 75 ans ou plus.

Une majorité des personnes âgées de 60 ans ou plus en couple à domicile

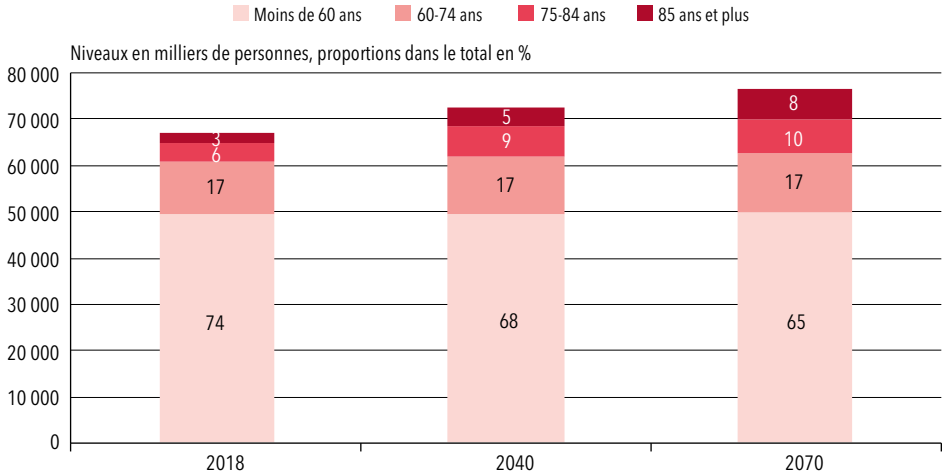
Au 1er janvier 2016, 96 % des Français âgés de 60 ans ou plus vivent en ménage[1] *(tableau 1)*. Ils sont 59 % à vivre en couple à leur domicile et 29 % à y vivre seuls. Ces proportions varient logiquement avec l'âge. Si la vie en couple à domicile est le mode de cohabitation majoritaire jusqu'à 80 ans, il devient ensuite de moins en moins fréquent. En effet, les personnes les plus âgées vivent plus fréquemment en établissement, et donc hors ménage (plus de 10 % après 85 ans) ou seules à leur domicile (entre 45 % et 46 % entre 85 et 95 ans). La part de ceux vivant en ménage avec d'autres personnes qu'un conjoint augmente également avec l'âge (au moins 10 % à partir de 90 ans).

Un niveau de vie en moyenne plus élevé, sauf pour les personnes en perte d'autonomie

Le revenu[2] des ménages dont au moins un des membres a 60 ans ou plus diffère légèrement selon qu'ils comptent ou non un senior en situation de handicap ou de perte d'autonomie *(tableau 2)*. Ainsi, en 2016, la part du revenu disponible lié à des revenus

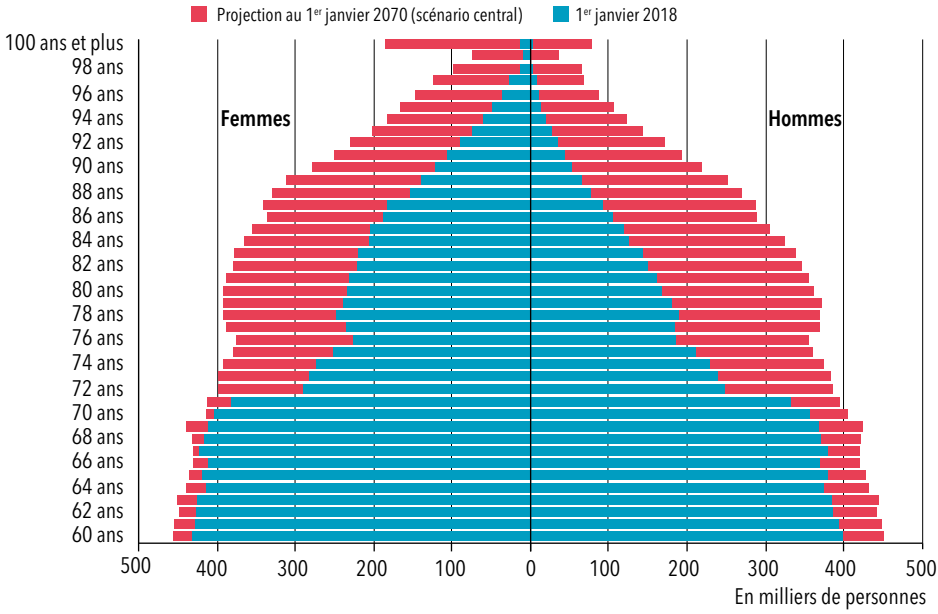
1. Un ménage, au sens du recensement de la population de l'Insee, désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Les personnes vivant en communauté (maisons de retraite, foyers de travailleurs, maisons de détention...), celles vivant dans des habitations mobiles, les bateliers, et les sans-abris sont considérés comme vivant hors ménage.
2. Le revenu disponible d'un ménage, considéré ici, correspond aux ressources dont ce ménage dispose pour consommer et épargner. Il comptabilise tous les revenus, y compris les prestations sociales, et est calculé après déduction des impôts directs.

Graphique 1 Répartition par âge et par sexe des personnes de 60 ans ou plus, aux 1ers janvier 2018, 2040 et 2070



Lecture > Au 1er janvier 2018, 49,7 millions de personnes ont moins de 60 ans, soit 74 % de la population.
Champ > France métropolitaine et DROM.
Sources > Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018) ; Insee, projections de population 2013-2070.

Graphique 2 Pyramide des âges des personnes de 60 ans ou plus, aux 1ers janvier 2018 et 2070



Lecture > Au 1er janvier 2018, 49,7 millions de personnes ont moins de 60 ans, soit 74 % de la population.
Champ > France métropolitaine et DROM.
Sources > Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018) ; Insee, projections de population 2013-2070.

de remplacement ou des pensions alimentaires (principalement les retraites et les pensions d'invalidité) est de 75 % parmi l'ensemble des ménages étudiés ici, contre 81 % pour les ménages dans lesquels au moins une des personnes de 60 ans ou plus est en situation de perte d'autonomie. Ces derniers sont moins nombreux, en proportion (18 % contre 28 % des ménages), à percevoir encore des revenus d'activité, qui représentent 14 % de leur revenu disponible en moyenne, contre 24 % dans l'ensemble des ménages dont un des membres a au moins 60 ans. À l'inverse, le poids des prestations sociales dans le revenu disponible est plus élevé (4,5 %) dans les ménages composés d'au moins une personne de 60 ans ou plus en situation de perte d'autonomie que dans l'ensemble des ménages étudiés (2,3 %). Les premiers sont 24 % à percevoir des prestations sociales, contre 18 % de l'ensemble.

Les personnes âgées de 60 ans ou plus ont globalement un meilleur niveau de vie que celles de moins de 60 ans. En effet, 42 % des moins de 60 ans ont un niveau de vie dit « modeste »[3], contre 33 % de leurs aînés *(graphique 3)*. Alors que 16 % des personnes de moins de 60 ans sont pauvres au sens statistique du terme[4], 8 % des 60 ans ou plus le sont également. Ce résultat tient notamment à la structure des ménages des personnes de 60 ans ou plus, qui est prise en compte pour le calcul du niveau de vie. En effet, celui-ci est calculé en rapportant le montant des revenus du ménage, net d'impôts, au nombre « d'unités de consommation »[5] dans le ménage. Le plus faible nombre d'unités de consommation dans les ménages de personnes de 60 ans ou plus, lié notamment au fait que ces ménages ont plus rarement des enfants à charge, fait plus que compenser leur revenu disponible en moyenne plus faible.

Tableau 1 Répartition par âge et mode de cohabitation, au 1er janvier 2016

		Répartition par mode de cohabitation					Répartition par âge
		Personnes vivant hors ménage	Personnes vivant seules à domicile	Personnes vivant en couple à domicile	Personnes vivant en ménage avec d'autres personnes (y compris leurs enfants)	Ensemble	
Effectifs (en milliers)		**733**	**4 898**	**9 925**	**1 139**	**16 695**	
Part dans la population (en %)	**Ensemble des 60 ans ou plus**	**4**	**29**	**59**	**7**	**100**	**100**
	de 60 à 64 ans	1	22	69	8	**100**	**24**
	de 65 à 69 ans	1	24	69	6	**100**	**23**
	de 70 à 74 ans	2	27	66	6	**100**	**16**
	de 75 à 79 ans	3	32	59	6	**100**	**13**
	de 80 à 84 ans	6	39	47	7	**100**	**11**
	de 85 à 89 ans	14	46	32	9	**100**	**8**
	de 90 à 94 ans	28	45	17	10	**100**	**4**
	95 ans ou plus	43	37	8	12	**100**	**1**

Note > Les personnes vivant en communauté (maisons de retraite, foyers de travailleurs, maisons de détention…), celles vivant dans des habitations mobiles, les bateliers, et les sans-abris sont considérés comme vivant hors ménage.
Lecture > Au 1er janvier 2016, 4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivent hors ménage. Parmi les personnes âgées de 60 à 64 ans, elles sont 1 %.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > Insee, Recensement de la population 2016, exploitation complémentaire.

3. C'est-à-dire qu'il est inférieur à celui en dessous duquel vivent les 40 % de personnes les plus modestes, soit 1 530 euros par mois en 2016.
4. C'est-à-dire que leur niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian, soit 1 026 euros par mois en 2016.
5. Ce nombre dépend du nombre et de l'âge des membres de ce ménage.

En distinguant les plus de 60 ans selon leur perte d'autonomie, le constat diffère. Le niveau de vie des personnes en perte d'autonomie est inférieur à celui des autres seniors : la part de personnes modestes est de 48 % parmi les premières, contre 31 % parmi les seconds, et le taux de pauvreté respectivement de 12 % et 7 %. De plus, les personnes de 60 ans ou plus en situation de dépendance sont aussi plus fré-

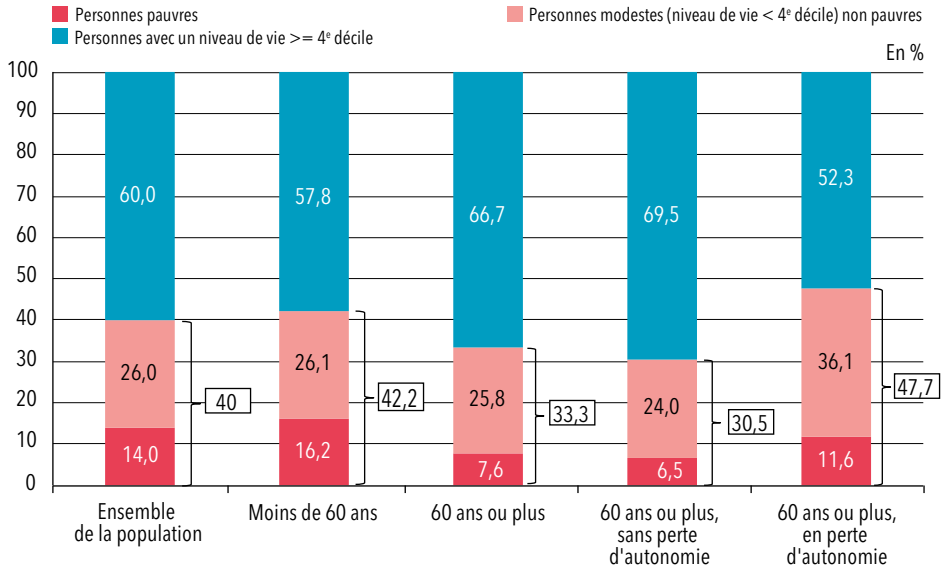
Tableau 2 Décomposition du revenu disponible des ménages de seniors, en 2016

Composantes du revenu disponible	Répartition du revenu disponible (en %)		Part des ménages percevant un revenu de ce type (en %)	
	Ensemble des ménages de seniors	dont : ménages comptant au moins un senior handicapé ou en perte d'autonomie	Ensemble des ménages de seniors	dont : ménages comptant au moins un senior handicapé ou en perte d'autonomie
Revenus d'activité[1]	**23,6**	**14,0**	**28,2**	**17,9**
Salaires	19,8	11,6	25,3	15,3
Revenus d'indépendants	3,7	2,3	4,8	3,3
Revenus de remplacement et pensions alimentaires[1]	**75,3**	**81,5**	**92,6**	**95,6**
Chômage et préretraites	1,5	1,2	6,6	4,9
Retraites, pensions d'invalidité et pensions alimentaires	73,8	80,3	92,6	95,6
Revenus du patrimoine	**16,4**	**13,4**	**91,9**	**89,9**
Impôts directs[2]	**-17,6**	**-13,4**	-	-
Prestations sociales non contributives[3]	**2,3**	**4,5**	**17,7**	**23,8**
Prestations familiales	0,2	0,2	1,9	1,6
Allocations logement	0,6	1,2	11,3	16,2
Minima sociaux[4]	1,5	3,1	8,7	14,5
Prime d'activité	0,1	0,1	2,4	1,4
Ensemble	**100,0**	**100,0**	-	-
Revenu disponible mensuel moyen (en euros)	2 816	2 424	-	-
Niveau de vie mensuel moyen (en euros)	2 136	1 836	-	-
Niveau de vie mensuel médian (en euros)	1 821	1 631	-	-

1. Les revenus d'activité et de remplacement sont présentés sans déduction de la CSG (imposable et non imposable) et de la CRDS mais sont nets des autres cotisations sociales. Les pensions alimentaires considérées ici sont la différence entre les pensions alimentaires reçues et les pensions alimentaires versées.
2. Impôt sur le revenu, taxe d'habitation, CSG (imposable et non imposable), CRDS, prélèvement libératoire sur valeurs mobilières et autres prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine. Il s'agit des impôts directs payés en 2016, calculés d'après la déclaration de revenus 2015.
3. Les prestations soumises à la CRDS sont présentées sans déduction de cette dernière.
4. Dans ce tableau, seuls le RSA, l'AAH et le minimum vieillesse sont comptabilisés.
Note > Une personne est ici dite en situation de perte d'autonomie si elle déclare « être fortement limitée, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ».
Lecture > En 2016, pour les ménages dont au moins un des membres est âgé de 60 ans ou plus et présente un handicap ou est en perte d'autonomie, la part des prestations sociales non contributives dans le revenu disponible est de 4,5 %.
Champ > France métropolitaine, ménages comptant au moins une personne de 60 ans ou plus, vivant dans un logement ordinaire, dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.
Sources > Insee, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2016 ; DGFiP ; CNAF ; CNAV ; CCMSA.

quemment modestes que celles de moins de 60 ans. Elles sont cependant moins souvent pauvres. L'écart de niveau de vie moyen selon la situation d'autonomie au sein des 60 ans ou plus est pour partie lié à l'âge. En effet, les seniors en perte d'autonomie sont en majorité les plus âgés et appartiennent aux générations plus anciennes, dont les retraites sont plus faibles. ■

Graphique 3 Répartition des personnes selon leur niveau de vie, en 2016



Notes > Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation.
Le 4e décile (D4) est la valeur en dessous de laquelle se situent 40 % de l'ensemble des ménages. Une personne est dite pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.
Les personnes considérées comme en perte d'autonomie sont celles qui déclarent « être fortement limitées, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ».
Champ > France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage ordinaire dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.
Sources > Insee, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2016 ; DGFiP ; CNAF ; CNAV ; CCMSA.

Pour en savoir plus

> **Arnaud, F. (dir)** (2019). Les retraités et les retraites. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiches 06 et 10.

> **Blanpain, N., Buisson, G.** (2016, novembre). Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. Insee, Insee Première, 1619.

> **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.)** (2019). Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

> **Rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites** (juin 2018). Retraités : un état des lieux de leur situation.

> **Roussel, R.** (2017, octobre). Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. DREES, *Études et Résultats*, 1032.

12 La perte d'autonomie et les aidants des personnes âgées

Entre 5 % et 13 % des personnes âgées de 60 ans ou plus sont en situation de perte d'autonomie en 2015, selon la mesure utilisée, et 26 % déclarent au moins une restriction sévère dans leurs activités du quotidien. Un senior vivant à son domicile sur cinq reçoit une aide régulière pour des tâches du quotidien. Fin 2017, 8,6 % des personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficient d'au moins un type d'aide sociale départementale pour le soutien à l'autonomie.

Plusieurs approches peuvent être retenues pour mesurer la perte d'autonomie : une approche par des indicateurs synthétiques de dépendance, qui résument les divers aspects de l'autonomie en une mesure unique, ou une approche étudiant les limitations fonctionnelles (altérations des fonctions physiques, sensorielles ou cognitives) ou les restrictions dans les activités du quotidien, qui peuvent conduire à la perte d'autonomie.

Entre 700 000 et 1,9 million de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine

En adoptant la première approche, les seniors dépendants ont été repérés dans le volet seniors des enquêtes Capacités, aides et ressources des seniors en ménages (CARE-M) et en institutions (CARE-I) de la DREES, à l'aide d'une estimation large du groupe iso-ressources (GIR)[1] allant de 1 à 4. L'estimation se fonde sur des variables proches des critères utilisés par les équipes médico-sociales pour évaluer l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)[2]. Selon cet indicateur, en 2015, 13 % des personnes âgées de 60 ans ou plus (1,9 million d'individus) sont en perte d'autonomie en France métropolitaine *(tableau 1)*. Parmi elles, un quart réside dans un établissement d'hébergement permanent pour personnes âgées. La prévalence des degrés les plus sévères de perte d'autonomie (GIR 1 ou 2) atteint 4 %, soit 552 000 personnes. Alors que 49 % des personnes en établissement ont un niveau de dépendance sévère, elles ne sont que 2 % à domicile.

Les indicateurs de Katz et de Colvez, quant à eux, s'attachent à repérer les situations de dépendance sévère, et sont établis sur la base d'un nombre plus restreint d'activités de la vie quotidienne que le GIR estimé. L'indicateur de Katz évalue la capacité d'une personne à réaliser seule six activités de la vie quotidienne[3]. Si l'on se réfère à cette mesure, 6 % des individus de 60 ans ou plus (845 000 personnes, dont 370 000 en établissement) sont incapables de réaliser seuls au moins une de ces activités. L'indicateur de Colvez, qui permet d'appréhender le besoin d'aide en mesurant la perte de mobilité, concerne 730 000 personnes âgées de 60 ans ou plus (dont 350 000 en établissements), soit 5 %. Comme pour l'estimation du GIR, ces individus sont plus nombreux, en proportion, en établissement qu'à domicile.

6,4 millions de personnes âgées souffrent de limitations fonctionnelles et 3,9 millions déclarent des restrictions dans leurs activités quotidiennes

La seconde approche de la perte d'autonomie cherche à mesurer l'incapacité en distinguant les limitations fonctionnelles et les restrictions dans les activités du

1. La grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique et groupes iso-ressources) permet de mesurer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'APA. Elle sert à déterminer si le demandeur a droit à l'APA et, s'il y a effectivement droit, le niveau d'aide dont il a besoin. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en six groupes iso-ressources (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.
2. Toutefois, comme il est estimé à partir de réponses déclaratives, il ne fournit qu'une approximation du niveau de GIR que déterminerait l'équipe médico-sociale. Le GIR estimé à partir des enquêtes CARE est trop imprécis pour permettre une estimation du non-recours à l'APA.
3. Faire sa toilette, s'habiller, aller aux toilettes et les utiliser, se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège, contrôler ses selles et urines, manger des aliments déjà préparés.

quotidien. Les limitations fonctionnelles constituent la première étape du processus de perte d'autonomie, elles sont donc les premiers signes de difficulté que peuvent connaître les personnes âgées.

En 2015, 42 % des personnes âgées de 60 ans ou plus souffrent d'au moins une limitation fonctionnelle sévère, soit 6,4 millions de personnes. Seules 9 % des personnes âgées déclarant ces difficultés

Tableau 1 Indicateurs synthétiques de dépendance, selon le lieu de vie et l'âge, en 2015

	Ensemble		Domicile[1]		Établissement	
	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus
Effectifs	15 036 000	5 741 000	14 445 000	5 212 000	590 000	529 000
GIR estimé (définition large)[2] (en %)						
1-2 : dépendants sévères	4	8	2	4	49	50
3-4 : dépendants	9	17	8	16	29	29
5 : quelques difficultés	6	10	6	10	7	7
Indicateur de Katz (en %)						
B-H : personnes incapables de réaliser seules au moins une des six activités	6	12	3	7	63	64
Indicateur de Colvez (en %)						
1-3 : confinement au lit ou au fauteuil ou besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ou pour sortir du domicile	5	11	3	6	59	60
Limitations fonctionnelles[3] (en %)						
Au moins une limitation fonctionnelle sévère	42	66	40	62	96	97
Au moins une limitation fonctionnelle physique sévère	32	55	29	51	92	94
Au moins une limitation fonctionnelle sensorielle sévère	20	34	19	32	54	55
Au moins une limitation fonctionnelle cognitive sévère	13	23	11	18	69	69
Restrictions d'activité[4] (en %)						
Au moins une restriction d'activité sévère	26	46	23	41	97	97
Au moins une restriction sévère dans les activités de la vie quotidienne (ADL)[5]	8	18	6	13	69	70
Au moins une restriction sévère dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)[5]	20	40	17	35	96	96
Au moins une restriction sévère d'activité générale (GALI)	18	30	16	26	63	64

GIR : Groupe iso-ressources. ADL : *activities of daily living* ou « activités de la vie quotidienne ». IADL : *instrumental activities of daily living* ou « activités instrumentales de la vie quotidienne ». GALI : *Global Activity Limitation Indicator* ou «indicateur de limitation d'activité générale ».

1. La population à domicile inclut les logements-foyers (rebaptisés depuis « résidences autonomie »).
2. Il s'agit de l'estimation prenant en compte les « quelques difficultés » (définition large).
3. Les limitations fonctionnelles concernent ici les personnes déclarant beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas du tout faire l'activité.
4. Les restrictions d'activité concernent ici les personnes déclarant beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas du tout faire l'activité.
5. Les ADL représentent les activités nécessaires pour prendre soin de son propre corps (se laver, se nourrir...), tandis que les IADL désignent les activités qui permettent de vivre de manière autonome (faire ses courses, préparer ses repas...).

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile (y compris résidence autonomie) ou en établissement, France métropolitaine.

Source > DREES, enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) en ménages 2015 et en institutions 2016, volet seniors.

résident en établissement, mais quasiment toutes les personnes en établissement déclarent ce type de difficulté (96 %). Les limitations physiques sont les plus répandues, notamment chez les plus âgés : 32 % des personnes âgées en déclarent au moins une, soit 4,8 millions de personnes. Viennent ensuite les limitations sensorielles qui sont déclarées par 20 % des personnes âgées. Les limitations cognitives concernent 13 % des individus de 60 ans ou plus et seulement 11 % à domicile.

Les limitations fonctionnelles ne donnent pas forcément lieu à des restrictions dans les activités[4]. Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 26 % déclarent au moins une restriction d'activité sévère, soit 3,9 millions d'individus. Les restrictions d'activité les plus fréquentes sont les restrictions dans les « activités instrumentales de la vie quotidienne » (IADL)[5] qui concernent 3 millions d'individus de 60 ans ou plus, dont 568 000 vivant en établissement. Les restrictions générales (GALI)[6] concernent 2,6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus. 1,2 million d'individus de 60 ans ou plus, tous lieux de vie confondus, déclarent des difficultés sévères pour au moins une « activité de la vie quotidienne » (ADL)[7].

Entre 2008 et 2015, les prévalences des incapacités, c'est-à-dire la proportion de personnes déclarant des difficultés au sein de la population à domicile, ont diminué pour la plupart des indicateurs[8].

Les femmes plus touchées par la perte d'autonomie

Les femmes sont globalement plus touchées par la perte d'autonomie que les hommes, hormis pour les limitations sensorielles *(graphique 1)*. Ces écarts s'expliquent en partie par des différences démographiques : les femmes ont en effet une plus grande longévité que les hommes. Une baisse, entre 2008 et 2015, des inégalités entre femmes et hommes a toutefois été démontrée chez les moins de 75 ans à domicile.

Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien

En 2015, 3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile déclarent être aidées régulièrement pour les activités de la vie quotidienne, en raison de leur âge ou d'un problème de santé. Elles reçoivent le plus souvent une aide pour le ménage et les courses.

Près de la moitié des seniors aidés le sont uniquement par leur entourage, tandis que 19 % le sont uniquement par des professionnels, le tiers restant reçoit à la fois une aide de l'entourage et d'aidants professionnels. Quand les seniors sont aidés par un membre de l'entourage, 87 % d'entre eux le sont au moins par le conjoint ou les enfants.

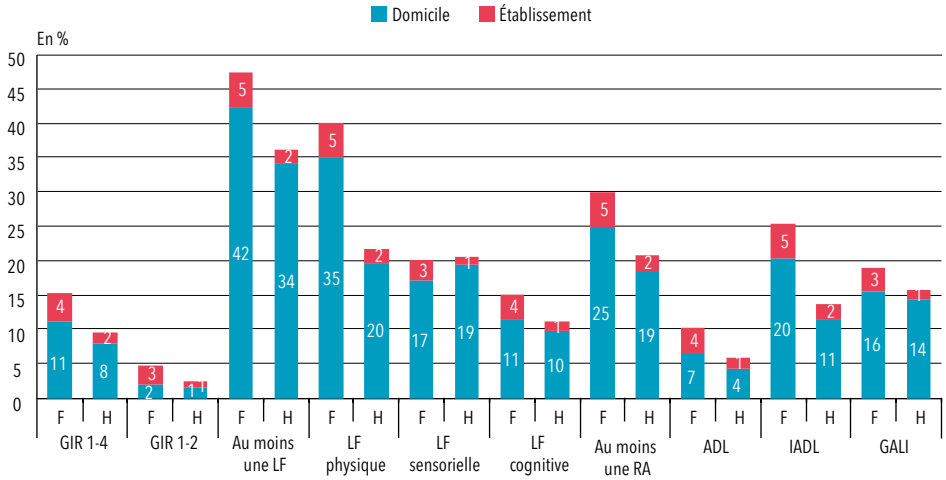
Un senior aidé sur deux déclare un seul aidant. Environ une femme aidée sur cinq et presqu'un homme aidé sur deux le sont uniquement par leur conjoint. Le nombre d'aidants augmente avec le niveau de dépendance.

Le soutien à l'autonomie des personnes âgées et son financement

Plusieurs aides peuvent être attribuées aux personnes âgées en perte d'autonomie, toutes ne relevant pas systématiquement de l'aide sociale départementale aux personnes âgées au sens strict (voir fiche 13). La plus fréquente est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) [voir fiche 15], qui bénéficie à 7,6 % de la population âgée de 60 ans ou plus *(tableau 2)*. Cette part est très fortement liée à l'âge : elle concerne en effet 0,5 % des moins de 65 ans contre 77,7 % des 95 ans ou plus. L'aide sociale à l'hébergement (ASH) [voir fiche 16] s'adresse à moins de 1 % des 60 ans ou plus, cette proportion atteint un maximum de 6,2 % parmi les personnes âgées de 95 ans ou plus. L'aide ménagère bénéficie à des effectifs beaucoup plus réduits (0,1 % de la population âgée de 60 ans ou plus), et ce à tous les âges.

4. Elles peuvent par exemple être compensées par des aides techniques ou des aménagements du logement.
5. Faire les courses, préparer les repas, faire les démarches administratives…
6. L'activité n'est pas spécifiée.
7. Se laver, s'habiller, couper la nourriture…
8. Cette mesure s'appuie sur la comparaison des résultats de l'enquête Handicap-santé ménages (HSM) de 2008 et de ceux de l'enquête CARE-M de 2015.

Graphique 1 Prévalence de différentes mesures de la perte d'autonomie, selon le lieu de vie et le sexe, en 2015



F : Femmes. H : Hommes. GIR : Groupe iso-ressources. LF : limitation fonctionnelle. RA : restriction d'acitivité. ADL : *activities of daily living* ou « activités de la vie quotidienne ». IADL : *instrumental activities of daily living* ou « activités instrumentales de la vie quotidienne ». GALI : *Global Activity Limitation Indicator* ou « indicateur de limitation d'activité générale ».
Note > Les définitions des indicateurs sont les mêmes que celles utilisées dans le tableau 1.
Lecture > 11 % des femmes de 60 ans et plus sont en GIR estimé 1 à 4 à domicile, et 4 % supplémentaires sont en GIR estimé 1 à 4 en établissement.
Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile (y compris résidence autonomie) ou en établissement, France métropolitaine.
Source > DREES, enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) en ménages 2015 et en institutions 2016, volet seniors.

Tableau 2 Proportions de bénéficiaires d'aide à l'autonomie, en décembre 2017

		APA	ASH des personnes âgées	Aide ménagère pour personnes âgées ou handicapées de 60 ans ou plus	Aide sociale à l'accueil des personnes handicapées de 60 ans ou plus	ACTP ou PCH (des 60 ans ou plus)
Effectifs		1 309 920	124 410	21 880	29 170	97 820
Part dans la population (en %)	**Ensemble**	**7,6**	**0,7**	**0,1**	**0,2**	**0,6**
	de 60 à 64 ans	0,5	0,1	0,1	0,3	1,2
	de 65 à 69 ans	1,3	0,3	0,1	0,2	0,7
	de 70 à 74 ans	2,7	0,4	0,1	0,1	0,4
	de 75 à 79 ans	5,9	0,7	0,1		
	de 80 à 84 ans	12,8	1,1	0,2		
	de 85 à 89 ans	26,3	1,9	0,2	0,1	0,1
	de 90 à 94 ans	47,5	3,3	0,2		
	95 ans ou plus	77,7	6,2	0,2		

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne. PCH : prestation de compensation du handicap.
APA : allocation personnalisée d'autonomie. ASH : aide sociale à l'hébergement.
Note > Sont dénombrés ici les bénéficiaires d'une aide sociale, c'est-à-dire les personnes ayant un droit ouvert à la prestation au 31 décembre de l'année, hormis pour l'APA pour laquelle sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre.
Lecture > En décembre 2017, 7,6 % des personnes âgées de 60 ans ou plus sont bénéficiaires de l'APA. Parmi les personnes âgées de 60 à 64 ans, elles sont 0,5 %.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. Personnes de 60 ans ou plus.
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2017 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

Les personnes qui étaient bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) peuvent conserver ces aides après 60 ans ou opter pour l'APA. Ils sont 0,6 % à en bénéficier. C'est parmi les personnes âgées de 60 à 64 ans que la part est la plus élevée (1,2 %). Au total, environ 8,6 %[9] de la population âgée de 60 ans ou plus est couverte par au moins une de ces prestations.

Outre ces aides, le soutien à l'autonomie peut passer par d'autres types de prestations sociales, des prises en charge par l'assurance maladie, ou encore des réductions ou crédits d'impôt. Le compte de la dépendance établi par la DREES permet d'évaluer dans son ensemble le coût annuel de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées pour les ménages, les pouvoir publics et les organismes complémentaires. En 2014, le coût global est estimé à 30 milliards d'euros, tous financeurs confondus. Ce montant est composé de 41 % de dépenses de santé, 35 % de prise en charge spécifique de la perte d'autonomie (dont 52 % pour l'APA) et de 24 % de dépenses d'hébergement en établissement. Les ménages prennent directement en charge 21 % du montant total. Cette part est beaucoup plus forte pour les frais d'hébergement (54 %) et le financement de la perte d'autonomie (23 %) que pour les dépenses de santé (1 %). ■

Pour en savoir plus

> **Brunel, M., Carrère, A.** (2018, juin). Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance - Résultats de l'enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) « ménages ». DREES, *Les Dossiers de la Drees,* 26.

> **Brunel, M., Carrère, A.** (2017, septembre). Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages ». DREES, *Études et Résultats*, 1029.

> **Brunel, M., Latourelle, J., Zakri, M.,** (2019, février). Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien. DREES, *Études et Résultats*, 1103.

> **Carrère, A., Dubost, C.-L.** (2018). *Éclairage - État de santé et dépendance des seniors.* France Portrait Social, Insee Références, édition 2018.

> **Larbi K., Roy D.** (2019, juillet). 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Insee, *Insee Première*, 1767.

> **Muller, M.** (2017, juillet). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1015.

> **Rapport du conseil de l'âge du HCFEA** (décembre 2017). *La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants.*

> **Roussel, R.** (2017, octobre). Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. DREES, *Études et Résultats*, 1032.

9. Dans ce calcul, est négligé le fait que certaines personnes peuvent percevoir la PCH et une aide-ménagère pour personne handicapée (car l'effectif est très faible parmi les 60 ans ou plus), et est faite l'hypothèse que 88 % des bénéficiaires de l'ASH pour personnes âgées le sont aussi de l'APA (Source DREES, EHPA 2015). Hormis ces situations, le cumul des aides n'est pas possible.

13 Les dispositifs d'aide sociale aux personnes âgées

L'aide sociale départementale aux personnes âgées comprend plusieurs prestations : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'allocation représentative de services ménagers ou aide ménagère et, pour les personnes accueillies en établissement ou chez des particuliers, l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Par ailleurs, certaines communes et les caisses de retraite mettent en place des actions sociales à destination des personnes âgées.

L'aide sociale aux personnes âgées est définie par le Code de l'action sociale et des familles (CASF) dans l'article L. 113-1, qui reprend l'article 26 du décret 53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance : « Toute personne âgée de 65 ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement. Les personnes âgées de plus de 60 ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail. »

L'aide sociale départementale aux personnes âgées

L'aide sociale aux personnes âgées est confiée aux conseils départementaux, mais les montants et les conditions d'attribution des différentes prestations sont encadrés par la loi[1]. Toutefois, l'article L. 121-4 du CASF précise que « le conseil départemental peut décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations [d'aide sociale]. Le département assure la charge financière de ces décisions ».

L'aide sociale départementale aux personnes âgées se compose essentiellement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) en établissement ou chez des particuliers et des aides ménagères. La prestation de compensation du handicap (PCH) [voir fiche 19] est également disponible pour les personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie, sous certaines conditions. Si la personne dispose déjà de cette prestation – ou y est éligible – avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans et en fait la demande avant 75 ans, ou qu'elle exerce toujours une activité professionnelle, la PCH peut lui être accordée. En revanche, elle n'est pas cumulable avec l'APA.

Par définition, les dépenses d'aide sociale sont récupérables par les conseils départementaux – au moins en partie – auprès des obligés alimentaires des personnes bénéficiaires et par recours sur succession (art. L. 132-6 et L. 132-8 du CASF[2]). Cette règle a cependant été assouplie puisque, actuellement, seules l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ou à l'accueil par des particuliers à titre onéreux et l'aide ménagère donnent lieu à ces récupérations. L'APA en est, en revanche, totalement exempte.

L'allocation personnalisée d'autonomie

Mise en place par la loi du 20 juillet 2001[3], l'APA a été modifiée par la loi du 28 décembre 2015[4]. L'article L. 232-1 du CASF prévoit ainsi que « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ».

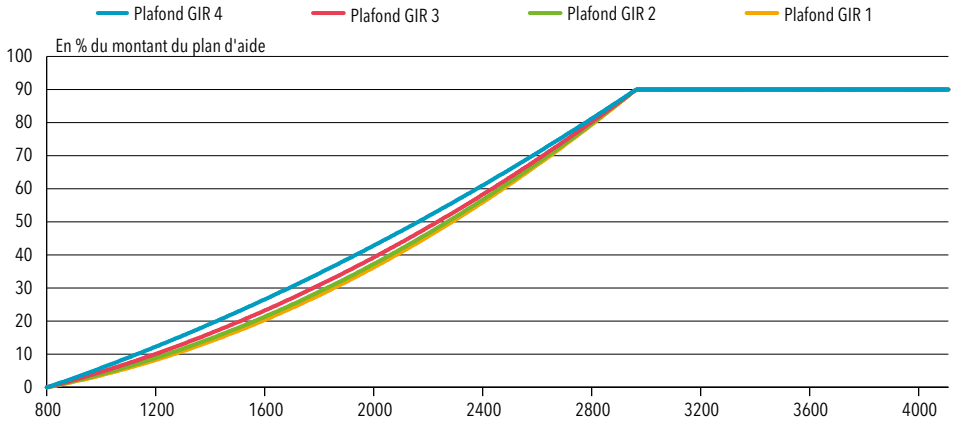
1. Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.
2. Ces deux articles reprenant également le décret 53-1186 du 29 novembre 1953 (art. 19 et 21).
3. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
4. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

La grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique et groupes iso-ressources) permet de mesurer les degrés de perte d'autonomie des demandeurs de l'APA par les besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Ces différents degrés de perte d'autonomie sont classés en groupes iso-ressources, allant du GIR 1 pour les personnes les plus dépendantes au GIR 6 pour les personnes les plus autonomes. Les personnes éligibles à l'APA sont celles relevant des GIR 1 à 4.

Pour les personnes résidant en logement ordinaire ou en résidence autonomie, l'APA, dite « à domicile », est une aide en nature permettant la prise en charge d'une partie des frais issus d'un plan d'aide établi par une équipe médico-sociale du département après évaluation des besoins de la personne bénéficiaire. Les montants des plans d'aide sont plafonnés en fonction du GIR. Si l'ouverture de droits à l'APA n'est pas soumise à conditions de ressources, la part du montant du plan d'aide financée par l'allocation est très fortement conditionnée à celles-ci. Un bénéficiaire peut ainsi ne percevoir que 10 % du montant du plan d'aide si ses revenus dépassent un certain plafond[5] *(graphique 1)*. La répartition du montant du plan d'aide entre la part versée par le département et celle qui reste à la charge du bénéficiaire (parfois appelée « ticket modérateur ») dépend également du montant total du plan d'aide. Plus celui-ci est élevé, plus la part financée par l'APA est élevée.

La majorité des versements liés à l'APA à domicile consiste à rémunérer un intervenant à domicile. Dans une proportion bien moindre, l'APA peut également servir à payer un hébergement temporaire ou un accueil de jour, des aides techniques ou des aménagements du logement du bénéficiaire. De plus, il existe un droit au répit des proches aidants, qui peut être activé quand le plafond du plan d'aide APA du bénéficiaire est atteint. Il permet de financer un accueil de jour ou de nuit, un hébergement temporaire ou un relais à domicile de la personne aidée.

Graphique 1 Part des plans d'aide mensuels à la charge du bénéficiaire de l'APA à domicile en fonction du revenu et du montant du plan d'aide



GIR : goupe iso-ressources.

Note > Les montants mensuels des plans d'aide considérés pour l'exemple sont ceux correspondants aux différents plafonds de l'APA à domicile : 665,61 euros pour le GIR 4, 997,85 euros pour le GIR 3, 1 381,04 euros pour le GIR 2 et 1 719,94 euros pour le GIR 1 en 2018.

Lecture > Pour un plan d'aide correspondant au plafond du GIR 4, le reste à charge d'un bénéficiaire ayant des revenus mensuels de 1 500 euros correspond à 23 % du montant du plan d'aide (152,18 euros). Ce reste à charge est nul pour les bénéficiaires ayant des revenus mensuels de 800 euros.

Source > Code de l'action sociale et des familles, article R. 232-11.

5. Pour l'APA à domicile, le plafond est fixé à 2 957 euros depuis le 1er janvier 2018. Les bénéficiaires disposent de la totalité de l'APA à domicile si leurs revenus sont inférieurs à 802,93 euros.

Enfin, l'APA est également versée en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et sert alors à couvrir une partie du tarif « dépendance » facturé aux résidents, celui-ci étant négocié entre l'établissement et le conseil départemental *(graphique 2)*.

L'aide ménagère

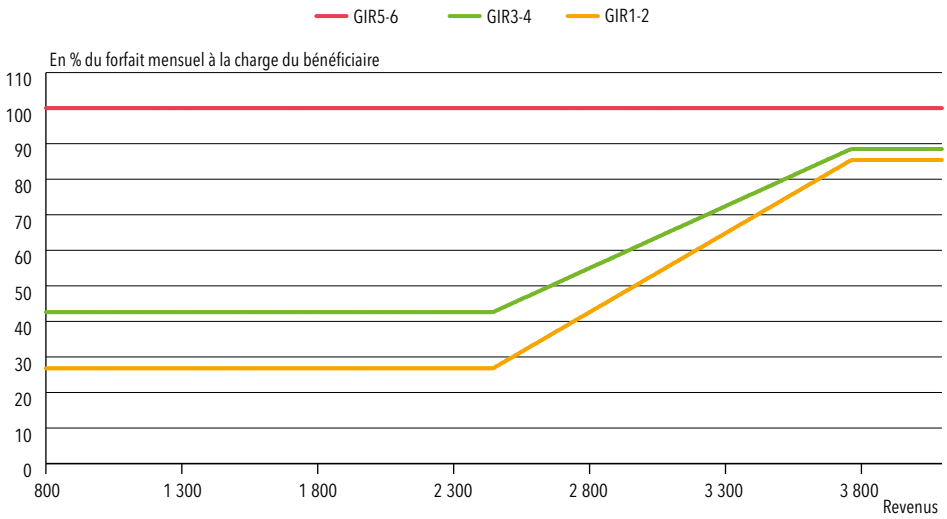
Au titre de l'aide sociale, les personnes âgées en perte d'autonomie ou en risque de perte d'autonomie à domicile, comme les personnes relevant des GIR 5 et 6, peuvent bénéficier d'une aide à domicile qui « peut être accordée soit en espèces, soit en nature. L'aide financière comprend l'allocation simple et, le cas échéant, une allocation représentative de services ménagers. […] L'aide en nature est accordée sous forme de services ménagers » (art. L. 231-1 du CASF).

Communément appelée « aide ménagère », celle-ci dépend, comme l'APA, des ressources du bénéficiaire. Cette aide est par ailleurs récupérable auprès des obligés alimentaires et sur succession. Si les ressources des personnes demandant une aide ménagère dépassent le plafond de l'allocation de solidarité aux personnes âgées[6] [Aspa], celle-ci est versée par la caisse de retraite, et non plus par le département. Cette aide ménagère n'est pas cumulable avec l'APA.

L'aide sociale à l'hébergement

L'aide sociale à l'hébergement (ASH) sert à acquitter tout ou partie du tarif « hébergement » des établissements pour les personnes âgées à faibles ressources. Elle peut également servir à rémunérer des accueillants familiaux, et être cumulée avec l'APA.

Graphique 2 Part du forfait mensuel à la charge du bénéficiaire de l'APA en établissement en fonction du GIR et du revenu



GIR : groupe iso-ressources.
Note > Les tarifs dépendance pris en compte ici sont les tarifs moyens observés en Ehpad au 31 décembre 2015 : 5,50 euros par jour pour les GIR 5 et 6, 12,90 euros par jour pour les GIR 3 et 4, 20,50 euros par jour pour les GIR 1 et 2 (source : DREES, enquête EHPA 2015).
Une partie des départements financent l'APA en établissement sous forme de dotation globale et n'appliquent pas la dégressivité en fonction du revenu.
Lecture > Pour un bénéficiaire de l'APA en établissement en GIR 3 ayant un revenu de 3 000 euros mensuels, le reste à charge correspond à 62 % du montant mensuel du tarif hébergement.
Source > Code de l'action sociale et des familles, article R. 232-19.

6. Ce plafond est fixé à 833 euros mensuels pour une personne seule et à 1 293,54 euros pour un couple au 1er avril 2018.

Elle répond à la définition stricte de l'aide sociale : elle dépend des revenus, et est récupérable auprès des obligés alimentaires et sur succession. Par ailleurs, elle n'intervient qu'en complément de la partie payée par le résident, dans la limite de 90 % de ses revenus propres. Un revenu minimum mensuel est toutefois garanti au bénéficiaire de l'ASH, pour son usage personnel. Son montant est égal à 1 % du montant annuel de l'Aspa[7] (art. R. 231-6 du CASF).

Les autres aides aux personnes âgées

Certaines communes apportent des aides ou réalisent des actions sociales pour les personnes âgées, sous la forme notamment d'aides financières ou en nature. Par ailleurs, l'action sociale des caisses de retraite, outre l'aide ménagère qu'elles peuvent délivrer, passe par des programmes d'actions collectives de prévention, notamment du risque de perte d'autonomie des personnes âgées. Elles mettent également en place un accompagnement renforcé lorsqu'un retraité est fragilisé à l'occasion d'un événement de rupture, comme le veuvage ou le retour à domicile après hospitalisation. Enfin, l'assurance maladie prend en charge les frais afférents aux soins des personnes hébergées en établissement (type Ehpad) ou suivies par un service de soins infirmiers à domicile (Ssiad). ■

Encadré 1 Des évolutions annoncées des prestations d'aide sociale aux personnes âgées

Dans cette fiche, les dispositifs sont décrits tels qu'ils fonctionnent à ce jour. Ceux-ci pourraient toutefois évoluer prochainement, à la suite des propositions rendues publiques en mars 2019 à l'issue de la concertation Grand âge et autonomie. Un projet de Loi a été annoncé qui pourrait conduire à faire évoluer les prestations d'APA et d'ASH.

7. Soit 100 euros par mois en 2018.

14 L'aide sociale départementale aux personnes âgées

Fin 2017, 1,45 million de prestations d'aide sociale ont été allouées par les départements aux personnes âgées en perte d'autonomie, pour une dépense brute globale de 7,6 milliards d'euros. Entre 2002 et 2017, le nombre de prestations et les dépenses associées ne cessent de croître. Les disparités géographiques de dépenses moyennes par aide sont marquées.

Les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent disposer d'une aide sociale du département, qu'elles vivent à domicile ou qu'elles soient hébergées en établissement. L'aide sociale départementale aux personnes âgées se compose essentiellement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) en établissement ou en accueil familial, et d'aides ménagères. En parallèle, les communes peuvent également mettre en place des actions sociales en faveur des personnes âgées : c'est le cas de deux tiers des communes, couvrant 90 % de la population (voir fiche 08). Par ailleurs, une partie des dépenses de l'Assurance maladie sont destinées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Enfin, les organismes de protection sociale, notamment les caisses de retraite, peuvent mener des actions sociales (aides ménagères, action de prévention, aide à la construction des lieux d'hébergement) [voir fiches 01 et 13].

Les prestations d'aide sociale des départements et les dépenses associées continuent de croître

En décembre 2017, 1,45 million de prestations[1] d'aide sociale aux personnes âgées sont accordées par les départements, dont 787 000 aides à domicile et 665 000 aides à l'accueil *(tableau 1)*. Le nombre d'aides est supérieur à celui des personnes âgées aidées, car une même personne peut percevoir à la fois l'APA et l'ASH[2].

Selon les dernières données provisoires disponibles, le nombre d'aides sociales aux personnes âgées s'élève à 1,47 million en 2018. Il augmente légèrement de 1,0 % entre 2017 et 2018. Cette évolution se retrouve pour l'aide à domicile comme pour l'aide à l'accueil (+1,0 % chacun). En particulier, le nombre de bénéficiaires de l'APA croît de 1,2 %.

Pour l'ensemble de l'année 2017, les dépenses brutes *(encadré 1)* associées s'élèvent à 7,3 milliards d'euros, dont 3,6 milliards pour l'aide à domicile et 3,7 milliards pour l'aide à l'accueil. Au total, l'aide à domicile représente 54 % du nombre moyen de prestations[3], pour 49 % des dépenses[4] et l'aide à l'accueil 46 % des prestations, pour 51 % des dépenses. En ajoutant les participations et subventions[5], ainsi que les autres dépenses d'aide aux personnes âgées[6], les dépenses brutes totales s'établissent à 7,6 milliards d'euros. Au total, l'APA représente 90 % du nombre moyen d'aides attribuées dans l'année et 78 % des dépenses totales.

---

1. Le nombre d'aides au mois de décembre additionne le nombre de bénéficiaires (personnes ayant un droit ouvert) au 31 décembre d'une aide ménagère, de l'ASH en établissement ou d'une aide à l'accueil familial ainsi que de bénéficiaires de l'APA payés au titre du mois de décembre.
2. Selon l'enquête EHPA (établissements d'hébergement pour personnes âgées) de la DREES, fin 2015, 88 % des bénéficiaires de l'ASH perçoivent aussi l'APA. Aussi, le nombre de bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées fin 2017 peut être estimé à 1,3 million, dont 558 000 en établissement.
3. Le nombre moyen d'aides en 2017 est calculé comme la moyenne des nombres d'aides observées en décembre 2016 et en décembre 2017.
4. En dehors des dépenses des « autres aides aux personnes âgées ».
5. Il peut s'agir de participations à des actions menées par d'autres collectivités ou organisations, en matière de prévention notamment. Les subventions peuvent concerner le secteur associatif (aides aux établissements ou services).
6. Les autres dépenses d'aide aux personnes âgées comprennent des dépenses d'APA non comptabilisées à domicile ou en établissement et d'autres dépenses non affectées par ailleurs, telles que, par exemple, des charges à caractère général, des frais de transports, etc.

Tableau 1 Nombre d'aides sociales aux personnes âgées et dépenses associées, en 2017 et 2018

	Nombre d'aides au mois de décembre (en milliers)				Nombre moyen d'aides dans l'année[3]		Dépenses annuelles (en millions d'euros)	
	2017	Évolution 2016/2017 (en %)	2018 (p)	Évolution 2017/2018 (p) (en %)	2017	Évolution 2016/2017 (en %)	2017	Évolution 2016/2017 (en %)
Aides à domicile	**787**	**1,3**	**795**	**1,0**	**782**	**1,3**	**3 557**	**2,5**
dont aides ménagères	18	-3,8	17	-4,8	18	-3,7	81	5,9
dont APA[1]	769	1,4	778	1,1	764	1,4	3 477	2,5
Aides à l'accueil	**665**	**1,9**	**672**	**1,0**	**659**	**1,9**	**3 724**	**0,5**
dont ASH en établissement[2]	122	-0,6	122	0,0	122	0,1	1 273	0,1
dont ASH chez des particuliers	2	2,7	2	-11,1	2	2,7	19	-1,1
dont APA	541	2,5	548	1,3	535	2,3	2 431	0,9
Total aides à domicile et à l'accueil	**1 452**	**1,5**	**1 467**	**1,0**	**1 441**	**1,5**	**7 281**	**1,5**
dont APA	1 310	1,8	1 326	1,2	1 298	1,8	5 942	1,7
Autres aides	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**325**	**24,8**
Total	**1 452**	**1,5**	**1 467**	**1,0**	**1 441**	**1,5**	**7 606**	**2,3**

ASH : aide sociale à l'hébergement ; APA : allocation personnalisée d'autonomie.
(p) : provisoire
1. Pour l'APA, sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre de chaque année, alors que ce sont des bénéficiaires (personnes ayant un droit ouvert à la prestation) au 31 décembre pour les autres aides.
2. Les dépenses d'ASH comptabilisées ici sont nettes des récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et succession.
3. Le nombre moyen d'aides en 2017 est la moyenne du nombre d'aides observées au 31 décembre 2016 et de celui observé au 31 décembre 2017.
Note > D'autres dépenses d'APA non affectées à l'APA à domicile ou à l'APA en établissement sont comptabilisées dans « Autres aides » (35 millions d'euros en 2017).
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Encadré 1 Une nouvelle convention pour le calcul des dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées

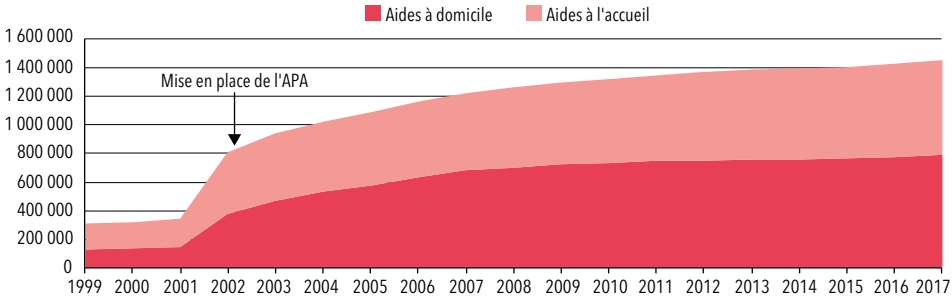
Les dépenses brutes collectées dans le cadre de l'enquête Aide sociale sont des dépenses engagées par les départements, avant d'éventuelles récupérations, recouvrements ou remboursements. Cependant, les dépenses d'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées sont, y compris au sein des dépenses totales, exprimées après déduction des récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et succession, afin d'assurer une comparaison pertinente entre départements. En effet, les pratiques de ces derniers en la matière sont particulièrement diverses et peuvent se traduire dans les comptes administratifs par des montants avant récupérations auprès des obligés alimentaires et héritiers très différents (voir fiche 16). Pour les dépenses d'ASH, le caractère « brut » s'entend donc uniquement comme : avant recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales ou remboursements.

Cette nouvelle convention pour l'ASH, et donc pour les dépenses d'aides sociales aux personnes âgées dans leur ensemble, est appliquée par la DREES à partir de la présente édition de cet ouvrage. Les données diffèrent donc et ne peuvent pas être comparées à celles publiées dans les éditions 2018 et antérieures du Panoramas *L'aide et l'action sociales en France*.

Des changements majeurs liés à la mise en place de l'APA en 2002

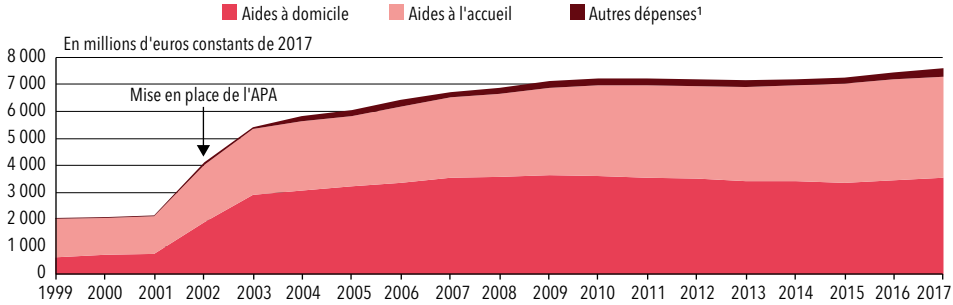
Entre 1999 et 2017, le nombre d'aides sociales attribuées aux personnes âgées et les dépenses annuelles correspondantes ont été respectivement multipliées par 4,7 et 3,7 (en euros constants[7]) *[graphiques 1 et 2]*. Si le nombre d'aides en décembre et les dépenses annuelles étaient croissants entre 1999 et 2001 (de respectivement +5 % et +2,8 % en moyenne annuelle), c'est surtout la mise en place de l'APA en 2002 qui a entraîné des changements majeurs dans l'aide sociale aux personnes âgées (voir fiche 15). Contrairement à la prestation spécifique dépendance (PSD) à laquelle elle s'est substituée, l'APA n'est pas

Graphique 1 Évolution du nombre d'aides sociales aux personnes âgées, en décembre, de 1999 à 2017



Note > Les aides à domicile dénombrés ici comprennent la PSD à domicile (de 1999 à 2003), l'APA à domicile et les aides ménagères. Les aides à l'accueil comprennent la PSD en établissement (de 1999 à 2003), l'aide sociale à l'hébergement en établissement ou en famille d'accueil et l'APA en établissement.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 2 Évolution des dépenses brutes annuelles d'aide sociale aux personnes âgées, de 1999 à 2017



1. Dont subventions et participations.
Note > Les aides à domicile comprennent la PSD à domicile (de 1999 à 2003), l'APA à domicile et les aides ménagères. Les aides à l'accueil comprennent la PSD en établissement (de 1999 à 2003), l'aide sociale à l'hébergement en établissement (nettes des récupérations) ou en famille d'accueil et l'APA en établissement. Les autres dépenses comprennent notamment d'autres dépenses d'APA non affectées à domicile ou en établissement, des subventions et des participations.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

7. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2017, cet indice a augmenté de 1,0 % en moyenne annuelle.

soumise à conditions de ressources et s'adresse également aux personnes moyennement dépendantes (classées en GIR 4). La montée en charge de cette allocation, conjuguée à l'évolution démographique, a donc occasionné une augmentation considérable du nombre d'aides à domicile, de 109 % entre 2002 et 2017, et de 54 % du nombre d'aides à l'accueil des personnes âgées dépendantes. En 2017, 7,8 % des personnes de 60 ans ou plus sont bénéficiaires d'une aide sociale départementale, contre 2,7 % en 2001.

Les dépenses associées ont quasi doublé, au cours de cette période, passant, en euros constants 2017, de 4,1 milliards à 7,6 milliards d'euros. Cette évolution, d'ampleur différente selon l'aide considérée, est de +86,7 % pour l'aide à domicile et de +74,3 % pour l'aide à l'accueil.

Les dépenses et le nombre d'aides ont surtout augmenté entre 2002 et 2009, pour ensuite se stabiliser relativement, traduisant la fin de la montée en charge de l'APA, ainsi qu'un ralentissement de la croissance démographique des personnes âgées de 75 ans ou plus. Ainsi, les hausses des dépenses et du nombre d'aides sont, toutes deux, de 7,9 % en moyenne annuelle entre 2002 et 2009, alors qu'elles sont de respectivement 0,7 % et 1,4 % entre 2009 et 2017. Cependant, en lien avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)[8], les dépenses à domicile augmentent de nouveau plus nettement entre 2015 et 2017 (+2,6 % en moyenne en euros constants), portées par la hausse des plafonds d'APA.

La dépense brute moyenne par aide[9] est de 5 300 euros en 2017. Elle est plus importante pour les aides à l'accueil que pour les aides à domicile : 5 600 euros contre 4 500 euros. La tendance à la baisse de la dépense brute moyenne par aide observée entre 2002 et 2014 (-2,7 % en moyenne annuelle), s'inverse à partir de 2015 sous l'effet de la mise en œuvre de la loi ASV (+0,8 % en moyenne annuelle).

De fortes disparités départementales

Les personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale se répartissent de façon inégale sur le territoire. En décembre 2017, le nombre d'aides pour 100 habitants de 60 ans ou plus[10] varie de 4,7 % à 15,3 % selon les départements, soit un écart du simple au triple. Cependant, quatre départements sur dix présentent un taux d'aides compris entre 7,7 % et 9,4 % ; ces valeurs se situant à plus ou moins 10 % de la médiane[11], qui s'établit à 8,5 %. Les départements aux taux d'aides les plus faibles sont des départements franciliens ou limitrophes de l'Île-de-France et la Guyane *(carte 1)*.

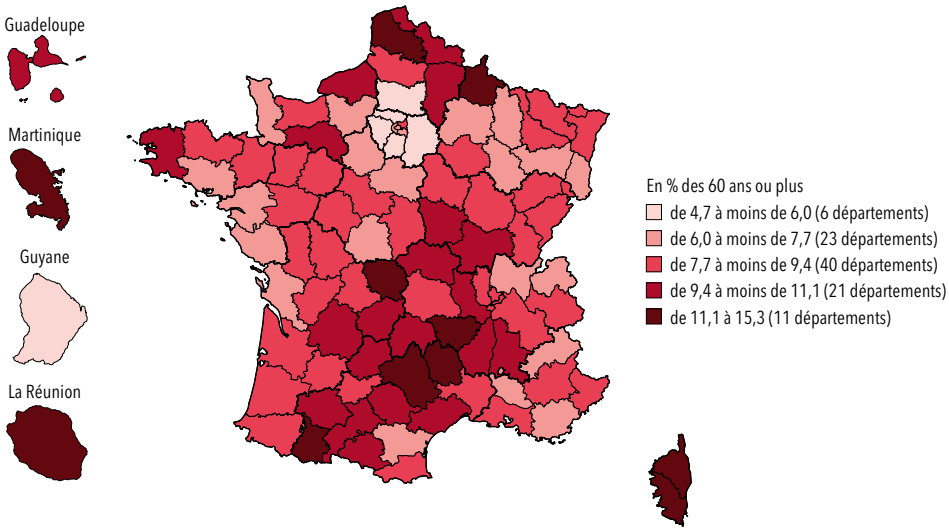
Les dépenses moyennes par aide sociale aux personnes âgées varient du simple au double selon les territoires : de 4 100 euros à 8 300 euros en 2017[12] *(carte 2)*. Néanmoins, deux tiers des départements consacrent une dépense moyenne par aide comprise entre 4 600 et 5 600 euros, soit entre 90 % et 110 % de la médiane, égale à 5 100 euros. Seuls 9 départements présentent une dépense moyenne supérieure ou égale à 6 100 euros, soit au moins 120 % de la valeur médiane.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces relatives disparités :

- des différences territorialisées de prévalence de la dépendance ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative de la perte d'autonomie (pratiques différentes d'évaluation du GIR, par exemple) ;
- le nombre de places d'hébergement, très divers selon les départements ;
- la substitution de l'APA à la PCH ou l'ACTP aux âges « avancés », qui peut être plus ou moins prononcée selon le territoire (voir fiche 21) ;
- le contexte économique local et son évolution, notamment pour le recours à l'ASH et l'APA : plus les personnes sont modestes, plus elles peuvent prétendre à l'aide sociale à l'hébergement, et moins le ticket modérateur pour l'APA est élevé.

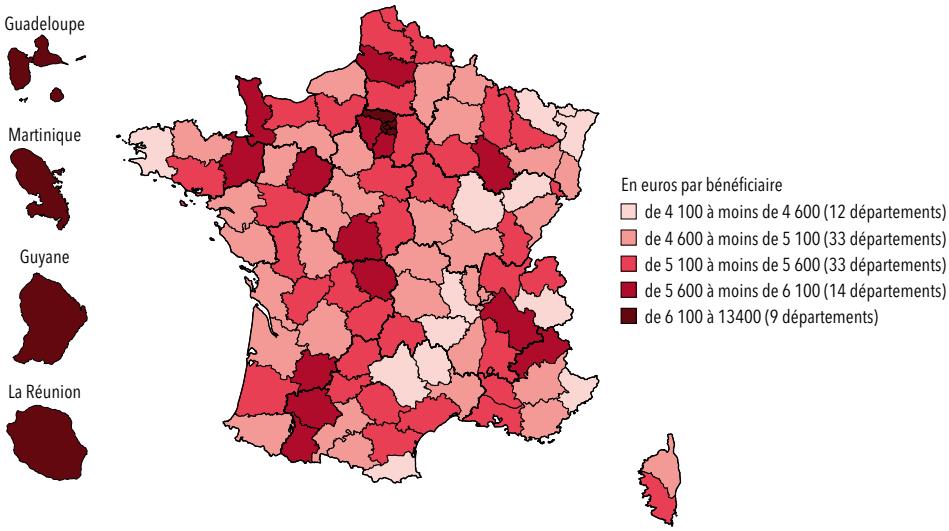
8. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.
9. La dépense moyenne par aide pour une année *n* est calculée en faisant le rapport de la dépense totale annuelle de cette année *n* à la moyenne des nombres d'aides au 31 décembre des années *n*-1 et *n*.
10. Le taux d'aides est de 8,4 % au niveau national, ce qui ne signifie pas que 8 personnes âgées de 60 ans ou plus sur 100 sont en situation de perte d'autonomie, car le taux n'est pas corrigé des doubles comptes. Ce ratio rapporte en effet un nombre d'aides et non de personnes à la population potentiellement concernée.
11. La médiane est la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements.
12. Excepté en Guyane où elle atteint 13 400 euros.

Carte 1 Taux d'aides sociales départementales aux personnes âgées, en décembre 2017



Note > Au niveau national, au 31 décembre 2017, le taux d'aides sociales départementales aux personnes âgées est de 8,4 pour 100 habitants de 60 ans ou plus. Ce taux n'est pas corrigé des doubles comptes : une même personne peut bénéficier de deux aides. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 8,5.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

Carte 2 Dépenses brutes annuelles moyennes par aide sociale aux personnes âgées, en 2017



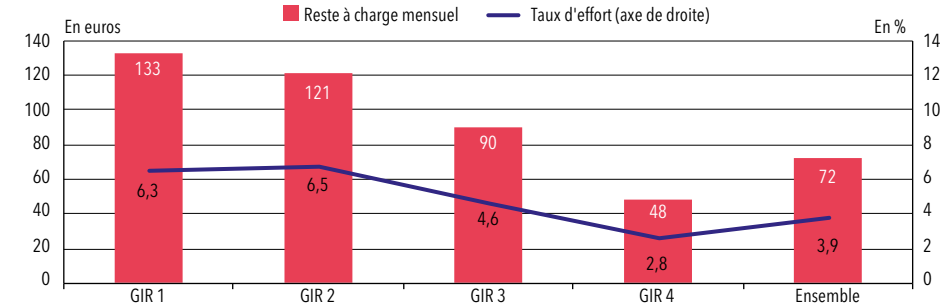
Note > Au niveau national, en 2017, la dépense moyenne par aide sociale pour les personnes âgées s'élève à 5 300 euros. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 5 100 euros.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Des taux d'effort des bénéficiaires de l'APA variables selon le revenu et le niveau de dépendance

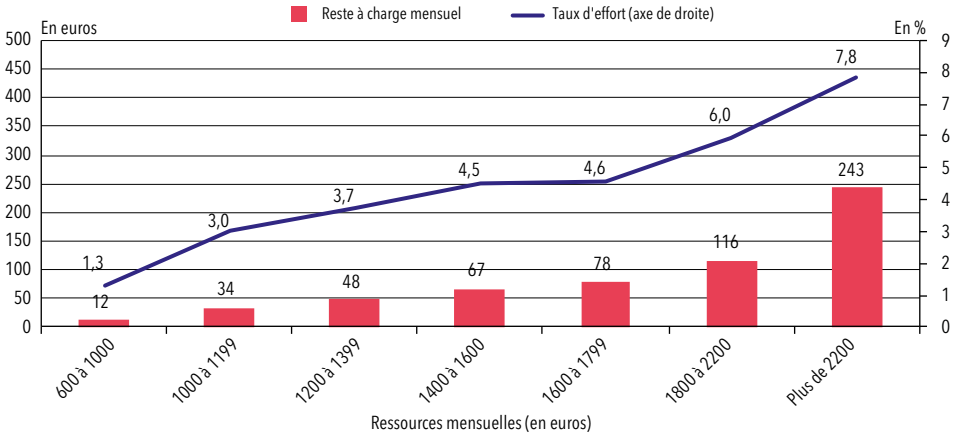
Les prestations d'aide sociale se combinent à d'autres types d'aide publique pour permettre aux personnes âgées de faire face au coût de la perte d'autonomie. Des simulations permettent de mesurer les effets globaux de ces aides. La prise en charge de la perte d'autonomie des bénéficiaires de l'APA à domicile coûterait ainsi en moyenne 559 euros par mois[13]. Ce besoin est couvert à 75 % par l'APA. D'autres aides sont attribuées aux personnes âgées dépendantes : une réduction d'impôt et, depuis le 1er janvier 2017, un crédit d'impôt en cas de recours à un salarié à domicile. Ces aides couvrent en moyenne respectivement 7 % et 6 % du besoin. Un solde de

Graphique 3 Reste à charge mensuel et taux d'effort de la prise en charge de la dépendance selon le revenu du bénéficiaire

3a - Reste à charge mensuel et taux d'effort de la prise en charge de la dépendance selon le GIR



3b – Selon le revenu du bénéficiaire



Note > Le reste à charge est défini ici comme la somme du ticket modérateur après crédit d'impôt et de la part du plan APA au-delà des plafonds réglementaires. Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu. Ces dernières correspondent aux ressources « au sens de l'APA », telles que prises en compte par les conseils départementaux, mais redressées de manière à ne pas pouvoir être inférieures au niveau du minimum vieillesse (801 euros par mois pour une personne seule et 1 243 euros par mois pour un couple).
Champ > France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2017.
Source > DREES, enquête CARE volet ménages appariées aux données fiscales et sociales sur les revenus, modèle Autonomix.

13. Ce montant est égal à la somme du plan d'aide notifié par l'équipe médico-sociale du département et de l'éventuel besoin de prise en charge au-delà du plafond de l'APA, tel que simulé par le modèle Autonomix de la DREES (voir l'annexe 1). La simulation suppose que le tarif réellement facturé est égal à celui prévu dans le plan d'aide notifié. L'année de référence de la simulation est 2017.

72 euros par mois, en moyenne, reste à la charge des allocataires de l'APA. Il peut être financé directement par le bénéficiaire, mais il peut aussi donner lieu à un renoncement (partiel) à une prise en charge.

Les coûts de prise en charge de la perte d'autonomie, leur couverture par les diverses aides, le reste à charge et les taux d'effort des bénéficiaires varient sensiblement selon le niveau de dépendance (GIR) et le niveau de ressources *(graphique 3)*. Les restes à charge sont plus élevés pour les personnes les plus dépendantes : 133 euros par mois en moyenne pour les personnes en GIR 1, contre 48 euros pour les personnes en GIR 4. Néanmoins, les taux d'effort restent faibles dans les deux cas (6 % et 3 % des revenus respectivement). Le reste à charge et le taux d'effort sont par ailleurs croissants avec le niveau de revenus des personnes âgées dépendantes depuis 2017, alors que cela était moins net avant la loi et la mise en place du crédit d'impôt.

De forts restes à charge en institution

S'agissant des personnes âgées en établissement, leurs frais de séjour s'élèvent en moyenne à 2 382 euros par mois en 2017 : 1 866 euros pour l'hébergement et 516 euros pour la dépendance. Les personnes âgées touchent ensuite un montant moyen d'aides (toutes aides confondues, avant prise en compte de l'ASH) de 419 euros par mois : 325 euros d'APA, 42 euros d'aides au logement[14] et 52 euros de réduction d'impôt. Le reste à charge moyen (avant prise en compte de l'ASH) est ainsi de 1 965 euros par mois , d'après le modèle Autonomix. En fonction des ressources des personnes, les aides perçues et leurs montants ne sont pas les mêmes : les aides au logement et l'ASH sont destinées aux personnes aux ressources les plus modestes tandis que les réductions d'impôt bénéficient aux personnes les plus aisées. Ces dernières ont en moyenne des frais d'hébergement plus élevés, car elles résident plus souvent dans des établissements aux tarifs les plus élevés (notamment des établissements privés à but lucratif). En revanche, les frais liés à la dépendance sont en moyenne relativement proches quel que soit le niveau de ressources, car la répartition des résidents par GIR ne varie pas selon ce critère.

Les taux d'effort des résidents, qui rapportent les dépenses aux ressources des personnes, sont très élevés, même lorsque l'on tient compte de l'ensemble des dispositifs publics qui leur apportent une aide financière. En particulier, le reste à charge est en moyenne supérieur aux ressources (ce qui se traduit par un taux d'effort supérieur à 100 %) jusqu'à environ 2 000 euros de ressources mensuelles. Ainsi, avant la prise en compte de l'ASH, 76 % des résidents sont dans l'impossibilité de financer leurs frais de séjour à partir de leurs seules ressources « courantes ». Une partie de ces résidents recourt à l'ASH, mais relativement peu par rapport à l'ampleur du phénomène. En effet, même une fois décomptés les bénéficiaires de l'ASH, il reste 60 % des résidents – tous niveaux de ressources confondus – dont le reste à charge est supérieur aux ressources « courantes ». Pour ces personnes qui n'ont pas eu recours à l'ASH, les principales options possibles pour financer ce reste à charge deviennent alors la mobilisation du patrimoine ou le financement par la famille ou des proches. ■

14. Les allocations logement sont toutefois sous-estimées dans le modèle Autonomix.

Pour en savoir plus

> Annexe 1 du projet de loi pour le financement de la Sécurité sociale (PLFSS) – Programme de qualité et d'efficience (PQE) [2018]. Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA.

> **Brunel, M., Carrère, A.** (2019, septembre). La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile - Quelles disparités entre départements ? DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 34.

> **CNSA** (2019, juin). *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2019.*

> **Fizzala, A.** (2016, mars). Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 1.

> **Marquier, R.** (2013, avril). Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010). DREES, *Dossier Solidarité Santé*, 39.

> **Roussel, R.** (2017, octobre) Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. DREES, *Études et Résultats*, 1032.

> **Xavier, B., Malika Z.** (2018, novembre). Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions. DREES, *Études et Résultats*, 1095.

15 L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Fin 2017, 1,3 million de personnes de 60 ans ou plus perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dont 59 % à domicile. Les dépenses associées pour l'année 2017 s'élèvent à 5,9 milliards d'euros. En décembre 2017, plus d'un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus bénéficient de l'APA. Parmi les bénéficiaires de l'APA en établissement, 59 % sont très dépendants, contre 20 % parmi ceux vivant à domicile. Les effets de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement sont perceptibles dans l'évolution des dépenses départementales et dans celle des montants moyens des plans d'aide élaborés pour les bénéficiaires de l'APA.

Mise en place en 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est destinée aux personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie. Elle représente les neuf dixièmes de l'ensemble des mesures d'aide sociale des départements en faveur des personnes âgées.

Plus de 1,3 million de bénéficiaires de l'APA fin 2017

Les bénéficiaires de l'APA sont 1 309 900 à avoir perçu un versement au titre du mois de décembre 2017[1]. Pour l'ensemble de l'année 2017, les dépenses brutes d'APA s'élèvent à 5,9 milliards d'euros, dont 3,5 milliards pour l'aide à domicile et 2,4 milliards pour l'accueil en établissement. Depuis sa création, en 2002, les dépenses totales d'APA ont ainsi été multipliées par 2,6 (+ 162 % en euros constants[2]), le nombre de bénéficiaires ayant dans le même temps doublé *(tableau 1)*.

En décembre 2017, l'APA en établissement[3] est versée à 541 100 personnes âgées, soit 41 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'allocation (à domicile et en établissement). Cette prestation, dont le montant varie selon le degré de perte d'autonomie de la personne, est versée par le conseil départemental, soit directement au bénéficiaire, soit aux établissements sous forme d'une dotation budgétaire globale. Parmi les bénéficiaires de l'APA, la part de ceux résidant en établissement est très hétérogène selon le territoire, puisqu'elle varie de 8 % à 70 % selon les départements *(carte 1)*. Près de trois collectivités sur cinq ont un ratio compris entre 36 % et 50 %, soit entre environ 85 % et 115 % de la valeur médiane, égale à 43 %. Dans plus d'une sur cinq, majoritairement dans le nord-ouest de la France, au moins la moitié des bénéficiaires de l'APA vivent en établissement. À l'inverse, cette proportion est inférieure ou égale à 35 % dans le dernier cinquième des départements. Elle est particulièrement faible (inférieure à 18 %) en Corse et dans les départements et régions d'outre-mer (hors Guyane).

20 % des bénéficiaires de l'APA à domicile très dépendants

Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont globalement plus dépendants que ceux à domicile.

1. Pour l'APA, le terme « bénéficiaires » correspond aux personnes payées au titre du mois de décembre, alors que ce terme désigne habituellement celles ayant un droit ouvert à la prestation à une date donnée. Ces deux populations sont très proches en effectif. En effet, 95 % des personnes ayant un droit ouvert au 31 décembre ont été payées au titre du mois de décembre 2017.
2. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2017, cet indice a augmenté de 1,0 % en moyenne annuelle.
3. Les bénéficiaires de l'APA vivant dans un établissement de moins de 25 places ou dont le GIR moyen pondéré (GMP) est inférieur à 300 points (cas de la plupart des résidences-autonomie, ex-logements foyers) ne perçoivent pas l'APA en établissement mais l'APA à domicile.

En effet, 59 % des premiers sont très dépendants et classés en GIR[4] 1 ou 2, contre 19 % des bénéficiaires de l'APA à domicile. Les personnes évaluées en GIR 3 représentent 18 % des bénéficiaires de l'APA en établissement contre 23 % de ceux à domicile. Enfin, la part de bénéficiaires de l'APA les moins dépendants, évalués en GIR 4, est de 23 % en établissement et 58 % à domicile. Ces répartitions sont stables depuis la création de l'APA.

Si près d'un bénéficiaire de l'APA à domicile sur cinq est très dépendant (classé en GIR 1 ou 2) au niveau national, cette proportion varie fortement au niveau départemental, de 8 % à 38 %. Près d'un tiers des collectivités ont une part se situant entre 17 % et 21 %, soit entre environ 90 % et 110 % du taux national. À l'inverse, plus d'un tiers des départements s'éloignent de ce taux. Ainsi, dans 13 d'entre eux, plus d'un quart des bénéficiaires de l'APA à domicile sont très dépendants, tandis que dans 22 collectivités, ils sont moins de 15 %.

Un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus bénéficiaires de l'APA

Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 7,6 % bénéficient de l'APA. Selon les départements, ce taux varie de 3,6 % à 13,5 %. Dans deux tiers des collectivités, il est compris entre 6 % et 9 %, soit entre environ 80 % et 120 % du taux national.

Tableau 1 Évolution des nombres de bénéficiaires payés en décembre et des dépenses annuelles d'APA, de 2002 à 2017

Dépenses en millions d'euros constants 2017

Année	Domicile		Établissement		Total		
	Bénéficiaires	Dépenses brutes	Bénéficiaires	Dépenses brutes	Bénéficiaires	Dépenses brutes domicile et établissement	Autres dépenses brutes d'APA
2002	293 500	1 296	303 400	977	596 900	2 272	-
2003	422 600	2 602	349 300	1 348	771 900	3 949	-
2004	494 100	2 900	373 500	1 466	867 600	4 366	19
2005	547 300	3 077	392 000	1 553	939 200	4 630	28
2006	603 200	3 249	409 000	1 656	1 012 300	4 905	41
2007	654 500	3 417	420 700	1 768	1 075 100	5 185	54
2008	677 500	3 489	437 900	1 866	1 115 400	5 356	64
2009	699 000	3 546	449 200	1 990	1 148 200	5 536	37
2010	712 700	3 542	462 900	2 084	1 175 600	5 625	34
2011	724 200	3 468	478 200	2 122	1 202 400	5 590	31
2012	730 700	3 425	492 600	2 162	1 223 300	5 586	30
2013	737 800	3 339	503 700	2 221	1 241 400	5 560	33
2014	740 900	3 332	510 400	2 285	1 251 300	5 617	27
2015	747 700	3 303	517 400	2 367	1 265 000	5 669	21
2016	758 400	3 387	528 100	2 409	1 286 500	5 796	47
2017	768 800	3 477	541 100	2 431	1 309 900	5 907	35
2018 (p)	777 600	nd	548 000	nd	1 325 600	nd	nd

Note > Il s'agit du nombre de bénéficiaires de l'APA payés au titre du mois de décembre. Les dépenses brutes sont des dépenses annuelles avant déduction des recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales et des remboursements de participations et de prestations.
Les dépenses sont indiquées en millions d'euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2017, cet indice a augmenté de 1,0 % en moyenne annuelle.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

4. Le groupe iso-ressources (GIR) permet de catégoriser les personnes âgées selon leur degré de dépendance allant du GIR 1 pour les personnes les plus dépendantes au GIR 6 pour les personnes les plus autonomes. Les personnes éligibles à l'APA sont celles relevant des GIR 1 à 4.

La proportion de bénéficiaires parmi les femmes (10 %) est deux fois plus importante que celle parmi les hommes (5 %). Cette différence est de la même ampleur pour l'APA à domicile (6 % des femmes contre 3 % des hommes), comme pour l'APA en établissement (4 % des femmes contre 2 % des hommes). Au total, près des trois quarts des bénéficiaires de l'APA sont des femmes.

La part des bénéficiaires de l'APA dans la population augmente logiquement avec l'âge. Jusqu'à 79 ans, elle est faible (2 %). Entre 80 et 89 ans, près de 20 % de la population perçoit l'APA : 21 % parmi les femmes et 15 % parmi les hommes *(graphique 1)*. À partir de 90 ans, plus de la moitié de la population en bénéficie (55 % des femmes et 51 % des hommes).

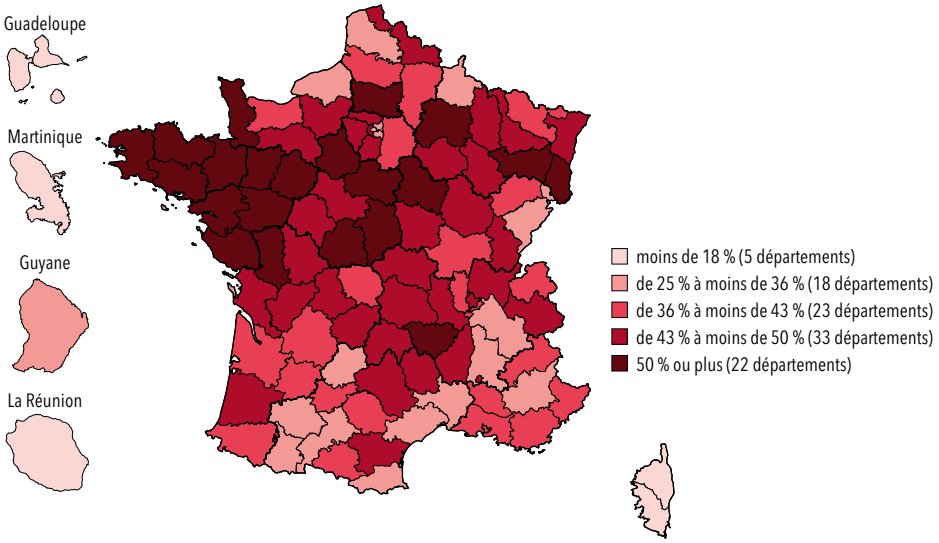
Parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile, la proportion des bénéficiaires de moins de 65 ans est faible, et ce quel que soit le niveau de dépendance *(graphique 2)* : 1 % pour les GIR 1 à 3 et 2 % pour le GIR 4. Les bénéficiaires de 80 à 89 ans représentent la moitié des bénéficiaires de l'APA à domicile, quel que soit le degré de perte d'autonomie. En revanche, la part des bénéficiaires de 90 ans ou plus est nettement plus importante en GIR 1 (33 %) qu'en GIR 4 (22 %).

La répartition par âge des bénéficiaires de l'APA en établissement est semblable pour tous les GIR. Les personnes de moins de 65 ans ne représentent que 1 % à 2 % de ces bénéficiaires, tandis que celles de 90 ans ou plus sont nettement majoritaires (entre 44 % et 47 % des bénéficiaires selon le GIR).

La durée de perception de l'APA est de trois ans et demi en moyenne

La durée totale de perception de l'APA est calculée sur l'ensemble des bénéficiaires sortant du dispositif en 2011[5]. Le motif principal de fermeture des droits à l'APA est le décès de la personne (80 % des cas à

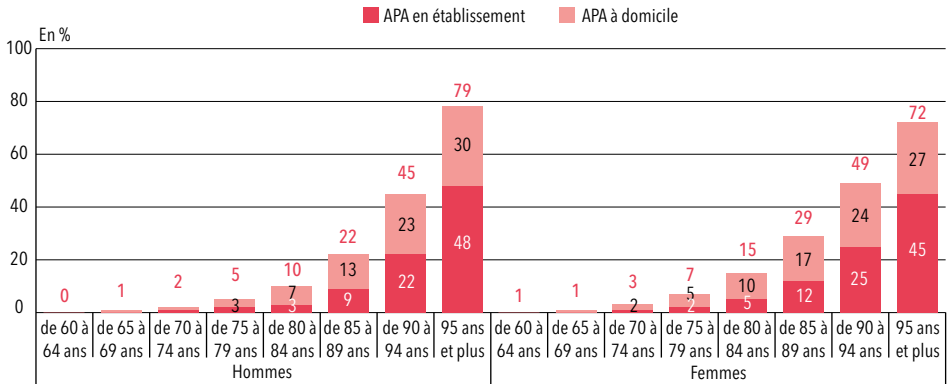
Carte 1 Part des bénéficiaires de l'APA en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, en décembre 2017



Note > Au niveau national, la part des bénéficiaires de l'APA en établissement est de 41 %. La valeur médiane, c'est-à-dire celle en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 43 %.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

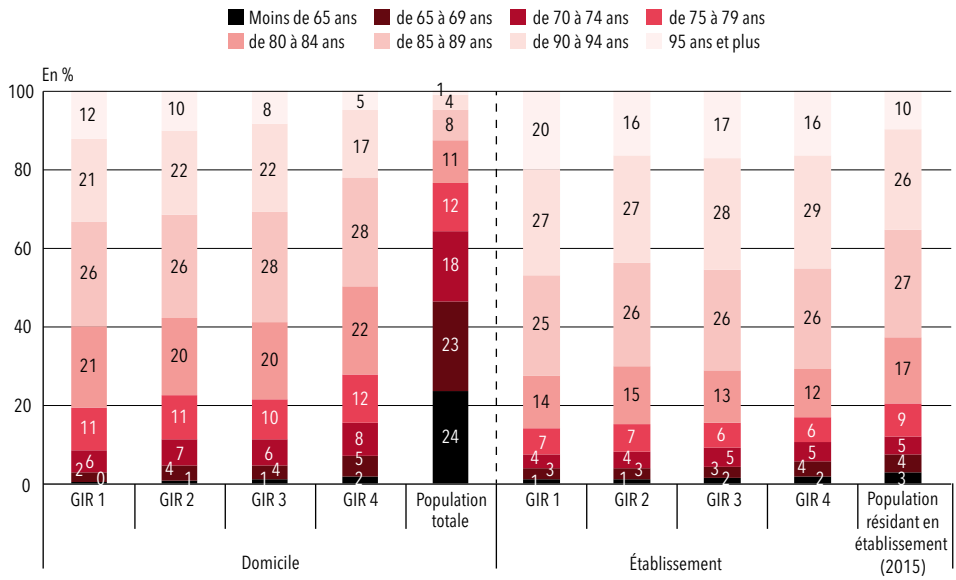
5. Source : DREES, remontées individuelles APA-ASH 2011. Une nouvelle vague de ces remontées, portant sur la situation en 2017, a été réalisée mais ses résultats ne sont pas encore disponibles.

Graphique 1 Part des bénéficiaires de l'APA dans la population par sexe et tranche d'âge, fin décembre 2017



Note > Les chiffres rouges correspondent à la part des bénéficiaires de l'APA total dans la population.
Lecture > 17 % des femmes de 85 à 89 ans perçoivent l'APA à domicile et 12 % en établissement. Au total, 29 % des femmes de cette tranche âge bénéficient de l'APA.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

Graphique 2 Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement par GIR et par tranche d'âge, fin décembre 2017



Lecture > 12 % des bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 ont 95 ans ou plus.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, personnes de 60 ans ou plus.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; DREES, enquête EHPA 2015 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

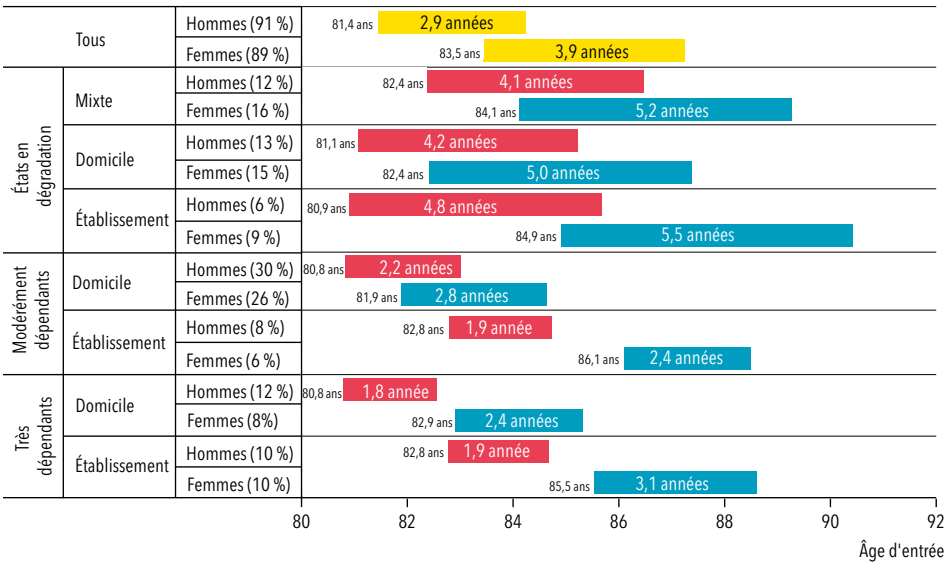
domicile et 90 % en établissement). C'est donc l'âge d'entrée dans le dispositif et l'espérance de vie qui déterminent pour l'essentiel la durée de perception de la prestation.

La durée moyenne de perception de l'APA est de 3 ans et demi : environ 3 ans pour les hommes et 4 ans pour les femmes. Les hommes commencent à percevoir l'APA plus tôt que les femmes (à partir de 81 ans et demi en moyenne, contre 83 ans et demi pour les femmes) et en bénéficient moins longtemps. Ils sont en général moins dépendants et plus souvent pris en charge uniquement à domicile. Au contraire, les femmes sont plus souvent prises en charge uniquement en établissement et perçoivent l'APA plus tard et plus longtemps. La durée est par ailleurs très variable selon le profil du bénéficiaire : sexe, âge, degré de perte d'autonomie et lieu de prise en charge *(graphique 3).*

Des évolutions différenciées des dépenses à domicile et en établissement

Entre 2003 et 2010, les dépenses en établissement augmentent nettement plus que les dépenses à domicile (respectivement +53 % et +35 %). À l'inverse, le nombre de bénéficiaires croît plus fortement à domicile (+69 %) qu'en établissement (+33 %). Entre 2010 et 2015, les dépenses d'APA à domicile diminuent, tandis que celles en établissement continuent leur progression. Le nombre de bénéficiaires, à domicile comme en établissement, augmente encore au cours de cette période mais plus faiblement. En 2016 et en 2017, les dépenses à domicile repartent à la hausse (+2,6 % chaque année). Les dépenses en établissement augmentent, elles, de 0,9 % entre 2016 et 2017. Au total, si en 2010, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est plus élevée de 10 % à domicile qu'en établissement (l'écart était de 46 % en 2005), en 2014,

Graphique 3 Durée moyenne de perception de l'APA en fonction de l'âge d'entrée dans le dispositif selon les différents profils



Note > Les personnes « modérément dépendantes » sont celles qui restent en GIR 3 ou 4 pendant toute la durée de perception de l'APA, tandis que celles « très dépendantes » sont en GIR 1 ou 2 pendant toute cette période. Les « états en dégradation » correspondent aux personnes qui sont en GIR 3 ou 4 au début de leur période de perception de l'APA, puis passent en GIR 1 ou 2.
Lecture > En moyenne, les hommes entrent à 81,4 ans dans l'APA et la perçoivent pendant 2,9 ans. Les parcours représentés ici concernent 91 % des hommes.
Champ > France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA sortis du dispositif en 2011.
Source > DREES, remontées individuelles APA-ASH 2011.

ces deux dépenses convergent vers une même valeur de 4 500 euros en euros constants de 2017 *(graphique 4)*. En 2015 et 2016, la dépense annuelle par bénéficiaire est légèrement plus élevée en établissement qu'à domicile. En 2017, elles s'établissent toutes deux à 4 600 euros en moyenne, soit 380 euros par mois.

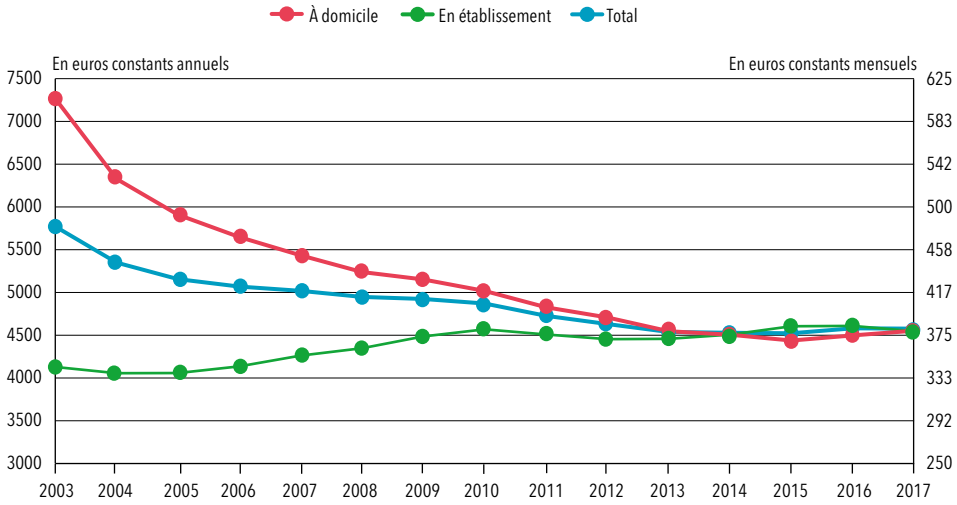
Une réallocation des montants d'APA à domicile au bénéfice des personnes les plus dépendantes

L'accroissement des dépenses d'APA à domicile depuis 2016 est pour l'essentiel un effet de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), qui prévoit notamment une revalorisation des montants plafonds de cette allocation *(encadré 1)*. Celle-ci varie selon le degré d'autonomie des bénéficiaires et, en conséquence, la dynamique des montants moyens d'APA varie également selon cette dimension. Les montants des plans d'aide consommés *(encadré 2)* par les personnes les plus dépendantes, classées en GIR 1, augmente d'environ 100 euros en moyenne entre 2015 et 2017. La hausse est moindre pour les personnes en GIR 2 et 3 et ne concerne pas celles en GIR 4, dont le montant moyen d'APA consommé continue de diminuer après 2015, même si c'est à un rythme plus lent qu'auparavant *(graphique 5)*.

La loi a également révisé le barème utilisé pour calculer le montant acquitté par les bénéficiaires, ce qui se traduit par une dynamique différente pour les dépenses de départements et pour les montants de participation des bénéficiaires. La révision du barème de calcul ne semble pas avoir eu d'effet majeur sur ces derniers. Le montant moyen est estimé à 97 euros en 2017, tous GIR confondus, contre 98 euros en 2015. Néanmoins, une baisse du taux de participation des bénéficiaires d'environ deux points est observée entre 2015 et 2016. Cet effet bénéficie surtout aux plus dépendants. En effet, la diminution la plus importante (-4,4 points) est observée pour les bénéficiaires en GIR 1, tandis qu'elle est quasi nulle pour ceux en GIR 4. Cette baisse est contrebalancée par la hausse des montants moyens liée au relèvement des plafonds, d'où la stabilité du montant moyen payé par les bénéficiaires.

Au total, au cours de la période 2011-2017, le montant de l'APA consommé par les personnes âgées

Graphique 4 Évolution de la dépense annuelle moyenne de l'APA par bénéficiaire entre 2003 et 2017



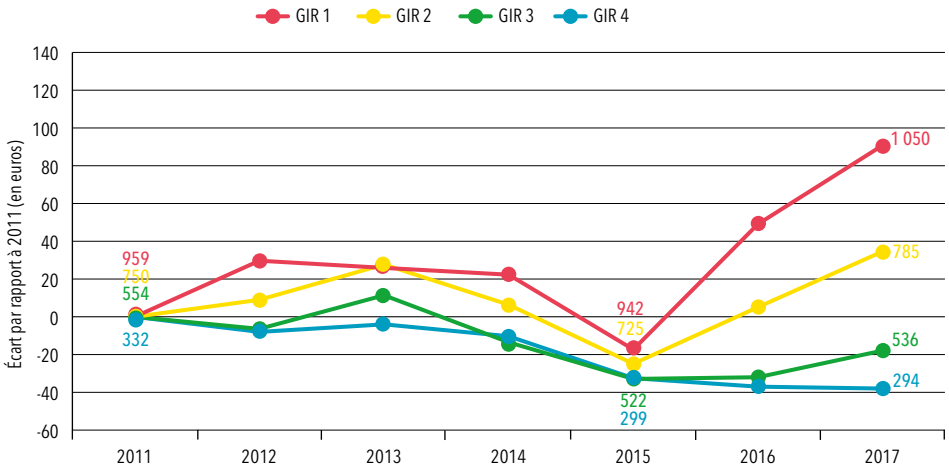
Lecture > En 2017, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est de 4 553 euros à domicile, soit 379 euros par mois.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

vivant à domicile baisse de 36 euros en moyenne (en euros courants) entre 2011 et 2015, puis, à la suite de la mise en œuvre de la loi ASV, augmente de 17 euros entre 2015 et 2017, pour atteindre 449 euros par mois. Après déduction de la part payée par les bénéficiaires, le montant mensuel moyen versé par les conseils départementaux est estimé à 352 euros par bénéficiaire en 2017[6], tous GIR confondus. Il a diminué de 25 euros par rapport à 2011 mais a augmenté de 15 euros entre 2015 et 2016, et est stable en 2017. Pour les personnes en GIR 1 et 2, il a augmenté respectivement de 70 et 20 euros entre 2011 et 2017, alors qu'il a baissé de 25 euros pour les personnes en GIR 3 et de 40 euros pour celles en GIR 4. En resituant ainsi les effets de la loi ASV dans une perspective d'évolution sur le moyen terme, les ressources des conseils départementaux consacrées à l'APA à domicile semblent donc avoir été réallouées au bénéfice des personnes âgées les plus dépendantes.

L'APA à domicile largement consacrée au financement d'intervenants à domicile

L'APA à domicile est affectée au paiement de dépenses préalablement identifiées dans le cadre d'un plan d'aide[7]. En moyenne, en 2017, 92 % des montants versés d'APA à domicile sont mobilisés pour financer le recours à un intervenant à domicile. Ces aides peuvent être assurées par un service prestataire, ou par un service mandataire qui prend en charge les formalités administratives liées à l'embauche, tout en permettant au bénéficiaire de

Graphique 5 Variation par GIR du montant moyen mensuel du plan d'aide consommé, pour les bénéficiaires de l'APA à domicile, de 2011 à 2017



Note > Montants moyens consommés du plan d'aide pondérés par le nombre de bénéficiaires payés au titre du mois de décembre dans chaque département et au sein de chaque GIR. Moyennes calculées sur les départements ayant fourni une information valide sur les montants consommés d'APA dans l'enquête Aide sociale (entre 46 et 78 selon les années).
Lecture > Fin 2017, le montant moyen du plan d'aide consommé pour les bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 4 a diminué de quasiment 40 euros par rapport à 2011. Il est de 294 euros, contre 332 euros fin 2011.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

6. Ce montant moyen versé par le conseil départemental diffère de la dépense moyenne par bénéficiaire. Celle-ci correspondant à une dépense inscrite au compte administratif, rapportée à un nombre moyen de bénéficiaires. Elle ne peut donc être aussi précise, et est, de plus, influencée par des décalages de trésorerie *(encadré 2)*.
7. Ce plan d'aide est établi par une équipe médico-sociale après évaluation des besoins.

recruter lui-même un salarié. La personne âgée peut également recruter et employer directement un salarié qui intervient à son domicile. En moyenne, 83 % des dépenses couvertes par l'APA pour rémunérer des intervenants à domicile concernent des services prestataires, 4 % des services mandataires et 13 % des recrutements directs par les personnes âgées.

Les 8 % des dépenses d'APA à domicile restantes servent, pour les trois quarts, à financer différentes aides à l'autonomie (aides techniques, portage de repas, téléalarme, transport, etc.), et pour un quart à financer un accueil temporaire ou de jour en établissement, ainsi que le règlement des services rendus par les accueillants familiaux rémunérés au titre de l'aide sociale.

Le poids très élevé du financement d'aides humaines dans les dépenses d'APA traduit notamment le fait que la quasi-totalité des plans d'aides d'APA à domicile incluent des aides humaines. En 2011[8], 63 % des plans d'aides prévoient exclusivement des aides humaines et 36 % prévoient des aides humaines en plus d'aides techniques ou ponctuelles – seul 1,4 % des plans prévoyant uniquement des aides techniques ou ponctuelles. Les plans notifient, en valeur médiane, un peu moins d'une heure d'aide humaine par jour (0,9 pour l'ensemble). Ce nombre est plus élevé pour les personnes les plus dépendantes (respectivement 2,1 et 1,7 heures d'aide par jour pour les personnes en GIR 1 ou 2) que pour les moins dépendantes (respectivement 1,2 et 0,7 heure par jour pour les GIR 3 ou 4). Parmi les plans qui prévoient également des aides techniques et ponctuelles, environ la moitié inclut un service de téléalarme (54 %) ou des fournitures d'hygiène (41 %), tandis que le portage des repas (22 %) et les aides ponctuelles (5 %) sont plus rares.

Les dépenses couvertes par l'APA à domicile sont d'autant plus élevées que le bénéficiaire est dépendant. La répartition par GIR des montants versés par le conseil départemental au cours de l'année 2017, après déduction de la participation financière des bénéficiaires, diffère donc de celle des bénéficiaires. Ainsi, 38 % des montants versés pour l'APA à domicile sont destinés à des bénéficiaires en GIR 4, 27 % à ceux en GIR 3, 29 % à ceux en GIR 2 et 6 % à ceux en GIR 1 (contre respectivement 58 %, 23 %, 17 % et 2 % des bénéficiaires). ■

Encadré 1 La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite ASV)

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite ASV) a réformé le dispositif d'APA à domicile, à compter du 1er mars 2016. Elle vise à allouer davantage d'aide aux personnes les plus dépendantes, à diminuer la participation financière du bénéficiaire, et à offrir plus de répit aux proches aidants.

Pour ce faire, les plafonds des plans d'aide par GIR ont été significativement revalorisés. En outre, avant la réforme, le calcul du ticket modérateur, soit la part du plan d'aide restant à la charge du bénéficiaire, dépendait uniquement du niveau de ressources du bénéficiaire. Désormais, le calcul prend également en compte le montant du plan d'aide, en appliquant un abattement plus élevé pour les plans aux montants les plus hauts, afin de diminuer le reste à charge des bénéficiaires aux plans d'aide les plus coûteux. Par ailleurs, le seuil de ressources en dessous duquel le bénéficiaire n'acquitte aucune participation financière a été relevé et aligné sur le montant en vigueur de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (800 euros mensuels au 1er mars 2016).

La réforme est appliquée progressivement au cours de l'année 2016, et près de 14 % des plans d'aide sont révisés au cours du deuxième trimestre. La revalorisation des plafonds profite notamment aux bénéficiaires en GIR 1, les plus dépendants. Ils sont ainsi 38 % fin 2016 à bénéficier d'un plan d'un montant supérieur aux plafonds avant réforme, et 46 % fin 2017. ●●●

8. Source : DREES, remontées individuelles APA-ASH 2011. Les chiffres présentés ici portent sur les aides notifiées dans le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale, mais certaines de ces aides peuvent ne pas avoir été mises en œuvre en pratique.

•••

Deux nouvelles mesures d'aide aux proches aidants ont été introduites. Le droit au répit pour les proches aidants se traduit par une majoration maximale du plan d'aide de 500,19 euros annuels, permettant d'aller au-delà du montant maximal normal des plans d'aide, pour financer de l'accueil de jour ou de nuit, un hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial, ou encore un relais à domicile. En cas d'hospitalisation du proche aidant, un montant maximal de 993,76 euros par hospitalisation peut être alloué pour financer un hébergement temporaire de la personne aidée ou un relais à domicile. Ces deux mesures d'aide au répit des proches aidants sont très lentement mises en place au cours des années 2016 et 2017.

Encadré 2 Définitions des montants associés à l'APA

Trois types de montants peuvent être associés à l'APA à domicile, correspondant à des définitions différentes :

Le **montant notifié** du plan d'aide correspond à l'estimation réalisée par l'équipe médico-sociale de la quantité d'aide nécessaire, compte tenu des besoins du bénéficiaire, et valorisée à un tarif fixé par le département selon le type de prise en charge requis.

Le **montant consommé**, inférieur ou égal à celui du plan d'aide notifié, correspond à la valeur de l'aide qui est mise en œuvre et que le bénéficiaire reçoit effectivement. Une partie seulement de ce montant est financée par le conseil départemental, tandis que la partie complémentaire, qualifiée de « ticket modérateur », est à la charge du bénéficiaire, selon un barème qui dépend de ses ressources.

La **dépense moyenne par bénéficiaire** des conseils départementaux correspond à la dépense inscrite au compte administratif sur une année, rapportée à un nombre moyen de bénéficiaires. Elle se rapproche de la part des montants consommés financée par les conseils départements, mais ne lui est pas exactement égale, du fait des décalages de trésorerie.

Pour en savoir plus

> La page internet sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est disponible sur http://drees.solidarites-sante.gouv.fr, rubrique Open Data, sous-rubrique Handicap et dépendance.

> Des données complémentaires détaillées nationales et départementales sur l'APA sont disponibles sur l'espace data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Personnes âgées, handicap et dépendance, sous-rubrique L'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

> **Arnault, L.** (2019, juillet). Montants d'APA à domicile depuis 2011 : une réallocation au bénéfice des plus dépendants. DREES, *Études et Résultats*, 1118.

> **Brunel, M., Latourelle, J., Roy, D.** (2019, juillet). Les disparités d'APA à domicile entre départements. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 37.

> **Bérardier, M.** (2014, février). Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011. DREES, *Études et Résultats*, 876.

> **Boneschi, S., Zakri, M.** (2018, octobre). La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie. Des profils de bénéficiaires très différents. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 29.

> **Boneschi, S., Zakri, M.** (2018, octobre) La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie est de 3 ans et demi en moyenne. DREES, *Études et Résultats*, 1082.

> **Couvert, N.** (2017, octobre). Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées. DREES, *Études et Résultats*, 1033.

> **Latourelle, J.** (2019, mars). Deux ans d'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement - Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'APA à domicile en 2016-2017. DREES, *Études et Résultats*, 1109.

16 L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (ASH)

Fin 2017, 122 000 personnes de 60 ans ou plus bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) au titre d'un hébergement en établissement, pour une dépense nette des récupérations associée de 1,3 milliard d'euros sur l'ensemble de l'année. Depuis 2011, le nombre de bénéficiaires et la dépense moyenne par bénéficiaire sont relativement stables, cette dernière étant très hétérogène selon les territoires. Enfin, les modalités de gestion de l'ASH varient d'un département à l'autre, que ce soit sur le recours aux récupérations, l'avance ou non des frais d'hébergement aux établissements, ou encore le calcul du montant de la participation du bénéficiaire.

Les personnes âgées accueillies chez des particuliers ou dans un établissement (public ou privé du secteur médico-social ou sanitaire) peuvent accéder, en fonction de leurs ressources, à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), afin d'acquitter tout ou partie de leurs frais de séjour (voir fiche 13).

Un nombre de bénéficiaires relativement stable

Fin 2017, 122 000 personnes âgées bénéficient de l'ASH au titre d'un hébergement en établissement, soit moins de 1 % de la population âgée de 60 ans ou plus. Elles occupent 16 % des 752 000 places d'hébergement installées au 31 décembre 2015, soit 24 % des 510 000 places habilitées à l'aide sociale à cette date[1] (voir fiche 17). Parmi ces bénéficiaires, 102 400 vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), 8 300 en unité de soins de longue durée, 4 600 en maison de retraite (hors Ehpad) et 6 200 en résidence-autonomie. L'ASH peut également être versée aux personnes âgées accueillies chez des particuliers (moins de 2 400 fin 2017). Par ailleurs, outre les personnes âgées bénéficiaires de l'ASH, 17 000 personnes handicapées résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou en unité de soins de longue durée bénéficient d'une aide sociale à l'accueil (voir fiche 22).

Entre 2000 et 2003, le nombre de bénéficiaires de l'ASH en établissement a diminué, passant de 120 000 à 115 000. Il a ensuite augmenté jusqu'à 122 000 en 2011 et oscille depuis entre 121 000 et 123 000 *(tableau 1)*.

Les bénéficiaires de l'ASH aux personnes âgées en établissement plus jeunes que les autres résidents

Les femmes sont très majoritaires parmi les bénéficiaires de l'ASH en établissement. Néanmoins, leur proportion y est moins élevée (64 %) que dans l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans vivant en établissement (74 %) *(tableau 2)*.

Les bénéficiaires de l'ASH sont relativement plus jeunes que l'ensemble des personnes âgées vivant en établissement : près d'un quart des bénéficiaires ont moins de 75 ans, contre 12 % des personnes âgées vivant en établissement. *A contrario*, moins de la moitié des bénéficiaires de l'ASH ont 85 ans ou plus, contre 62 % parmi l'ensemble des personnes âgées en établissement.

D'une manière plus large, les profils des bénéficiaires de l'ASH aux personnes âgées ou handicapées en établissement d'hébergement pour personnes âgées et ceux des non-bénéficiaires présentent des différences marquées[2]. En particulier, les résidents qui perçoivent l'ASH sont présents depuis plus longtemps dans l'établissement que les autres résidents, mais ils sont aussi nettement plus jeunes et entrés à un âge sensiblement plus bas. Ils sont par ailleurs un peu

1. Source : DREES, enquête EHPA 2015.
2. Sources : DREES, enquêtes EHPA 2015 et CARE-I 2016.

plus dépendants, notamment au regard des critères de cohérence dans la communication et le comportement. De façon attendue, ils sont également moins fréquemment en couple et ont moins souvent des enfants en vie et un patrimoine immobilier. Ces caractéristiques peuvent être reliées au parcours antérieur de ces résidents : les bénéficiaires de l'ASH comptent une proportion plus importante de personnes

Tableau 1 Bénéficiaires de l'ASH aux personnes âgées en établissement et dépenses associées, de 2001 à 2017

Dépenses en milliers d'euros courants, évolutions des dépenses en euros constants 2017

	2001	2006	2011	2016	2017	Évolutions (en %)	
						2001-2017	2016-2017
Nombre de bénéficiaires au 31 décembre	119 700	117 400	121 900	122 800	122 000	2,0	-0,6
Nombre moyen de bénéficiaires dans l'année	119 900	117 900	121 900	122 300	122 400	2,1	0,1
Dépenses annuelles	873 200	986 000	1 219 100	1 259 300	1 272 600	17,0	0,0
Dépenses annuelles moyennes par bénéficiaire	7 300	8 400	10 000	10 300	10 400	14,5	-0,1
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire	610	700	830	860	870	14,5	-0,1

Notes > Le nombre moyen de bénéficiaires est calculé comme la moyenne des nombres de bénéficiaires au 31 décembre de l'année et au 31 décembre de l'année précédente. Les dépenses sont des dépenses brutes après récupérations auprès des bénéficiaires, des obligés alimentaires, et sur succession. Les personnes handicapées bénéficiant d'une aide sociale pour leur accueil dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ne sont pas ici prises en compte parmi les bénéficiaires de l'ASH.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Tableau 2 Répartition par sexe et âge des bénéficiaires de l'ASH aux personnes âgées en établissement

En %

	Bénéficiaires de l'ASH en établissement fin 2017	Population vivant en EHPA fin 2015	Ensemble de la population de 60 ans ou plus au 1er janvier 2018
Hommes	36	26	44
Femmes	64	74	56
moins de 65 ans	4	3	23
de 65 à 69 ans	9	4	23
de 70 à 74 ans	11	5	18
de 75 à 79 ans	12	8	12
de 80 à 84 ans	17	17	11
de 85 à 89 ans	21	27	8
de 90 à 94 ans	17	26	4
95 ans ou plus	9	10	1

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées.
Notes > Pour la population vivant en établissement, la répartition présentée correspond à la situation fin 2015.
Celle des bénéficiaires de l'ASH en établissement et de la population de 60 ans ou plus correspond à la situation fin 2017.
Les personnes handicapées bénéficiant d'une aide sociale pour leur accueil en EHPA ne sont pas ici prises en compte parmi les bénéficiaires de l'ASH.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; DREES, enquête EHPA 2015 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

handicapées et de personnes originaires, avant leur entrée dans l'établissement, d'un établissement sanitaire ou médico-social plutôt que d'un domicile personnel.

Des dépenses moyennes par bénéficiaire plutôt stables depuis 2011, mais hétérogènes sur le territoire

En 2017, les dépenses brutes des départements pour l'ASH en établissement *(encadré 1)*, après récupérations auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires et de leurs héritiers, s'établissent à 1,3 milliard d'euros. Entre 2001 et 2011, elles ont augmenté de 17,3 % en euros constants, soit un taux de croissance annuel moyen de 1,6 %[3]. Elles ont ensuite diminué jusqu'en 2014 (-3,5 % au total), pour retrouver, en 2017, un niveau semblable à celui de 2011.

Après avoir augmenté de 15,3 % entre 2001 et 2011 (+1,4 % par an en moyenne), la dépense moyenne par bénéficiaire a été relativement stable. En 2017, elle s'élève à 10 400 euros, soit 870 euros par mois, avec d'importantes différences selon les départements. Deux tiers des collectivités présentent une dépense annuelle moyenne par bénéficiaire qui varie entre 7 300 et 12 000 euros, soit dans une fourchette assez large de plus ou moins 25 % autour de la médiane[4], qui s'établit à 9 600 euros *(carte 1)*. De plus, onze départements se distinguent par des montants bien plus faibles (entre 40 % et 73 % de la valeur médiane). À l'opposé, les variations sont particulièrement fortes au sein des treize départements présentant les valeurs les plus élevées.

La prise en compte de certaines charges ou frais dans le montant de l'ASH

Le montant de l'aide sociale versé par le conseil départemental correspond à la totalité des frais d'hébergement du bénéficiaire, diminués de sa participation et de la contribution éventuelle de ses obligés alimentaires.

Conformément aux dispositions du Code de l'action sociale et des familles (CASF), la participation demandée au bénéficiaire ne doit pas le priver de toute ressource. Celui-ci doit pouvoir disposer,

Encadré 1 Une nouvelle convention pour le calcul des dépenses brutes d'aide sociale à l'hébergement en établissement des personnes âgées

Les dépenses brutes collectées dans le cadre de l'enquête Aide sociale sont des dépenses engagées par les départements avant d'éventuelles récupérations, recouvrements ou remboursements. Cependant, selon les pratiques de ces derniers, les dépenses brutes d'aide sociale à l'hébergement (ASH) en établissement des personnes âgées peuvent correspondre soit à la totalité des coûts d'hébergement (le département récupérant par ailleurs, au titre des recettes, les montants acquittés par les bénéficiaires et leurs éventuels obligés alimentaires), soit à des paiements différentiels (le département règle aux établissements uniquement le montant de l'aide, avec ou non la contribution éventuelle des bénéficiaires ou de ses obligés alimentaires). Afin d'assurer une comparaison pertinente entre départements, les dépenses d'ASH sont désormais exprimées après déduction des récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et succession. Ces différentes récupérations sont associées comptablement à l'année effective de récupération et non aux années correspondant aux dépenses.

Pour les dépenses d'ASH, le terme « brut » s'entend donc uniquement comme : avant recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales ou remboursements.

Cette nouvelle convention pour l'ASH est appliquée par la DREES à partir de la présente édition. Les données diffèrent donc et ne peuvent pas être comparées à celles publiées dans les éditions 2018 et antérieures de *L'aide et l'action sociales en France.*

3. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de France métropolitaine et DROM. En 2017, cet indice a augmenté de 1,0 % en moyenne annuelle.

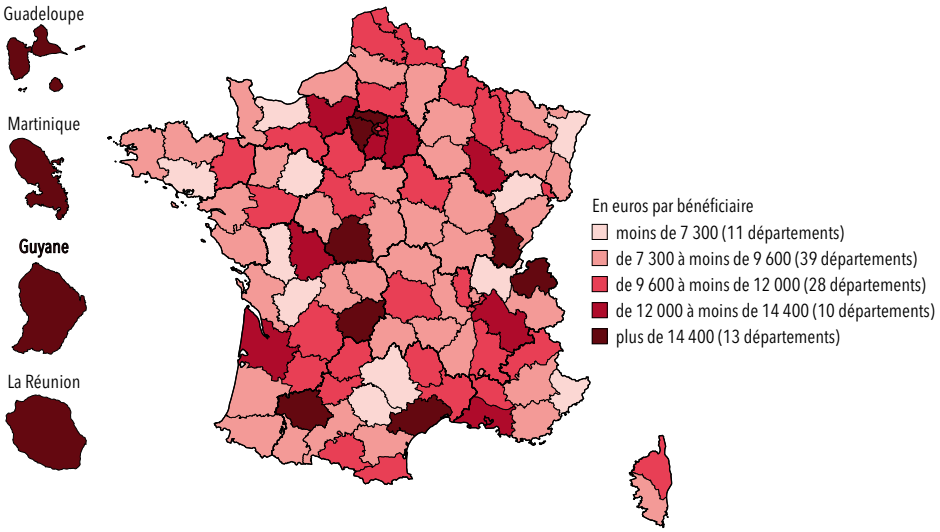
4. La médiane est la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements.

une fois la participation aux frais d'hébergement déduite, d'au moins 10 % de ses ressources initiales, et ce « reste-à-vivre » doit se situer au-dessus d'une somme plancher de 96,38 euros par mois en 2017[5]. Certains départements vont plus loin et lui ajoutent un montant permettant de couvrir certaines autres dépenses – ou, ce qui revient au même, déduisent ce montant de la participation demandée au bénéficiaire. Ainsi, dans 87 % des départements, les frais liés à la dépendance des personnes évaluées en GIR 5 ou 6 sont couverts par l'ASH en 2017 *(graphique 1)*. Ces frais sont couverts parfois seulement dans 5 % des collectivités et ils ne le sont jamais dans 8 %.
En outre, les départements ajoutent, systématiquement ou occasionnellement, un montant au reste-à-vivre, permettant de couvrir certaines charges du type frais de tutelle, de mutuelle et/ou d'assurance. Les frais de tutelle sont ainsi toujours pris en compte dans 77 % des départements, et parfois seulement dans 20 %. Cela est fréquent, mais dans une moindre mesure pour les frais de mutuelle, qui sont systématiquement pris en compte dans 67 % des départements, et parfois dans 32 %. Les prélèvements fiscaux ou les frais d'assurance sont toujours ou parfois pris en charge dans respectivement 87 % et 74 % des collectivités locales.
Enfin, d'autres charges ponctuelles ou exceptionnelles (frais d'obsèques, dettes de loyer, frais d'appareillage dentaire ou auditif non pris en charge par la sécurité sociale ou la mutuelle, pension alimentaire…) sont également retenues (« toujours » et « parfois » dans respectivement 9 % et 14 % des départements).

L'obligation alimentaire et le recours sur succession quasi systématiquement mis en œuvre

En 2017, lorsque le bénéficiaire de l'ASH a des débiteurs alimentaires et que leur capacité contributive le permet, tous les départements déclarent recourir à l'obligation

Carte 1 Dépenses brutes annuelles moyennes d'ASH en établissement par bénéficiaire, en 2017



Notes > Au niveau national, la dépense brute annuelle moyenne par bénéficiaire est de 10 400 euros. La valeur médiane, en-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 9 600 euros.
La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n-1* et des bénéficiaires au 31 décembre *n*.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

5. Une somme minimale correspondant au montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, 803 euros par mois en 2017, doit être laissée au conjoint éventuel restant à domicile.

alimentaire auprès des enfants du bénéficiaire, 88 % auprès des gendres ou des belles-filles[6]. Ils ne sont que 34 % à la pratiquer auprès des petits-enfants. Un quart des départements sollicitent d'autres personnes dans le cadre de l'obligation alimentaire.

L'ASH constitue une avance qui peut être récupérée du vivant ou au décès du bénéficiaire. Les sommes versées au titre de l'aide sociale peuvent ainsi faire l'objet d'un recours sur la succession du bénéficiaire. Il est toujours mis en œuvre dans 95 % des départements, et occasionnellement dans 4 % d'entre eux.

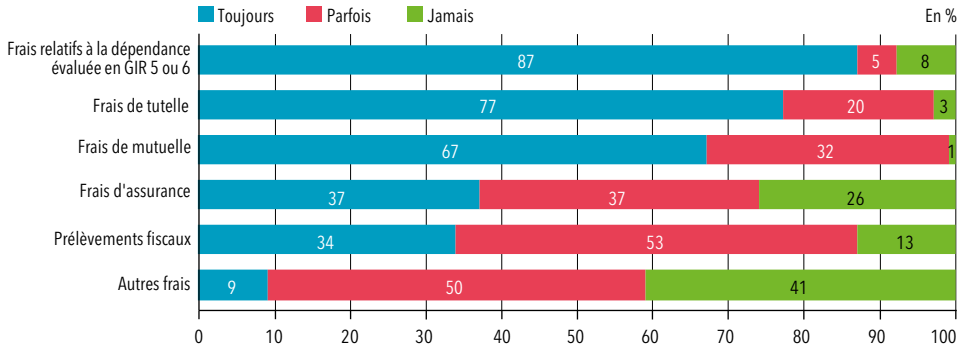
Une gestion de l'ASH différente selon les départements et selon les types d'établissement

L'organisation du versement de l'ASH n'est pas identique dans l'ensemble des départements. Elle varie aussi selon les établissements ou les situations.

En 2017, 40 % des collectivités versent toujours à l'établissement l'ensemble des frais d'hébergement, incluant l'ASH, la participation du bénéficiaire et celle des obligés alimentaires, lorsqu'il y en a une *(graphique 2)*. Ils peuvent ensuite récupérer ces deux dernières auprès des intéressés. À l'inverse, 14 % des départements ne s'acquittent, systématiquement, auprès des établissements, que des frais d'hébergement résiduels, une fois déduite la participation des bénéficiaires et des obligés alimentaires. D'autres pratiques, intermédiaires, existent : 17 % des départements versent toujours à l'établissement l'ASH et la participation éventuelle des obligés alimentaires, mais pas celle du bénéficiaire. Enfin, un quart des départements déclare que cela dépend des cas. Par exemple, 21 % des départements versent « parfois » seulement l'ensemble des frais d'hébergement à l'établissement. Ces modalités de paiement varient légèrement selon le statut de l'établissement et selon qu'il est dans le département concerné ou non. Ainsi, il est plus fréquent que les départements n'aient pas de pratique systématique lorsqu'il s'agit d'établissements privés à but lucratif ou d'établissements situés en dehors du département, quel que soit leur statut.

Au total, 43 % de collectivités versent toujours à l'établissement la participation du bénéficiaire (qu'ils récupèrent ensuite), 25 % le font parfois et 31 % jamais. Ces proportions varient légèrement selon le statut de l'établissement, mais surtout si l'établissement est en dehors du département financeur de l'ASH. La participation des obligés alimentaires est globalement beaucoup plus souvent versée par les conseils départementaux aux établissements

Graphique 1 Charges et frais pris en compte dans le calcul de l'ASH par les départements, en 2017



Notes > Les autres frais les plus souvent cités sont les frais de logement liés à la résidence principale (impayés de loyers, résiliation de bail, assurance, crédit, taxes foncières et d'habitation...), des frais médicaux non pris en charge par la sécurité sociale ou par une protection complémentaire et, enfin, les frais liés aux obsèques (contrats obsèques).

Lecture > En 2017, 87 % des départements prennent toujours en charge les frais relatifs à la dépendance évaluée en GIR 5 ou 6, dans le cadre de l'ASH.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

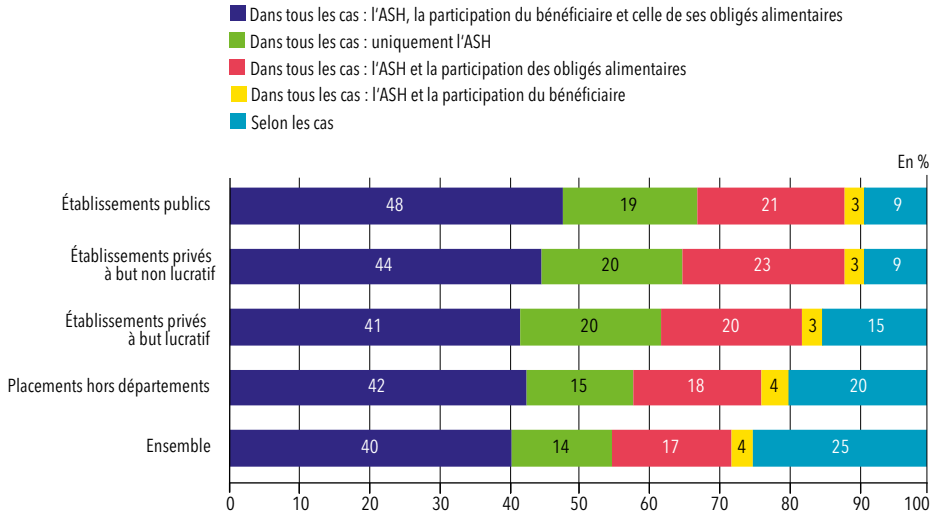
6. Un gendre ou une belle-fille n'est plus obligé alimentaire de ses beaux-parents si son époux ou épouse et ses enfants sont décédés.

(toujours dans 65 % des cas, parfois dans 14 % des cas), particulièrement dans les établissements publics.

Une majorité des montants récupérés auprès des bénéficiaires

L'enquête Aide sociale permet de connaître la répartition des récupérations au titre de l'ASH, pour les départements qui avancent ces montants, entre participation des bénéficiaires, des obligés alimentaires et récupérations sur succession. En 2017, les montants récupérés s'élèvent à 913 millions d'euros *(tableau 3)*. 64 % des sommes récupérées le sont auprès des bénéficiaires, 24 % sur les successions, et 13 % auprès des obligés alimentaires. ■

Graphique 2 ASH : que recouvre le versement du département aux établissements, en 2017 ?



Lecture > En 2017, 40 % des départements versent systématiquement à l'établissement le montant de l'ASH, l'avance de la participation du bénéficiaire et de celle de ses obligés alimentaires.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Tableau 3 ASH : répartition des montants récupérés, en 2017

	Montants annuels en milliers d'euros	Répartition (en %)	
Dépenses annuelles brutes d'ASH en établissement avant récupérations, dont :	2 185 900	100	-
Dépenses brutes après récupérations	1 272 600	58	-
Récupérations auprès des bénéficiaires et obligés alimentaires et recours sur successions, dont :	913 300	42	100
Participation des bénéficiaires	580 600	-	64
Récupérations auprès des obligés alimentaires	117 100	-	13
Recours sur successions	215 600	-	24

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

17 Les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Au 31 décembre 2015, 728 000 personnes âgées sont accueillies dans près de 11 000 structures d'hébergement. La capacité d'accueil de ces établissements s'est accrue entre 2011 et 2015 (+4,5 %). Les personnes accueillies sont elles aussi plus nombreuses, mais également plus âgées et plus dépendantes, 83 % de résidents étant en perte d'autonomie (GIR 1 à 4). Les tarifs journaliers sont en légère augmentation, et le coût de l'hébergement atteint 55,90 euros par jour pour une place habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Fin 2015, 10 600 structures d'hébergement pour personnes âgées proposent près de 752 000 places d'accueil *(tableau 1)*.

Une majorité de places en Ehpad

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) représentent 70 % des structures d'hébergement pour personnes âgées *(encadré 1)* et totalisent 80 % des places *(graphique 1)*. Ce sont les structures qui offrent la plus grande capacité moyenne d'accueil (81 places installées, en moyenne), largement devant les résidences autonomie[1] (anciennement qualifiées de « logements-foyers ») ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) qui comptent respectivement 48 et 25 places installées[2], en moyenne.

Entre 2011 et 2015, les capacités d'accueil en Ehpad ont progressé de 6,2 %. L'augmentation globale de l'offre d'hébergement pour les personnes âgées est cependant moins élevée (+4,5 %). En effet, l'augmentation de l'offre d'accueil en Ehpad tient pour partie au fait que certains établissements non Ehpad en 2011 (maisons de retraite non Ehpad, établissements expérimentaux) ont depuis signé une convention tripartite[3] avec le conseil départemental et l'agence régionale de santé, devenant ainsi des Ehpad, sans que l'offre de places associée à ces établissements n'ait augmenté.

Au cours de la même période, la population âgée de 75 ans ou plus s'est également accrue ; le taux d'équipement moyen en structure d'hébergement pour personnes âgées s'est ainsi stabilisé à 123 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. Parallèlement, la part de la population totale résidant en institution diminue au sein de chaque classe d'âge, hormis aux âges les plus élevés.

Le taux d'équipement varie selon les départements : un quart d'entre eux disposent de moins de 110 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, un autre quart de plus de 140 places. Ces disparités sont géographiquement marquées *(carte 1)*. En particulier, les départements les moins équipés sont les DROM, ceux de Corse, et bon nombre de ceux situés dans le quart sud-est de la France. À l'inverse, le quart nord-ouest regroupe une majorité de départements ayant les taux d'équipement les plus élevés.

Un développement important de l'accueil temporaire et des unités de vie spécifiques

L'hébergement permanent reste le mode d'accueil principal : 97 % des places installées en institution pour personnes âgées lui sont destinées. Toutefois, l'hébergement temporaire et l'accueil de jour tendent à se développer. Entre 2011 et 2015, 1 830 places d'hébergement temporaire et 3 640 places d'accueil de jour (y compris dans les centres d'accueil de jour exclusifs) ont été créées. Au total, fin 2015,

1. Le nombre de places installées représente, pour les résidences autonomie, le nombre de logements.
2. Les places installées sont celles en état d'accueillir des personnes (celles fermées temporairement pour cause de travaux sont incluses). Elles peuvent être moins nombreuses que les places autorisées, ces dernières n'étant pas nécessairement créées.
3. Depuis le 1er janvier 2017, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) se substituent aux conventions tripartites pluriannuelles.

12 200 places sont proposées en hébergement temporaire et 15 550 en accueil de jour.
Depuis 2011, les espaces de vie spécifiquement destinés à accueillir des résidents qui présentent des troubles du comportement se sont fortement développés. Le nombre d'Ehpad disposant d'un pôle d'accueil et de soins adaptés (Pasa)[4] a quasiment quadruplé en quatre ans. En 2015, 20 % des Ehpad disposent d'un Pasa, soit près de 1 520 établissements. Dans le secteur public hospitalier, 26 % des établissements comportent un Pasa contre 6 % en 2011. La présence d'unités d'hébergement renforcées (UHR)[5] en Ehpad est moins fréquente : 3 % des structures en disposent (environ 250 structures). Par ailleurs, fin 2015, 47 % des Ehpad déclarent disposer d'une unité spécifique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (hors UHR et Pasa).

Davantage d'habilitations partielles à l'aide sociale au détriment de l'habilitation totale

Le fonctionnement des Ehpad, signataires d'une convention tripartite avec le conseil départemental et l'agence régionale de santé, repose sur un mode de tarification ternaire composé de tarifs pour l'hébergement, la dépendance et les soins. Les deux premiers sont acquittés par le résident dans l'établissement, mais une partie peut être prise en charge par le département (par le biais de l'allocation personnalisée d'autonomie [APA] et de l'aide sociale à l'hébergement [ASH] [voir fiche 13]) ou par les caisses d'allocations familiales (allocation

Tableau 1 Nombre de structures, places, personnes accueillies et personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées, au 31 décembre 2015

Catégorie d'établissement et statut juridique	Établissements	Places installées	Personnes accueillies	Personnels	Effectifs en ETP	Taux d'encadrement (en %)
Ehpad, dont :	**7 400**	**600 380**	**585 560**	**433 250**	**377 100**	**62,8**
Ehpad privés à but lucratif	1 769	132 430	125 640	81 890	73 570	55,6
Ehpad privés à but non lucratif	2 287	171 750	169 030	119 250	101 880	59,3
Ehpad publics	3 344	296 200	290 890	232 120	201 650	68,1
Résidences autonomie, dont :	**2 267**	**109 250**	**101 880**	**18 500**	**14 460**	**13,2**
privées à but lucratif	92	4 040	3 790	690	500	12,5
privées à but non lucratif	632	29 610	27 390	5 080	3 660	12,3
publiques	1 543	75 590	70 700	12 730	10 300	13,6
EHPA non Ehpad, dont :	**338**	**8 500**	**7 700**	**4 030**	**3 250**	**38,3**
EHPA privés à but lucratif	62	1 680	1 120	690	590	35,0
EHPA privés à but non lucratif	205	5 010	4 790	2 430	1 910	38,2
EHPA publics	71	1 810	1 790	910	750	41,4
Unités de soins de longue durée	**596**	**33 860**	**32 790**	**44 260**	**34 960**	**103,2**
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées	**10 601**	**751 990**	**727 930**	**500 050**	**429 770**	**57,2**

Champ > France métropolitaine, et DROM, hors Mayotte, structures d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.
Source > DREES, enquête EHPA 2015.

4. Les pôles d'accueil et de soins adaptés (Pasa) et les unités d'hébergement renforcées (UHR) sont des espaces de vie aménagés au sein de la structure et destinés à accueillir dans la journée (pour les Pasa) ou jour et nuit (pour les UHR) une douzaine de résidents qui présentent des troubles du comportement. Dans les Pasa, des activités sociales et thérapeutiques sont proposées aux personnes prises en charge.
5. Dans les UHR, des activités sont proposées et des soins dispensés aux résidents accueillis qui souffrent de troubles du comportement sévères.

personnalisée au logement [APL] ou allocation de logement sociale [ALS]). Le dernier est, lui, pris en charge par l'assurance maladie. Les personnes éligibles à l'ASH doivent, pour en bénéficier, occuper une place habilitée par le conseil départemental dans un établissement d'hébergement. Dans le secteur public, une grande majorité des Ehpad sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'ASH sur l'ensemble de leurs places (93 %), alors que ce n'est le cas que de 4 % des Ehpad privés à but lucratif *(graphique 2)*. Près de six Ehpad privés à but lucratif sur dix n'ont aucune place habilitée à l'aide

Encadré 1 Structures d'hébergement pour personnes âgées

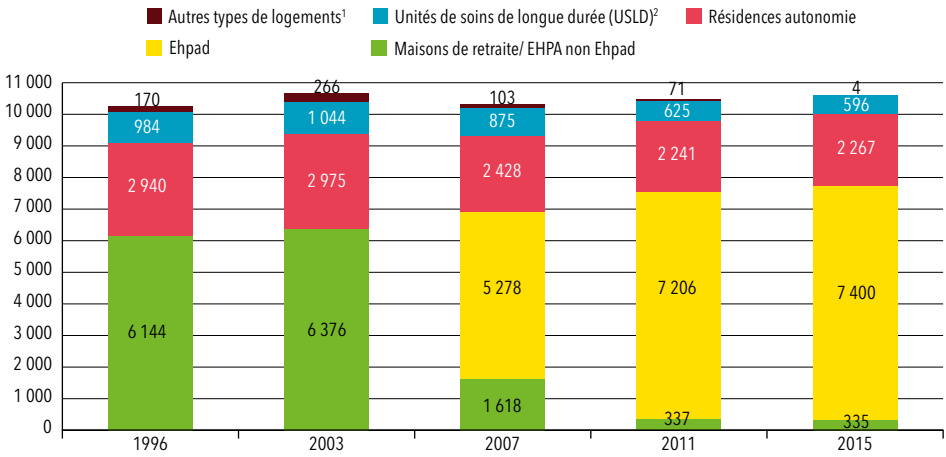
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : lieux d'hébergement médicalisés et collectifs qui assurent la prise en charge globale de la personne âgée.

Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) : établissements collectifs non médicalisés destinés à héberger des personnes âgées disposant encore d'une bonne autonomie physique.

Résidences autonomie (anciennement « logements-foyers ») : établissements proposant un accueil en logement regroupé aux personnes âgées, assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif.

Établissements de soins de longue durée (USLD) : établissements rattachés à des hôpitaux qui assurent un hébergement de longue durée aux personnes âgées dépendantes dont l'état de santé nécessite des soins médicaux lourds et une surveillance médicale constante.

Graphique 1 Évolution du nombre d'établissements par catégorie, de 1996 à 2015



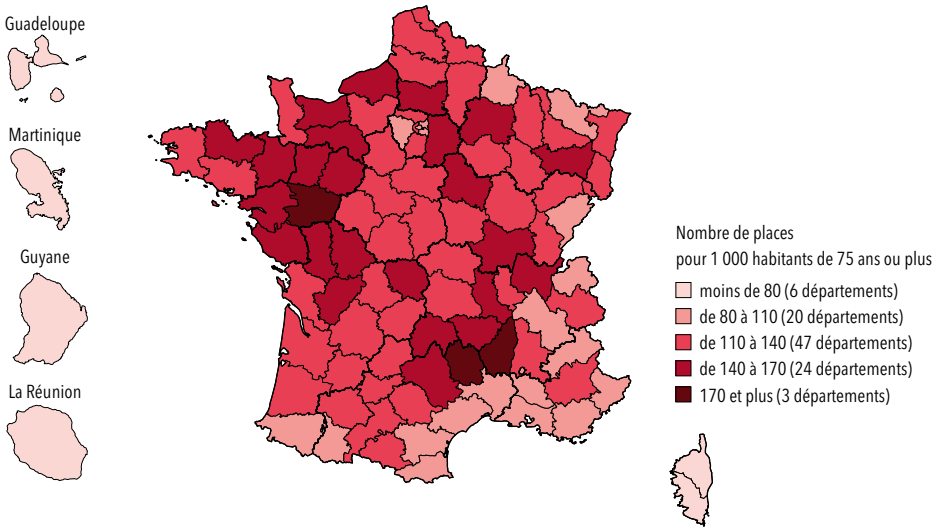
1.Centres d'hébergement temporaire et établissement expérimentaux.
2.Établissements de soins longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.
Notes > Les USLD sont enquêtées depuis 2003. Les Ehpad sont repérés dans le questionnaire depuis 2003 mais les données sont exploitables à partir de 2007. Depuis 2015, la catégorie Ehpad est identifiable dans Finess. Les catégories d'établissements ont été redéfinies pour les éditions 2007 et 2011 pour être comparables avec l'édition 2011. Ainsi, les USLD ayant signé une convention tripartite ne sont plus considérées comme Ehpad.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, structures d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.
Sources > DREES, enquêtes EHPA, 1996, 2003, 2007, 2011 et 2015 ; SAE 1996.

sociale. Dans le privé à but non lucratif, 91 % des établissements disposent de places habilitées et trois Ehpad sur quatre sont habilités à l'aide sociale pour l'ensemble de leurs places.
En 2015, l'habilitation totale est un peu moins souvent choisie qu'en 2011 par les Ehpad (66 % contre 68 %) ; à l'inverse, la proportion d'établissements partiellement habilités a augmenté de 4 points pour atteindre 17 % des Ehpad en 2015. La hausse des habilitations partielles, au détriment des habilitations totales, concerne tous les statuts juridiques d'établissement. Elle reste toutefois moins marquée dans le public que dans le privé : 6 % des Ehpad publics sont en habilitation partielle en 2015, soit 2 points de plus qu'en 2011, tandis que 37 % des établissements privés à but lucratif ont opté pour ce type d'habilitation, contre 30 % fin 2011. Symétriquement, le nombre d'Ehpad privés non habilités a sensiblement baissé entre 2011 et 2015. En 2011, deux tiers des Ehpad privés à but lucratif et un Ehpad privé à but non lucratif sur dix ne disposaient d'aucune place habilitée à l'aide sociale. Quatre ans plus tard, ce n'est le cas, respectivement, que de 58 % et 9 % des structures.
Au total, 510 000 places habilitées sont disponibles fin 2015 dans les divers types de structures, dont 443 000 en Ehpad (soit respectivement 68 % et 74 % du nombre total de places). Elles sont donc sensiblement plus nombreuses que les bénéficiaires de l'ASH (120 000 fin 2015 [voir fiche 16]).

Des tarifs journaliers en augmentation, et variant selon le statut juridique de l'Ehpad

Depuis 2011, les tarifs journaliers liés à l'hébergement ont en moyenne augmenté de 4,20 euros dans les Ehpad, passant de 55,10 à 59,30 euros TTC fin 2015, soit une augmentation de près de trois fois supérieure à celle de l'inflation observée pendant cette période (+7,6 % et +2,8 % respectivement). Les places habilitées à l'ASH sont nettement moins coûteuses que les autres (en moyenne, 55,90 euros contre 74,20 euros fin 2015). Les tarifs des places habilitées, négociés avec le conseil départemental, varient par ailleurs

Carte 1 Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées, au 31 décembre 2015



Note > Au niveau national, le nombre de places en Ehpad, EHPA, résidences autonomie et USLD est de 123 pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus.
Sources > DREES, enquête EHPA 2015 ; répertoire Finess 2015 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2017).

nettement moins d'un établissement à l'autre que ceux des autres places. Les établissements privés à but lucratif appliquent des frais d'hébergement supérieurs à ceux en cours dans le public (en moyenne, +10 euros environ pour les places habilitées à l'aide sociale, et +23 euros pour les autres).

En moyenne, en Ehpad, le tarif dépendance est en légère augmentation depuis 2011 et s'élève à 5,50 euros par jour en 2015 pour les personnes les plus autonomes (GIR 5 à 6) et à 20,50 euros pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 2). Le tarif dépendance varie moins en fonction du statut juridique de l'établissement que les frais liés à l'hébergement. Il est cependant moins élevé dans les établissements privés à but lucratif.

Un taux d'encadrement lié au type de structure

Fin 2015, plus de 500 000 personnes travaillent dans une structure d'hébergement pour personnes âgées *(tableau 1)*, pour un volume de travail correspondant à 429 800 personnes en équivalent temps plein (ETP). Depuis 2011, le nombre de personnes en fonction comme le nombre total d'ETP ont crû de 11 %. Les femmes représentent 87 % du personnel employé. Elles sont moins représentées parmi le personnel de direction, puisqu'elles occupent 66 % des postes de directeurs et médecins directeurs. Elles sont majoritaires dans l'ensemble des métiers hormis au sein du personnel médical (44 % des postes de médecin coordonnateur, de médecin généraliste ou de médecin spécialiste sont occupés par des femmes).

Le taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées, est en hausse depuis 2011. En quatre ans, il est passé de 54 % à 57 %. Il diffère selon le type d'institution et le profil des résidents accueillis : dans les structures accueillant les personnes les plus autonomes, les taux d'encadrement sont plus faibles. Ainsi, dans les résidences autonomie, au sein desquelles trois résidents sur quatre sont faiblement dépendants (GIR 5 et 6), le taux d'encadrement est inférieur à 15 ETP pour 100 places. En revanche, dans les USLD, structures les plus médicalisées, le nombre d'ETP dépasse, en moyenne, le nombre de places installées. Dans les Ehpad, le taux d'encadrement s'élève à 63 ETP pour 100 places installées.

Les qualifications du personnel dépendent, pour beaucoup, des caractéristiques des établissements et de leur niveau de médicalisation. Dans les USLD, le personnel paramédical ou soignant, majoritairement composé d'aides-soignants, représente 70 % des effectifs en ETP employés. Ces postes représentent également de 41 % à 56 % des emplois en Ehpad.

Des résidents de plus en plus âgés

Fin 2015, 728 000 résidents vivent en structure d'hébergement pour personnes âgées, soit 35 000 de plus qu'en 2011. La moitié d'entre eux ont plus de 87 ans et 5 mois, soit un an de plus qu'en 2011. Les hommes vivant en institution sont plus jeunes que les femmes. En moyenne, ils ont 82 ans et 3 mois, tandis que les femmes ont 87 ans, ce qui correspond à la différence d'espérance de vie entre les femmes et les hommes. En quatre ans, la proportion de personnes âgées de 90 ans ou plus parmi les résidents en institution est passée de 29 % à 35 %. Cette augmentation du nombre de résidents très âgés, en grande partie due à l'allongement de l'espérance de vie, est également le reflet de l'avancée en âge des générations nées dans l'entre-deux-guerres, plus nombreuses que celles nées pendant la Première Guerre mondiale.

Les caractéristiques par âge varient d'une institution à l'autre. Les Ehpad accueillent les résidents les plus âgés. La moitié des personnes accueillies dans ces établissements ont 88 ans ou plus et seuls 18 % ont moins de 80 ans, alors que les moins de 80 ans représentent un tiers des résidents accueillis en résidence autonomie et 30 % de ceux hébergés en unité de soins de longue durée (USLD).

Les femmes en établissement plus souvent seules que les hommes

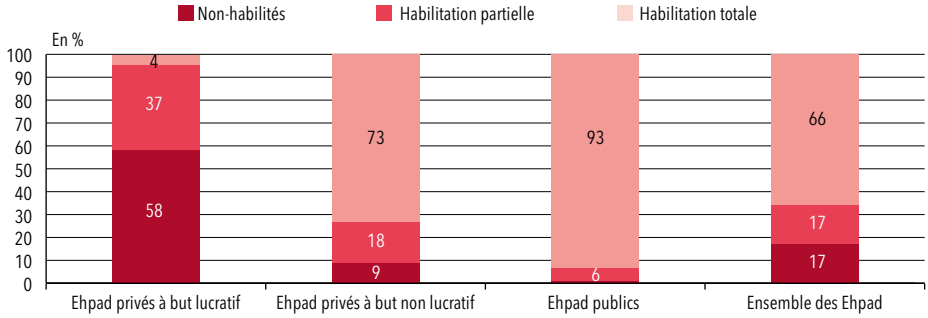
Les femmes sont plus souvent sans conjoint que les hommes : 91 % pour les premières contre 75 % pour les seconds. Les femmes sont en effet plus nombreuses à connaître le veuvage en raison de leur plus grande longévité. Par ailleurs, à domicile, elles sont davantage confrontées à la perte d'autonomie de leur conjoint que l'inverse. Par conséquent, elles se trouvent plus fréquemment aidantes que les hommes. Le décès du conjoint peut constituer l'élément déclencheur d'une entrée en institution.

Un niveau de perte d'autonomie en hausse depuis 2011

Le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents s'accroît entre 2011 et 2015. En 2011, toutes catégories de structure confondues, 81 % des résidents étaient en perte d'autonomie au sens de la grille AGGIR[6] ; en 2015, ils sont 83 % *(tableau 2)*.

Les Ehpad sont plus touchés par cette hausse : leur GMP[7] (GIR moyen pondéré) passe ainsi de 689 en 2011 à 710 en 2015. Plus de la moitié de leurs résidents (54 %) sont très dépendants

Graphique 2 Proportion d'Ehpad habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, selon le type d'habilitation, au 31 décembre 2015



Lecture > Au 31 décembre 2015, 58 % des Ehpad privés à but lucratif n'ont pas signé de convention d'aide sociale et n'ont donc pas de places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).
Source > DREES, enquête EHPA 2015.

Tableau 2 Répartition des résidents selon leur niveau de dépendance par catégorie d'établissement, au 31 décembre 2015

Catégorie d'établissement	Part des résidents (en %)						
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Ehpad	**17,6**	**36,6**	**17,1**	**20,0**	**5,3**	**3,4**	**100,0**
Ehpad privés à but lucratif	17,5	39,3	17,9	18,4	4,3	2,7	100,0
Ehpad privés à but non lucratif	16,1	35,6	17,0	21,0	5,9	4,4	100,0
Ehpad publics	18,5	36,0	16,9	20,1	5,4	3,1	100,0
EHPA	**3,5**	**12,5**	**14,3**	**26,5**	**14,4**	**28,8**	**100,0**
USLD	**40,2**	**41,9**	**9,9**	**6,5**	**1,1**	**0,4**	**100,0**
Résidences autonomie	**0,2**	**1,4**	**4,0**	**17,2**	**16,1**	**61,2**	**100,0**
Ensemble des établissements	**16,4**	**32,4**	**15,2**	**19,1**	**6,5**	**10,4**	**100,0**

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, structures d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.
Source > DREES, enquête EHPA 2015.

6. La grille AGGIR (Autonomie gérontologique, groupes iso-ressources) permet de mesurer la perte d'autonomie d'une personne âgée sur une échelle allant de 1 à 6. Les personnes en perte d'autonomie classées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui prend en charge une partie du tarif dépendance facturé aux résidents en établissement.
7. Le GMP synthétise le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents d'un établissement sur une échelle allant jusqu'à 1 000. Un GMP égal à 1 000 correspond à un établissement où la totalité des résidents seraient classés en GIR 1.

(en GIR 1 ou 2). Dans les USLD, la quasi-totalité des personnes accueillies sont dépendantes (GIR 1 à 4) et 40 % d'entre elles sont confinées au lit et souffrent d'une grave altération de leurs fonctions mentales (GIR 1). Près de 150 000 personnes accueillies en hébergement permanent en Ehpad sont décédées en 2015 (contre 125 000 en 2011). Cela représente un quart des décès annuels en France et 82 % des sorties définitives d'Ehpad. Un quart de ces décès n'ont pas lieu dans l'établissement même mais au cours d'une hospitalisation. ■

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires sur l'enquête EHPA sont disponibles sur l'espace data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, sous-rubrique Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

> L'enquête EHPA : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa

> **Bazin, M., Muller, M.** (2017, juin). Personnel et difficultés de recrutement dans les Ehpad. DREES, *Études et Résultats*, 1067.

> **Fizzala, A.** (2017, mai). Les durées de séjour en Ehpad - Une analyse à partir de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2011. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 15.

> **Muller M., Roy D.,** (2018, novembre). L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1094.

> **Muller M.** (2018, août). L'enquête EHPA 2015 - Les différentes phases de l'enquête. DREES, *Document de travail, Série sources et méthodes*, 67.

> **Muller, M.** (2017, septembre). L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 20.

> **Muller, M.** (2017, juillet). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1015.

L’aide sociale aux personnes handicapées

18 Les personnes en situation de handicap et leur niveau de vie

Selon la mesure retenue, le nombre de personnes en situation de handicap varie fortement, de quelques millions à plus de 12 millions. Ces dernières peuvent accéder à différentes prestations, liées à leur âge et leur situation. Malgré ces aides, leur niveau de vie est globalement plus faible que celui des personnes non handicapées.

Le handicap est une notion complexe, si bien que le dénombrement des personnes en situation de handicap et la description socio-économique de cette population ne peut se faire de façon unique. Des approches multiples permettent toutefois de fournir quelques éléments de cadrage.

Un difficile dénombrement des personnes handicapées ou en perte d'autonomie

La loi du 11 février 2005[1] précise que : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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 ». Plusieurs dénombrements peuvent être élaborés en s'appuyant sur cette définition. Pour ce faire, et en mobilisant les dernières données disponibles[2] permettant d'approcher ces phénomènes en population générale, trois critères sont utilisés : déclarer une limitation[3] dans une fonction physique, sensorielle ou intellectuelle, ou avoir une reconnaissance officielle d'un handicap, d'une invalidité ou d'une perte d'autonomie[4], ou enfin déclarer une forte restriction dans les activités que les gens font habituellement[5].

En 2008, 12,5 millions de personnes âgées d'au moins 16 ans vivant à domicile en France sont concernées par au moins l'un de ces trois critères, soit 25 % de la population de cette classe d'âge *(tableau 1)*. Cette proportion augmente avec l'âge : elle est de 17 % pour les personnes âgées de 16 à 59 ans, représentant 6,3 millions de personnes, contre 46 % parmi les personnes de 60 ans ou plus. Le premier critère, déclarer avoir au moins une limitation fonctionnelle sévère, couvre la population la plus large : il concerne 20 % des plus de 16 ans quand le second, avoir une reconnaissance officielle d'un handicap, d'une invalidité ou d'une perte d'autonomie, en touche 8 %, et le troisième – déclarer être fortement restreint dans les activités que les gens font habituellement – un peu moins de 10 %. 3 % de la population concernée, soit 1,5 million de personnes, dont 800 000 de moins de 60 ans, répond aux trois critères. Avoir uniquement une

1. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
2. Il s'agit des résultats des enquêtes Handicap-santé 2008-2009 de l'Insee. D'autres données plus récentes ont été collectées pour les personnes âgées de 60 ans ou plus (voir fiche 12). La DREES prépare une nouvelle enquête nationale « Autonomie », dont la collecte prévue entre 2021 et 2023 permettra de mesurer le nombre de personnes handicapées selon différentes définitions, de décrire leur état de santé et leurs conditions de vie.
3. Au moins une impossibilité ou beaucoup de difficultés pour une fonction physique précise (marcher, entendre, voir, se servir de ses mains, porter 5 kilos sur 10 mètres, s'agenouiller, contrôler ses urines…) ou des difficultés fréquentes pour une fonction cognitive (se souvenir à quel moment de la journée on est, se concentrer plus de dix minutes…).
4. Être bénéficiaire d'une de ces aides : AAH ; pension d'invalidité, pension pour inaptitude au travail, MTP, versées par l'Assurance maladie ; rente d'incapacité liée à un accident du travail versée par l'Assurance maladie ; rente versée par une assurance ou une mutuelle ; pension militaire d'invalidité ; APA ; ACTP ; PCH ; AEEH ; reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ; avoir un taux d'incapacité supérieur à 50 %.
5. Répondre « oui, fortement » à la question « Êtes-vous limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? » (indicateur dit « GALI »).

limitation fonctionnelle – cas de plus d'une personne sur dix dans l'ensemble de la population, soit la moitié des personnes déclarant une limitation fonctionnelle – n'est pas, en soi, constitutif d'un handicap au regard de la définition donnée dans la loi de 2005, dès lors que cette limitation ne se traduit pas par une restriction dans une activité du quotidien. On parle alors fréquemment de personne « à risque de handicap » davantage que de personne handicapée *stricto sensu*.

Des données plus récentes sont disponibles pour l'un des trois critères. L'enquête Revenus fiscaux et sociaux de l'Insee permet en effet de dénombrer les personnes se déclarant fortement limitées, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement. En 2016, selon cette définition, 4,3 millions de personnes âgées d'au moins 15 ans et vivant en milieu ordinaire en France métropolitaine peuvent être considérées en situation de handicap, soit 8 % de la population étudiée[6]. Parmi elles, 2,4 millions de personnes ont moins de 60 ans, soit 5 % de la population concernée. Par ailleurs, une partie des personnes en situation de handicap vivent en établissement, elles seraient donc à ajouter aux populations dénombrées ci-avant. Selon l'enquête ES-Handicap menée par la DREES (voir fiche 23), 166 400 adultes handicapés sont hébergés dans le cadre institutionnel[7] au 31 décembre 2014. De plus,

Tableau 1 Effectifs des différentes populations de personnes handicapées vivant à domicile, selon l'âge et la définition retenue, en 2008

	Effectifs (en milliers)			Proportion dans la population (en %)		
	de 16 ans ou plus	de 16 à 59 ans	de 60 ans ou plus	de 16 ans ou plus	de 16 à 59 ans	de 60 ans ou plus
Ensemble de la classe d'âge	**50 021**	**36 835**	**13 186**	**100**	**100**	**100**
Personnes déclarant avoir :						
Par critère						
Une limitation fonctionnelle sévère. **Critère 1**	10 242	4 811	5 431	21	13	41
Une reconnaissance officielle d'un handicap, d'une invalidité ou d'une perte d'autonomie. **Critère 2**	3 817	2 492	1 325	8	7	10
Une forte restriction dans les activités que les gens font habituellement[1]. **Critère 3**	4 811	2 115	2 696	10	6	20
Croisement des critères :						
Critères 1, 2 et 3	1 486	831	655	3	2	5
Critères 1 et 2 uniquement	908	609	299	2	2	2
Critères 1 et 3 uniquement	2 273	597	1 675	5	2	13
Critères 2 et 3 uniquement	267	219	48	1	1	0
Critère 1 uniquement	5 576	2 774	2 801	11	8	21
Critère 2 uniquement	1 156	833	322	2	2	2
Critère 3 uniquement	786	468	318	2	1	2
Ensemble des personnes appartenant à au moins un des groupes (critère 1 ou 2 ou 3)	12 451	6 332	6 119	25	17	46

1. Répondre « oui, fortement limité » à la question « Êtes-vous limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » (GALI).
Champ > France métropolitaine et DROM.
Sources > DREES, Insee, enquête Handicap-Santé, volet ménages (HSM – 2008).

6. Personnes vivant dans un ménage ordinaire dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.
7. Logement collectif, foyer d'hébergement, foyer occupationnel ou foyer de vie, MAS, FAM, établissement de santé, établissement social, CRP, établissement d'éducation spéciale.

2 300 personnes de plus de 16 ans sont hébergées en internat complet dans des établissements pour enfants handicapés. Enfin, dans cette même enquête, le nombre d'enfants de moins de 16 ans accompagnés par un service ou accueillis dans un établissement est estimé à 112 000.

Différentes prestations à destination des personnes handicapées

Selon leur âge et leur situation, les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie peuvent prétendre à différentes prestations. D'après la réglementation, plusieurs droits ne peuvent s'ouvrir qu'à partir de 60 ans, ancien âge minimal d'ouverture des droits à la retraite. À l'inverse, d'autres prestations à destination des personnes handicapées ne peuvent plus être demandées passé 60 ans. Cette fiche se concentre sur ces dernières prestations, les personnes de 60 ans ou plus et les aides qui leur sont dédiées faisant l'objet de la fiche 11. En particulier, les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et les bénéficiaires d'une pension liée à leur ancienne situation d'invalidité ou d'inaptitude (y compris les pensions d'invalidité des fonctionnaires ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite) ne sont pas étudiés ici.

Les personnes âgées d'au moins 20 ans (et n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite) et aux revenus modestes peuvent prétendre à l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Elles sont 1,16 million fin 2017, dont 1 million âgées de moins de 60 ans *(tableau 2)*. Certaines peuvent aussi

Tableau 2 Nombre de bénéficiaires des prestations dédiées au handicap, fin 2017

	Effectif	Part pour 1 000 habitants	Répartition par âge (en %)					
			Moins de 20 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 ans ou plus
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	61 300	0,9	NC	0	14	24	26	36
Prestation de compensation du handicap (PCH)	298 400	4,5	6	12	13	17	27	25
Aide sociale à l'accueil familial et en établissement (y compris de jour)	150 100	2,3	0	19	17	20	24	19
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)[1]	295 300	18,1	100	0	0	0	0	0
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1 163 100	17,5	NC	13	17	25	32	13
Pensions d'invalidité (jusqu'à l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite), dont :	819 500	12,3	NC	1	6	19	55	19
majoration pour tierce personne (MTP)	15 500	0,2	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	81 600	1,2	NC	1	7	24	50	18
Rente d'indemnisation d'incapacité permanente (rente AT-MP)	1 102 970	16,6	ND	ND	ND	ND	ND	ND

1. Pour l'AEEH, la part pour 1 000 habitants est calculée pour la population âgée de moins de 20 ans.
NC : non concerné ; ND : non disponible.
Notes > Les anciens fonctionnaires reconnus invalides sont considérés comme bénéficiaires d'une pension d'invalidité avant l'âge d'ouverture des droits à la retraite, puis d'une pension de retraite après cet âge et donc non comptés ici.
À la SNCF et à la RATP, compte tenu de la part élevée des départs anticipés, l'ensemble des pensions d'invalidité sont considérées comme des pensions de retraite et donc non prises en compte ici. Les bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dénombrés ici sont des bénéficiaires ayant un droit ouvert au 31 décembre, qu'ils aient été payés ou non.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte pour la PCH et l'ACTP.
Sources > CNAF ; DREES, enquête Aide sociale, EACR ; CNAMTS et DSS ; Insee.

toucher l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), en complément d'une pension d'invalidité, éventuellement cumulée avec l'AAH ; elles sont 81 600 fin 2017.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant ou un jeune de moins de 20 ans en situation de handicap et est versée à la personne qui en assume la charge. Au 31 juin 2018, 321 600 enfants et jeunes en sont bénéficiaires.

L'ACTP et la PCH sont destinées à aider au financement d'aides humaines principalement, mais aussi techniques, et de certains aménagements, la première n'accueillant plus de nouveau bénéficiaire depuis la création de la seconde en 2006 (voir fiche 21). Au 31 décembre 2017, 61 300 personnes touchent l'ACTP et 298 400 la PCH.

Par ailleurs, les personnes handicapées n'ayant pas des ressources suffisantes peuvent accéder à une aide sociale pour leur hébergement ou leur accueil en établissement ou en famille d'accueil (150 100 personnes fin 2017).

Enfin, les personnes qui ne peuvent plus exercer d'activité professionnelle ou qui sont contraintes de la réduire ou d'en changer, à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle, peuvent être reconnues comme invalides par leur régime d'affiliation. En 2017, 819 500 personnes en sont bénéficiaires, en dehors de celles ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite. Les personnes en invalidité qui sont empêchées de travailler et qui ont recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie peuvent percevoir une majoration de cette pension. Fin 2017, 15 500 bénéficiaires perçoivent ainsi la majoration pour tierce personne (MTP).

Lorsque l'invalidité est d'origine professionnelle, une rente pour incapacité permanente peut être demandée (1,1 million de personnes – y compris des personnes retraitées, puisque cette rente est conservée après l'ouverture des droits à la retraite).

40 milliards d'euros consacrés au « risque invalidité »

Au total, les prestations versées aux personnes handicapées en France, qui constituent le « risque invalidité » au sein des Comptes de la protection sociale, s'élèvent à 40,1 milliards d'euros fin 2017. Elles représentent 5,5 % du total des prestations sociales, soit 1,8 % du produit intérieur brut (PIB). Ce montant inclut les prestations versées par les administrations publiques, les dépenses d'accueil et d'hébergement et les dépenses relatives aux établissements et services d'aide par le travail, ainsi que les prestations versées par des mutuelles et institutions de prévoyance au titre de contrats de prévoyance contre l'invalidité. Les prestations du risque invalidité continuent de progresser en 2017 (+3,1 %, après +2,6 % en 2016). Leur croissance est notamment portée par les pensions et rentes d'invalidité versées par les administrations publiques, ainsi que par les dépenses d'AAH. Ces deux postes contribuent pour près des deux tiers de la croissance globale du risque invalidité en 2017.

Par ailleurs, les dépenses de rentes pour incapacité permanente partielle consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle[8] s'élèvent à 5,3 milliards d'euros en 2017, soit une baisse de 0,6 % par rapport à 2016.

Un niveau de vie inférieur à l'ensemble de la population

Les personnes en situation de handicap ont globalement un niveau de vie inférieur aux autres *(graphique 1)*. En effet, en 2016, 61 % des personnes handicapées vivent dans un ménage dit « modeste »[9], contre 38 % de celles n'étant pas en situation de handicap. Au sens statistique du terme, 26 % des personnes handicapées de 15 à 59 ans sont pauvres[10],

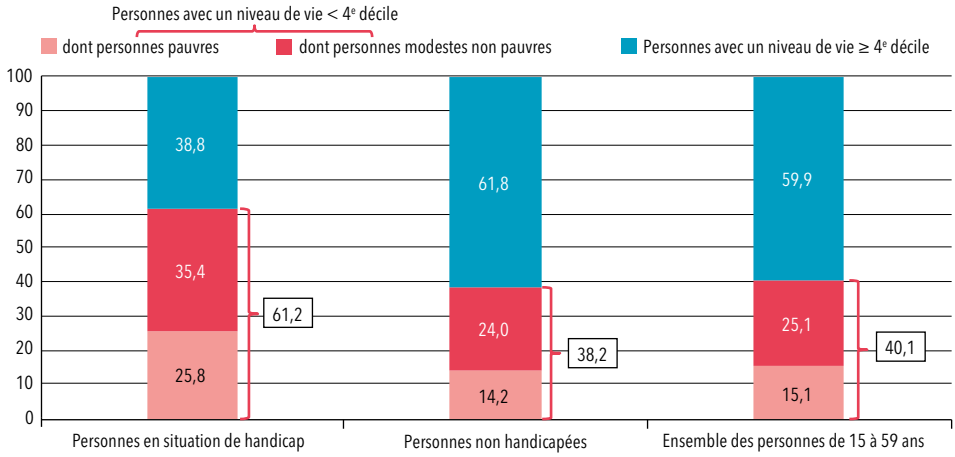
8. Ces rentes sont comptabilisées, dans les Comptes de la protection sociale, au sein du risque « accident du travail ».
9. Il s'agit ici des personnes dont les revenus se situent sous le quatrième décile de niveau de vie, c'est-à-dire les 40 % des personnes dont le niveau de vie est le plus faible.
10. C'est-à-dire que leur niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.

contre 14 % des personnes de la même tranche d'âge sans handicap.

Comparé à l'ensemble des ménages, le niveau de vie[11] médian mensuel[12] des ménages dont au moins un membre présente un handicap (1 400 euros) est inférieur de 280 euros par mois, en 2016, à celui de l'ensemble des ménages (1 680 euros) *[tableau 3]*. Une étude portant sur l'année 2010 (Levieil, 2017) a montré que l'écart entre le niveau de vie médian des personnes handicapées et celui des personnes sans handicap était d'autant plus marqué que les limitations étaient importantes. L'impact du handicap sur le niveau de vie varie selon le type de limitation. Ainsi, une limitation mentale, visuelle ou un cumul de limitations implique un risque plus élevé de faible niveau de vie qu'une limitation légère, psychique légère ou auditive. Ces écarts s'expliquent en partie par des situations familiales et professionnelles qui diffèrent fortement selon le type de handicap.

La composition du revenu disponible est également différente. Les revenus d'activité ne représentent que 68 % du revenu disponible des ménages dont au moins un membre présente un handicap, alors qu'ils représentent plus de 90 % de celui de l'ensemble des ménages. À l'inverse, les prestations sociales contribuent pour près de 20 % à leurs revenus disponibles, contre 8 % pour l'ensemble des ménages. En particulier, la part des minima sociaux[13] est cinq fois plus élevée pour les ménages comprenant au moins une personne en situation de handicap que pour l'ensemble des ménages. ■

Graphique 1 Répartition des personnes de 15 à 59 ans selon leur niveau de vie, en 2016



Notes > Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation.
Le 4e décile (D4) est la valeur en dessous de laquelle se situent 40 % de l'ensemble des ménages. Une personne est dite pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.
Une personne est ici dite en situation de handicap si elle déclare « être fortement limitée, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ».
Champ > France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 59 ans, vivant dans un ménage ordinaire dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.
Sources > Insee, DGFiP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2016.

11. Le niveau de vie d'un ménage est égal à son revenu disponible divisé par le nombre d'unités de consommation (UC) qu'il contient. Le revenu disponible correspond à l'ensemble des ressources du ménage, y compris les éventuelles prestations sociales, après déduction des impôts directs. L'UC est un système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie des ménages de tailles ou composition différentes.
12. Le niveau de vie mensuel correspond au niveau de vie calculé sur l'année, puis divisé par 12.
13. L'AAH, le RSA et le minimum vieillesse sont comptabilisés ici comme minima sociaux.

Tableau 3 Décomposition du revenu disponible des ménages de moins de 60 ans, selon leur position dans la distribution du niveau de vie, en 2016

En %

Composantes du revenu disponible	Répartition du revenu disponible		Part des ménages percevant un revenu de ce type	
	Ensemble des ménages de moins de 60 ans	dont : avec un membre en situation de handicap[6]	Ensemble des ménages de moins de 60 ans	dont : avec un membre en situation de handicap
Revenus d'activité[1]	**93,1**	**68,3**	**90,6**	**69,6**
Salaires	86,5	62,7	87,9	68,1
Revenus d'indépendants	6,6	5,6	9,4	6,5
Revenus de remplacement et pensions alimentaires[1]	**10,2**	**21,6**	**19,1**	**40,1**
Chômage et préretraites	4,0	4,4	23,9	22,8
Retraites, pensions d'invalidité et pensions alimentaires	6,2	17,1	19,1	40,1
Revenus du patrimoine	**6,1**	**4,7**	**89,8**	**86,3**
Impôts directs[2]	**-17,0**	**-12,9**	-	-
Prestations sociales non contributives[3]	**7,6**	**18,4**	**57,7**	**70,6**
Prestations familiales[4]	3,2	3,4	36,4	33,2
Allocations logement	1,9	4,0	27,7	42,3
Minima sociaux[5]	2,0	10,2	13,1	42,1
Prime d'activité	0,6	0,7	16,2	17,3
Ensemble	**100,0**	**100,0**	-	-
Revenu disponible mensuel moyen (en euros)	3 240	2 740	-	-
Niveau de vie mensuel moyen[7] (en euros)	1 915	1 580	-	-
Niveau de vie mensuel médian[7] (en euros)	1 682	1 402	-	-

1. Les revenus d'activité et de remplacement sont présentés sans déduction de la CSG (imposable et non imposable) et de la CRDS, mais sont nets des autres cotisations sociales. Les pensions alimentaires considérées ici sont la différence entre les pensions alimentaires reçues et les pensions alimentaires versées.
2. Impôt sur le revenu, taxe d'habitation, CSG (imposable et non imposable), CRDS, prélèvement libératoire sur valeurs mobilières et autres prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine. Il s'agit des impôts directs payés en 2016, calculés d'après la déclaration de revenus 2015.
3. Les prestations soumises à la CRDS sont présentées sans déduction de cette dernière.
4. Hors complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje-CMG), cette prestation familiale n'étant pas prise en compte par l'Insee dans le calcul du niveau de vie.
5. Dans ce tableau, seuls le RSA, l'AAH et le minimum vieillesse sont comptabilisés comme minima sociaux. L'ASI et l'ADA ne sont pas prises en compte, étant absentes de l'enquête Revenus fiscaux et sociaux. S'agissant de l'ASS, l'AER-R, l'ATA et l'allocation veuvage, qui sont des minima sociaux imposables, ils sont classés parmi les revenus de remplacement.
6. Ménage dont au moins un des membres a entre 15 et 59 ans et est en situation de handicap, c'est-à-dire a déclaré être fortement limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement.
7. Le niveau de vie mensuel est calculé en moyenne par personne, et non par ménage.

Lecture > Pour les ménages dont au moins un des membres est âgé de 15 à 59 ans et présente un handicap, la part des prestations sociales non contributives dans le revenu disponible est de 18,4 %.

Champ > France métropolitaine, ménages dont au moins un des membres a entre 15 et 59 ans, vivant dans un logement ordinaire, dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources > Insee, DGFiP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2016.

Pour en savoir plus

> **Annexe 1 du projet de loi pour le financement de la sécurité sociale (PLFSS)** – programme de qualité et d'efficience (PQE) [2019]. *Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA.*

> **Arnaud, F. (dir)** [2019]. *Les retraités et les retraites.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiches 20 et 21.

> **Barnouin, T., Darcillon, T.** (2017). Les dépenses en faveur des personnes handicapées ont progressé de 13,5 milliards d'euros de 2005 à 2014. DREES, *Études et Résultats*, 999.

> **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.)** [2019]. *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiches 01, 02, 30 et 31.

> **Gonzalez, L., Héam J. *et al.* (dir.)** [2019]. *La protection sociale en France et en Europe en 2017.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiche 12.

> **Levieil, A.** (2017, mars). Le niveau de vie des personnes handicapées : des différences marquées selon les limitations. DREES, *Études et Résultats*, 1003.

> **Makdessi, Y., Outin, J.-L. (coord.)** [2017]. Handicap, âge, dépendance : quelles populations ? *Revue française des affaires sociales,* La Documentation française, 4.

> **Roy, D.** (2016). Les personnes âgées et handicapées en France et les politiques publiques d'accompagnement. Dans Makdessi, Y., Outin, J.-L. (coord.) [2017]. Handicap, âge, dépendance : quelles populations ? *Revue française des affaires sociales,* La Documentation française, 4.

19 Les dispositifs d'aide sociale aux personnes handicapées

L'aide sociale départementale en faveur des personnes en situation de handicap comprend plusieurs prestations : l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), progressivement remplacée par la prestation de compensation du handicap (PCH), l'allocation représentative de services ménagers, l'aide sociale à l'hébergement et, pour l'accueil de jour, l'aide sociale au titre des services d'aide et d'accompagnement.

Diverses prestations pour répondre aux besoins des personnes handicapées

Les politiques d'aide aux personnes en situation de handicap recouvrent des dimensions multiples : accessibilité, insertion professionnelle, aides aux actes de la vie quotidienne, etc. Parmi les diverses prestations qui y sont associées, certaines existent depuis plus de quarante ans : l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui est un minimum social ; l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) créée par la loi du 30 juin 1975[1] et destinée à compenser financièrement les conséquences du handicap ; l'aide sociale à l'hébergement ; l'aide ménagère ; et enfin l'allocation d'éducation spéciale (AES), créée par la même loi de 1975, à destination des familles dont les enfants sont en situation de handicap. La loi du 11 février 2005[2] a élargi la prise en compte des conséquences du handicap et a notamment substitué à l'ACTP la prestation de compensation du handicap (PCH). Depuis, l'évaluation du handicap se fonde sur les limitations fonctionnelles et non plus sur un taux d'incapacité. En outre, cette loi substitue l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) à l'AES.

Des départements très impliqués dans l'aide sociale aux personnes handicapées

Les conseils départementaux prennent en charge l'aide sociale aux personnes handicapées (art. L. 121-1 du Code de l'action sociale et des familles [CASF]), à l'exception de quelques prestations qui sont du ressort de l'État : l'allocation différentielle aux adultes handicapés (versée dans certains cas pour maintenir le montant des aides au niveau qu'elles avaient avant la réforme de 1975 [art. L. 241-2 du CASF]), les frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle, les frais de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (Esat, ex-CAT). L'AAH et l'AEEH sont, elles, versées par la branche famille de la Sécurité sociale, l'AAH étant financée par l'État. Les frais d'hébergement en établissement pour enfants handicapés et en maisons d'accueil spécialisé (MAS) sont couverts par l'assurance maladie ; il en va de même pour la partie relative aux soins des foyers d'accueil médicalisé (FAM). L'aide sociale départementale est donc essentiellement constituée de l'aide sociale à l'hébergement et à l'accueil de jour des adultes handicapés (ASH) – hors MAS –, de l'ACTP, de la PCH, de l'aide ménagère, et de l'aide sociale au titre des prises en charge en services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah).

Par définition, les dépenses d'aide sociale sont récupérables par les conseils départementaux – au moins en partie – auprès des obligés alimentaires des personnes bénéficiaires et par recours sur succession (art. L. 132-6 et L. 132-8 du CASF[3]).

1. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
2. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
3. Ces deux articles reprenant le décret 53-1186 du 29 novembre 1953 (art. 19 et 21).

Cette règle a cependant plusieurs exceptions : actuellement, seules l'aide sociale à l'hébergement en établissement et à l'accueil par des particuliers à titre onéreux, l'aide à l'accueil de jour et l'aide ménagère donnent lieu à des récupérations. La PCH est totalement exempte de ces récupérations, et l'ACTP en partie seulement.

L'allocation compensatrice pour tierce personne

Jusqu'en 2006, l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) constituait le dispositif principal d'aide humaine pour les personnes handicapées délivrées par les départements. L'ACTP pouvait être accordée à toute personne qui présentait un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % (ancien article D. 245-1 du CASF). Elle pouvait être demandée par toute personne âgée d'au moins 16 ans et de moins de 60 ans qui avait besoin de l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne ou dont le handicap requérait des frais supplémentaires pour son activité professionnelle. L'ACTP a été remplacée par la PCH en 2006, mais elle peut toutefois continuer à être versée pour les personnes qui en bénéficiaient déjà avant cette date.

Si une personne était déjà bénéficiaire de l'ACTP avant l'âge de 60 ans, elle peut continuer à la percevoir une fois cet âge dépassé ou opter pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ce choix devient dans ce cas définitif. De même, une personne bénéficiaire de l'ACTP peut, à l'occasion du renouvellement de ses droits, choisir la PCH, là encore de façon définitive. L'ACTP ne constitue pas une aide en nature, c'est-à-dire qu'elle n'est pas affectée au paiement d'un service particulier. Le bénéficiaire dispose du montant financier comme bon lui semble, qu'il réside à son domicile ou dans un établissement médico-social.

Aucun recours en récupération de l'ACTP ne peut être exercé ni à l'encontre de la succession du bénéficiaire décédé, ni sur le légataire ou le donataire (art. 95 de la loi du 11 février 2005). De même, aucune récupération n'est effectuée en cas d'amélioration de la situation financière du bénéficiaire (art. 54 de la loi du 17 janvier 2002).

La prestation de compensation du handicap

La prestation de compensation du handicap (PCH) a été introduite en 2006 et a vocation à se substituer à l'ACTP. Désormais, l'aide est octroyée en fonction des limitations fonctionnelles. L'article D. 245-4 du CASF dispose : « A le droit ou ouvre le droit à la prestation de compensation […], la personne qui présente une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités telles que définies dans le référentiel figurant à l'annexe 2-5 [du Code] ». Au contraire de l'ACTP, il s'agit d'une aide en nature, permettant de financer un ou plusieurs types de prise en charge : aides humaines, aides techniques, aménagements du logement et du véhicule, charges spécifiques ou exceptionnelles, aides animalières. En revanche, elle ne prend pas en charge d'aides à la vie domestique (telles que le ménage, par exemple), qui peuvent parfois être couvertes par l'aide ménagère (voir *infra*).

La PCH est disponible pour les personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie sous certaines conditions. Si une personne était déjà bénéficiaire de la PCH – ou y était éligible – avant l'âge de 60 ans et en fait la demande avant 75 ans, ou qu'elle exerce toujours une activité professionnelle, elle peut continuer à la percevoir une fois cet âge dépassé. Elle peut aussi, à l'inverse, opter pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Depuis 2008, la PCH est ouverte aux personnes de moins de 20 ans et elle peut se substituer au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). La PCH vient en complément d'autres compensations éventuelles dispensées par un régime de sécurité sociale, après déduction de celles-ci du montant global d'aide estimé (art. R. 245-40 du CASF).

La PCH n'est pas soumise à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire, ni à aucun recours en récupération sur succession (art. L. 245-7 du CASF). De plus, les montants plafonds attribuables sont bien plus élevés que ceux de l'ACTP[4] et le

4. En l'occurrence, l'aide humaine n'est pas plafonnée. Voir l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation.

bénéficiaire de la PCH dispose d'un taux de prise en charge compris entre 80 % et 100 %, en fonction de ses ressources[5]. Par ailleurs, les personnes hébergées en établissement médico-social – à titre permanent ou pour une partie de l'année seulement – peuvent également être bénéficiaires de la PCH, mais à taux réduit : 10 % de l'aide humaine au bout de 45 jours consécutifs de séjour ou de 60 jours lorsque la personne doit licencier ses aides à domicile, le taux revenant à 100 % lors des retours à domicile (art. D. 245-74 du CASF) ; les aides techniques ou charges exceptionnelles sont, elles, délivrées lorsque l'établissement ne couvre pas les besoins identifiés dans le cadre de ses missions (art. D. 245-75 et D. 245-77 du CASF).

L'aide ménagère

Enfin, une autre aide sociale est attribuable aux personnes handicapées vivant à leur domicile : l'allocation représentative de services ménagers, autrement appelée l'aide ménagère. Elle permet de bénéficier d'une aide à la vie domestique (ménage, courses, entretien du linge, préparation des repas…). Cette aide est financière ou accordée en nature, sous forme de services ménagers. Son attribution est soumise à conditions de ressources et elle est cumulable avec la PCH.

L'aide sociale à l'hébergement

Les personnes qui ne peuvent rester en continu à leur domicile en raison de leur handicap peuvent être hébergées dans des établissements médico-sociaux *(encadré 1)*. À cet égard, l'article L. 344-5 du CASF indique que si les personnes n'ont pas de ressources suffisantes, le département doit leur procurer l'aide nécessaire pour leur permettre de financer leur hébergement. Cette aide sociale à l'hébergement (ASH) n'est toutefois pas applicable à tous les établissements médico-sociaux. Ainsi, l'hébergement en maison d'accueil spécialisée (MAS) relève de l'assurance maladie (art. L. 344-1 du CASF), de même que l'hébergement des enfants et adolescents handicapés (art. L. 242-10 du CASF). Les départements peuvent toutefois allouer l'aide sociale aux adultes handicapés hébergés en établissement pour enfants ou adolescents dans le cadre de l'amendement Creton[6], ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), dans le cas où aucune autre offre d'accueil ne serait disponible.

L'aide sociale à l'hébergement dépend des revenus mais n'est pas récupérable auprès des obligés alimentaires. En outre, le recours en récupération sur succession n'est applicable qu'auprès des héritiers du bénéficiaire qui ne sont pas « son conjoint, ses enfants, ses parents ou la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge du handicapé » (art. L. 344-5 du CASF).

Un revenu minimum mensuel est également garanti au bénéficiaire de l'ASH, pour son usage personnel. Son montant, si le bénéficiaire ne travaille pas, doit être au moins égal à 10 % de ses ressources sans que ce montant puisse être inférieur à 30 % du montant de l'AAH. S'il travaille, le montant garanti est au moins égal aux 10 % de ses ressources hors travail et au tiers des ressources garanties par son statut, sans que ce minimum puisse être inférieur à 50 % de l'AAH (art. D. 344-35 du CASF).

Les adultes handicapés peuvent également être accueillis par des particuliers rémunérés à cet effet (art. L. 441-1 du CASF). L'agrément de la famille d'accueil par le conseil départemental vaut alors, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Les services d'accompagnement

Plutôt que d'être hébergés en établissement médico-social, les adultes handicapés peuvent faire appel à un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou à un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), pour lesquels le conseil départemental

5. Voir l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les taux de prise en charge mentionnés à l'article L. 245-6 du CASF. En 2018, le montant de ressources à partir duquel le bénéficiaire n'est pris en charge qu'à 80 % est de 26 845,72 euros annuels. Le calcul des ressources exclut notamment les revenus d'activité professionnelle et les revenus d'activité du conjoint, ainsi que la plupart des revenus de remplacement (retraite par exemple, art. L. 245-6 du CASF).

6. Faisant référence à l'article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 qui a modifié l'article 6 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975.

peut payer une partie des tarifs journaliers au titre de l'aide sociale (art. L. 344-5 du CASF). Ces services ont pour objectif d'assurer le maintien des personnes handicapées dans le milieu ordinaire (à leur domicile), par un soutien à la restauration des liens sociaux (familiaux, scolaires, professionnels, etc.) et en favorisant l'accès aux services offerts par la collectivité. Les Samsah offrent, en plus de ces prestations, une coordination des soins et un accompagnement médical et paramédical. ■

Encadré 1 Les établissements médico-sociaux d'hébergement des adultes handicapés (hors maisons d'accueil spécialisées)

Il existe principalement trois types d'établissements pour l'hébergement des adultes handicapés, dont les places peuvent relever de l'aide sociale départementale :

> **les foyers d'hébergement** qui assurent l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés exerçant une activité pendant la journée en milieu ordinaire (de droit commun) ou dans un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ;

> **les foyers occupationnels ou foyers de vie** qui accueillent des personnes adultes dont le handicap ne leur permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé (structure spécialisée) ;

> **les foyers d'accueil médicalisé (FAM)** destinés à recevoir des personnes dans l'incapacité d'avoir une activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante, ainsi que d'une médicalisation, sans toutefois justifier une prise en charge complète par l'assurance maladie. Une partie des frais de fonctionnement des FAM sont pris en charge par l'assurance maladie.

20 L'aide sociale départementale aux personnes handicapées

Ces dix dernières années, l'aide sociale départementale aux personnes handicapées s'est très fortement développée. Entre 2007 et 2017, le nombre de prestations est passé de 288 000 à 532 000, et les dépenses de 4,9 à 8,3 milliards d'euros. Par ailleurs, les disparités départementales, notamment de dépenses moyennes par bénéficiaire, sont marquées. Les bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes handicapées sont majoritairement des hommes. Leur répartition par âge dépend de la prestation.

Les personnes en situation de handicap peuvent bénéficier de différentes prestations gérées ou financées par l'État, les collectivités locales ou les organismes de sécurité sociale (voir fiches 18 et 19). Les aides sociales des départements sont principalement la prestation de compensation du handicap (PCH), l'aide ménagère ainsi que des aides à l'accueil : aide à l'hébergement en établissement ou chez des particuliers, à l'accueil de jour. Des aides au recours à un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou à un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) existent également, mais ne sont pas considérées ici parmi les aides à l'accueil, afin de pouvoir rapprocher nombre d'aides et dépenses. En parallèle, les communes ont aussi la possibilité de mettre en place des actions sociales en faveur des personnes handicapées : c'est le cas d'un tiers de communes (voir fiche 08).

Plus de 530 000 mesures d'aide sociale départementale fin 2017, pour 7,6 milliards d'euros de dépenses annuelles

Au 31 décembre 2017, 531 700 prestations[1] d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par les départements, *(tableau 1)*. Elles se répartissent en 381 600 aides à domicile et 150 100 aides à l'accueil.

Selon les dernières données provisoires disponibles, le nombre d'aides sociales aux personnes handicapées s'élève à 545 800 en 2018. Il augmente de 2,7 % entre 2017 et 2018. Cette évolution se retrouve pour l'aide à domicile (+3,1 %) comme pour l'aide à l'accueil (+1,4 %). En particulier, le nombre de bénéficiaires de la PCH croît de 5,5 %.

Pour l'année 2017, les dépenses brutes associées s'élèvent à 7,6 milliards d'euros, dont 2,4 milliards pour l'aide à domicile et 5,2 milliards pour l'aide à l'accueil. Au total, en 2017 en France, l'aide à domicile représente 72 % du nombre moyen d'aides sociales aux personnes handicapées, pour 32 % des dépenses[2] et l'aide à l'accueil représente 28 % des prestations attribuées, pour 68 % des dépenses. La dépense brute moyenne par bénéficiaire est cinq fois et demi plus importante pour les aides à l'accueil : 34 900 euros en moyenne par an par bénéficiaire accueilli, contre 6 400 euros par bénéficiaire à domicile en 2017.

D'autres dépenses sont engagées par les départements, dont celles liées à l'accueil en SAVS et Samsah, ainsi que des participations et des subventions. En les incluant, les dépenses brutes globales sont de 8,3 milliards d'euros pour l'année 2017.

Très fort développement de l'aide sociale aux personnes handicapées

Depuis 2001, le nombre d'aides sociales aux personnes handicapées au 31 décembre a été multiplié par 2,3 et les dépenses annuelles par 2,7 *(graphiques 1 et 2)*.

1. Le nombre de prestations au 31 décembre est exprimé en nombre de droits ouverts à des prestations sociales départementales. Ce nombre est supérieur au nombre de bénéficiaires d'une aide sociale car une même personne peut avoir un droit ouvert à plusieurs prestations. En outre, le nombre de personnes ayant un droit ouvert à une aide sociale (bénéficiaires) est supérieur au nombre de personnes payées (bénéficiaires payés) au titre d'une période donnée. En particulier pour la PCH, le paiement de certains éléments de l'aide est ponctuel, alors que le droit à la prestation est ouvert pour plusieurs années. Ceci implique un nombre de bénéficiaires payés pour les mois de non-paiement de la prestation inférieur au nombre de bénéficiaires ayant un droit ouvert à une date du même mois.
2. Hors dépenses des « autres aides aux personnes handicapées ».

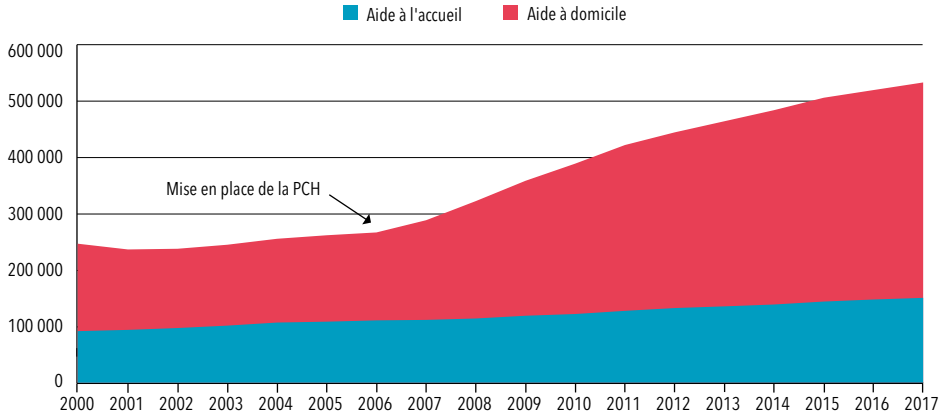
Cette hausse s'explique par l'élargissement de la prise en compte des conséquences du handicap et la mise en place de la PCH en 2006 (loi du 11 février 2005), ainsi que par l'accroissement du nombre d'aides à l'accueil, lié en partie au développement de l'offre en établissements médico-sociaux.
Le nombre d'aides à l'accueil augmente de manière relativement constante : entre 2 % et 5 % de croissance annuelle entre 2000 et 2017. Jusqu'en 2005, la hausse du nombre d'aides à domicile est semblable. Entre 2006 et 2011, le nombre d'aides à domicile augmente encore plus fortement en raison de la montée en charge de la PCH : entre 10 % et 18 % de croissance annuelle durant cette période. Depuis, le taux de croissance des aides à domicile diminue progressivement pour rejoindre celui des aides à l'accueil, respectivement 2,8 % et 2 % en 2017. Cette hausse reste toutefois nettement supérieure à la croissance démographique française (entre +0,4 % et +0,8 % par an de 2000 à 2017).
À l'inverse du nombre de bénéficiaires, les dépenses brutes d'aide sociale à l'accueil sont largement supérieures à celles de l'aide sociale à domicile. Elles représentent 62 % de la dépense totale en 2017, et ce malgré une augmentation des dépenses d'aide à domicile plus dynamique que celles d'aide à l'accueil. Entre 2001 et 2017, les dépenses d'aide à domicile ont augmenté de 6,3 % en moyenne annuelle en euros constants, contre 3,9 % pour les dépenses d'aide à l'accueil.

Tableau 1 Nombre d'aides sociales aux personnes handicapées et dépenses associées, en 2017 et 2018

	Nombre d'aides au 31/12				Nombre moyen d'aides dans l'année[1]		Dépenses annuelles, en milliers d'euros	
	2017	Évolution 2016/2017 (en %)	2018 (p)	Évolution 2017/2018 (en %)	2017	Évolution 2016/2017 (en %)	2017	Évolution 2016/2017 (en %)
Aide à domicile	**381 600**	**2,8**	**393 600**	**3,1**	**376 320**	**2,8**	**2 396 960**	**1,8**
dont PCH et ACTP	359 790	3,0	372 700	3,6	354 520	2,9	2 335 910	2,1
dont aide ménagère	21 800	0,0	20 900	-4,1	21 800	0,7	61 050	-7,3
Aide à l'accueil	**150 070**	**2,0**	**152 200**	**1,4**	**148 610**	**2,3**	**5 186 030**	**1,1**
dont accueil en établissement[2]	143 790	2,1	145 900	1,4	142 280	2,3	5 127 220	1,1
dont accueil familial	6 290	-1,3	6 400	1,1	6 330	1,9	58 810	2,6
Total domicile + accueil	**531 670**	**2,6**	**545 800**	**2,7**	**524 930**	**2,6**	**7 582 990**	**1,3**
Autres aides	**ND**	**ND**	**ND**	**ND**	**ND**	**ND**	**736 640**	**3,0**
Dont SAVS-Samsah	ND	ND	ND	ND	ND	ND	362 290	1,4
Total	-	-	-	-	-	-	**8 319 630**	**1,5**

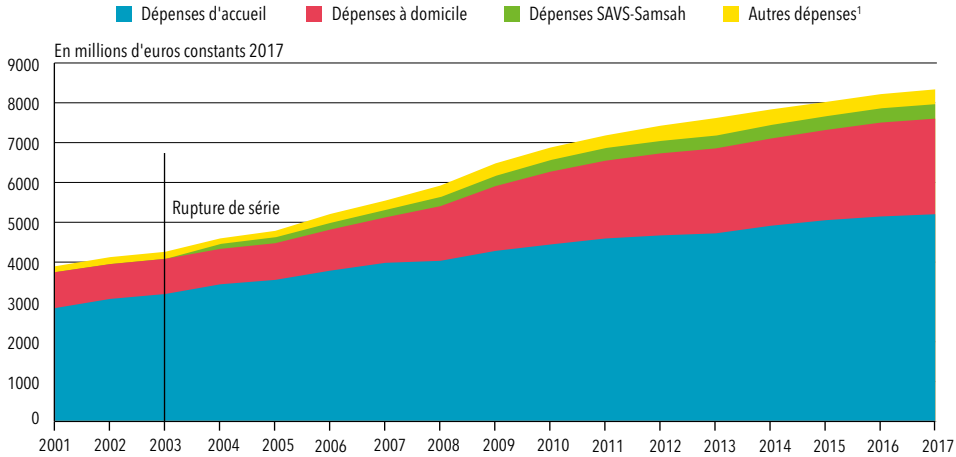
(p) données provisoires
ND : non disponible
1. Le nombre moyen d'aides en 2017 est la moyenne du nombre d'aides observées au 31 décembre 2016 et de celui observé au 31 décembre 2017.
2. Y compris en accueil de jour.
SAVS-Samsah : services d'accompagnement à la vie sociale et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.
Note > Pour établir les comparaisons avec les dépenses correspondantes, les bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH ont tous été comptabilisés parmi les bénéficiaires d'une aide sociale à domicile. L'ASH à destination des adultes hébergés en établissement pour enfants handicapés au titre de l'amendement Creton et les SAVS-Samsah ont été comptabilisés dans les autres aides.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 1 Évolution du nombre d'aides sociales aux personnes handicapées au 31 décembre, de 2000 à 2017



Note > Pour établir des comparaisons avec les dépenses correspondantes, les bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH ont tous été comptés parmi les bénéficiaires d'une aide sociale à domicile.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 2 Évolution des dépenses annuelles brutes d'aide sociale aux personnes handicapées de 2001 à 2017



1. Dont participations et subventions.
SAVS-Samsah : services d'accompagnement à la vie sociale et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.
Note > Rupture de série : jusqu'en 2003, les dépenses SAVS-Samsah et les autres dépenses sont regroupées dans la catégorie « Autres dépenses ». L'ASH à destination des adultes hébergés en établissement pour enfants handicapés au titre de l'amendement Creton a été comptabilisée dans les autres dépenses.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

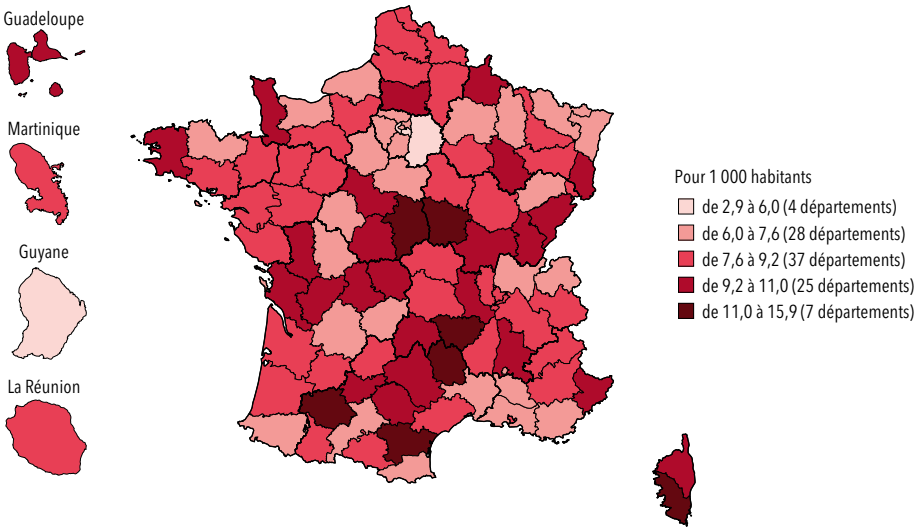
En 2017, la croissance de ces dépenses ralentit nettement, et leurs taux d'évolution sont respectivement de +1,8 % et +1,1 %.

Jusqu'en 2009, deux effets se cumulent pour expliquer la hausse globale des dépenses d'aide sociale à domicile : un effet démographique important, du fait de la très forte augmentation du nombre de bénéficiaires due, notamment, à l'introduction de la PCH ; et un effet du coût direct des prestations, qui croît également, mais à un rythme moindre. Depuis 2010, l'effet du coût des prestations est inversé : la dépense moyenne par bénéficiaire diminue en euros constants, de -1 % à -4 % selon l'année. La hausse globale des dépenses depuis cette date s'explique donc complètement par l'augmentation du nombre de bénéficiaires. La dépense d'aide à l'accueil par bénéficiaire baisse depuis 2012. Cette évolution pourrait traduire les efforts des départements pour la contenir, notamment via des négociations de tarifs avec les établissements. En 2017, la diminution de la dépense par bénéficiaire accueilli s'établit à -1,1 %.

De fortes disparités départementales

L'aide sociale aux personnes handicapées concerne en moyenne 8 personnes pour 1 000 habitants sur le territoire national[3]. Les personnes handicapées bénéficiaires de l'aide sociale se répartissent de façon très inégale : de 2,9 ‰ à 15,9 ‰ selon les départements en 2017 *(carte 1)*. Dans 37 collectivités, cette proportion est relativement proche de la médiane[4], égale à 8,4. La moitié des autres territoires ont un taux supérieur à 9,2 ‰ (110 % de la médiane), dont 7 dessus de 11 ‰ (130 % de la médiane). À l'inverse, 4 départements ont un ratio particulièrement faible

Carte 1 Taux d'aides sociales départementales aux personnes handicapées dans la population selon les départements, au 31 décembre 2017



Note > Au niveau national, au 31 décembre 2017, la proportion de personnes handicapées bénéficiaires d'une aide sociale départementale est de 8,0 pour 1 000 habitants. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de la quelle se situent la moitié des départements, est égale à 9,2 pour 1 000 habitants.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

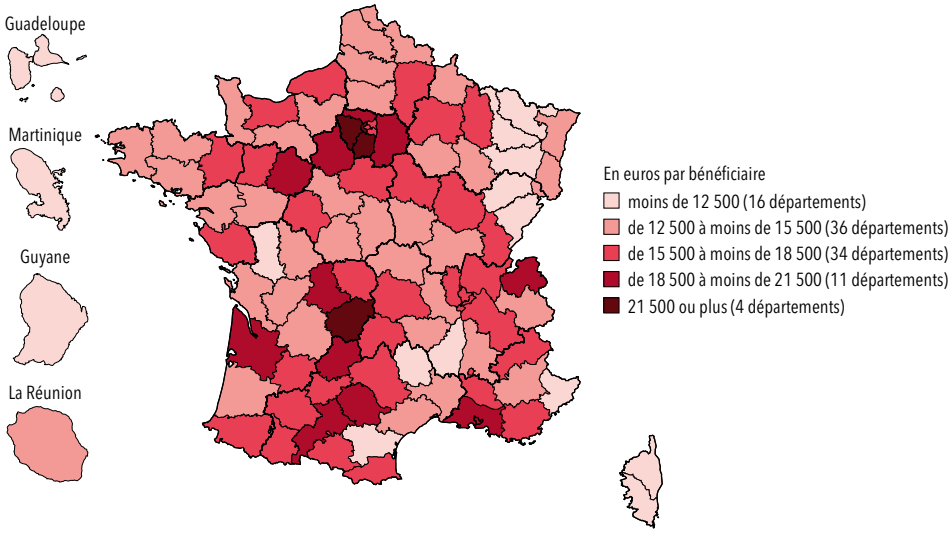
3. Ce qui ne veut pas dire que 8 personnes pour 1 000 sont en situation de handicap ; il s'agit ici d'une mesure administrative, qui ne concerne que les personnes handicapées qui font la demande d'une aide et dont le dossier a été accepté.
4. La médiane est la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements.

(inférieur à 6 ‰) et dans 28 autres, il est compris entre 6 ‰ et 7,6 ‰, soit entre 70 % et 90 % de la médiane.
En matière de dépenses moyennes par bénéficiaire, les disparités sont également marquées *(carte 2)*. En 2017, 7 départements sur 10 dépensent en moyenne entre 12 500 et 18 500 euros par bénéficiaire pour l'aide sociale aux personnes handicapées, des montants relativement proches de la valeur médiane, égale à 15 400 euros. En revanche, dans 16 collectivités, ce montant varie de 9 000 à 12 500 euros et est donc inférieur à 80 % de la médiane. À l'opposé, 15 départements ont des dépenses par bénéficiaire supérieures à 18 500 euros, dont 4 supérieures à 140 % du montant médian.
Plusieurs raisons peuvent expliquer ces disparités :
- des prévalences du handicap variables selon les territoires ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative du handicap ;
- le nombre de places d'hébergement, très divers selon les départements ;
- la montée en charge de la PCH, qui n'est pas encore achevée et qui peut être plus avancée dans certains départements que dans d'autres (voir fiche 21) ;
- la substitution de l'APA à la PCH ou l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) aux âges « avancés » peut être plus ou moins prononcée selon le territoire ;
- des différences dans la répartition par âge de la population, les départements les plus « vieillissants » étant ceux pour lesquels plus de personnes substituent l'APA à la PCH, même si cette substitution est certainement marginale ;
- le contexte économique local et son évolution, notamment pour le recours aux aides à l'accueil : plus les personnes sont modestes, plus elles peuvent prétendre à l'aide sociale.

Les bénéficiaires des aides sociales à l'accueil et à l'hébergement sont majoritairement masculins

Les aides sociales à l'accueil et à l'hébergement, hors ACTP en établissement, sont accordées majoritairement à des hommes alors que les aides ménagères,

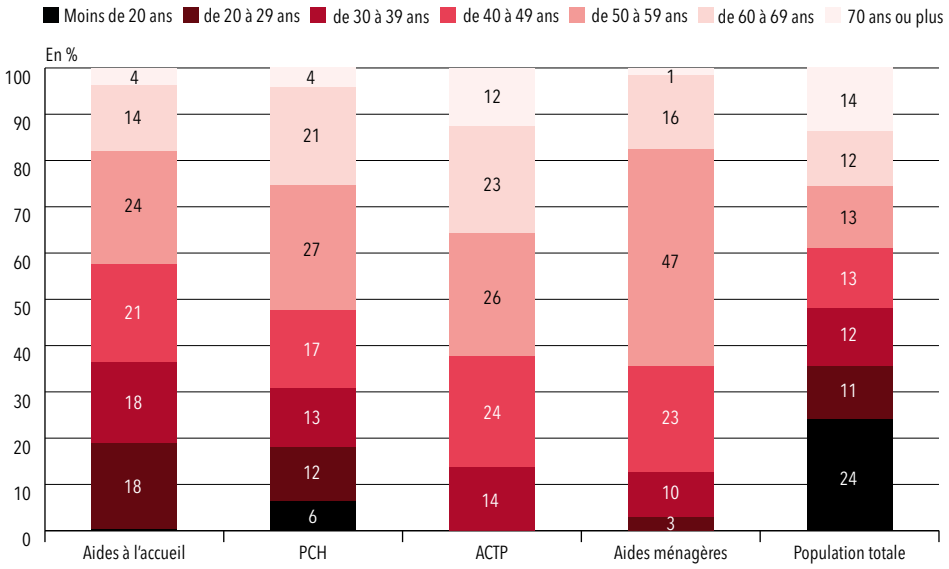
Carte 2 Dépenses brutes annuelles moyennes par aide sociale départementale aux personnes handicapées, en 2017



Note > Au niveau national en 2017, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale pour les personnes handicapées s'élève à 15 800 euros. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de la quelle se situent la moitié des départements, est de 15 400 euros.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

l'ACTP et la PCH se répartissent quasiment à parts égales entre femmes et hommes.
La répartition par âge des bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes handicapées varie selon la prestation *(graphique 3)*. Les bénéficiaires d'une aide à domicile autre que l'ACTP ou la PCH, dont près de la moitié ont entre 50 et 59 ans, sont relativement âgés en comparaison des bénéficiaires d'une autre aide. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'ACTP sont plutôt plus âgés que ceux des autres aides, hors aides ménagères, puisqu'aucune nouvelle aide de ce type n'est attribuée depuis 2006.
Les bénéficiaires des aides à l'accueil et à l'hébergement sont globalement un peu plus jeunes que ceux de la PCH. La part des 60 ans ou plus n'y est que de 18 % (contre 25 % pour les bénéficiaires de la PCH) et celle des 50 à 59 ans est de 24 % (contre 27 %).
Les moins de 20 ans[5] sont recensés presque uniquement parmi les bénéficiaires de la PCH dont ils représentent 6 %. Cette proportion est nettement plus faible que la part des moins de 20 ans dans la population (24 %), ce qui, pour partie au moins, pourrait s'expliquer par le fait qu'une grande partie des parents d'enfants handicapés ont opté, dans la plupart des cas, pour des compléments de l'AEEH[6]. La PCH « enfants » ne peut en effet être attribuée qu'aux parents disposant de l'AEEH de base.

Graphique 3 Répartition par âge des personnes handicapées selon le type d'aides, au 31 décembre 2017



Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

5. Dans le cas d'enfants en situation de handicap, ce sont les parents qui perçoivent la prestation, mais l'âge pris en compte est celui de l'enfant.
6. AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) : il s'agit d'une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge. Elle peut être complétée, dans certains cas, d'un complément d'allocation. L'AEEH est versée par les caisses d'allocations familiales, contrairement à la PCH qui est versée par les conseils départementaux.

Si leurs droits sont ouverts pour un complément AEEH, ils ont le choix entre bénéficier d'un tel complément ou bien des éléments de la PCH. Seul l'élément 3 de la PCH « aménagement du logement et du véhicule et éventuels surcoûts résultant du transport » est cumulable avec un complément AEEH, ou accessible lorsqu'il n'y a pas de droits ouverts aux compléments AEEH. ■

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires détaillées, nationales et départementales, sont disponibles sur l'espace data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Aide et action sociales.

> **Barnouin, T., Darcillon, T.** (2017, mars). Les dépenses en faveur des personnes handicapées ont progressé de 13,5 milliards d'euros de 2005 à 2014. DREES, *Études et Résultats*, 999.

> **CNSA** (2018, juin). Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2018.

> **Marquier, R.** (2016, juin). Dix ans d'aide sociale aux personnes handicapées 2004-2013. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 2.

21 La prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

Fin 2017, 359 750 personnes sont bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), pour une dépense brute de 2,3 milliards d'euros. La montée en charge de la PCH n'est toujours pas achevée : entre 2016 et 2017, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 5 %, et les dépenses de 4 %. Les différences départementales de taux de bénéficiaires et de dépenses relatives sont marquées.

Introduite en 2006, la prestation de compensation du handicap (PCH) a vocation à remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), qui était auparavant le principal dispositif d'aide humaine pour les personnes handicapées délivré par les départements. Les anciens bénéficiaires de l'ACTP de moins de 60 ans ont la possibilité de conserver leurs droits à cette allocation ou d'opter pour la PCH, ce choix étant, dans ce dernier cas, définitif. Par ailleurs, depuis 2008, la PCH est ouverte aux personnes de moins de 20 ans et peut se substituer au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). À partir de 60 ans, le bénéficiaire de la PCH peut choisir l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Une montée en charge de la PCH pas encore achevée

En raison, notamment, de l'élargissement des conditions d'attribution de la PCH par rapport à l'ACTP (voir fiche 19), le recours à la PCH a connu un fort développement, même au cours des années récentes. La montée en charge de la prestation ne semble d'ailleurs pas encore achevée en 2017, au sens où le rythme de croissance de ses bénéficiaires reste encore bien supérieur à celui de la population dans son ensemble. Le nombre de bénéficiaires de la PCH *(encadré 1)* dépasse celui de l'ACTP à la fin de l'année 2009, pour atteindre 120 100 *(tableau 1)*. Fin 2017, il s'établit à 298 400, avec une augmentation de 43 % en cinq ans et de 5 % depuis 2016. Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP diminue de 6 % et atteint 61 300 personnes fin 2017. Au total, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH a été multiplié par près de 3 depuis 2006, passant de 131 200 à cette date à 359 800 fin 2017.

Parallèlement au nombre de mesures, les dépenses brutes de PCH et d'ACTP progressent de 2,1 % entre 2016 et 2017 en euros constants[1] *(graphique 1)* pour s'établir à 2,3 milliards d'euros en 2017. La baisse des dépenses d'ACTP de 28 millions d'euros (-6,5 %) est inférieure à la hausse de celles de PCH (+76 millions d'euros, soit +4,1 %).

Les dépenses moyennes de PCH et d'ACTP par bénéficiaire suivent des trajectoires différentes

Rapportées aux nombres moyens de bénéficiaires, les trajectoires des dépenses d'ACTP et de PCH sont différentes *(graphique 2)*. La PCH a été associée au début de sa mise en œuvre à une forte dépense par bénéficiaire, avant de baisser rapidement. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution : d'une part, les coûts de mise en place de la prestation peuvent être très importants pour diminuer ensuite avec les gains de gestion ; d'autre part, la prestation a probablement d'abord bénéficié aux personnes les plus lourdement handicapées nécessitant une aide humaine[2] importante,

1. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2017, cet indice a augmenté de 1 % en moyenne annuelle.

2. L'aide humaine consiste principalement en la prise en charge des actes essentiels de la vie courante (entretien personnel, déplacements et besoins éducatifs des enfants) et de la surveillance régulière. Elle peut être utilisée pour rémunérer un service d'aide à domicile ou dédommager un aidant familial.

mais dont l'accès aux aides était auparavant limité par le plafonnement de l'ACTP. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que la dépense moyenne d'ACTP par bénéficiaire diminue entre 2006 et 2008, en euros constants. Enfin, la PCH permet de prendre en charge des aides techniques[3] ainsi que l'aménagement du logement, entraînant des dépenses qui peuvent être élevées (même si elles sont

Encadré 1 Bénéficiaires, droits ouverts et personnes payées

Les bénéficiaires de la PCH sont les personnes ayant des droits ouverts à cette prestation à une date donnée (au 31 décembre dans les enquêtes de la DREES). Les bénéficiaires payés au titre de la PCH sont les personnes ayant reçu un paiement du conseil départemental pour au moins un élément de la prestation, au cours d'une période donnée (au titre du mois de décembre dans l'enquête Aide sociale de la DREES).

Ces différences ne sont pas neutres du point de vue du dénombrement : ainsi, une personne ayant des droits ouverts à la PCH n'est pas forcément payée mensuellement, par exemple dans le cas d'aides techniques ou d'aménagements du véhicule ou du logement, pour lesquels les sommes peuvent être versées ponctuellement. Cet écart se retrouve moins fréquemment pour l'aide à domicile, les factures des services prestataires étant régulièrement établies. Concrètement, 71 % des bénéficiaires au 31 décembre 2017 ont été payés au titre du mois de décembre 2017. La dépense moyenne par bénéficiaire payé est alors d'environ 9 300 euros en 2017.

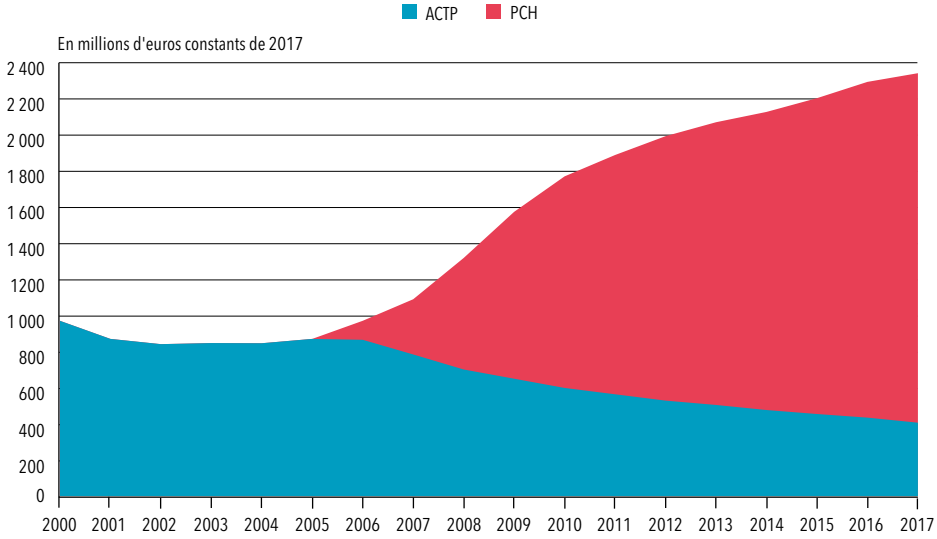
Tableau 1 Évolution du nombre de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH au 31 décembre, à partir de 2000

Année	Nombre de bénéficiaires			Part de la PCH dans le total (en %)	Taux d'évolution annuelle (en %)		
	ACTP	PCH	Ensemble		ACTP	PCH	Ensemble
2000	141 820	-	**141 820**	-			
2001	129 340	-	**129 340**	-	- 9	-	- 9
2002	126 710	-	**126 710**	-	- 2	-	- 2
2003	128 270	-	**128 270**	-	+ 1	-	+ 1
2004	132 860	-	**132 860**	-	+ 4	-	+ 4
2005	136 520	-	**136 520**	-	+ 3	-	+ 3
2006	131 160	7 180	**131 160**	-	- 4	-	- 4
2007	119 520	40 230	**159 750**	25	- 9	-	+ 22
2008	109 960	80 180	**190 140**	42	- 8	+ 99	+ 19
2009	99 760	120 070	**219 830**	55	- 9	+ 50	+ 16
2010	91 590	154 470	**246 060**	63	- 8	+ 29	+ 12
2011	87 120	184 890	**272 010**	68	- 5	+ 20	+ 11
2012	81 560	208 770	**290 330**	72	- 6	+ 13	+ 7
2013	76 400	230 520	**306 920**	75	- 6	+ 10	+ 6
2014	72 420	251 060	**323 490**	78	- 5	+ 9	+ 5
2015	68 570	271 030	**339 600**	80	- 5	+ 8	+ 5
2016	65 160	284 090	**349 250**	81	- 5	+ 5	+ 3
2017	61 340	298 450	**359 790**	83	- 6	+ 5	+ 3
2018 (p)	57 900	314 760	**372 650**	84	-6	+ 5	+ 4

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, situation au 31 décembre de chaque année.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

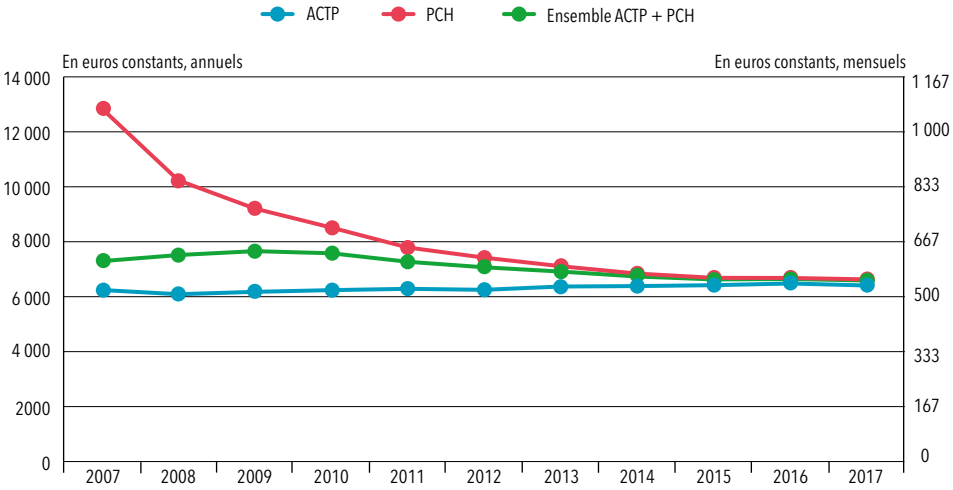
3. L'aide technique est destinée à l'achat ou à la location, par la personne handicapée et pour son usage personnel, d'un matériel conçu pour compenser son handicap.

Graphique 1 Évolution des dépenses annuelles brutes d'ACTP et de PCH, de 2000 et 2017



Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 2 Évolution des dépenses annuelles moyennes d'ACTP et de PCH par bénéficiaire, de 2007 et 2017



Note > La dépense annuelle moyenne est calculée en rapportant les dépenses brutes à la demi-somme du nombre de bénéficiaires en décembre de l'année et de celui de l'année précédente.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

plafonnées) et pouvant dépasser celles de l'ACTP. Ces aides techniques sont par ailleurs cumulables avec de l'aide humaine dans le cadre de la PCH.

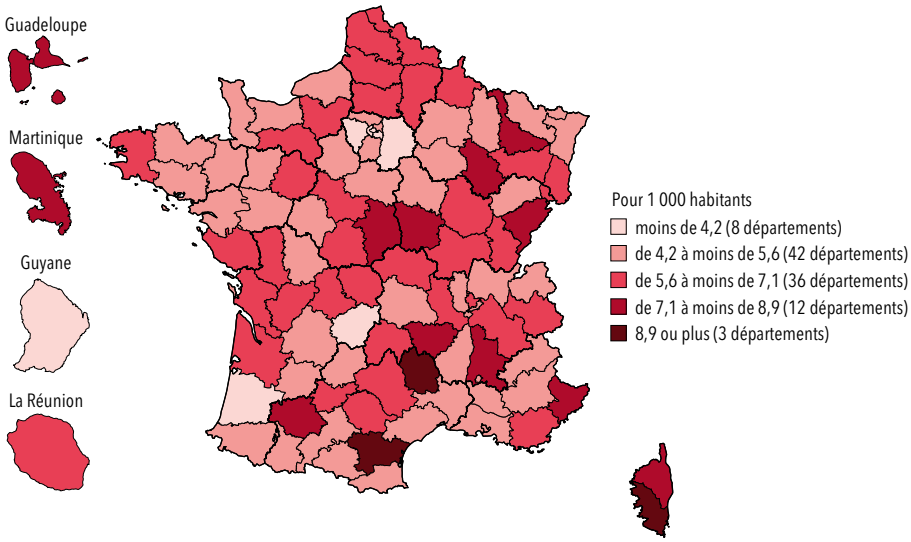
La baisse tendancielle de la dépense moyenne de PCH par bénéficiaire est durable, mais s'atténue avec le temps. Cette dépense était quasiment stable entre 2015 et 2016, et ne baisse que très légèrement en 2017 (-0,8 %). La dépense totale de PCH augmente donc à un rythme très proche de celui du nombre moyen de bénéficiaires (respectivement, +4,1 % en un an, en euros constants, et 4,9 %). Parallèlement, et bien que la dépense moyenne d'ACTP par bénéficiaire ait diminué en 2017 (-1,1 %), elle a crû légèrement de 2009 à 2016 (+0,7 % en moyenne annuelle en euros constants). Dans l'hypothèse où les bénéficiaires souffrant des handicaps les plus lourds ont déjà opté pour la PCH, ceux qui souhaitent encore conserver l'ACTP sont probablement ceux pour lesquels la PCH n'offre pas une meilleure prise en charge. Ils reçoivent donc a fortiori une aide relativement élevée par rapport à la moyenne observée jusqu'alors pour l'ACTP. En complément, pour les nouveaux bénéficiaires d'une aide humaine, seule la PCH est attribuable, y compris pour ceux qui ont des besoins moindres.

Au total, les dépenses par bénéficiaire de la PCH et de l'ACTP convergent. La dépense globale par bénéficiaire avait augmenté avec la création de la PCH, mais est globalement en en diminution depuis 2010. En 2017, elle s'établit à 6 600 euros par an.

Des différences départementales de prévalence des prestations marquées

En 2017 en France, 5,4 personnes sur 1 000 sont bénéficiaires de l'une des deux prestations, dont

Carte 1 Taux de bénéficiaires de la PCH ou de la l'ACTP, au 31 décembre 2017



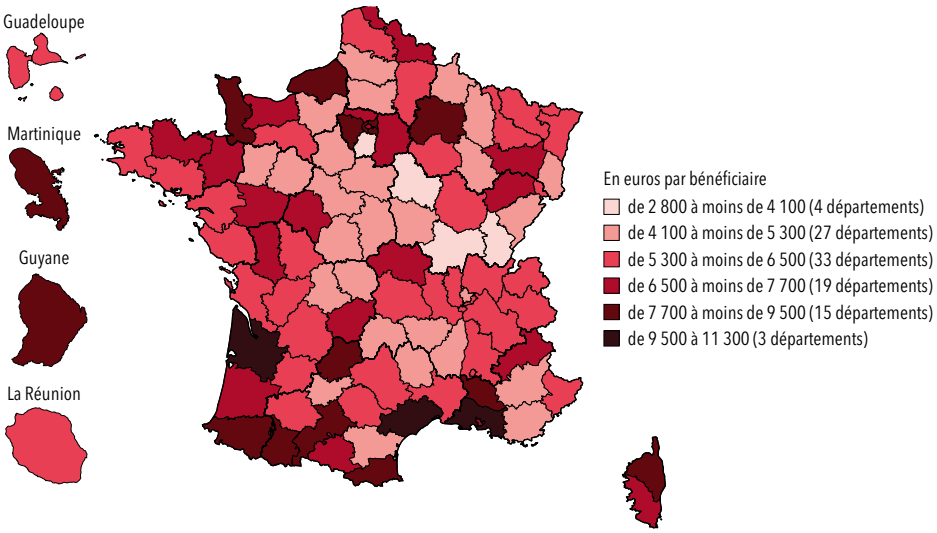
Note > Au niveau national, au 31 décembre 2017, le taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est de 5,4 pour 1 000 habitants. La valeur médiane, c'est-à-dire celle en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 5,6 pour 1 000 habitants.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018) ; ISD n°HA06.

4,5 ‰ pour la PCH et 0,9 ‰ pour l'ACTP. Elles se répartissent de façon inégale sur le territoire : de 2,7 ‰ à 12,8 ‰ selon les départements, en 2017 *(carte 1)*. En effet, 8 départements sur 10 ont un taux de bénéficiaires compris entre 4,2 ‰ et moins de 7,1 ‰, soit entre 75 % et 125 % de la médiane[4] qui s'élève à 5,6 ‰. Pour 12 collectivités, cette proportion est particulièrement élevée, puisqu'elle varie entre 7,1 ‰ et 8,9 ‰, c'est-à-dire entre 125 % et 160 % de la médiane. Enfin, dans 3 départements, cette proportion dépasse 11 ‰. À l'inverse, 8 collectivités se distinguent par des taux plus faibles, inférieurs à 4,2 ‰. Il s'agit notamment de départements franciliens et de la Guyane. Ces différences peuvent s'expliquer de plusieurs façons :

- des différences territorialisées de prévalence du handicap ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative du handicap ;
- la montée en charge de la PCH, qui n'est pas encore achevée et qui peut être plus avancée dans certains départements que dans d'autres ;
- en corollaire, le remplacement de la PCH ou de l'ACTP par l'APA aux âges avancés peut être plus ou moins prononcé selon le territoire ;
- des différences dans la répartition par âge de la population : les départements les plus « vieillissants » étant ceux pour lesquels plus de personnes substituent l'APA à la PCH, même si cette substitution est certainement marginale.

Les dépenses annuelles moyennes de PCH et d'ACTP par bénéficiaire sont particulièrement hétérogènes sur le territoire, allant de 2 800 à 11 300 euros en 2017 *(carte 2)*. Dans un tiers des départements, elles varient entre 5 300 et 6 500 euros, et sont donc proches de la médiane[5] (entre 90 % et 110 %). Une trentaine de collectivités ont des dépenses plus faibles, et dans 4 départements, elles sont même inférieures à

Carte 2 Dépenses annuelles brutes de PCH et d'ACTP moyennes par bénéficiaire en 2017



Note > Au niveau national, la dépense de PCH et ACTP est de 6 590 euros par bénéficiaire en 2017. La valeur médiane, c'est-à-dire celle en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 5 900 euros par an et par bénéficiaire.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; ISD n°FI06.

4. La médiane est la valeur en deçà de laquelle se situent la moitié des départements.
5. Égale à 5 900 euros.

4 100 euros, soit 70 % de la valeur médiane. À l'opposé, une vingtaine de collectivités ont une dépense moyenne comprise entre 6 500 et 7 700 euros, et 15 dépensent, par an et par bénéficiaire, de 7 500 à 9 500 euros (soit de 130 % à 160 % de la médiane). Enfin, 3 départements se distinguent par des dépenses moyennes particulièrement élevées, supérieures à 10 000 euros.

La PCH finance essentiellement l'aide humaine

La PCH est composée de cinq éléments. En 2017, 92,8 % des dépenses sont consacrées à l'aide humaine, 3,6 % à l'aménagement du logement, du véhicule ou à des surcoûts liés au transport, 1,4 % à l'aide technique. Des dépenses spécifiques et exceptionnelles complètent ces dépenses à hauteur de 2,2 %. L'aide animalière (frais relatifs aux chiens guides d'aveugle et aux chiens d'assistance) ne représente que 0,03 % de ces dépenses.

Parmi les bénéficiaires de la PCH payés au titre d'une aide humaine apportée au mois de décembre, une majorité recourt à des aidants familiaux (52 % des bénéficiaires payés[6]). Ils peuvent également faire intervenir des services prestataires (25 % des bénéficiaires payés). Plus rares sont ceux qui réalisent des emplois directs (9 %) ou font appel à des services mandataires (1 %). Par ailleurs, 22 % des bénéficiaires payés le sont au titre d'une aide entrant dans le cadre d'un forfait surdité ou cécité.

Peu d'enfants perçoivent la PCH, mais le montant moyen est important

La PCH des moins de 20 ans ou PCH « enfant » concerne 7 % des bénéficiaires de la PCH[7] fin 2017, soit 1 bénéficiaire pour 1 000 personnes de moins de 20 ans en France. La dépense annuelle associée s'élève à 218 millions d'euros en 2017, soit 11 % de la dépense totale de PCH des conseils départementaux. La dépense annuelle par bénéficiaire est en moyenne de 10 300 euros pour les moins de 20 ans, soit 63 % de plus que la dépense moyenne des 20 ans ou plus.

Un bénéficiaire sur dix entre ou sort de la PCH en 2016

Au cours de l'année 2016, 11 % des bénéficiaires sont entrés ou sortis de la PCH[8]. Plus nombreux avant 60 ans, les entrants sont nettement plus jeunes que les sortants : ils sont âgés en moyenne de 44,6 ans, contre 49,5 ans pour les sortants. La proportion d'entrants est importante à 20 ans en raison de l'éligibilité à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) qui prend fin à cet âge.

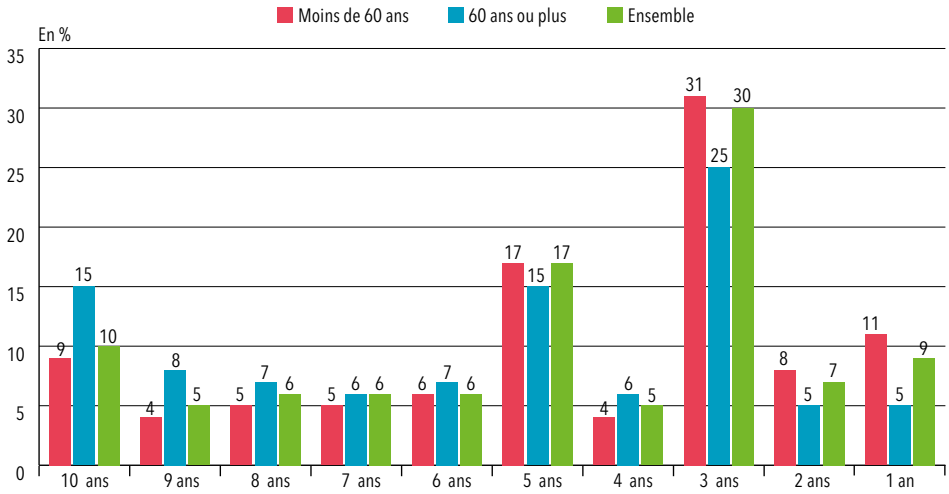
Les décès, les déménagements, la perception d'une autre aide ou le fait de ne plus être éligible à la PCH constituent les principaux motifs de sortie de la prestation. En 2016, près d'un sortant sur cinq a quitté le dispositif pour cause de décès, avec une forte proportion d'hommes par rapport aux femmes (22 % contre 18 %). La durée de présence varie en fonction de l'âge. En effet, les bénéficiaires âgés de 60 ans ou plus ont plus souvent des durées de présence plus longues que les autres : 15 % d'entre eux avaient des droits ouverts depuis dix ans, soit depuis la mise en place de la PCH, contre 9 % des moins de 60 ans *(graphique 3)*. Enfin, les bénéficiaires ayant quitté la PCH après trois ans ou cinq ans de présence (respectivement 30 % et 17 % des sortants) sont surreprésentés parmi les sortants de l'année 2016. Ces deux durées correspondent respectivement au nombre d'années maximum attribué pour une aide technique ou une aide pour des charges exceptionnelles (trois ans), et pour l'aménagement du véhicule et les surcoûts liés aux frais de transport ainsi que pour une aide animalière (cinq ans). ■

6. La somme n'est pas égale à 100 % car un même bénéficiaire peut recourir à différents types d'intervenants. Les données détaillées sont diffusées sur l'espace data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Personnes âgées, handicap et dépendance, sous-rubrique La prestation de compensation du handicap (PCH).

7. La répartition par âge et par sexe des bénéficiaires de la PCH est présentée dans la fiche 20.

8. Les entrants sont définis ici comme les personnes comptabilisées parmi les bénéficiaires au 31 décembre 2016, mais pas au 31 décembre 2015. À l'inverse, les sortants sont les personnes présentes au 31 décembre 2015 et absente au 31 décembre 2016.

Graphique 3 Répartition des bénéficiaires sortis en 2016 selon l'ancienneté de leur droit à la PCH (en années révolues)



Note > Les informations relatives aux sorties des bénéficiaires entrés au cours de l'année 2016 ne sont pas disponibles, les sortants 2016 étant définis comme les personnes présentes au 31 décembre 2015 et absentes au 31 décembre 2016. Ainsi, seules les durées de présence égales ou supérieures à 1 an peuvent être calculées.
Lecture > 9 % des bénéficiaires de moins de 60 ans sortis au cours de l'année 2016 avaient des droits à la PCH ouverts depuis dix ans.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > RI-PCH, DREES.

Pour en savoir plus

> **Dos Santos, S., Lo, S.** (2011, août). Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes. DREES, *Études et Résultats*, 772.

> **Espagnacq, M.** (2012, octobre). Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap ayant des limitations fonctionnelles physiques. Profils, aides techniques et aménagements du logement. DREES, *Études et Résultats*, 819.

> **Marquier, R.** (2016, juin). Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 2.

> **Baradji, E.** (2019, juin). Parcours et profils des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap en 2016. DREES, *Études et Résultats*, 1117.

> **CNSA** (2018, octobre). La prestation de compensation du handicap en 2017. *Analyse statistique*, 06.

22 Les aides sociales à l'accueil des personnes handicapées

Fin 2017, 150 000 personnes handicapées sont aidées financièrement pour leur accueil en établissement ou chez des particuliers. Cela représente une dépense annuelle de 5,2 milliards d'euros. Le nombre de bénéficiaires d'une aide à l'accueil et les dépenses associées ont fortement augmenté depuis 2000.

Les personnes ne pouvant rester en continu à leur domicile en raison de leur handicap peuvent être hébergées chez des particuliers ou dans des établissements médico-sociaux (voir fiche 23), qui proposent également des accueils de jour. Pour financer ces accueils, les personnes concernées peuvent bénéficier, si leurs ressources personnelles ne sont pas suffisantes, d'une aide sociale procurée par les départements (voir fiche 19).

La présente fiche est centrée sur une partie de ces aides, ce dans le but de rapprocher nombre d'aides et dépenses. Par conséquent, les « aides à l'accueil » ne comprennent ici ni l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) en établissement, ni l'accompagnement en service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou en service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (Samsah), ni l'hébergement de jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés[1]. Avec cette définition restreinte, les aides sociales à l'accueil représentent, fin 2017, 28 % des aides octroyées aux personnes handicapées. Les dépenses brutes associées représentent, quant à elles, 62 % de celles consacrées par les départements à l'aide sociale aux personnes handicapées pour l'ensemble de l'année 2017.

Une croissance très forte du nombre de bénéficiaires d'aides à l'accueil

Le nombre de personnes handicapées accueillies en établissement ou par des particuliers et bénéficiant à ce titre d'une aide augmente régulièrement. En dix ans, il est passé de 111 000 à 150 000 bénéficiaires environ, soit une augmentation de 35 % *(graphique 1)*. Cette hausse est bien plus importante que la croissance démographique, de 0,5 % au cours de la même période.

Fin 2017, 125 100 personnes perçoivent une aide sociale pour un hébergement en établissement, soit 83 % des bénéficiaires d'une aide à l'accueil, hors ACTP en établissement. De plus, 18 700 personnes handicapées perçoivent une aide pour un accueil de jour en établissement. Enfin, une minorité de prestations concernent un accueil par des particuliers : 6 300 personnes.

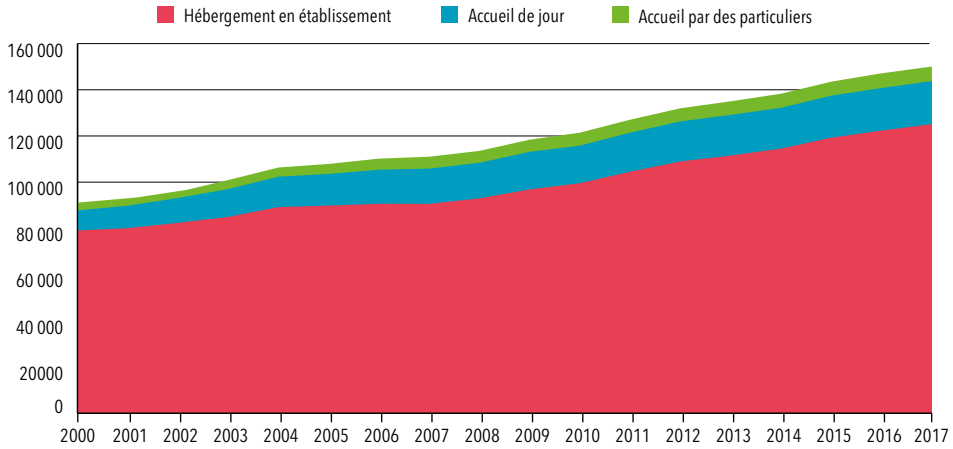
Parmi les personnes bénéficiant d'une aide pour un hébergement en établissement fin 2017, 29 % vivent en foyer d'hébergement (36 600 personnes pour 39 200 places au total dans ces foyers[2]), 36 % en foyer de vie (45 300 personnes pour 51 900 places), 21 % en foyer d'accueil médicalisé (26 400 personnes pour 29 200 places) et 13 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad et maisons de retraite) ou en unité de soins de longue durée (16 800 personnes).

Une baisse de la dépense moyenne par bénéficiaire

Les dépenses annuelles brutes d'aide à l'accueil, comprenant l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers, s'établissent à 5,2 milliards d'euros en 2017[3].

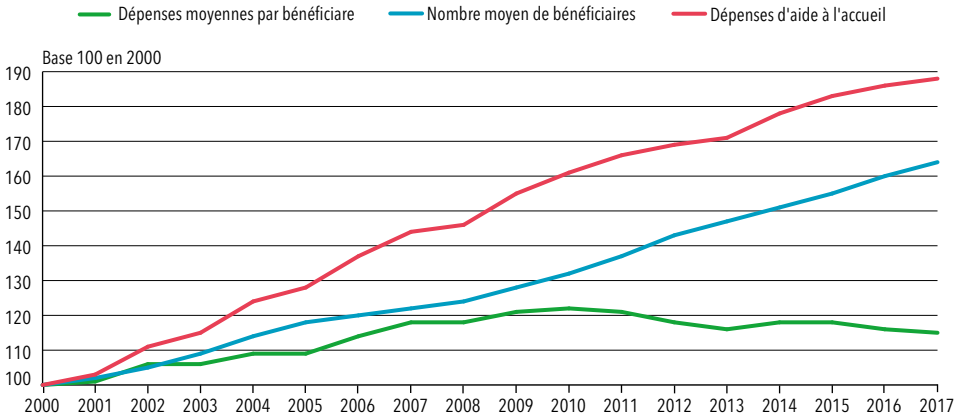
1. Centrée sur l'aide sociale des départements, cette fiche ne détaille pas non plus le financement par l'assurance maladie de certains établissements accueillant des personnes handicapées (voir encadré « Pour en savoir plus »).
2. Source : DREES, fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) pour le nombre de places.
3. À ce montant, s'ajoutent les autres dépenses d'aide à l'accueil des départements non prises en compte dans cette fiche afin de pouvoir rapprocher la dépense du nombre de bénéficiaires, qui s'élèvent à 516 millions d'euros en 2017. Elles concernent l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), l'aide à l'accompagnement en SAVS et Samsah et d'autres dépenses d'accueil non ventilées par ailleurs.

Graphique 1 Nombre de bénéficiaires d'une aide sociale à l'accueil au 31 décembre, de 2000 à 2017



Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 2 Évolution des dépenses et des bénéficiaires de l'aide sociale à l'accueil des personnes handicapées, de 2000 à 2017

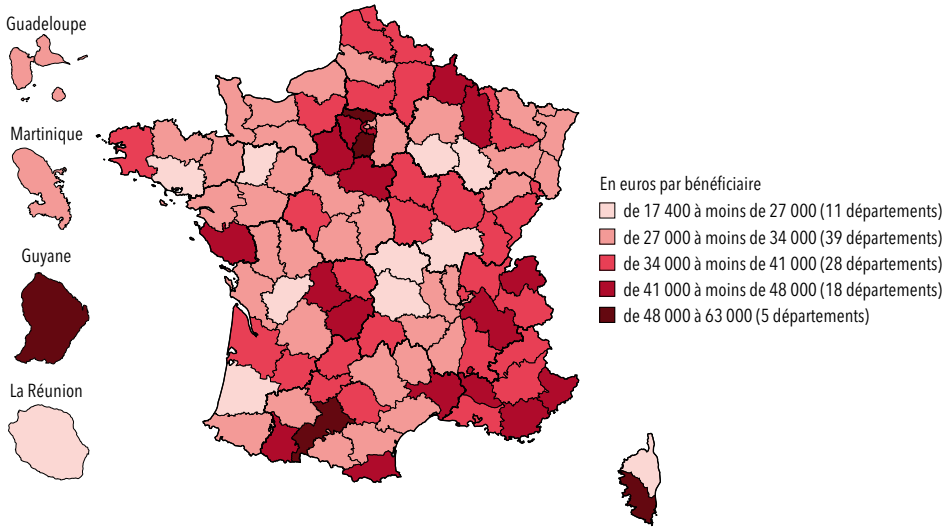


Note > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2017. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.
La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n*-1 et des bénéficiaires au 31 décembre *n*.
Les dépenses brutes d'aides à l'accueil comprennent celles liées à l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers. Les dépenses liées à l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), à l'aide à l'accompagnement en SAVS et Samsah et aux autres dépenses d'accueil ne sont pas prises en compte ici.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Depuis 2000, ces dépenses d'accueil ont progressé de 88,2 % en euros constants[4], soit à un rythme annuel moyen de 3,8 % *(graphique 2)*. Elles ont cependant évolué à un rythme annuel moyen de 5,0 % en euros constants entre 2000 et 2009, suivi d'une phase de progression moins soutenue depuis (+2,5 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2017).
En 2017, la dépense annuelle moyenne d'aide sociale à l'accueil est de 34 900 euros par bénéficiaire. Entre 2000 et 2010, elle augmente fortement (+21,6 %) ; depuis, la tendance est plutôt à la baisse (-5,4 % entre 2010 et 2017).

La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire varie du simple au quadruple d'un département à l'autre : d'environ 17 400 à 63 000 euros en 2017 *(carte 1)*. La moitié des départements consacrent moins de 34 000 euros par an à leurs bénéficiaires alors qu'ils sont près du quart à leur attribuer plus de 41 000 euros, soit au-delà de 120 % de la valeur médiane[5]. Ces écarts sont à nuancer en raison des différences départementales de gestion de l'aide sociale à l'hébergement : les dépenses brutes d'aide à l'accueil peuvent inclure ou non des avances faites par le département aux bénéficiaires.

Carte 1 Dépenses annuelles brutes d'aide sociale à l'accueil par bénéficiaire en 2017



Note > Au niveau national, la dépense moyenne par bénéficiaire et par an est de 34 900 euros. La valeur médiane, en-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 34 000 euros.
La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n*-1 et des bénéficiaires au 31 décembre *n*.
Les dépenses brutes d'aides à l'accueil comprennent celles liées à l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers. Les dépenses liées à l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), à l'aide à l'accompagnement en SAVS et Samsah et aux autres dépenses d'accueil ne sont pas prises en compte ici.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale ; ISD n°FI10.

4. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2017, cet indice a augmenté de 1,0 % en moyenne annuelle.
5. La médiane est la valeur qui partage la distribution en deux parts égales, soit 34 000 euros ici.

Toutefois cela ne suffit pas à expliquer l'ensemble des disparités. D'autres facteurs explicatifs peuvent être avancés : les différences de structure démographique (population plus ou moins âgée notamment) et économique des territoires, ou encore la variation du coût à la place. ■

Pour en savoir plus

> **Guibert, G.** (2016, juin). La dépense de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux. Dans Beffy, M. *et al.* (dir.). *La protection sociale en France et en Europe en 2014 : Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2016.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES - Social.

23 Les établissements et services pour personnes handicapées

Au 31 décembre 2014, la capacité d'accueil ou d'accompagnement d'adultes ou d'enfants handicapés dans des structures médico-sociales s'élève à 489 200 places. Cette offre a augmenté de 5,6 % depuis 2010, l'évolution étant davantage portée par le développement des services que par celui des établissements. Les personnes accueillies sont plus souvent des hommes.

Les personnes en situation de handicap peuvent être orientées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de leur département vers un établissement ou un service médico-social, selon la forme d'accueil ou d'accompagnement préconisée.

Près de 500 000 places d'accueil dans plus de 11 000 établissements et services

Au 31 décembre 2014, 11 250 établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées proposent 489 200 places, dont 67 % sont destinées aux adultes et 33 % aux enfants *(tableau 1)*. Si les établissements ont vocation à accueillir ou héberger, les services accompagnent les personnes sur leurs lieux de vie (domicile, lieux scolaires, loisirs, etc.). L'offre de places est plus importante dans les premiers que dans les seconds. Ainsi, près de 80 % des places installées[1] le sont en établissement. C'est encore davantage le cas pour les adultes que pour les enfants : 85 % des places pour adultes sont en établissement, contre 68 % au sein des structures pour enfants. Entre 2010 et 2014, le nombre de places a augmenté à peine plus vite que la population totale (+5,6 %). L'offre s'est davantage développée dans les services (+15,2 % dans les services pour enfants et +10,2 % dans les services pour adultes) que dans les établissements (+0,4 % pour les enfants et +5,4 % pour les adultes). En particulier, l'évolution de l'offre d'accompagnement des enfants est portée presque exclusivement par les services.

Les 334 700 adultes handicapés accueillis dans des établissements ou accompagnés par des services[2] sont principalement en foyer (144 100 personnes) ou en établissements et services d'aide par le travail (Esat) avec 122 600 personnes *(encadré 1)*. Parmi les 158 200 enfants accompagnés par des structures médico-sociales, 70 000 le sont au sein d'instituts médico-éducatifs (IME) et 51 000 par des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad). Dans les établissements pour enfants, l'accueil de jour sans hébergement est plus fréquent que dans les établissements pour adultes : 61 % des capacités d'accueil contre 47 % *(graphique 1)*. Pour les adultes, le mode d'accueil des établissements est très lié à la fonction de l'établissement : 91 % des places en Esat sont proposées en accueil de jour sans hébergement contre 13 % des places en foyers.

Fin 2014, le taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le personnel en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places offertes, est stable pour l'ensemble des structures par rapport à 2010. Le taux d'encadrement est inférieur à 0,3 ETP par place dans les services pour adultes et pour enfants et dans les établissements et service d'aide par le travail (Esat) ; il est supérieur à 1 ETP par place dans les structures pour enfants polyhandicapés, dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et dans les foyers d'accueil médicalisés (FAM).

---

1. Les places installées sont celles en état d'accueillir des personnes (celles fermées temporairement pour cause de travaux sont incluses). Elles peuvent être moins nombreuses que les places autorisées, ces dernières n'étant pas nécessairement créées.
2. Cet effectif est supérieur au nombre d'adultes effectivement accueillis ou accompagnés, car il contient des doubles comptes. Un même adulte handicapé peut en effet occuper simultanément deux places, par exemple dans un établissement ou un service d'aide par le travail en journée et dans un foyer d'hébergement la nuit. Pour les enfants, la prise en charge simultanée dans deux structures est en revanche beaucoup plus rare.

Tableau 1 Nombre de structures, places, personnes accueillies et personnel au 31 décembre 2014

	Situation au 31 décembre 2014					Évolution entre 2010 et 2014 (en %)		
	Nombre de structures	Nombre de places	Nombre de personnes accueillies ou accompagnées	Personnel en équivalent temps plein (ETP)	Taux d'encadrement (ETP par place, en %)	Nombre de structures	Nombre de places	Personnel en équivalent temps plein (ETP)
Ensemble des structures	**11 250**	**489 230**	**493 000**	**245 830**	**50,2**	**6,1**	**5,6**	**6,0**
Établissements pour enfants, dont :	**2 190**	**107 310**	**107 200**	**77 490**	**72,2**	**3,5**	**0,4**	**-1,0**
IME	1 220	69 230	70 000	44 790	64,7	0,4	-0,5	-1,2
Itep	410	15 560	15 200	12 800	82,3	8,1	3,8	2,0
Établissements pour enfants polyhandicapés	200	5 650	5 700	6 520	115,3	2,0	0,2	-2,4
IEM	140	7 390	7 100	6 450	87,3	2,2	-1,6	-6,7
Établissements pour jeunes déficients sensoriels[1]	120	7 580	7 200	5 450	72,0	-0,8	-2,7	-5,8
Services pour enfants[2]	**1 570**	**50 160**	**51 000**	**13 950**	**27,8**	**8,1**	**15,2**	**12,3**
Établissements pour adultes, dont	**6 250**	**281 650**	**281 900**	**147 080**	**52,2**	**5,8**	**5,4**	**9,4**
Esat	1 420	119 360	122 600	25 490	21,4	-1,7	2,9	2,8
Centres de formation et d'orientation professionnelle[3]	150	10 970	8 900	3 830	34,9	14,5	-0,4	0,3
Foyers[4]	4 480	146 610	144 100	116 530	79,5	8,0	8,3	11,6
Services pour adultes[5]	**1 240**	**50 100**	**52 800**	**7 310**	**14,6**	**10,4**	**10,2**	**8,6**

IME : Institut médico-éducatif ; Itep : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique ; IEM : Institut d'éducation motrice ; Esat : Établissement et service d'aide par le travail.
1. Instituts pour déficients visuels, établissements pour déficients auditifs, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/aveugles.
2. Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad).
3. Centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), centres de rééducation professionnelle (CRP), unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS).
4. Foyers occupationnels et foyers de vie, foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalent, maisons d'accueil spécialisé (MAS), foyers d'accueil médicalisé (FAM).
5. Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah).
Note > Le nombre de personnes accueillies ou accompagnées comporte des doubles comptes, car un même adulte handicapé peut occuper simultanément deux places, l'une en journée et l'autre sur son lieu d'hébergement.
Champ > France métropolitaine et DROM.
Source > DREES, enquête ES-Handicap 2014.

Encadré 1 Les structures dédiées à l'accueil ou l'accompagnement des enfants et adultes handicapés

Les établissements pour enfants et adolescents handicapés

> **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. 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.**

> **Les établissements pour jeunes déficients sensoriels** accompagnent des enfants présentant une déficience auditive ou visuelle incompatible avec des conditions de vie et de scolarité dans un établissement d'enseignement ordinaire ou adapté. Cet établissement leur assure par conséquent les soins et l'éducation spécialisée.

> Il existe aussi **des jardins d'enfants spécialisés, des établissements d'accueil temporaire** ainsi que **des établissements expérimentaux** pour les enfants handicapés.

> **Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad)** interviennent 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.

Les établissements de travail protégé et de formation professionnelle

> **Les établissements et services d'aide par le travail (Esat)** offrent des activités productives et une prise en charge médico-sociale aux adultes handicapés dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide.

> **Les centres de pré-orientation (CPO) et les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS)** proposent une évaluation des capacités des travailleurs handicapés ainsi qu'un accompagnement à l'élaboration d'un projet professionnel.

> **Les centres de rééducation professionnelle (CRP)** ont pour mission de faciliter la réinsertion sociale des travailleurs handicapés et de leur assurer une formation qualifiante.

Les établissements centrés sur l'hébergement des adultes handicapés

> **Les foyers d'hébergement** ont pour principal but d'héberger des travailleurs handicapés en provenance d'Esat, d'entreprises adaptées ou encore du milieu ordinaire.

> **Les foyers occupationnels ou foyers de vie** sont destinés à des personnes handicapées ne pouvant pas travailler, mais qui ont une certaine autonomie physique ou intellectuelle.

> **Les maisons d'accueil spécialisées (MAS)** accueillent des adultes handicapés nécessitant une surveillance médicale et des soins constants, notamment avec la poursuite de traitements et de rééducation d'entretien.

> **Les foyers d'accueil médicalisés (FAM)** ont pour vocation d'accueillir des personnes lourdement handicapées voire des polyhandicapés, qui ne peuvent exercer une activité professionnelle.

> **Les foyers d'accueil polyvalent** ont été créés en 2005 pour répertorier les foyers d'hébergement qui proposent à la fois de l'internat, des activités occupationnelles et de la prise en charge médicalisée.

> **Des établissements d'accueil temporaire** ainsi que **des établissements expérimentaux** accueillent également des adultes handicapés.

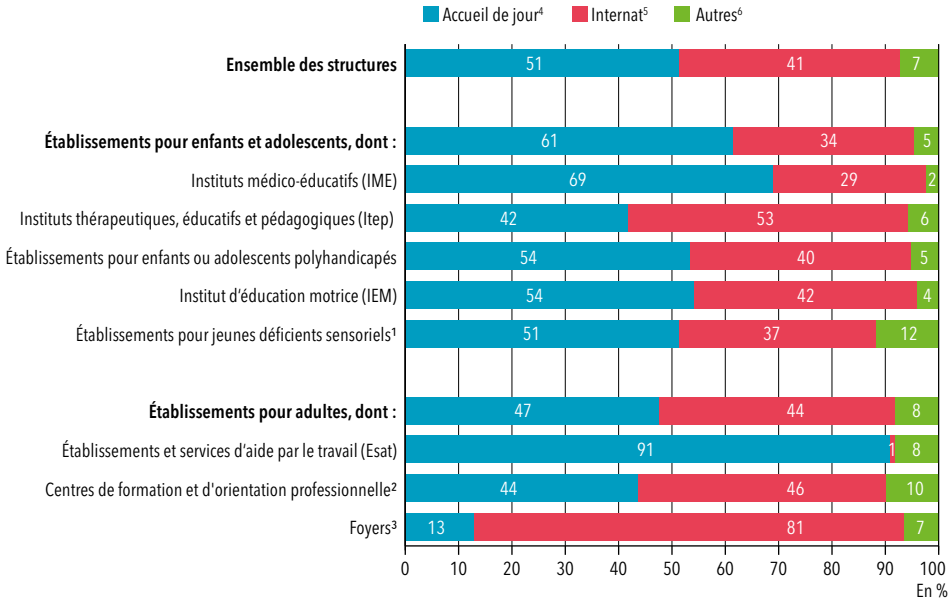
> Les services d'accompagnement comprennent **les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social (Samsah).** Ils concourent au maintien à domicile des personnes handicapées et à la préservation de leur autonomie et de leurs activités sociales.

La population accueillie est plutôt masculine et concentrée sur les âges intermédiaires de la vie

Les personnes accueillies dans les structures pour adultes ou enfants handicapés se distinguent de l'ensemble de la population par une plus forte proportion d'hommes (65 % des enfants et 59 % des adultes) *[graphique 2]*. Cette surreprésentation masculine est particulièrement marquée entre 8 et 20 ans.

La pyramide des âges des personnes accueillies en établissement ou service médico-social est très concentrée sur les âges intermédiaires de la vie, et les âges extrêmes sont très peu représentés. Les jeunes enfants, d'âge préscolaire, sont en effet pris en charge par leur famille ou par des modes d'accueil non spécifiques aux enfants handicapés. Très peu d'enfants de moins de 6 ans sont donc accueillis en établissements médico-sociaux. Ils ne représentent que 1 % des personnes accueillies, contre 4 % de l'ensemble de la population âgée de 0 à 70 ans. À l'autre extrême de la pyramide des âges, les plus de 60 ans sont, en proportion, moins nombreux dans les établissements médico-sociaux. Une partie d'entre eux est accueillie dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Graphique 1 Nombre de places selon le mode d'accueil et le type d'établissement, au 31 décembre 2014



1. Instituts pour déficients visuels, établissements pour déficients auditifs, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/aveugles.
2. Centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), centres de rééducation professionnelle (CRP), unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS).
3. Foyers occupationnels et foyers de vie, foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalent, maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM).
4. Accueil de jour/externat (sans hébergement).
5. Internat (complet, de semaine, etc.).
6. Dont hébergement éclaté, accueil familial, accueil temporaire, prestation sur le lieu de vie, etc.

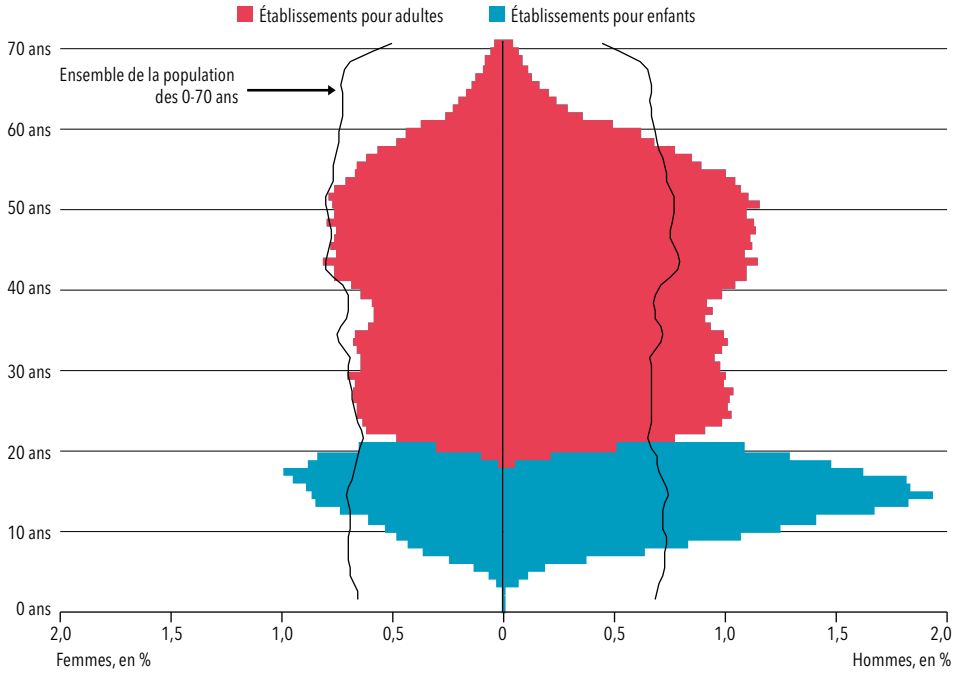
Champ > Établissements pour personnes handicapées, France métropolitaine et DROM.
Source > DREES, enquête ES-Handicap 2014.

Le lien entre déficience principale et type d'établissement plus fort pour les enfants que pour les adultes

Les établissements et services médico-sociaux sont pour la plupart organisés en fonction du type de handicap présenté par leurs bénéficiaires. Beaucoup de structures disposent ainsi d'un agrément pour accueillir une catégorie particulière de personnes, même si certaines peuvent avoir des agréments plus larges. Aussi, le lien entre déficience principale et type d'établissement est fort, et ce davantage pour les enfants que pour les adultes *(tableau 2)*.

La majorité des personnes accueillies au sein des Esat, des foyers occupationnels, des foyers d'hébergement ou encore des foyers d'accueil polyvalent ont une déficience intellectuelle ou des troubles du psychisme. D'autres établissements accueillent majoritairement des personnes ayant une déficience principale motrice, comme les centres de rééducation professionnelle (CRP) ou les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation (UEROS).

Graphique 2 Pyramide des âges des personnes accueillies en établissements pour adultes et enfants handicapés, au 31 décembre 2014



Note > Le total établissements pour adultes est calculé hors foyers d'hébergement pour limiter le nombre de personnes accueillies comptées deux fois. La quasi-totalité des personnes accueillies en foyer d'hébergement sont en parallèle accueillies par un Esat, un foyer occupationnel/de vie ou d'accueil polyvalent. Les doubles comptes entre établissements pour enfants sont négligeables.

Lecture > Au 31 décembre 2014, les garçons de 10 ans représentent 1,3 % des personnes accueillies dans une structure pour adultes ou enfants handicapés.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > DREES, enquête ES-Handicap 2014 ; Insee, estimations de population au 1er janvier 2015.

Tableau 2 Répartition des personnes accueillies ou accompagnées par déficience principale selon le type de structure, au 31 décembre 2014

Type de structure / Déficience principale (en %)	Déficiences intellectuelles	Troubles du psychisme	Déficiences sensorielles	Déficiences motrices	Polyhandicap	Autres	Total	Effectifs
Adultes								
Foyer d'hébergement pour adultes handicapés	74	19	1	3	< 1	3	**100**	**37 200**
Ensemble des établissements pour adultes (hors foyers d'hébergement)	60	21	2	7	4	6	**100**	**244 700**
Esat	69	23	2	3	< 1	4	**100**	**122 600**
CRP ou UEROS	2	10	10	42	1	36	**100**	**8 900**
Foyer occupationnel/de vie/d'accueil polyvalent	71	19	2	5	1	3	**100**	**53 800**
MAS	41	13	1	10	27	7	**100**	**27 200**
FAM	47	24	3	13	7	6	**100**	**25 800**
Autres	42	32	1	11	1	14	**100**	**6 400**
SAVS/Samsah	43	28	6	14	< 1	8	**100**	**52 800**
Enfants								
Ensemble des établissements pour enfants et adolescents	52	26	8	5	6	3	**100**	**107 200**
IME	76	18	< 1	< 1	2	3	**100**	**70 000**
Itep	3	94	< 1	< 1	< 1	3	**100**	**15 200**
Établissement pour jeunes déficients sensoriels	1	1	77	2	< 1	18	**100**	**7 100**
IEM	5	3	1	72	9	11	**100**	**7 000**
Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés	15	6	1	4	70	4	**100**	**5 700**
Autres types d'établissements	44	24	8	2	8	14	**100**	**2 200**
Sessad	34	24	18	11	2	12	**100**	**51 000**

Note > Voir tableau 1 pour les acronymes. Les « autres types d'établissements » regroupent, chez les enfants, les établissements d'accueil temporaire, les jardins d'enfants spécialisés et les établissements expérimentaux. S'agissant des adultes, cette catégorie regroupe les établissements expérimentaux et les établissements d'accueil temporaire.
Le nombre de personnes accueillies ou accompagnées comporte des doubles comptes, car un même adulte handicapé peut occuper simultanément deux places, l'une en journée et l'autre sur son lieu d'hébergement. Afin de limiter ces doubles comptes, le total pour l'ensemble des établissements pour adultes est calculé « hors foyers d'hébergement ».
Lecture > Au 31 décembre 2014, 69 % des adultes handicapés accueillis en Esat ont pour déficience principale une déficience intellectuelle.
Champ > Personnes accueillies dans une structure pour enfants ou adultes handicapés, France métropolitaine et DROM.
Source > DREES, enquête ES-Handicap 2014.

Tableau 3 Répartition des adultes accompagnés par un SAVS ou Samsah par âge selon l'activité ou l'accueil en journée, au 31 décembre 2014

	Répartition (en %)										Effectifs
	Travail en Esat à temps plein ou partiel	Travail dans une entreprise adaptée	Travail en milieu ordinaire	En formation ou en stage	Demandeur d'emploi en milieu ordinaire	Accueil en foyer occupationnel, foyer de vie ou accueil de jour	Accueil en MAS ou en FAM	Autre activité ou accueil en journée	Sans activité professionnelle ou accueil médico-social en journée	Total	
18-24 ans	29	1	7	9	8	3	1	8	35	**100**	3 900
25-34 ans	44	3	6	2	4	2	1	6	31	**100**	10 400
35-44 ans	45	3	6	1	3	2	1	7	32	**100**	12 400
45-54 ans	42	3	5	0	2	3	1	7	38	**100**	14 700
55-70 ans	22	1	3	0	1	3	1	10	59	**100**	10 700
Ensemble	**38**	**3**	**5**	**1**	**3**	**3**	**1**	**8**	**40**	**100**	**52 800**

Lecture > 3900 adultes de moins de 25 ans accompagnés par un SAVS ou un Samsah au 31 décembre 2014, dont 29 % travaillent en Esat à temps plein ou partiel.
Champ > Adultes accompagnés par un SAVS ou un Samsah, France métropolitaine et DROM.
Source > DREES, enquête ES-Handicap 2014.

Tableau 4 Répartition des enfants accompagnés par un Sessad par âge selon le type de scolarisation, au 31 décembre 2014

	Répartition (en %)									Effectifs
	Non scolarisé	Etablissement scolaire temps complet	Etablissement scolaire temps partiel	Classe pour l'inclusion scolaire (CLIS)	Unité localisée pour l'intégration scolaire (Ulis)	Section d'enseignement général et professionnel adapté (Segpa)	Établissement régional d'enseignement adapté (EREA)	Autre	Total	
Moins de 3 ans	81	6	3	4	3	2	0	1	**100**	900
3 ans	30	28	26	4	1	1	0	9	**100**	900
4 ans	10	47	30	3	1	0	0	9	**100**	1 200
5 ans	6	57	24	5	0	0	0	7	**100**	1 600
6 ans	3	65	14	11	0	0	0	7	**100**	2 400
7 ans	2	54	8	32	0	0	1	4	**100**	3 200
8 ans	2	45	5	44	0	0	0	3	**100**	3 800
9 ans	1	42	4	50	1	0	0	2	**100**	4 200
10 ans	1	39	3	53	1	0	0	3	**100**	4 800
11 ans	1	37	3	51	4	1	1	3	**100**	4 900
12 ans	1	32	3	9	34	17	2	3	**100**	4 600
13 ans	1	30	3	2	41	19	2	3	**100**	4 300
14 ans	1	30	2	1	41	20	2	4	**100**	4 100
15 ans	2	30	3	1	38	20	3	4	**100**	3 300
16 ans	5	43	4	1	25	5	4	13	**100**	2 300
17 ans	8	46	2	1	20	1	6	16	**100**	1 800
18 ans	17	41	3	1	18	1	3	17	**100**	1 300
19-20 ans	26	35	4	1	10	0	3	21	**100**	1 200
Ensemble	**5**	**39**	**6**	**21**	**15**	**7**	**1**	**5**	**100**	**51 000**

Lecture > 4 800 enfants de 10 ans sont accompagnés par un Sessad au 31 décembre 2014, dont 53 % scolarisés en CLIS.
Champ > Enfants accompagnés par un Sessad, France métropolitaine et DROM.
Source > DREES, enquête ES-Handicap 2014.

Les personnes accompagnées par des services

Les services destinés aux adultes (SAVS/Samsah) accompagnent principalement des personnes en âge de travailler : les effectifs de personnes accompagnées croissent jusqu'à l'âge de 40 ans, et les classes d'âge les plus représentées sont celles de 40 à 55 ans *(tableau 3)*. Après 55 ans, leur nombre diminue fortement. Les services pour adultes handicapés accompagnent massivement des personnes qui travaillent en milieu protégé (Esat : 38 %), ou qui n'ont pas d'activité professionnelle ni d'accueil en journée (40 %).

La plupart des enfants accompagnés par les Sessad ont entre 8 et 14 ans inclus *(tableau 4)*. Il y a moins d'enfants accompagnés par ce type de structure après 14 ans. Conformément aux objectifs des Sessad d'accompagnement et de scolarisation des enfants en milieu ordinaire, la part des enfants non scolarisés y est relativement faible, notamment entre 4 et 16 ans. Le type de scolarisation évolue avec l'âge : la scolarisation en classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) augmente rapidement à partir de 6 ans et devient le type de scolarisation majoritaire de 10 à 11 ans. Après 11 ans, ce type de scolarisation s'efface au profit d'une scolarisation en unité localisée pour l'intégration scolaire (ULIS) ou en section d'enseignement général et professionnel adapté (Segpa), ce qui correspond au passage du primaire au collège. Cependant, la scolarisation dans un établissement scolaire à temps complet est elle aussi significative, dès 4 ans. ■

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires issues de l'enquête ES-Handicap sont disponibles sur l'espace data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, enquête auprès des établissements et services pour adultes et enfants handicapés.

> **L'enquête ES-handicap :** https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-etablissements-et-services-pour-enfants-et-adultes

> **Bergeron, T., Eideliman, J.-S.** (2018, juillet). Les personnes accueillies dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants ou adultes handicapés en 2014 - Résultats de l'enquête ES-Handicap 2014. Paris, France : DREES, *Les Dossiers de la Drees*, 28.

> **Falinower, I.** (2016, septembre). L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014. DREES, *Études et Résultats*, 975.

> **Reynaud, F.** (2019, septembre). Les personnes handicapées vieillissantes : évolutions récentes. Article libre propos, *Gérontologie et société*.

L’aide sociale à l’enfance

24 Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance

Les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) mettent en œuvre diverses actions dans le cadre de la politique de protection de l'enfance, à des fins de prévention, de repérage des situations de danger ou de risque de danger, et de protection. Les deux principaux modes d'intervention sont l'aide à domicile et la prise en charge matérielle. La première recouvre à la fois des interventions à domicile et des aides financières. La seconde correspond essentiellement à des mesures de placement en dehors du milieu familial. Spécificité de cette politique, les mesures d'aide sociale à l'enfance relèvent à la fois des pouvoirs administratif et judiciaire.

La protection de l'enfance en France, telle que définie par l'article L. 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), « vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. » Elle couvre donc de nombreux aspects allant de la prévention au repérage des situations de danger ou de risque de danger, jusqu'à la mise en œuvre de mesures de protection administrative ou judiciaire des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans.

Les services de l'aide sociale à l'enfance

Cette politique est principalement confiée aux conseils départementaux, dont les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) sont chargés de trois grandes catégories de missions (art. L. 221-1 du CASF), en partie avec le service de la protection maternelle et infantile (PMI) et le service départemental d'action sociale (art. L. 226-1 du CASF). Tout d'abord, les services de l'ASE ont un rôle de sensibilisation et d'information des personnes pouvant être concernées par des mineurs en danger ou en risque de l'être. Le président du conseil départemental est chargé de la centralisation de toutes les informations préoccupantes relatives à la situation d'un mineur au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP). L'information transmise doit permettre l'évaluation de la situation du mineur, la mise en œuvre d'éventuelles actions de protection dont lui et sa famille pourraient bénéficier, voire le signalement à l'autorité judiciaire. Ensuite, les services de l'ASE développent des missions à portée préventive auprès des mineurs et de leurs familles, soit individuelles, soit collectives (prévention spécialisée). Enfin, ils doivent pourvoir aux besoins des mineurs qui leur sont confiés, sur décision administrative ou judiciaire ou en tant que pupilles de l'État. À des fins de prévention individuelle et de protection, différentes prestations d'aide sociale à l'enfance sont précisément définies aux articles L. 222-1 à L. 222-7 du CASF.

Les aides à domicile

Lorsque la santé de l'enfant, sa sécurité, son entretien ou son éducation l'exigent, une aide à domicile peut être décidée. Elle vise à maintenir l'enfant dans son milieu habituel ou à faciliter le retour à domicile après une prise en charge en dehors du milieu familial. L'aide à domicile recouvre diverses actions telles que l'octroi d'aides financières, l'appui d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF), un accompagnement en économie sociale et familiale, ou l'intervention d'un service d'action éducative à domicile *(encadré 1)*.

Les aides financières et l'accompagnement social et familial

Les départements peuvent verser des aides financières aux familles ne disposant pas de ressources suffisantes, sous forme d'allocations mensuelles ou

de secours exceptionnels. Elles sont attribuées à un des parents ou à la personne qui assume la charge effective de l'enfant et peuvent l'être sous condition de remboursement.

Les familles rencontrant des difficultés éducatives et sociales perturbant leur vie quotidienne peuvent bénéficier de l'action d'un TISF ou d'une aide ménagère. Elles consistent en un accompagnement des parents (ou des détenteurs de l'autorité parentale) dans leurs fonctions parentales, dans des domaines aussi divers que la santé, l'hygiène, l'alimentation, la sécurité, l'éducation, la scolarisation, les loisirs… Les interventions ont lieu majoritairement au domicile des familles, dans leur cadre de vie quotidien, et doivent leur permettre de retrouver leur autonomie.

Créées par la loi du 5 mars 2007[1], des mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale peuvent être proposées aux familles. Elles ont pour but d'aider les parents confrontés à des difficultés de gestion du budget familial qui peuvent avoir des conséquences sur les conditions de vie de l'enfant. Cet accompagnement peut être mis en place à la demande ou en accord avec les parents ; il s'agit alors d'une mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale (MAAESF). Il peut également être décidé par le juge des enfants ; il s'agit alors d'une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF).

Les actions éducatives, à domicile ou en milieu ouvert

L'action éducative à domicile (AED) est une décision administrative prise par le président du conseil départemental, à la demande ou en accord avec les parents. Elle apporte un soutien matériel et éducatif à la famille, lorsque les parents sont confrontés à d'importantes difficultés sur le plan éducatif. L'AED doit permettre d'accompagner les familles, d'élaborer ou d'améliorer les liens entre parents et enfants et de favoriser l'insertion sociale des jeunes, notamment en soutenant le rapport aux institutions et en particulier à l'école. Elle conduit parfois à assurer une prise en charge partielle ou totale des mineurs, selon les besoins identifiés. Elle s'inscrit dans le cadre d'une relation formalisée avec les services de l'ASE et repose sur une démarche concertée entre les parents, le service de l'ASE et le professionnel intervenant. L'AED est exercée par des éducateurs spécialisés ou des psychologues, appartenant aux services départementaux de l'ASE ou à un service public ou privé habilité. Comme les autres aides à domicile, elle peut également être mise en œuvre pour des jeunes majeurs de moins de 21 ans.

L'action éducative en milieu ouvert (AEMO) vise les mêmes objectifs que l'AED mais elle est décidée par le juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative (art. 375 du Code civil) et est donc contraignante à l'égard des familles.

Les mesures de placement

Les mesures administratives de placement

Un mineur qui ne peut demeurer dans son milieu de vie habituel ou qui nécessite un accueil spécialisé peut être confié au service de l'ASE sur décision du président du conseil départemental, à la demande

Encadré 1 L'information statistique sur les aides à domicile

Le dénombrement statistique des aides financières, des interventions d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) et des mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale est relativement difficile. En effet, les pratiques des départements sont particulièrement diverses dans ce domaine, rendant malaisée l'élaboration d'une définition et d'une unité de décompte homogènes (famille ou individu, urgence ou versements réguliers, non-enregistrement au niveau local de ces aides parfois ponctuelles…). Ces difficultés expliquent que, dans l'enquête Aide sociale de la DREES, les informations relatives à ces items ne sont pas fournies par un nombre significatif de départements. Cette situation ne permet pas, à ce jour, la diffusion par la DREES de données statistiques consolidées.

1. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

ou en accord avec la famille. Le service de l'ASE ou un service habilité accueille alors le mineur pendant tout ou partie de la journée, si possible dans un lieu à proximité de son domicile, afin de lui apporter un soutien éducatif et d'accompagner sa famille dans l'exercice de sa fonction parentale. Ces mesures sont des accueils provisoires de mineurs. Les jeunes majeurs ou mineurs émancipés éprouvant des difficultés d'insertion sociale, faute de ressources ou de soutien familial suffisant, peuvent également bénéficier d'une prise en charge par le service de l'ASE, appelée accueil provisoire de jeune majeur. Enfin, les pupilles de l'État sont aussi confiés au service de l'ASE. L'ensemble de ces situations sont regroupées sous le terme de mesures administratives de placement. Plusieurs modes d'accueil des mineurs et des jeunes majeurs existent : accueil par des assistants familiaux, hébergement en établissement d'éducation spéciale, en maison d'enfant à caractère sociale (MECS) *[encadré 2]*, en pouponnière, ou encore en placement auprès d'un tiers digne de confiance, hébergement en internat ou en foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs…

Les mesures judiciaires de placement

Les mesures judiciaires de placement sont décidées par le juge des enfants. Le mineur est alors confié au service de l'ASE qui détermine les modalités de son placement. Ces mesures recouvrent différentes situations : placement au titre de l'assistance éducative, délégation de l'autorité parentale à l'ASE, retrait partiel de l'autorité parentale, tutelle d'État déférée à l'ASE ou en application de l'ordonnance de 1945 relative à l'enfance délinquante (de manière provisoire ou pour les mineurs de moins de 13 ans).

Les placements directs

Les placements directs sont effectués par le juge des enfants. Le service de l'ASE doit alors financer l'accueil du mineur mais ne décide pas des modalités de placement. Il peut s'agir d'un placement auprès d'un établissement ou auprès d'un tiers digne de confiance, ou encore d'une délégation de l'autorité parentale à un particulier ou à un établissement.

Des formes alternatives ou temporaires d'accueil

Au cours des années 2000, de nouveaux modes de prise en charge ont été développés afin de mieux répondre à certaines situations spécifiques.

L'accueil de jour

Introduite par l'article L. 222-4-2 de la loi de 2007, cette forme d'accueil se situe entre l'action éducative et l'hébergement, lorsqu'elle n'est pas décidée par le juge mais en concertation avec la famille et le service

Encadré 2 Les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance

Les **maisons d'enfants à caractère social (MECS)** sont les héritières des orphelinats. Elles accueillent des enfants et des adolescents dont les familles ne peuvent assumer la charge et l'éducation à la suite de difficultés momentanées ou durables.

Les **foyers de l'enfance** hébergent, à tout moment, tout mineur en situation difficile nécessitant une aide d'urgence. Ces lieux d'observation et d'évaluation permettent de préparer une orientation du mineur (retour à la famille, placement en famille d'accueil, placement en établissement, adoption).

Les **pouponnières à caractère social** reçoivent des enfants de la naissance à 3 ans, qui ne peuvent rester au sein de leur famille ou bénéficier d'un placement familial surveillé.

Les **villages d'enfants** prennent en charge des frères et sœurs dans un cadre de type familial avec des éducateurs familiaux qui s'occupent, chacun, en particulier d'une ou de deux fratries.

Les **lieux de vie et d'accueil** offrent une prise en charge de type familial à des jeunes en grande difficulté. Ils constituent le milieu de vie habituel des jeunes et des permanents éducatifs.

Les placements peuvent également avoir lieu en **établissement sanitaire** ou en **établissement médico-social d'éducation spéciale** (institut médico-éducatif [IME] ; institut thérapeutique, éducatif et pédagogique [ITEP]…).

de l'ASE. En effet, le mineur passe toute ou partie de la journée dans un lieu lui assurant le soutien éducatif nécessaire. Lorsque sa mise en place est décidée par le juge des enfants, l'accueil de jour est en revanche une modalité de placement. Le mineur est alors confié à un service ou à un établissement pour un accueil à la journée.

Le placement à domicile (PAD)

Ce dispositif est une mesure de placement qui permet au mineur un maintien, ou un retour, au sein du domicile familial. En cas de crise, une place en famille d'accueil ou en établissement est assurée pour celui-ci. Ce placement est d'ordre administratif ou judiciaire, et nécessite une collaboration entre la famille du jeune et les services de l'ASE. Un suivi soutenu est assuré par l'intervention régulière (plusieurs fois par semaine) d'un éducateur au sein du domicile familial. Il est parfois appelé placement « hors les murs ».

L'accueil d'urgence

Précisée dans l'article L. 223-2 du CASF, cette mesure administrative de protection peut être mise en place lorsque la situation est jugée nécessaire par les services de l'ASE et que le représentant légal du jeune est dans l'impossibilité de donner son accord. Le procureur de la République est parallèlement et immédiatement avisé de sa mise en œuvre. Si le représentant légal est en capacité de donner cet accord mais qu'il le refuse, l'autorité judiciaire est alors saisie en application de l'article 375-5 du Code civil.

L'accueil de 72 heures

Destinée à l'accueil des mineurs en situation de rupture relationnelle avec leurs parents ou en situation de fugue, cette action d'ordre préventive prévoit un hébergement ponctuel (pour une durée maximale de 72 heures). Les services de l'ASE préviennent immédiatement les parents ou le représentant légal, ainsi que le procureur de la République. Durant ce laps de temps, le mineur n'est pas admis à l'ASE mais juste « recueilli » et ce, même sans l'accord des parents ou du représentant légal. À l'issue de cet hébergement provisoire et de l'évaluation de la situation du jeune, des réponses graduées sont apportées. Elles vont de la mise en place d'une médiation familiale visant à préparer le retour du jeune au domicile familial à l'accueil prolongé du mineur au sein des services de l'ASE.

Les mineurs non accompagnés

Les mineurs non accompagnés (MNA)[2] désignent la population des mineurs de nationalité étrangère se trouvant sur le territoire français sans adulte responsable et dont la situation a fait l'objet d'une évaluation, conduite par le conseil départemental, concluant à l'âge du jeune et à l'isolement familial (décret 2016-840 du 24 juin 2016). Les articles L. 112-3 et L. 221-2-2 du CASF font référence à la notion de « mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille » et précisent qu'ils entrent dans le droit commun de la protection de l'enfance et relèvent donc à ce titre de la compétence des départements. ■

2. Également désignés comme « mineurs isolés étrangers (MIE) » avant 2016.

25 Les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale à l'enfance

En 2017, les départements ont consacré près de 8 milliards d'euros à la protection de l'enfance. Ce montant, utilisé aux trois quarts pour des mesures de placement, finance également le versement d'allocations, ou encore la mise en œuvre d'actions éducatives et de la prévention spécialisée.
Au 31 décembre 2017, les mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficient de 344 000 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE), composées pour 52 % de mesures de placement et pour 48 % d'actions éducatives.

Représentant 8 % des mesures d'aide sociale des départements et 22 % des dépenses associées[1] en 2017, l'aide sociale à l'enfance (ASE) connaît des évolutions lentes mais régulières depuis vingt ans.

Une hausse régulière des mesures d'aide sociale à l'enfance

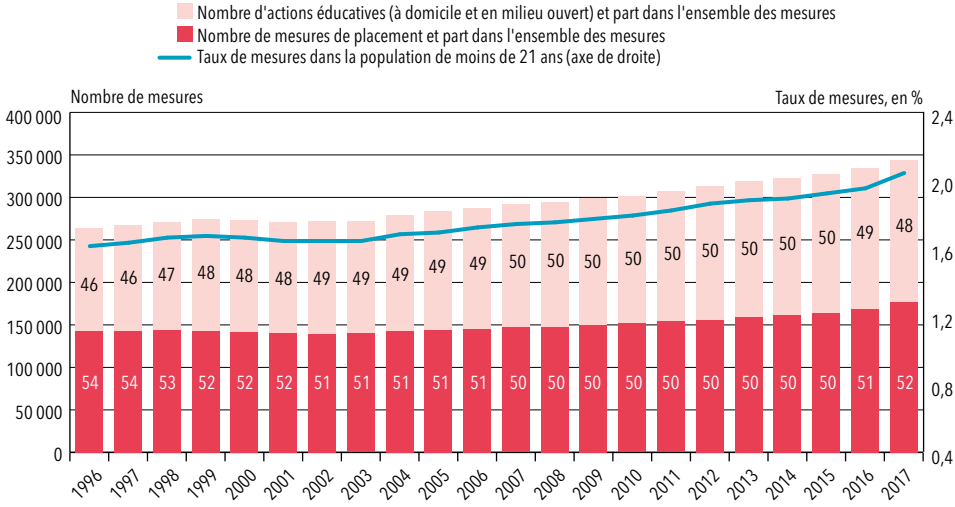
Au 31 décembre 2017, 344 000 mesures d'ASE[2] sont en cours. Ce nombre progresse depuis 1996 *(graphique 1)*. Entre 1996 et 2017, il a augmenté de 31 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 1,3 %. En France, durant cette même période, la population de moins de 21 ans a crû de seulement 3 %. Ainsi, le taux de mesures dans cette population[3] augmente très légèrement mais régulièrement au cours de cette double décennie. Alors qu'il était de 1,6 % en 1996, il est de 2 % en 2017 (+ 0,1 point comparé à 2016).
Le taux de mesures dans la population de moins de 21 ans varie de 1 % à 4 % selon les départements *(carte 1)*. Près de trois départements sur cinq présentent un taux compris entre 1,7 % et moins de 2,7 %, ces valeurs représentant respectivement 75 % et 125 % de la médiane[4], égale à 2,1. Moins d'un département sur cinq présente un taux inférieur à 1,7 %. À l'opposé, six départements se distinguent par des taux plus particulièrement élevés, allant de 3,3 % à 4 % (soit au moins 150 % de la valeur médiane).

Autant de mesures de placement que d'actions éducatives depuis 2007

Les mesures d'ASE peuvent consister en des actions éducatives (accompagnement matériel et éducatif du mineur et de sa famille ou du jeune majeur) ou en des mesures de placement en dehors du milieu de vie habituel. Fin 2017, ces mesures d'ASE comprennent légèrement plus de mesures de placement (177 000) que d'actions éducatives (167 000). En 1996, les mesures de placement représentaient 54 % des mesures d'ASE. Cette part a ensuite progressivement diminué jusqu'en 2007. Alors qu'une répartition à parts quasi égales était observée entre 2007 et 2015, la part relative des mesures de placement reprend légèrement l'ascendant depuis. Cette évolution récente tient notamment à l'importante augmentation du nombre de mineurs non accompagnés (MNA) au cours des deux dernières années (voir fiche 27).
La part des mesures de placement parmi les mesures d'ASE varie d'un département à l'autre *(carte 2)*.

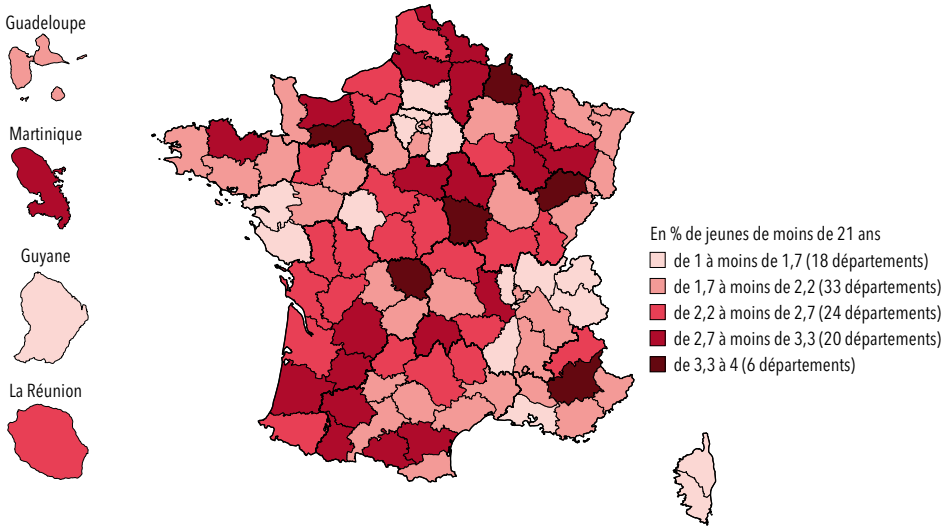
1. Le périmètre des mesures d'aide sociale des départements comprend ici les aides sociales aux personnes âgées, aux personnes handicapées, les mesures d'aide sociale à l'enfance, ainsi que les allocataires du revenu de solidarité active (RSA). Les dépenses associées désignent ici l'ensemble des dépenses brutes hors dépenses de personnel, à l'exception des rémunérations des assistants familiaux et des frais de personnel liés au RSA quand ils sont identifiés.
2. Les mesures d'ASE désignent ici les actions éducatives et les mesures de placement, mais ne comprennent pas toutes les actions des départements dans le champ de la protection de l'enfance (voir fiche 24). Les bénéficiaires d'une aide financière, d'un accompagnement social ou budgétaire, de même que les actions de prévention spécialisée ne sont pas pris en compte dans cette partie, car ils sont difficiles à dénombrer au niveau national (manque d'homogénéité des réponses, données manquantes, non-réponse de la part de certains départements...)
3. Une action éducative et une mesure de placement peuvent concerner, à une même date, le même bénéficiaire. Il s'agit donc bien d'un taux de mesures (non corrigé des doubles comptes) et non d'un taux de bénéficiaires.
4. La médiane est la valeur en dessous de laquelle se situe la moitié des départements.

Graphique 1 Évolution des mesures d'aide sociale à l'enfance au 31 décembre, de 1996 à 2017



Lecture > Au 31 décembre 2017, les mesures d'actions éducatives (à domicile et en milieu ouvert) représentent 48 % de l'ensemble des mesures.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale à l'enfance, au 31 décembre 2017



Note > Au niveau national, le taux de mesures d'aide sociale à l'enfance est de 2 %, au 31 décembre 2017. Ce taux n'est pas corrigé des doubles comptes.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

Les départements se répartissent de manière quasi égale autour de la valeur nationale de 52 % et une grande majorité d'entre eux affichent une proportion relativement proche. En effet, la part des mesures de placement est comprise entre 50 % et 55 % dans près d'un tiers des départements, et entre 45 % et 60 % (soit entre 85 % et 115 % de la valeur nationale) dans les trois quarts des territoires. À l'inverse, seize départements se distinguent par des proportions plus faibles (entre 33 % et moins de 45 %) et onze départements par des parts plus élevées (entre 60 % et 70 %).

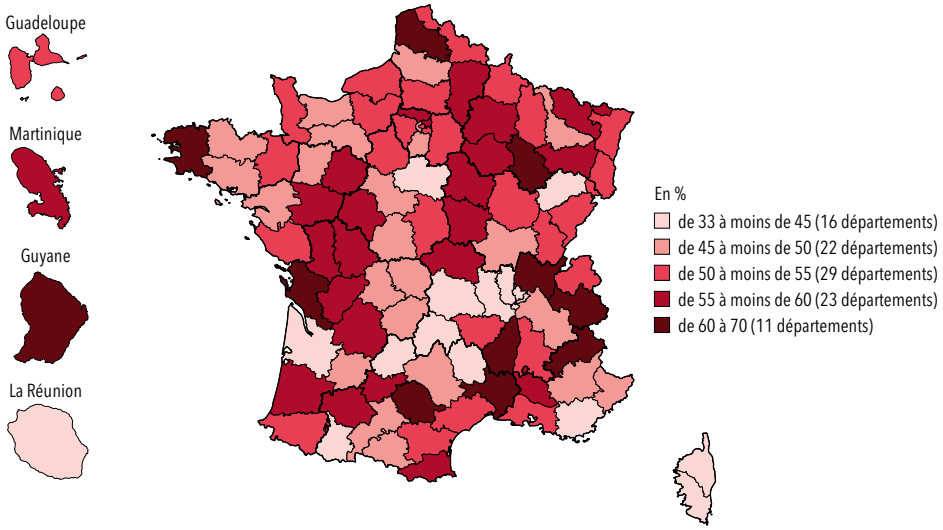
Une majorité de décisions judiciaires à l'origine des mesures

Les actions éducatives, comme les placements, peuvent être mis en œuvre à la suite d'une décision administrative ou d'une décision judiciaire (voir fiche 24). Dans l'ensemble, les mesures relèvent majoritairement de décisions judiciaires. Ainsi, en 2017, les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) représentent près de 70 % des mesures d'actions éducatives, même si des disparités départementales existent (voir fiche 26). Concernant les placements, près de neuf mesures sur dix, y compris les placements directs par le juge, sont judiciaires (voir fiche 27).

La majorité des dépenses d'aide sociale à l'enfance consacrées aux mesures de placement

En 2017, les dépenses brutes totales des conseils départementaux pour l'aide sociale à l'enfance s'élèvent à 8,0 milliards d'euros, hors dépenses de personnel, à l'exception de la rémunération des assistants familiaux. Près de 80 % d'entre elles sont attribuées aux placements *(graphique 2)*, et notamment aux placements en établissement (voir fiche 27). Elles permettent également de financer des actions éducatives, de la prévention spécialisée, ou encore des allocations (allocations mensuelles, secours, bourses et autres aides financières). Entre 1998 et 2017, les dépenses totales d'ASE ont augmenté de 43,2 %, en euros constants[5]

Carte 2 Part des mesures de placement dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance, au 31 décembre 2017

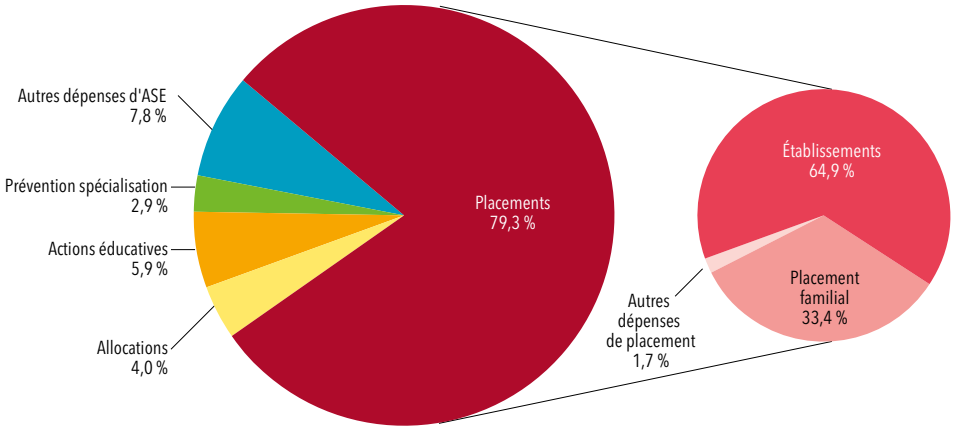


Note > Au niveau national, la part des mesures de placements dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance est de 52 %, au 31 décembre 2017.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

5. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2017, cet indice a augmenté de 1 % en moyenne annuelle.

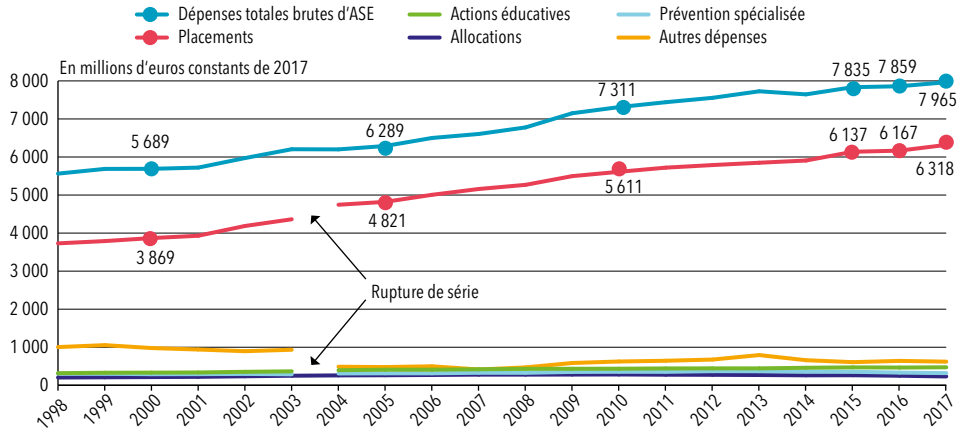
(graphique 3) et croissent encore de 1,3 % entre 2016 et 2017. La hausse des dépenses globales est essentiellement portée par celle des dépenses de placement, alors que les dépenses consacrées aux allocations et à la prévention spécialisée ont tendance à décroître depuis 2010. ■

Graphique 2 Répartition des dépenses brutes d'aide sociale à l'enfance en 2017



Note > Les autres dépenses d'ASE correspondent aux subventions et participations ainsi qu'aux autres dépenses des départements en faveur de l'enfance. Les autres dépenses de placement comprennent les dépenses liées aux placements chez les tiers dignes de confiance, frais liés à l'accueil de jour, à l'internat scolaire, aux frais d'hospitalisation...
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 3 Évolution des dépenses brutes d'aide sociale à l'enfance, de 1998 à 2017



Note > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2017. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. Les autres dépenses d'ASE correspondent aux subventions et participations ainsi qu'aux autres dépenses des départements en faveur de l'enfance. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « Autres dépenses » d'ASE sont, depuis, davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses de placement. Cette évolution induit une rupture de série statistique, hormis pour le total des dépenses d'ASE.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

26 Les actions éducatives

Fin 2017, près de 167 000 enfants ou jeunes de moins de 21 ans font l'objet d'une mesure d'action éducative. Ce nombre augmente régulièrement depuis vingt ans, et de 1,3 % entre 2016 et 2017. Les mesures d'action éducative comprennent 31 % d'actions éducatives à domicile (AED) et 69 % d'actions éducatives en milieu ouvert (AEMO). Cette répartition varie fortement selon les départements.

À la fin de l'année 2017, les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements français (hors Mayotte) mettent en œuvre 344 000 mesures. Près de la moitié d'entre elles sont des actions éducatives.

Des actions éducatives toujours plus nombreuses

Au 31 décembre 2017, 167 000 mesures d'action éducative sont en cours. Ce nombre a progressé de 34 % en vingt ans, même si le taux d'évolution annuel n'excède jamais les 3 % *(graphique 1)*. Entre 2016 et 2017, l'augmentation s'élève à 1,3 %. La hausse du nombre d'actions éducatives est nettement plus forte que celle de la population globale des moins de 21 ans, qui ne s'est accrue que de 3 % entre 1997 et 2017 (-0,5 % entre 2016 et 2017)[1].

Ces mesures d'action éducative concernent 1,0 % de la population de moins de 21 ans, fin 2017. Parmi les mineurs, 1,1 % bénéficie d'une action éducative. Cette proportion varie de 0,5 % à 2,3 % selon les départements, qui se répartissent à parts égales entre des taux inférieurs et supérieurs à 1,2 *(carte 1)*. Dans la majorité des collectivités (62 sur 101), le taux est compris entre 0,9 et moins de 1,5, soit relativement proche de cette valeur médiane (entre 75 % et 125 % de celle-ci). À l'inverse, certains départements sont plus atypiques. D'une part, 13 d'entre eux se caractérisent par un taux inférieur à 0,9 % ; ils se situent quasiment tous en Île-de-France et dans le quart sud-est de la France. D'autre part, 11 départements se distinguent par un taux particulièrement élevé, égal ou supérieur à 1,8 (soit 150 % de la médiane). Tous métropolitains, ces départements sont répartis sur l'ensemble du territoire.

Les actions éducatives peuvent concerner des jeunes majeurs, mais ces derniers ne constituent qu'une faible part des bénéficiaires. Si leur nombre a fortement augmenté de 2008 à 2011 (+29 %), il est depuis en baisse (-19 % entre 2011 et 2017). Fin 2017, 5 % des bénéficiaires d'une action éducative sont de jeunes majeurs, soit 2 800 personnes.

Plus de deux actions éducatives sur trois en milieu ouvert

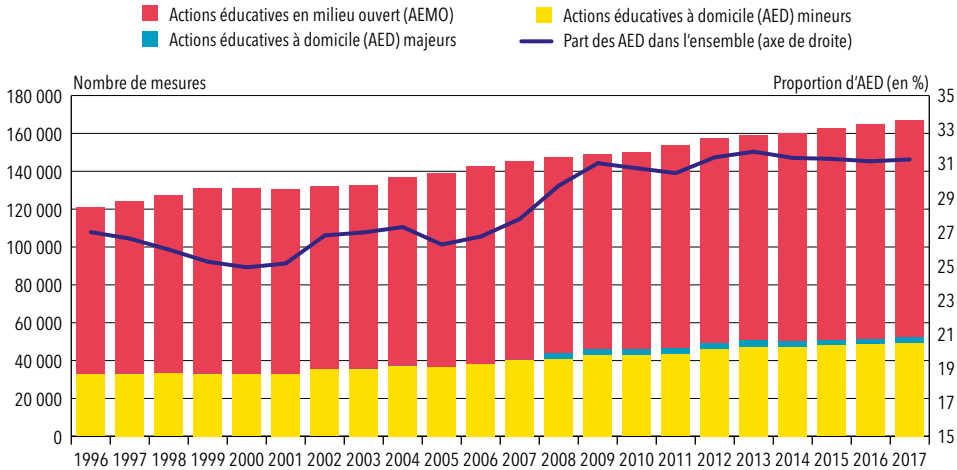
Parmi les actions éducatives, sont distinguées 52 000 actions éducatives à domicile (AED) et 115 000 actions éducatives en milieu ouvert (AEMO). Alors que les premières sont décidées en accord avec les familles, les secondes sont contraignantes à leur égard et sont ordonnées par le juge[2] (voir fiche 24). La hausse du nombre d'AED ayant été plus rapide que celle du nombre d'AEMO, la part des premières dans l'ensemble a augmenté au cours de la première décennie des années 2000. Elle atteint ainsi 31 % en 2009, contre 25 % dix ans plus tôt. Cependant, cette proportion est relativement stable depuis et les AEMO restent largement majoritaires (69 %).

La répartition entre AED et AEMO est hétérogène sur le territoire : la part d'AED dans l'ensemble des actions éducatives fluctue de moins de 10 % à plus de 60 % selon les départements *(carte 2)*. Dans près de la moitié d'entre eux, cette proportion est

1. D'après les estimations de population de l'Insee.
2. Les AEMO sont contraignantes pour les responsables légaux des mineurs et ne peuvent donc concerner les jeunes majeurs.

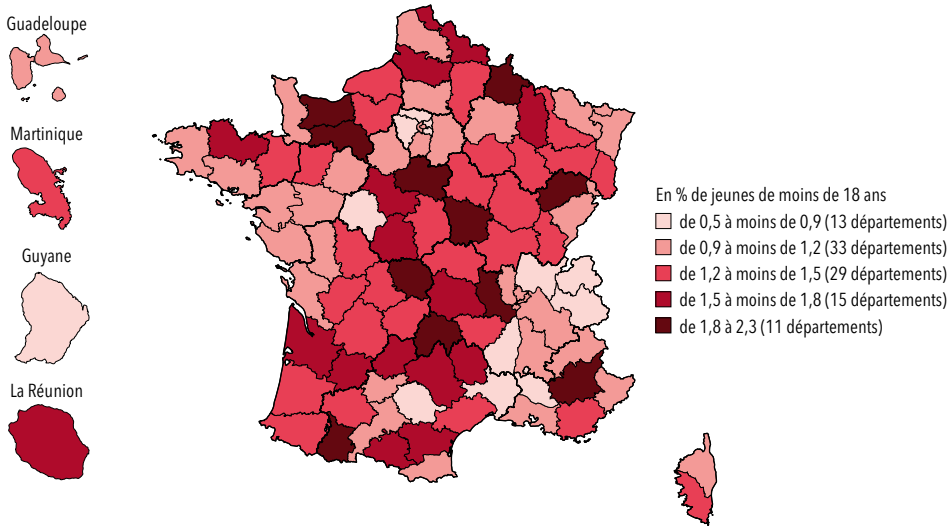
inférieure à la moyenne nationale (31 %) et, au sein de cette moitié, elle est comprise entre 21 % et 31 % dans une trentaine de territoires. À l'inverse, la proportion d'AED varie entre 31 % et 41 % dans 34 départements, et elle est encore plus élevée dans 1 département sur 5. ■

Graphique 1 Évolution du nombre d'actions éducatives de 1996 à 2017, au 31 décembre



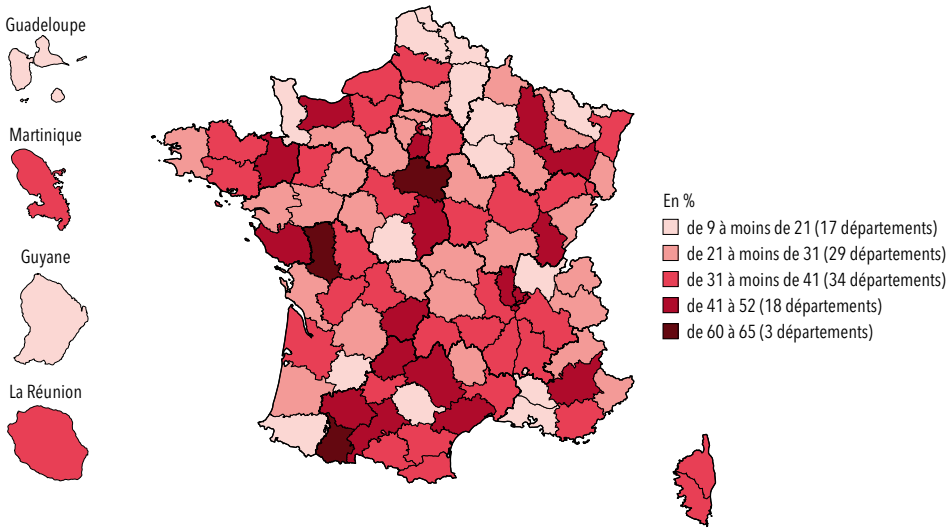
Note > Pour les années 1996 à 2007, les AED pour majeurs ne peuvent pas être distinguées de celles pour mineurs.
Lecture > Au 31 décembre 2017, 166 850 mesures d'actions éducatives sont en cours, 31 % d'entre elles sont des AED.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Carte 1 Nombre de mesures d'actions éducatives pour 100 jeunes de moins de 18 ans, au 31 décembre 2017



Note > Le taux d'actions éducatives pour mineurs, au niveau national, est de 1,1 % au 31 décembre 2017.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

Carte 2 Part des AED dans l'ensemble des mesures d'actions éducatives, au 31 décembre 2017



Note > La part d'AED dans l'ensemble des actions éducatives (AED et AEMO) est de 31% au niveau national, au 31 décembre 2017.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

27 Les mineurs et les jeunes majeurs accueillis à l'aide sociale à l'enfance

Au 31 décembre 2017, 177 000 mesures de placement sont en cours au titre de l'aide sociale à l'enfance. Ce nombre, tout comme les dépenses associées, n'a cessé d'augmenter depuis la fin des années 1990. Huit mesures sur dix font suite à une décision d'ordre judiciaire. Une petite moitié des bénéficiaires sont hébergés en famille d'accueil. Les types de mesures et les modes d'hébergement, ainsi que les dépenses de placement, varient d'un département à l'autre.

Parmi les 344 000 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) mises en œuvre par les départements (voir fiche 26), un peu plus de la moitié consiste en un accueil en dehors du milieu de vie d'origine.

Jusqu'en 2015, les dépenses de placement ont davantage augmenté que le nombre de bénéficiaires

Au 31 décembre 2017, 177 000 mineurs et jeunes majeurs sont accueillis à l'ASE. Après avoir légèrement diminué entre 1998 et 2002, ce nombre a continûment augmenté : +27 % entre 2002 et 2017 *(graphique 1)*, alors que la hausse de la population âgée de moins de 21 ans n'a été que de 2 % au cours de cette période. La hausse annuelle de près de 5 % entre 2016 et 2017 est la plus forte observée depuis 2002 et confirme la tendance entamée l'année précédente. L'importante augmentation du nombre de mineurs non accompagnés (MNA) au cours des deux dernières années semble être la principale cause de cet accroissement, même si leurs effectifs représentent une faible part de l'ensemble des enfants accueillis à l'ASE – de l'ordre d'un enfant sur six *(encadré 1)*. En effet, le taux de croissance du nombre de MNA atteint 52 % entre 2016 et 2017. En faisant l'hypothèse que l'ensemble des MNA sont bien dénombrés parmi les mesures de placements, le nombre des enfants et jeunes de moins de 21 ans accueillis, hors MNA, a diminué de 1,1 % entre 2016 et 2017.

Parallèlement, les dépenses de placement n'ont cessé de croître et ce, à un rythme globalement plus dynamique que le nombre de mesures. Entre 1998 et 2017, la hausse est en effet de 69,4 %[1] en euros constants[2], soit un taux de croissance annuel moyen de 2,8 %, contre 1,1 % pour le nombre de bénéficiaires. En 2017, les dépenses de placement s'élèvent à 6,3 milliards d'euros et représentent 79 % des dépenses brutes totales d'ASE des départements. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire[3] a ainsi sensiblement augmenté, passant de 26 000 euros en 1998 (en euros constants de 2017) à 36 500 euros par an et par bénéficiaire en 2017. Néanmoins, depuis 2015, la hausse du nombre de bénéficiaires est supérieure à celle des dépenses. Entre 2016 et 2017, le nombre de bénéficiaires et les dépenses associées ont augmenté respectivement de 4,8 % et de 2,5 %.

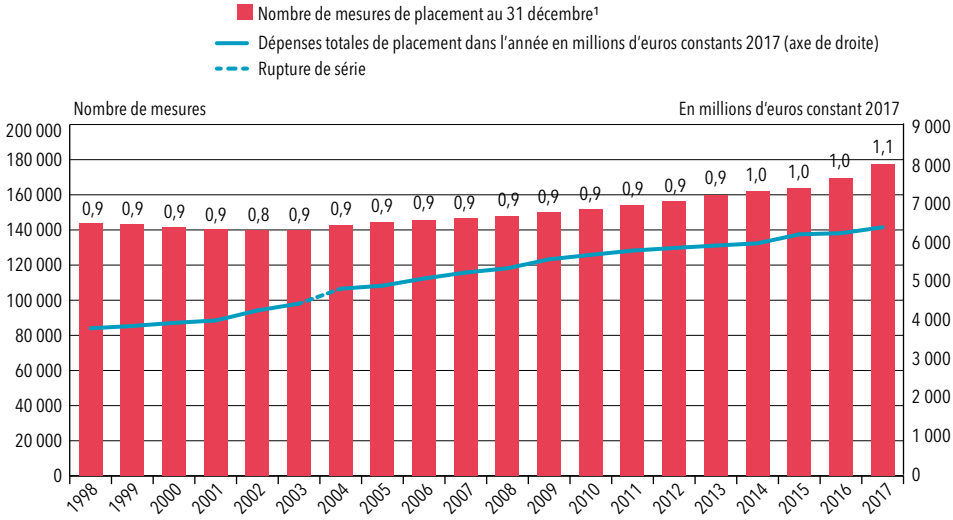
Au niveau national, 1,1 % des enfants et jeunes de moins de 21 ans bénéficient d'un accueil à l'ASE. Ce taux varie selon les départements *(carte 1)*. Les disparités entre départements sont néanmoins peu importantes, puisque soixante départements

1. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE sont, depuis cette date, davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses de placement. Cette évolution a induit une rupture de série statistique dans les dépenses de placement, lesquelles sont légèrement sous-estimées entre 1998 et 2003. Pour la même raison, le taux de croissance des dépenses entre 1998 et 2017 est, lui, légèrement surestimé.

2. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2017, cet indice a augmenté de 1 % en moyenne annuelle.

3. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n*-1 et des bénéficiaires au 31 décembre *n*.

Graphique 1 Évolution du nombre de mesures et de dépenses de placement à l'aide sociale à l'enfance, de 1998 à 2017



1. La valeur indiquée correspond au nombre de mesures pour 100 habitants de moins de 21 ans.
Note > Le nombre de mesures pour 100 jeunes de moins de 21 ans en 2017 est égal au rapport du nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2017 et du nombre d'habitants au 1er janvier 2018. Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2017. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE sont, depuis, davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses de placement. Cette évolution a induit une rupture de série statistique dans les dépenses de placement, légèrement sous-estimées entre 1998 et 2003.
Lecture > Au 31 décembre 2017, le nombre de mesures de placement est de 177 000, soit 1,1 mesure de placement pour 100 habitants de moins de 21 ans et le montant total des dépenses de placement s'élève à 6,3 milliards d'euros.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

Encadré 1 Les mineurs non accompagnés pris en charge par l'ASE

L'enquête Aide sociale de la DREES interroge, depuis 2013, les conseils départementaux sur le nombre de mineurs isolés étrangers (MIE), puis de mineurs non accompagnés (MNA) pris en charge par le service ASE de leur département (voir fiche 24). Fin 2013, sur la France entière (hors Mayotte), l'effectif des MNA pris en charge par les services de l'ASE est estimé à environ 10 000 et, fin 2017, à environ 28 000. Sur le champ des départements ayant fourni des données en 2013 et en 2017, le taux de croissance est de 165 % entre ces deux années. Entre fin 2016 et fin 2017, ce taux est de 45 %.

La qualité des données remontées ne permet néanmoins pas de savoir si tous les départements comptabilisent bien cette population parmi les enfants accueillis à l'ASE. Si on fait l'hypothèse que la population des MNA est bien dénombrée parmi l'ensemble des enfants et jeunes majeurs accueillis à l'ASE, la proportion de MNA représente alors, en 2017, 16 % de cette dernière, parmi les départements répondants. Sur le champ des départements ayant fourni les informations à la fois en 2013 et en 2017, cette part de 7 % en 2013 atteint également près de 17 % en 2017.

présentent un taux compris entre 80 % et 120 % de la valeur médiane[4] (soit 1 %).

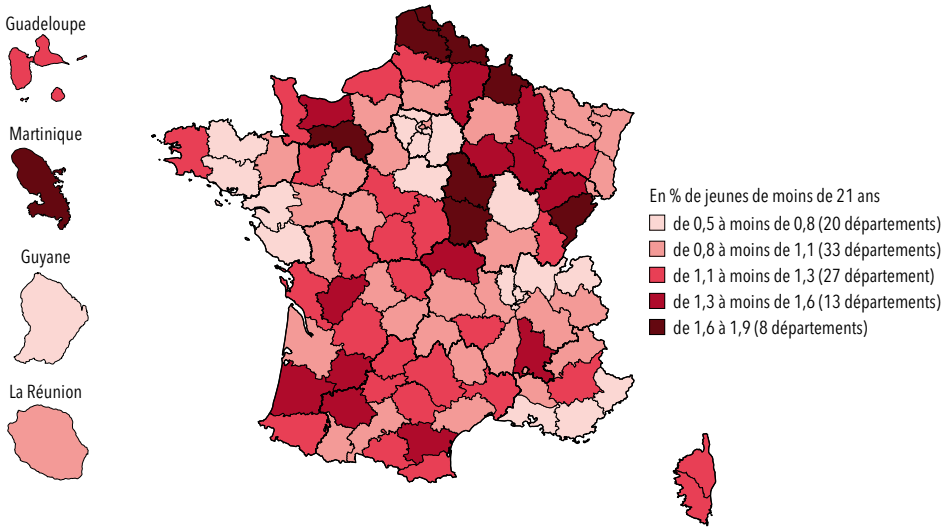
Les mesures d'ordre judiciaire sont prédominantes

Parmi les enfants accueillis à l'ASE, sont distingués ceux qui sont placés directement par le juge, qui définit alors les modalités de placement et pour lesquels le département est uniquement financeur, et ceux qui sont confiés à l'ASE par une mesure administrative ou judiciaire. Fin 2017, 16 000 enfants sont placés directement par le juge et 162 000 mineurs et jeunes majeurs sont spécifiquement confiés à l'ASE. Si le nombre d'enfants placés directement est presque stable entre 2016 et 2017 (-0,6 %), la tendance est néanmoins à la baisse régulière depuis une vingtaine d'années (-3 % par an en moyenne et -45 % entre 1996 et 2017). En 2017, ils représentent 9 % des enfants accueillis à l'ASE, contre 20 % en 1996 *(graphique 2)*. Une très large majorité d'entre eux sont placés directement auprès d'un tiers digne de confiance (80 %, fin 2017).

Les jeunes confiés à l'ASE peuvent l'être par une mesure administrative. Cela concerne les jeunes majeurs ou, en cas d'accord avec les familles, les mineurs. Il s'agit alors des pupilles, des accueils provisoires de mineurs et des accueils provisoires de jeunes majeurs. Fin 2017, 34 000 jeunes bénéficient de ces mesures. Au sein des mesures administratives, les accueils provisoires de jeunes majeurs sont les mesures les plus nombreuses, représentant plus de 50 % des mesures administratives depuis 2004, suivis des accueils provisoires de mineurs et, enfin, des pupilles (8 % des mesures administratives en 2017).

Les mesures judiciaires concernent 128 000 enfants, soit 79 % de ceux confiés à l'ASE et 72 % de ceux accueillis à l'ASE. Elles correspondent en très grande majorité à des placements à l'ASE par le juge, essentiellement au titre de l'assistance éducative : ces placements représentent plus de neuf mesures judiciaires sur dix, en 2017 comme en 1996. Les autres mesures judiciaires, c'est-à-dire les délégations de

Carte 1 Nombre de jeunes accueillis, pour 100 jeunes de moins de 21 ans, au 31 décembre 2017



Lecture > Au niveau national, le taux de mesures d'accueil est de 1,1 %, au 31 décembre 2017.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

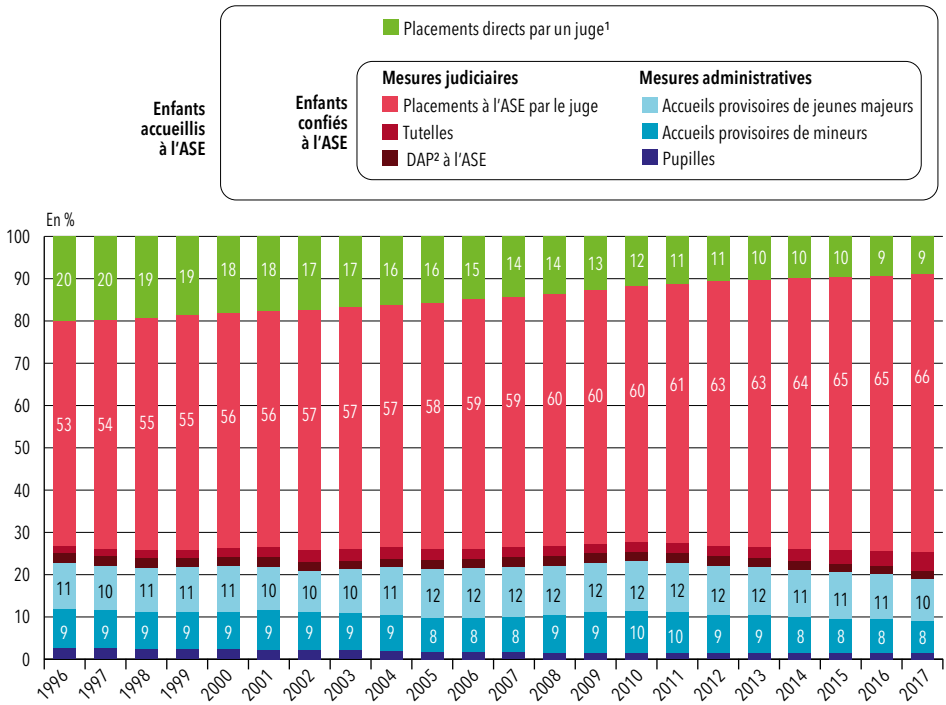
4. La médiane est la valeur en dessous de laquelle se situe la moitié des départements.

l'autorité parentale et les mesures de tutelle, restent, elles, relativement marginales. Le nombre de mesures judiciaires a tendance à augmenter depuis 1996 (+57 %, soit +2,2 % par an en moyenne).
Fin 2017, les 128 000 mesures judiciaires et les 16 000 placements directs par le juge concernent donc 144 000 enfants au total, soit 81 % de ceux accueillis au titre de l'ASE. Cette proportion oscille entre 77 % et 79 % entre 1996 et 2010, et progresse régulièrement depuis. Quel que soit le département, la part des accueils consécutifs à une décision judiciaire est majoritaire, mais elle varie de 64 % à 93 % sur le territoire, révélant ainsi des pratiques diverses. Néanmoins, ces disparités ne présentent pas d'écart important pour une large majorité des collectivités, soit 88 départements parmi lesquels les proportions fluctuent en effet dans une fourchette comprise entre 90 % et 110 % de la médiane (située à 81 %).
Dans six départements sur dix, elle est comprise entre 75 % et 85 % et dans neuf départements sur dix, elle reste dans une fourchette allant de 70 % à 90 %.

Près d'un jeune confié à l'ASE sur deux est en famille d'accueil

Au 31 décembre 2017, 76 000 mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE (hors placements directs par le juge[5]) sont hébergés en famille d'accueil, soit une

Graphique 2 Évolution des mesures de placement au 31 décembre, selon le type de décision, de 1996 à 2017



1. Mesures pour lesquelles les services de l'ASE sont uniquement financeurs.
2. Délégations de l'autorité parentale, y compris retraits partiels de l'autorité parentale.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

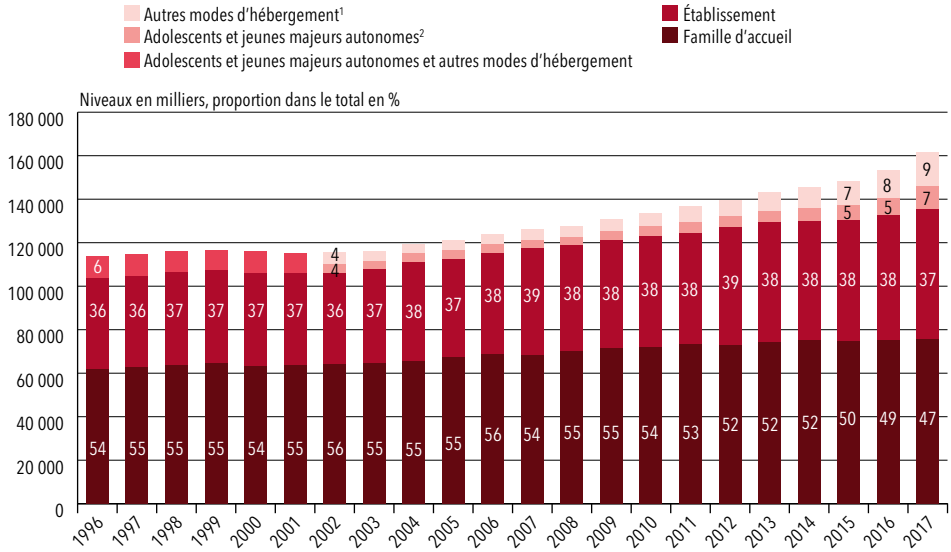
5. Le détail des modalités d'accueil dans le cas de placements directs par le juge n'est pas connu avec précision. Cette sous-partie se concentre donc sur les seuls enfants confiés à l'ASE.

petite moitié d'entre eux *(graphique 3)*. L'accueil en établissement public relevant de l'ASE ou du secteur associatif habilité et financé par elle (voir fiche 28) concerne 37 % des jeunes confiés à l'ASE.

Bien que le nombre d'enfants hébergés en famille d'accueil ait progressé de 22 % entre 1996 et 2017, leur part relative est en baisse. Leur proportion passe ainsi de 56 % en 2006 (son niveau le plus élevé) à 47 % en 2017. En effet, le recours aux modes d'hébergement à destination d'adolescents et jeunes majeurs autonomes ou à d'autres modes comme, par exemple, l'accueil en village d'enfants, l'internat scolaire, le placement chez la future famille adoptante, etc. croît le plus vite durant cette dernière période : + 180 % entre 2009 et 2017, contre +5,4 % en famille d'accueil. Le nombre d'enfants placés en établissement a augmenté de 3,7 % entre 2016 et 2017, de 20,3 % depuis 2009 et de 43,7 % depuis 1996. Ces dernières hausses sont, elles aussi, supérieures à celles du nombre d'enfants hébergés en famille d'accueil.

Les deux principaux modes d'hébergement, établissements et familles d'accueil, sont présents sur l'ensemble du territoire, mais le recours à l'un ou l'autre est particulièrement variable d'un département à l'autre. Ainsi, de 13 % à 86 % des placements ont lieu en famille d'accueil en 2017, selon le département considéré *(carte 2)*. Plus de la moitié des départements (56) présentent une proportion variant de 36 % à 60 %, soit de 75 % à 125 % de la médiane (située à 48 %), 17 se situant en deçà de cette fourchette et plus d'un quart au-dessus. Les départements recourant le moins au placement en famille d'accueil sont plutôt situés dans l'est de la France, en particulier le sud-est, ainsi qu'en Île-de-France.

Graphique 3 Évolution du nombre et de la répartition par mode d'hébergement principal des enfants confiés à l'ASE au 31 décembre, de 1996 à 2017



1. Autres modes d'hébergement : internat scolaire, placement auprès d'un tiers digne de confiance, attente de lieu d'accueil, village d'enfants, placement chez la future famille adoptante, etc.
2. Adolescents et jeunes majeurs autonomes : foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, en hôtel, en location, etc.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Les coûts diffèrent selon le mode d'hébergement

En 2017, les 6,3 milliards d'euros de dépenses totales de placement au titre de l'ASE se décomposent en 4,1 milliards d'euros de dépenses d'accueil en établissement (soit 64,9 %) et 2,1 milliards d'euros de dépenses d'accueil familial (soit 33,4 %). Les placements chez des tiers dignes de confiance, les frais liés à l'accueil de jour, à l'internat scolaire, mais aussi les frais d'hospitalisation représentent enfin 1,7 % des dépenses totales de placement.

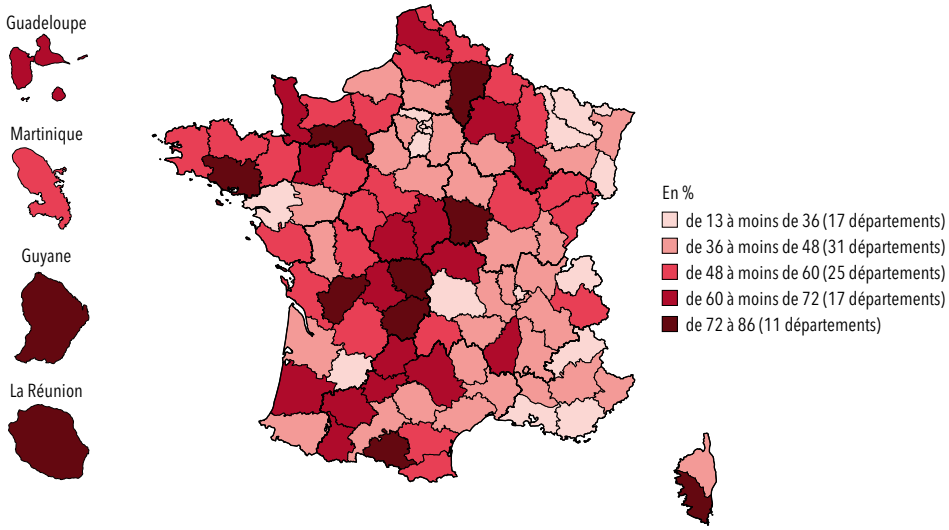
La dépense de placement moyenne par bénéficiaire est beaucoup plus élevée en établissement qu'en famille d'accueil. En 2017, elle est estimée à 69 900 euros par an en établissement, contre 28 100 euros en famille d'accueil.

Entre 1998 et 2017, la dépense moyenne par bénéficiaire a davantage augmenté pour le placement familial (+47,8 %) que pour l'accueil en établissement (+18,4 %) *[graphique 4]*. À l'inverse, le nombre de bénéficiaires moyen dans l'année en établissement a davantage progressé que celui en famille d'accueil (respectivement +39 % et +19 % entre 1998 et 2017). Le premier effet s'avère toutefois le plus déterminant et, au total, la masse des dépenses d'accueil familial a progressé plus vite que celle des dépenses en établissement : en près de vingt ans, les dépenses ont ainsi été multipliées par 1,8 en famille d'accueil contre 1,6 en établissement.

Les dépenses d'ASE par bénéficiaire varient du simple au triple selon les départements

Les dépenses d'ASE diffèrent d'un département à l'autre, du fait des disparités de taux de bénéficiaires et de dépenses moyennes par bénéficiaire. En 2017, la dépense annuelle de placement par bénéficiaire, de 36 500 euros en moyenne, est hétérogène *(carte 3)*. Elle varie de 19 600 à 64 500 euros, soit du simple au triple. Ainsi, 71 départements présentent des montants compris entre 80 % et 120 % du montant médian situé à 34 400 euros (soit une fourchette comprise entre 28 600 et moins de 41 000 euros).

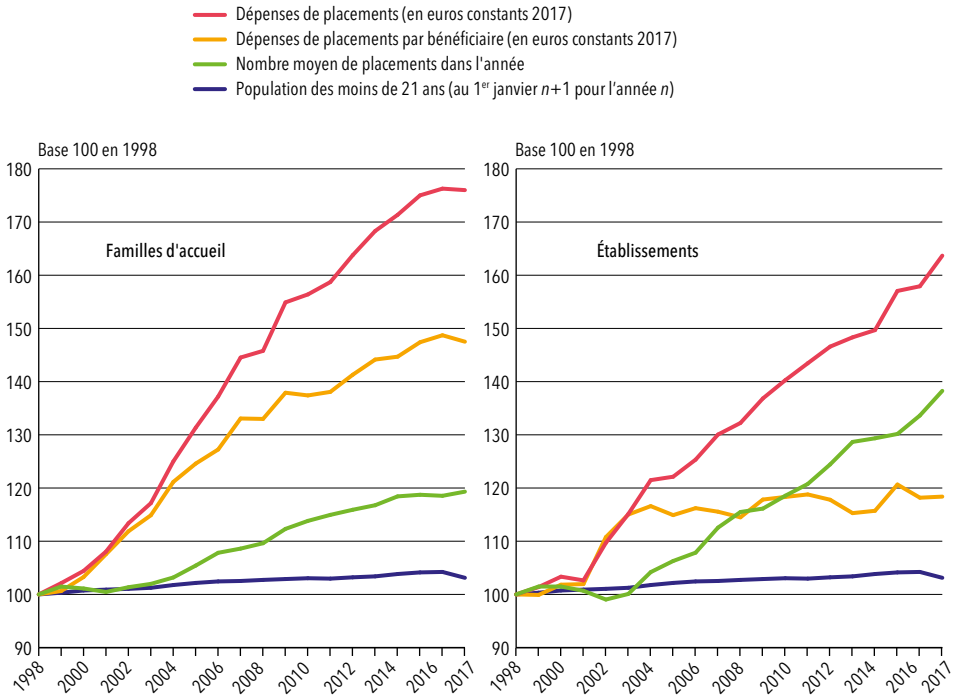
Carte 2 Part des placements en famille d'accueil parmi les enfants confiés, au 31 décembre 2017



Note > Au niveau national, la part des placements en famille d'accueil parmi les enfants confiés est de 47 %, au 31 décembre 2017.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Ces disparités de dépenses départementales peuvent notamment s'expliquer par le poids variable du recours aux différents modes d'hébergement (accueil familial ou en établissement notamment) et par les écarts de coûts de ces derniers. Les dépenses sont globalement plus élevées dans les départements où le recours au placement en établissement est proportionnellement plus important[6]. Par ailleurs, dépenses par bénéficiaire et taux de bénéficiaires sont inversement corrélés[7]. Autrement dit, plus le nombre de bénéficiaires est élevé, plus la dépense individuelle a tendance, en moyenne, à être faible[8]. ■

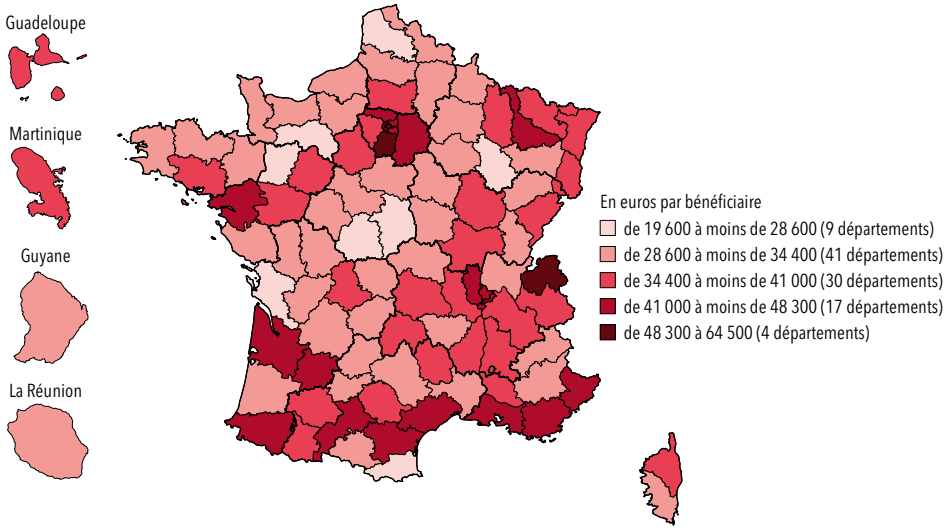
Graphique 4 Évolution des dépenses et des bénéficiaires de placement familial et en établissement de 1998 à 2017



Note > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2017. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n*-1 et des bénéficiaires au 31 décembre *n*. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d''enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE sont, depuis, davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses de placement. Cette évolution a induit une rupture de série statistique dans les dépenses de placement, légèrement sous-estimées entre 1998 et 2003.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

6. Le coefficient de corrélation entre dépenses d'ASE par bénéficiaire *(carte 2)* et la part des placements en famille d'accueil parmi les enfants confiés *(carte 3)* est de -0,59.
7. Le coefficient de corrélation est égal à -0,46.
8. Il existe une relation statistique entre ces deux indicateurs, mais cela ne traduit pas nécessairement une relation de causalité.

Carte 3 Dépenses totales annuelles brutes de placement par bénéficiaire en 2017



Note > La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n*-1 et des bénéficiaires au 31 décembre *n*.
Les dépenses par bénéficiaire sont, au niveau national, de 36 500 euros en 2017.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

28 L'hébergement dans les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance

Fin 2012, 56 000 enfants et adolescents sont hébergés dans l'un des 1 932 établissements de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Ces derniers, qui offrent une capacité totale d'hébergement de 60 700 places, ont ainsi un taux d'occupation de 92 %. Si celui-ci était identique en 2008, les capacités, elles, ont augmenté de 12 % durant la période. Le taux d'encadrement dans ces structures s'élève à 89 emplois en équivalent temps plein (ETP) pour 100 places. En moyenne, les jeunes accueillis ont 13 ans et séjournent 13 mois dans l'établissement, mais l'âge et la durée d'hébergement varient sensiblement selon les missions des établissements.

Le placement en établissement est l'une des principales mesures mises en œuvre par l'aide sociale à l'enfance (ASE), avec le placement en famille d'accueil et les actions éducatives. Cinq catégories d'établissements sont prises en compte ici : les maisons d'enfants à caractère social (MECS), les foyers de l'enfance, les pouponnières à caractère social, les villages d'enfants et les lieux de vie et d'accueil (voir fiche 24). Ces établissements accueillent tous des enfants ou jeunes adultes de moins de 21 ans, mais se distinguent entre eux par l'âge des publics, les formes d'hébergements, la durée d'accueil ou encore le taux d'encadrement[1].

Une très large prédominance des MECS et des foyers, malgré un développement des autres structures

Fin 2012[2] , la grande majorité de l'offre de places d'hébergement de l'ASE se situe dans les 1 204 MECS. Celles-ci proposent 44 800 places et accueillent 41 300 enfants *(tableau 1)*. La capacité moyenne des MECS est ainsi de 37 places. Le nombre de places offertes est toutefois très variable : un quart des MECS offre moins de 17 places, la moitié moins de 32 places, les trois quarts moins de 50 places et un dixième plus de 70 places.

La seconde catégorie d'établissements en matière de capacité est celle des 215 foyers de l'enfance. Ces derniers comptent en moyenne 51 places pour une offre totale de 10 900 places. Ils accueillent 10 100 enfants fin 2012.

Les autres structures proposent un nombre de places nettement moins élevé, mais celui-ci a augmenté entre 2008 et 2012, passant de 4 150 places en 2008 à environ 5 000 quatre ans plus tard *(tableau 2)*. Cet important développement est principalement dû à la hausse du nombre de places dans les lieux de vie (+25 % entre 2008 et 2012) et dans les villages d'enfants (+17 %). Dans les pouponnières, l'augmentation du nombre de places est moins marquée (+9 %) notamment car le nombre d'établissements est passé de 31 à 30 entre 2008 et 2012.

Une prépondérance de l'hébergement en internat

Parmi les différents types d'hébergements proposés par les établissements de l'ASE *(encadré 1)*, l'hébergement en internat collectif représente dans l'ensemble 68 % des places disponibles *(graphique 1)*. Il est donc largement majoritaire, malgré une baisse de 6 points entre 2008 et 2012.

1. Le taux d'encadrement est le rapport entre le nombre d'emplois en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places d'hébergement.
2. L'ensemble des chiffres mentionnés dans cette fiche sont issus de l'enquête ES Protection de l'enfance (PE) de 2012. Les évolutions entre 2008 et 2012 sont calculées grâce aux résultats de l'enquête ES Enfants en difficulté sociale de 2008. Des données plus récentes collectées en 2018 lors de l'enquête ES-PE de 2017 seront disponibles fin 2019.

Tableau 1 Offre d'accueil dans les établissements de l'ASE, fin 2008 et fin 2012

	Nombre d'établissements			Capacité d'hébergement installée		
	2008	2012	Évolution (en %)	2008	2012	Évolution (en %)
MECS	1 115	1 204	8	39 685	44 830	13
Foyers de l'enfance	211	215	2	10 309	10 912	6
Pouponnières	31	30	-3	783	854	9
Villages d'enfants	21	24	14	1 129	1 324	17
Lieux de vie	385	459	19	2 243	2 805	25
Ensemble	**1 763**	**1 932**	**10**	**54 149**	**60 725**	**12**

MECS : maison d'enfants à caractère social.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, au 15 décembre.
Sources > DREES, enquêtes ES-PE 2008 et 2012.

Tableau 2 Effectifs accueillis et taux d'encadrement, fin 2012

	Effectifs présents	Taux d'occupation (en %)	Sorties au cours de l'année 2012	Entrées au cours de l'année 2012	Taux d'encadrement (en %)
MECS	41 342	92	27 280	27 992	83
Foyers de l'enfance	10 106	93	21 029	20 357	118
Pouponnières	717	84	1 089	1 089	143
Villages d'enfants	1 278	97	354	188	74
Lieux de vie	2 537	90	1 516	1 705	60
Ensemble	**55 980**	**92**	**51 268**	**51 331**	**89**

MECS : maison d'enfants à caractère social.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, au 15 décembre 2012.
Source > DREES, enquête ES-PE 2012.

Encadré 1 Les différents types d'hébergements proposés par les établissements de l'ASE

> **Hébergement en internat collectif :** hébergement regroupé dans l'établissement.

> **Hébergement en structure éclatée :** hébergement hors de l'établissement, dans un ensemble de logements ou de chambres dispersés dans l'habitat social, le logement ordinaire ou à l'hôtel.

> **Assistant familial :** hébergement chez un assistant familial, dès lors que le placement est géré et rémunéré par la structure.

> **Accueil mère-enfant :** hébergement de femmes enceintes ou de jeunes mères (y compris mineures) accompagnées d'enfant(s) de moins 3 ans.

> **Pouponnière :** hébergement d'enfants de moins de 3 ans.

> **Lieu de vie et d'accueil :** structure ou section d'hébergement gérée par une personne physique ou morale autorisée à accueillir entre trois et sept enfants (jusqu'à dix enfants par dérogation).

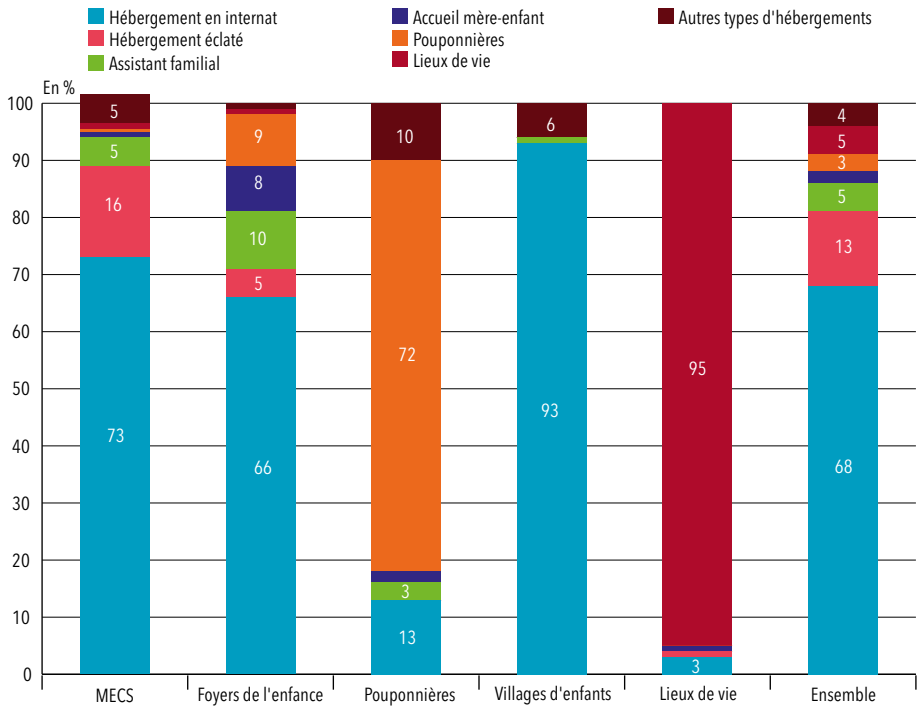
Cette dernière est due notamment à la diminution du nombre de places en internat (-6 points) dans les MECS, qui s'explique en partie par l'augmentation du nombre de places dans des structures éclatées hors de l'établissement (+3 points) et dans les autres types d'hébergements proposés (en particulier chez des assistants familiaux rémunérés par la structure). Les foyers de l'enfance se distinguent par une offre d'hébergement assez diversifiée : malgré une majorité de places en internat (66 %), l'ensemble des types d'hébergements possibles est proposé.

Pour les trois autres types de structures, l'offre est beaucoup plus homogène. On compte ainsi 72 % de places de pouponnière en pouponnières (ces établissements comptent aussi 13 % de places d'internat collectif, qui peuvent accueillir des enfants au-delà de l'âge de 3 ans), alors que 93 % des places des villages d'enfants correspondent à de l'hébergement en internat collectif et que 95 % de celles proposées par les lieux de vie leur sont spécifiques.

Un taux d'encadrement légèrement en baisse et très hétérogène selon les catégories d'établissements

Fin 2012, les 1 932 établissements de l'ASE proposant de l'hébergement comptent 53 900 emplois en équivalent temps plein (ETP), ce qui représente 89 ETP pour 100 places d'hébergement. Ce taux d'encadrement a diminué de 4 points par rapport à 2008, où il était de 93 %. Il varie fortement en fonction des catégories d'établissements : de 60 % dans les lieux de vie – qui sont des petites structures avec très peu d'enfants accueillis et donc peu de personnel nécessaire – à 143 % dans les pouponnières, où l'accueil d'enfants

Graphique 1 Répartition des places par type d'hébergement, fin 2012



MECS : maison d'enfants à caractère social.
Note > La catégorie « Autres types d'hébergements » inclut, par exemple, le placement à domicile.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, au 15 décembre 2012.
Source > DREES, enquête ES-PE 2012.

en bas âge nécessite plus de personnel, notamment paramédical et en particulier des auxiliaires de puériculture. Entre ces deux extrêmes, le taux d'encadrement atteint 74 % pour les villages d'enfants, 83 % pour les MECS et 118 % pour les foyers de l'enfance. Dans les MECS comme dans les foyers de l'enfance, le nombre d'ETP pour 100 places a diminué de 4 points depuis 2008, expliquant ainsi la baisse globale du taux d'encadrement.

Des durées de séjour caractéristiques des missions des établissements

Les établissements de l'ASE accueillent des enfants et jeunes adultes[3] pour une durée de un à deux ans renouvelables selon le type de placement. La durée moyenne de séjour, pour les enfants sortis d'un établissement au cours de l'année 2012, est de treize mois *(tableau 3)*. Toutefois, de grandes disparités sont observées : dans l'ensemble, un quart des enfants est resté moins d'un mois, la moitié moins de six mois et un quart plus de dix-sept mois. Les durées moyennes de séjour varient fortement par type d'établissement, notamment en raison de différences de missions.
Les foyers de l'enfance assurent des missions d'orientation et d'évaluation de la situation des enfants, mais aussi d'accueil d'urgence. Les séjours au sein de ces établissements sont donc courts : cinq mois en moyenne, et la moitié des enfants accueillis le sont pour moins de deux mois. Aussi, le renouvellement des enfants accueillis y est-il bien plus élevé que dans les autres établissements de l'ASE (1,9 sortie par place pour l'ensemble de l'année 2012 contre 0,6 dans les MECS, par exemple). Le séjour en pouponnière est lui aussi d'assez courte durée, puisque ces structures sont réservées aux enfants en bas âge. De fait, les enfants n'y restent pas longtemps : neuf mois en moyenne et un quart des enfants sont accueillis pour moins de deux mois. Les MECS et les lieux de vie accueillent les enfants pour des durées similaires : respectivement dix-sept et dix-neuf mois en moyenne. Enfin, les villages d'enfants, dont l'objectif est d'accueillir des fratries et de recréer un véritable foyer avec une prise en charge à long terme, proposent des séjours beaucoup plus longs : cinq ans en moyenne (61 mois) et un quart des enfants y restent plus de sept ans et demi (92 mois).

Une structure par âge liée au type d'établissement

L'âge des enfants accueillis dépend en premier lieu des missions, et donc des catégories d'établissements. En effet, 98 % des établissements appliquent des restrictions d'âge en dessous du plafond de 21 ans (âge de fin de droit à l'ASE). Les pouponnières hébergent une majorité d'enfants de moins de 3 ans (85 %),

Tableau 3 Durée de séjour dans l'établissement des enfants et adolescents sortis en 2012

En mois

	MECS	Foyers de l'enfance	Pouponnières	Villages d'enfants	Lieux de vie	Ensemble
Premier décile	<1	<1	<1	12	<1	<1
Premier quartile	3	0	2	22	2	1
Médiane	11	2	6	56	10	6
Troisième quartile	24	6	13	92	25	17
Dernier décile	41	13	22	121	47	34
Moyenne	**17**	**5**	**9**	**61**	**19**	**13**

MECS : maison d'enfants à caractère social.
Note > Sont pris en compte dans ce tableau les enfants ou adolescents sortis des établissements au cours de l'année 2012. Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.
Lecture > 25 % des enfants sortis en 2012 des villages d'enfants sont restés moins de 22 mois dans l'établissement.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, au 15 décembre 2012.
Source > DREES, enquête ES-PE 2012.

3. La suite de cette fiche exclut du champ de l'analyse les 1 000 personnes accueillies dans les sections d'accueil mère-enfant fin 2012.

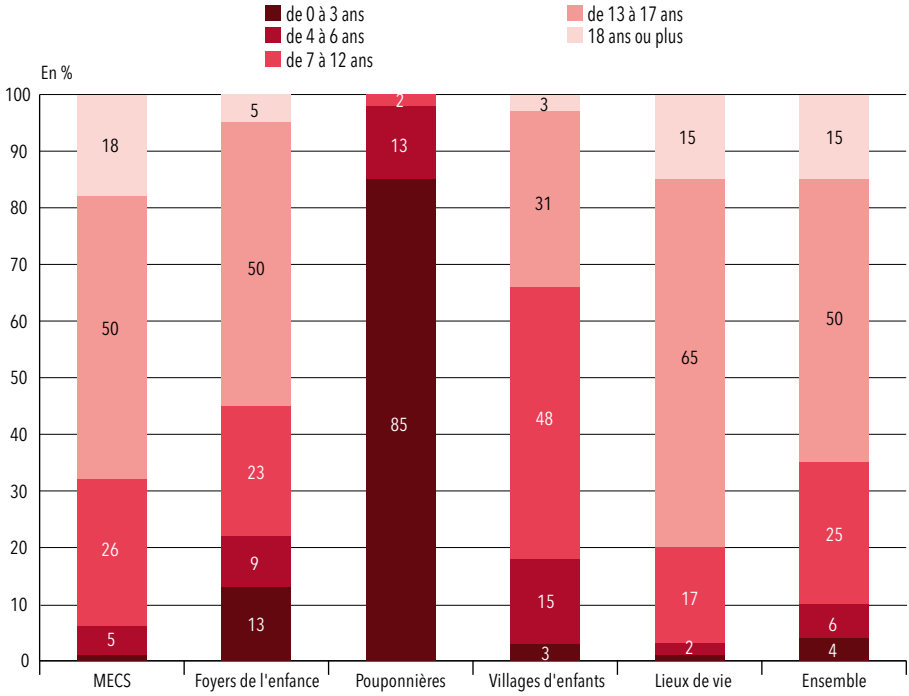
mais neuf sur dix ont relevé la limite d'âge à 6 ans *(graphique 2)*. Dans les foyers de l'enfance, la moyenne d'âge est de 12 ans, 50 % des enfants ayant entre 13 et 17 ans. Une part non négligeable (13 %) d'enfants de moins de 3 ans y est accueillie. Ceci est notamment dû aux pouponnières de certains services départementaux qui sont intégrées aux foyers de l'enfance. À l'inverse, la part des jeunes majeurs y demeure faible (5 %).

Malgré quelques légères différences, les publics accueillis dans les MECS et les lieux de vie présentent des similitudes en termes d'âge. Ces publics sont dans l'ensemble plus âgés que dans les autres types d'établissements. On y trouve peu d'enfants de moins de 6 ans (6 % dans les MECS et 3 % dans les lieux de vie), une minorité d'enfants de 7 à 12 ans (26 % et 17 %), une majorité d'adolescents âgés de 13 à 17 ans (50 % et 65 %) et une part importante de jeunes majeurs (18 % et 15 %). Enfin, dans les villages d'enfants, l'âge moyen est de 11 ans, soit moins que dans l'ensemble des établissements. Cela s'explique par une surreprésentation des enfants de 4 à 6 ans (15 %) et de 7 à 12 ans (48 %).

Une majorité de garçons parmi les jeunes dans les établissements de l'ASE

À la mi-décembre 2012, les enfants hébergés dans un établissement relevant de l'ASE sont majoritairement des garçons (57 %). Cette proportion se retrouve dans les MECS (57 %), les foyers de l'enfance (58 %) et les pouponnières (58 %). Elle est plus élevée encore dans les lieux de vie, où elle atteint 67 %. À l'inverse, les villages d'enfants hébergent davantage de filles (54 %) que de garçons.

Graphique 2 Répartition par sexe et âge des enfants et adolescents accueillis, fin 2012



MECS : maison d'enfants à caractère social.
Note > Sont pris en compte dans ce tableau les enfants ou adolescents présents au 15 décembre 2012. Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.
Lecture > 50 % des enfants accueillis au 15 décembre 2012 dans les foyers de l'enfance ont entre 13 et 17 ans.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, au 15 décembre 2012.
Source > DREES, enquête ES-PE 2012.

80 % des enfants suivis par l'ASE avant leur entrée dans l'établissement, 64 % après leur sortie

Parmi les enfants hébergés dans les établissements au 15 décembre 2012, 80 % étaient déjà suivis par l'ASE avant leur entrée dans l'établissement.

Les trois quarts des décisions de placement dans l'établissement sont prises par un juge des enfants. Plus précisément, 66 % sont des mesures judiciaires de placement, dont la quasi-totalité correspond à des placements à l'ASE décidés par un juge des enfants au titre de l'assistance éducative, et 7 % sont des placements directs par un juge (voir fiche 24). Les catégories d'établissements se distinguent par les types de mesures qui conduisent au placement : les villages d'enfants et les pouponnières accueillent principalement des enfants placés à la suite d'une mesure judiciaire (respectivement 96 % et 84 % des cas), les foyers de l'enfance sont les seuls à proposer une part non négligeable d'accueil d'urgence (7 %) et les MECS ont une part importante de leur public (15 %) en accueil provisoire de jeune majeur (APJM), contrairement aux autres structures, où cette part reste faible.

À la sortie de l'établissement, 40 % des jeunes retournent vivre chez un parent ou un proche (famille, amis ou tiers digne de confiance) alors qu'ils étaient 51 % à y vivre avant la prise en charge dans l'établissement. Cette situation à la sortie n'en reste pas moins la plus courante, devant la poursuite de la prise en charge dans un autre établissement de l'ASE (18 %), chez un assistant familial (12 %) ou encore dans un logement personnel ou accompagné (8 %)[4] . Enfin, deux tiers (64 %) des enfants hébergés continuent de bénéficier de l'ASE à leur sortie de l'établissement. En particulier, un tiers fait l'objet d'une mesure judiciaire de placement et 10 % sont orientés vers une action éducative à domicile (AED) ou en milieu ouvert (AEMO).

Un retard scolaire à l'entrée au collège plus important pour les enfants hébergés par l'ASE

Parmi les enfants hébergés fin 2012, 54 % de ceux de 11 ans, en âge d'aller au collège, sont scolarisés à l'école primaire, ce qui traduit un important retard scolaire. À titre comparatif, le taux de retard à l'entrée au collège est de 12 % dans l'ensemble de la population en septembre 2012 (en France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte).

Par ailleurs, la déscolarisation est très élevée (16 %) lors de l'année d'entrée dans un établissement. Elle diminue ensuite fortement pour s'établir à 5 % après un an passé dans une structure d'accueil, puis à 3 % après cinq ans d'hébergement. ■

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires et détaillées de l'enquête ES-PE sont disponibles sur l'espace data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, sous-rubrique L'enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE).

> **Mainaud, T.** (2013, juillet). Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance. DREES, *Études et Résultats*, 845.

> **Pliquet, E.** (2016, septembre). Aide sociale à l'enfance : 55 000 enfants et adolescents hébergés en établissements. DREES, *Études et Résultats*, 974.

> **Pliquet, E.** (2016, mars). Fin 2012, les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance offrent 60 000 places d'hébergement. DREES, *Études et Résultats*, 955.

4. Pour respectivement 9 % et 13 % des jeunes, les situations de logement avant et après le passage dans l'établissement ne sont pas connues.

29 Les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance

Les enfants suivis par ou confiés à l'aide sociale à l'enfance sont plus souvent des garçons et sont majoritairement âgés de 11 à 17 ans. Parmi les enfants confiés, la répartition par âge varie selon le mode d'hébergement principal.

Fin 2017, les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements français (hors Mayotte) mettent en œuvre 344 000 mesures d'aide. Elles se répartissent à parts quasi égales entre placements et actions éducatives.

Huit bénéficiaires d'une action éducative sur dix ont entre 6 et 17 ans

Les enfants et jeunes adultes faisant l'objet d'une action éducative sont plus souvent des garçons (57 %). C'est davantage le cas pour les bénéficiaires d'une action éducative à domicile (AED) parmi lesquels la part des garçons atteint 60 %, contre 56 % parmi les bénéficiaires d'une action éducative en milieu ouvert (AEMO).

La moitié des bénéficiaires d'une action éducative ont entre 11 et 17 ans, et 30 % sont âgés de 6 à 10 ans. La classe d'âge des 6-17 ans est ainsi plus importante parmi les enfants accompagnés dans le cadre d'une action éducative que parmi l'ensemble des jeunes de 0 à 21 ans : 80 % contre 59 % *(graphique 1)*. En revanche, la prise en charge d'enfants de moins de 5 ans, et à plus forte raison de moins de 3 ans, est relativement peu répandue.

Plus de garçons confiés à l'ASE et une majorité d'adolescents

Parmi les enfants placés, 162 000 sont spécifiquement confiés à l'ASE, soit 91 %[1]. En moyenne, ils ont 12 ans et sont globalement plus âgés que les bénéficiaires d'une action éducative. Il s'agit souvent de préadolescents et adolescents âgés de 11 à 17 ans *(graphique 2)*. En effet, ceux-ci constituent 54 % des enfants confiés alors que cette classe d'âge correspond à 34 % de la population générale des moins de 21 ans. À l'inverse, les plus jeunes, âgés de moins de 10 ans, sont plutôt sous-représentés. Les enfants de moins de 6 ans représentent ainsi 14 % des enfants confiés contre 27 % de la population générale des moins de 21 ans. Enfin, 12 % des jeunes confiés à l'ASE sont majeurs.

Les garçons sont là aussi plus nombreux que les filles. Alors qu'ils constituent 51 % de la population générale, ils représentent 60 % des enfants confiés, voire plus parmi les adolescents (68 % des 16-17 ans).

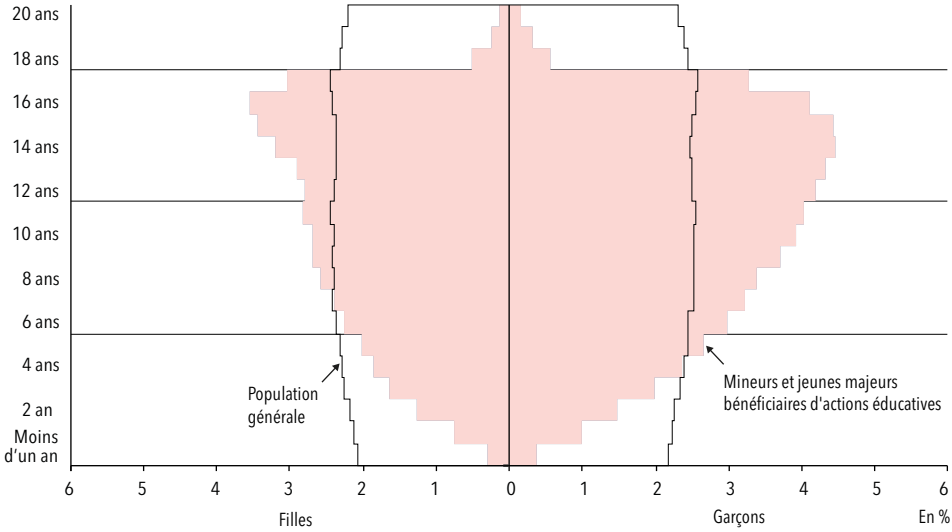
Cette répartition par âge et sexe des enfants confiés à l'ASE est relativement stable, au moins au cours des dix dernières années. La part des garçons de 16-17 ans s'est néanmoins accrue depuis 2015, passant de 12,5 % à 16,5 % ; la part des filles du même âge reste stable. Cette évolution résulte probablement de la forte hausse du nombre de mineurs non accompagnés durant cette même période. Ces mineurs sont en effet très majoritairement de jeunes garçons de cette classe d'âge.

Le mode d'hébergement principal varie selon l'âge des enfants confiés

Les jeunes faisant l'objet d'une mesure de placement sont hébergés dans différents lieux. Une petite moitié d'entre eux sont accueillis par un assistant familial et 37 % le sont en établissement (voir fiches 27 et 28). Les jeunes majeurs et certains adolescents autonomes peuvent par ailleurs être hébergés en foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, en location ou encore à l'hôtel. Enfin, 9 % des placements se font dans d'autres lieux tels que l'internat scolaire, les villages d'enfants, chez la future famille adoptante… L'âge de l'enfant ou du jeune confié et son mode

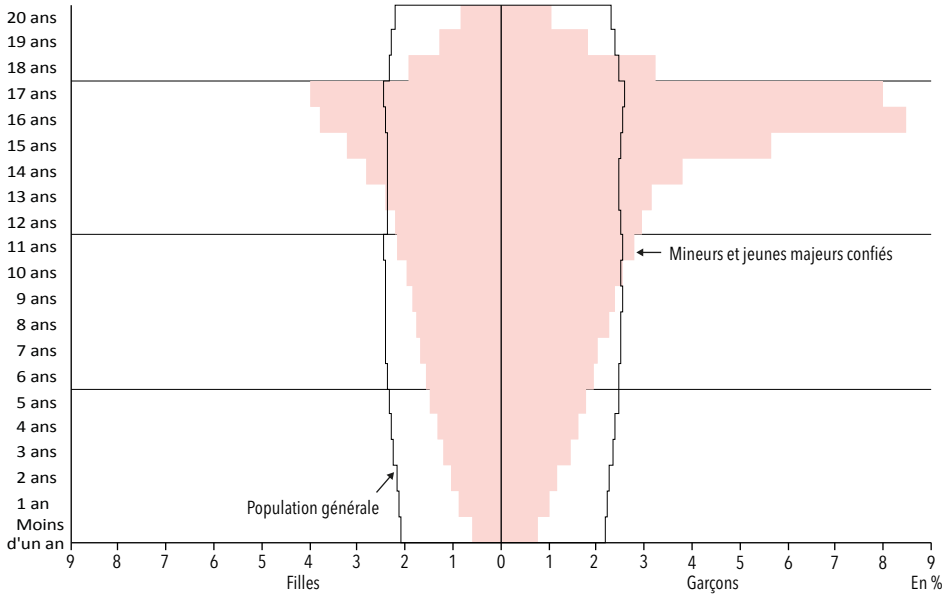
1. Les 9 % restant sont placés directement par le juge, le service de l'ASE n'assurant que le financement de la mesure.

Graphique 1 Répartition par sexe et âge des mineurs et jeunes majeurs bénéficiaires d'actions éducatives, au 31 décembre 2017



Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

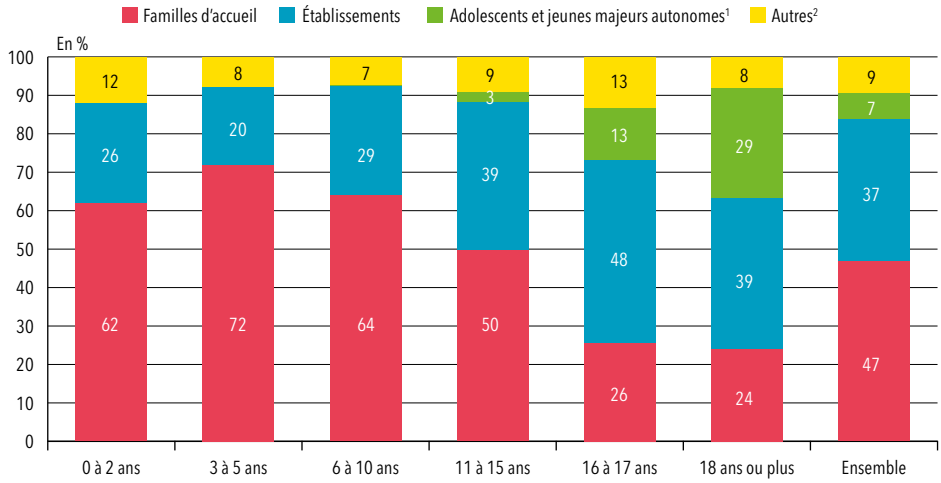
Graphique 2 Répartition par sexe et âge des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE, au 31 décembre 2017



Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

d'hébergement principal sont liés *(graphique 3)*. En effet, parmi les plus jeunes d'entre eux, l'accueil par un assistant familial est largement plus répandu que l'hébergement en établissement. À l'inverse, les adolescents sont davantage orientés vers un établissement que leurs cadets. Ainsi, l'accueil familial est le mode d'hébergement le plus fréquent jusqu'à 15 ans, et il est même supérieur à 62 % jusqu'à 10 ans. En revanche, il ne concerne que la moitié des 11-15 ans confiés à l'ASE. L'établissement est le lieu de vie de 39 % de ces jeunes et de près de la moitié des 16-17 ans. ■

Graphique 3 Répartition par mode d'hébergement principal des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE, selon l'âge, au 31 décembre 2017



1. Foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, hôtel, location…
2. Internat scolaire, placement auprès d'un tiers digne de confiance, attente de lieu d'accueil, village d'enfants, placement chez la future famille adoptante…

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

L’aide sociale à l’insertion

30 Les dispositifs départementaux pour l'insertion sociale et professionnelle

Les politiques d'insertion sont portées par de multiples acteurs, dont les conseils départementaux. Ces derniers ont l'obligation d'élaborer un programme départemental d'insertion et sont chargés du revenu de solidarité active (RSA), ainsi que de l'accompagnement de ses bénéficiaires. Par ailleurs, la gestion de deux fonds d'aide obligatoires, le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) et le fonds de solidarité pour le logement (FSL), leur est confiée, de même que la mise en œuvre des mesures d'accompagnement social personnalisé (MASP).

L'article L. 115-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise que « l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales poursuivent une politique destinée à connaître, prévenir et supprimer toutes les situations pouvant engendrer la pauvreté et les exclusions ».

Le rôle du département

Responsable de la coordination des acteurs dans le domaine social sur son territoire, le conseil départemental doit, en particulier, élaborer un programme départemental d'insertion définissant la politique d'accompagnement social et professionnel. Il recense les besoins et l'offre locale en matière d'insertion et planifie les actions correspondantes (art. L. 263-1 du CASF).

De plus, le département est chargé du revenu de solidarité active (RSA), ainsi que de l'accompagnement de ses bénéficiaires pour une meilleure insertion sociale ou professionnelle. Il gère le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) en difficulté et le fonds de solidarité pour le logement (FSL). Enfin, il doit assurer les mesures d'accompagnement social personnalisé (MASP).

Le RSA et l'insertion sociale et professionnelle

Le RSA est à la fois une allocation visant à garantir un revenu minimum de ressources aux bénéficiaires et un dispositif d'accompagnement social et professionnel pour faciliter l'accès à l'emploi ou consolider les capacités professionnelles de ceux qui sont sans activité ou qui ne tirent de leur activité que des ressources limitées.

Que recouvre l'allocation ?

Le RSA, financé par les départements, est une allocation différentielle qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le seuil d'un revenu garanti ou montant forfaitaire, variable selon la composition du foyer. Le RSA peut être majoré pour les personnes élevant seules de jeunes enfants. Les montants forfaitaires du RSA sont revalorisés au 1er avril de chaque année selon l'inflation observée au cours des douze derniers mois. En plus de cette indexation annuelle, le RSA a été revalorisé de 10 % entre 2013 et 2017, dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté en janvier 2013.

Le RSA : qui peut en bénéficier ?

L'accès au RSA est soumis à conditions de ressources (art. L. 262-2 à 12 du CASF). L'ensemble des ressources du foyer sont prises en compte, à l'exception d'une partie des aides au logement et de certaines prestations familiales. Ce sont les ressources moyennes perçues au cours des mois précédant la demande qui sont considérées. Le bénéfice du RSA est en outre conditionné à certaines obligations, dans le cadre des « droits et devoirs » associés à la prestation (voir *infra*).

Le RSA s'adresse aux personnes âgées d'au moins 25 ans résidant en France ou, sans condition d'âge, aux personnes assumant la charge d'au moins un enfant né ou à naître. De plus, les jeunes de 18 à

25 ans ayant travaillé au moins deux années au cours des trois dernières années peuvent également en bénéficier. Ce RSA « jeune » est financé par l'État.

Le dispositif d'accompagnement des bénéficiaires du RSA

Si le bénéficiaire du RSA (allocataire ou conjoint) est sans emploi ou si ses revenus d'activité professionnelle sont inférieurs à 500 euros en moyenne au cours des trois derniers mois, il est soumis aux droits et devoirs prévus par les articles L. 262-27 à 39 du CASF. Autrement dit, le droit à l'allocation et à un accompagnement social et professionnel adapté s'accompagne du devoir de rechercher un emploi ou d'entreprendre des actions en faveur d'une meilleure insertion.

Le bénéficiaire doit être orienté vers un accompagnement social ou professionnel, selon son degré d'éloignement du marché du travail. Cet accompagnement conduit à un projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE) lorsqu'il est réalisé par Pôle emploi, ou à un contrat d'engagement réciproque (CER) lorsqu'il est accompli par un autre organisme ou une institution (dont le conseil départemental lui-même). Dans le cadre des contrats uniques d'insertion (CUI), le département cofinance l'aide à l'insertion professionnelle lorsqu'elle concerne le recrutement d'un bénéficiaire du RSA (art. L. 5134-72-2 et D. 5134-64 du Code du travail). Le CUI a pour objet de faciliter l'insertion professionnelle des personnes rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières d'accès à l'emploi. Il prend la forme d'un contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE) dans le secteur non marchand et du contrat initiative emploi (CUI-CIE) dans le secteur marchand.

Enfin, les départements peuvent également porter ou participer au financement des dispositifs d'insertion par l'activité économique (IAE). L'IAE est un accompagnement dans l'emploi proposé par certaines structures (ateliers et chantiers d'insertion, entreprises d'insertion, associations intermédiaires, entreprises de travail temporaire d'insertion) à des personnes très éloignées de l'emploi afin de faciliter leur insertion sociale et professionnelle.

Le fonds d'aide aux jeunes

Un fonds d'aide aux jeunes (FAJ) en difficulté est obligatoirement créé dans chaque département, sous l'autorité du président du conseil départemental (art. L. 263-3 du CASF). Ce fonds doit permettre d'attribuer des aides aux jeunes en difficulté, afin de favoriser leur insertion sociale et professionnelle ou de les aider à faire face à des besoins urgents.

Le financement de ce fonds est assuré par le département, mais d'autres collectivités territoriales, groupements ou organismes de protection sociale peuvent y contribuer.

L'attribution d'une aide repose sur le principe de subsidiarité : le fonds n'est mobilisé que si les jeunes ne peuvent bénéficier d'aucune autre aide existante. Dans certains cas cependant, l'intervention du FAJ peut être complémentaire (à la Garantie jeunes, par exemple). Chaque département définit, au sein de son règlement intérieur, les conditions d'éligibilité au dispositif. Ainsi, les limitations d'âge varient selon les territoires : de 16 ou 18 ans minimum à 24 ou 25 ans révolus maximum, dans la majorité des cas. De même, le seuil de ressources déterminant l'éligibilité au FAJ varie selon les départements. Si les ressources de la famille peuvent être prises en considération, les aides sont attribuées sans qu'il soit tenu compte d'une éventuelle participation des personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard du jeune. Trois critères sont généralement prioritaires pour l'attribution d'une aide : la situation sociale, la situation familiale (revenu des parents, rupture familiale) et l'inscription dans un parcours d'insertion professionnelle.

Le fonds de solidarité pour le logement

Les départements sont responsables[1] de la gestion et du financement du fonds de solidarité pour le logement (FSL), créé par la loi du 31 mai 1990 visant la mise en œuvre du droit au logement. Le FSL a pour objectif d'aider à l'accès ou au maintien dans le logement des personnes n'étant pas en mesure de faire face à leurs obligations financières. Pour ce faire, le fonds peut attribuer des aides permettant de prendre en charge des dépenses liées à l'entrée dans un logement telles que le dépôt de garantie,

1. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a confié aux départements cette compétence, auparavant partagée avec l'État.

le premier loyer, l'assurance du logement ou encore des frais de déménagement. Les aides apportées peuvent également être mobilisées pour éviter une sortie du logement : par exemple par la résorption des impayés de loyers ou encore la prise en charge de factures d'énergie, d'eau ou de téléphone.
L'octroi des aides du FSL est conditionné au niveau de ressources de l'ensemble des membres du foyer. Chaque FSL ayant son propre règlement intérieur, les aides et leurs critères d'attribution peuvent varier d'un département à l'autre.

La mesure d'accompagnement social personnalisé

Une mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) doit être proposée à toute personne majeure dont la santé ou la sécurité est menacée en raison des difficultés qu'elle éprouve à gérer ses ressources (art. L. 271-1 du CASF). La MASP comprend une aide à la gestion de ses ressources et prestations sociales et un accompagnement social individualisé.
La mise en œuvre de la MASP s'appuie sur un contrat conclu entre le département et l'intéressé, prévoyant des actions en faveur d'une insertion sociale du bénéficiaire et visant au retour à une gestion autonome de ses prestations sociales par le bénéficiaire. La durée du contrat est de six mois renouvelables. La mesure ne peut s'exercer que pendant quatre années maximum. Il est possible de demander une contribution au bénéficiaire d'une MASP, en fonction de ses ressources. ■

31 Les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)

Fin 2017, 1,88 million de foyers bénéficient du revenu de solidarité active (RSA), soit une baisse de 0,5 % par rapport à fin 2016. Cette baisse est bien moindre qu'entre fin 2015 et 2016 (-4,3 %). Avec les conjoints et les enfants à charge, 3,82 millions de personnes sont couvertes par le RSA, soit 5,7 % de la population. La moitié des foyers allocataires sont des personnes seules et sans enfant, un tiers sont des familles monoparentales. La répartition géographique des allocataires du RSA est hétérogène et fortement liée à celle du chômage. Parmi ces allocataires, 12 % perçoivent la majoration pour isolement.

Le revenu de solidarité active (RSA) est une allocation différentielle qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le seuil d'un revenu garanti, ou montant forfaitaire, dont le barème varie selon la composition du foyer (voir fiche 30). Il peut être majoré pour les personnes élevant seules des enfants.

La baisse des effectifs se poursuit en 2017, mais plus faiblement

Au 31 décembre 2017, 1,88 million de foyers bénéficient du RSA en France[1]. Avec les conjoints et les enfants à charge, 3,82 millions de personnes sont ainsi couvertes par le RSA, soit 5,7 % de la population française. De plus, 99 % des bénéficiaires (allocataires et conjoints) du RSA, soit 2,12 millions de personnes, n'ont pas eu d'emploi ou ont eu des revenus d'activité inférieurs à 500 euros en moyenne mensuelle durant les trois derniers mois, et sont donc soumis aux droits et devoirs associés à la prestation.

Après deux années de moindre croissance des effectifs (+2,5 % en 2015 et +4,8 % en 2014, après +7,4 % en 2013 et +6,2 % en 2012), le nombre de foyers allocataires du RSA a diminué en 2016 (-4,3 %). Cette baisse est la première observée depuis 2008, en tenant compte des allocataires de l'allocation parent isolé (API) et du revenu minimum d'insertion (RMI) avant 2011. En 2017, le nombre d'allocataires continue de diminuer *(graphique 1)* mais dans des proportions bien plus faibles (-0,5 %).

L'évolution des effectifs du RSA est liée en partie à celle de la situation du marché du travail, parfois avec un certain décalage. Les effectifs ont tout d'abord très fortement augmenté de fin 2008 à fin 2009 (+10,5 %), à cause de la sévérité de la crise économique. La nouvelle dégradation nette du marché du travail entre fin 2011 et fin 2013 (avec +459 000 demandeurs d'emploi de catégorie A en France métropolitaine) a été l'occasion d'une nouvelle phase de hausse élevée (+14,0 % en deux ans). L'augmentation ralentie des effectifs du RSA en 2014 et 2015 et la baisse de 2016 s'expliquent tout d'abord par la moindre dégradation du marché du travail entre fin 2013 et fin 2015, puis par son amélioration en 2016. Ainsi, entre fin 2013 et fin 2015, la croissance (en glissement annuel) du nombre de demandeurs d'emploi de catégorie A en France a diminué, passant de +5,7 % fin 2013 à +2,4 % fin 2015. Fin 2016, le nombre de demandeurs d'emploi a diminué pour la première fois depuis 2007 : -2,8 %. En 2017, il diminue très légèrement (-0,3 %), ce qui contribue à la moindre baisse du nombre d'allocataires du RSA en 2017.

La baisse des effectifs en 2016 est également due en partie à la mise en place de la prime d'activité au 1er janvier 2016. En effet, une demande de prime d'activité n'engendre pas automatiquement un calcul des droits du RSA par la caisse verseuse, alors qu'une demande de RSA valait à la fois pour le RSA socle et le RSA activité. Cela explique en partie la forte baisse du nombre des entrées dans le RSA en provenance de la prime d'activité, par rapport aux entrées en

1. Le RSA est en vigueur en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), ainsi que dans trois collectivités d'outre-mer : Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

provenance du RSA activité dans le RSA socle[2] (respectivement 36 000 personnes en moyenne trimestrielle en 2016 contre 59 600 en 2014 et 2015). Ce nombre d'entrées a augmenté depuis (48 600 au dernier trimestre 2017) sans atteindre le niveau des années 2014 et 2015.

La répartition départementale des allocataires est liée à celle du chômage

Fin 2017, les allocataires du RSA représentent 4,5 % de la population âgée de 15 à 64 ans. Leur répartition départementale confirme le lien étroit entre la perception d'un minimum d'insertion et le chômage. Le coefficient de corrélation entre la part d'allocataires du RSA dans la population d'un département et le taux de chômage s'établit ainsi à 0,83 en France métropolitaine[3]. Sur le territoire métropolitain, le taux d'allocataires du RSA est supérieur à la moyenne (4,2 %) dans quasiment tous les départements où le taux de chômage dépasse 9 %. Il est notamment supérieur à 6 % lorsque le taux de chômage dépasse 11 %. C'est le cas dans certains départements du pourtour méditerranéen (Gard, Pyrénées-Orientales, Aude, Bouches-du-Rhône), dans plusieurs départements du Nord (Nord, Pas-de-Calais, Ardennes) et en Seine-Saint-Denis *(carte 1)*.

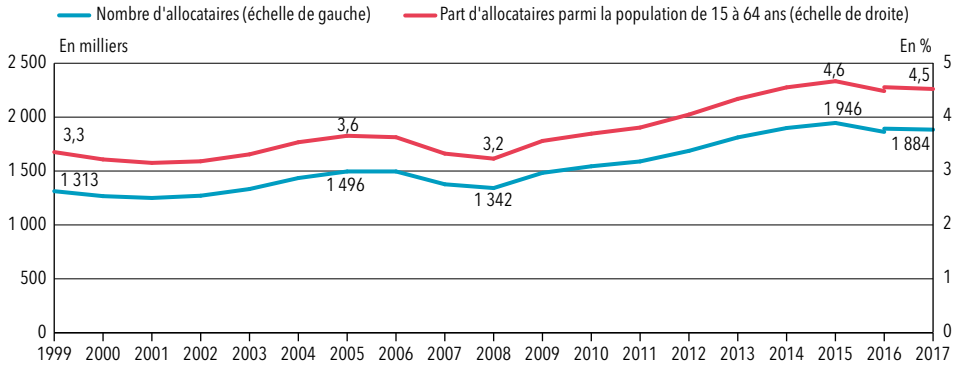
La proportion d'allocataires est très élevée dans les quatre DROM historiques, où elle représente 16,1 % de la population âgée de 15 à 64 ans *(encadré 1)*.

Le RSA non majoré représente 88 % des allocataires du RSA

Parmi les 1,88 million de foyers qui bénéficient du RSA en France au 31 décembre 2017, 1,66 million (88 %) perçoivent le RSA non majoré, soit 0,4 % de moins que fin 2016. Les allocataires représentent 4,0 % de la population âgée de 15 à 64 ans. Avec les conjoints et les enfants à charge, 3,15 millions de personnes sont couvertes par le RSA non majoré, soit 4,7 % de la population française.

Parmi les allocataires, 61 % sont des personnes seules sans enfant et 24 % des foyers allocataires sont des familles monoparentales *(tableau 1)*. Les couples avec ou sans enfant(s) sont ainsi très minoritaires. La moitié des bénéficiaires sont des femmes (49 %). Par ailleurs, 63 % des allocataires du RSA non

Graphique 1 Évolution du nombre et de la part d'allocataires du RMI, de l'API, du RSA socle et du RSA parmi la population de 15 à 64 ans, depuis 1999



RMI : revenu minimum d'insertion ; API : allocation parent isolé ; RSA : revenu de solidarité active.
Note > Il y a une rupture de série en 2016. En 2016, nous présentons à la fois les données semi-définitives et les données définitives de la CNAF.
Champ > Effectifs en France, au 31 décembre de chaque année.
Sources > CNAF ; MSA ; Insee, population estimée au 1er janvier de l'année *n+1* (pour le taux d'allocataires de l'année *n*).

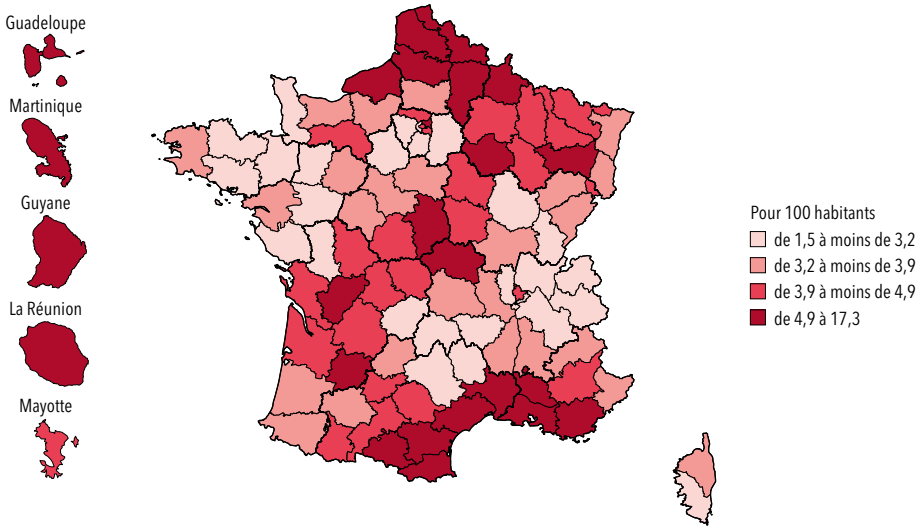
2. Cette baisse va à rebours du fait que la prime d'activité touche un public beaucoup plus large que celui du RSA activité, tout en l'incluant.
3. La corrélation est aussi très élevée avec le taux de pauvreté monétaire à 60 % du niveau de vie médian. En France métropolitaine, elle s'établit à 0,81.

majoré perçoivent le RSA depuis deux ans ou plus et 35 % depuis cinq ans ou plus[4].

Compte tenu de la condition d'âge minimum pour les personnes sans enfant et de la possibilité de bénéficier des prestations vieillesse dès l'âge minimal légal de départ à la retraite, la plupart des allocataires du RSA non majoré (97 %) ont entre 25 et 64 ans fin 2017. Les allocataires du RSA non majoré sont particulièrement surreprésentés parmi les 25-29 ans : 17 % des allocataires, contre 9 % dans l'ensemble de la population française âgée de 15 à 64 ans.

Parmi les bénéficiaires du RSA non majoré fin 2016, 27 % ne le sont plus fin 2017 *(graphique 2)*. Ce taux de sortie des bénéficiaires du RSA non majoré, qui avait augmenté en 2016, diminue légèrement en 2017 (-2 points) et retrouve son niveau des années 2013 à 2015. À l'inverse, le taux d'entrée, qui est également de 27 % en 2017[5], augmente en 2017 (+1 point), alors qu'il avait fortement baissé entre 2013 et 2016 (-7 points).

Carte 1 Part d'allocataires du RSA, fin 2017, parmi la population âgée de 15 à 64 ans



Note > Les départements sont répartis par quartiles selon la valeur de la part d'allocataires (chaque catégorie regroupe 25 % des départements). Au niveau national, la part d'allocataires du RSA est de 4,5 pour 100 habitants âgés de 15 à 64 ans.
Champ > France métropolitaine et DROM.
Sources > CNAF ; MSA ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2018).

Encadré 1 La situation dans les DROM

Le RSA a remplacé le RMI et l'API le 1er janvier 2011 dans les quatre départements et régions d'outre-mer (DROM) de l'époque. Il est également en vigueur à Mayotte depuis le 1er janvier 2012. Au 31 décembre 2017, 203 900 foyers bénéficient du RSA dans les cinq DROM et deux collectivités d'outre-mer (COM), Saint-Martin et Saint-Barthélemy, soit une baisse de 0,7 % par rapport à fin 2016.

En prenant en compte les conjoints et les enfants à charge des allocataires, 453 200 personnes sont couvertes par le RSA, soit 21 % de la population.

4. Cette ancienneté dans le RSA ne tient pas compte de la perception éventuelle du RSA activité avant 2016.
5. C'est-à-dire que 27 % des bénéficiaires fin 2017 ne l'étaient pas un an plus tôt.

Les allocataires du RSA majoré sont presque exclusivement des femmes

Fin 2017, 226 300 foyers bénéficient du RSA majoré, soit une baisse de 1,2 % en un an. Ils représentent 12 % des allocataires du RSA en France et 0,5 % de la population âgée de 15 à 64 ans. En tenant compte des personnes à charge, 670 500 personnes sont couvertes par le RSA majoré fin 2017, soit 1,0 % de la population.

La quasi-totalité des allocataires du RSA majoré sont des femmes (96 %). Une femme sur deux a plus d'un enfant à charge. En raison de sa

Tableau 1 Caractéristiques des foyers allocataires du RSA, fin 2017

En %

Caractéristiques	RSA non majoré	RSA majoré	RSA	Ensemble de la population de 15 à 64 ans
Effectifs (en nombre)	1 657 400	226 300	1 883 800	40 947 400
Sexe[1]				
Femme	49	96	54	51
Homme	51	4	46	49
Situation familiale[2]				
Seul sans personne à charge	61	Femme enceinte : 7	54	31
Seul avec personne(s) à charge	24	Femme avec un enfant : 35 Femme avec plus d'un enfant : 55 Homme avec un enfant : 2 Homme avec plus d'un enfant : 1	32	12
Couple sans personne à charge	3		3	20
Couple avec personne(s) à charge	12		11	37
Âge				
Moins de 25 ans	2	26	5	19
25 à 29 ans	17	24	18	9
30 à 39 ans	28	35	29	20
40 à 49 ans	24	12	23	21
50 à 59 ans	21	3	18	21
60 à 64 ans	7	0	6	7
65 ans ou plus	1	0	1	-
Ancienneté dans le RSA[3]				
Moins d' 1 an	23	35	24	-
1 an à moins de 2 ans	14	16	14	-
2 ans à moins de 5 ans	28	26	28	-
5 ans à moins de 10 ans	21	16	20	-
10 ans ou plus	14	6	13	-
Inscrits à Pôle emploi[1]	45	35	44	-

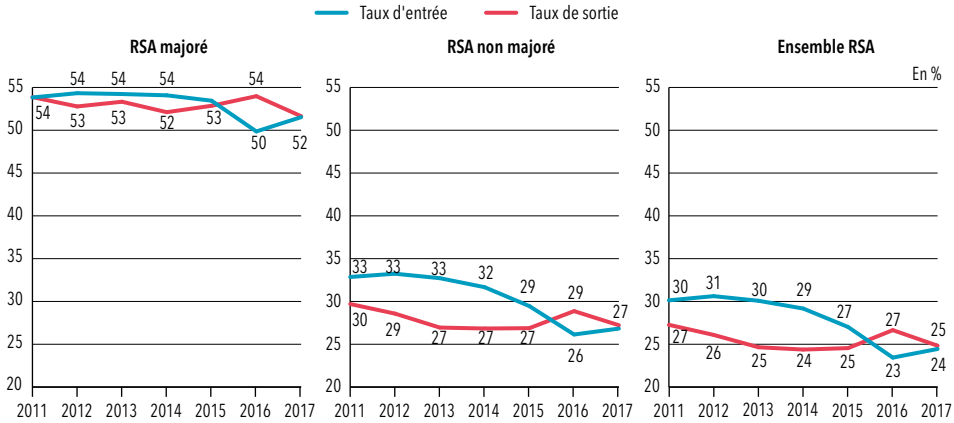
1. La répartition par sexe, la répartition selon l'ancienneté dans le RSA et la part d'inscrits à Pôle emploi sont calculées sur le champ des bénéficiaires (allocataires et éventuels conjoints).
2. Dans l'ensemble de la population, la répartition par situation familiale a été calculée au niveau du ménage, sans tenir compte des ménages complexes, en se restreignant aux personnes de référence.
3. En tenant compte de l'ancienneté dans le RMI, l'API ou le RSA socle, mais sans tenir compte du RSA activité. L'ancienneté est calculée comme la présence ou non dans le dispositif au 31 décembre de chaque année. Les allers-retours dans le dispositif en cours d'année ne sont donc pas comptabilisés.

Champ > France ; ensemble de la population : ménages ordinaires en France (hors Mayotte).

Sources > CNAF et MSA pour les effectifs ; CNAF pour les répartitions (98,6 % des allocataires du RSA relèvent des CAF) ; DREES, ENIACRAM pour le taux d'inscription à Pôle emploi et la répartition selon l'ancienneté dans le RSA ; Insee, enquête Emploi 2017 pour les caractéristiques de l'ensemble de la population.

spécificité et de l'absence de condition d'âge, le RSA majoré compte davantage de jeunes que le RSA non majoré : 26 % des bénéficiaires ont moins de 25 ans *(tableau 1)*.
Confrontés à certaines difficultés, notamment l'absence ou le coût élevé d'un mode de garde pour leur(s) enfant(s), les bénéficiaires du RSA majoré sont plus éloignés du marché du travail. Seulement 35 % d'entre eux sont inscrits à Pôle emploi, contre 45 % des bénéficiaires du RSA non majoré.
Le RSA majoré étant accordé de manière temporaire, les taux d'entrée et de sortie dans le dispositif des bénéficiaires sont plus élevés que ceux du RSA non majoré. 52 % des allocataires du RSA majoré fin 2016 ne le sont plus un an plus tard et 52 % des allocataires fin 2017 ne l'étaient pas un an plus tôt. ■

Graphique 2 Évolution des taux d'entrée et de sortie du RSA, depuis 2011



Notes > Le taux d'entrée de l'année *n* rapporte le nombre de personnes absentes du dispositif au 31/12/*n*-1 mais présentes au 31/12/*n* au stock présent au 31/12/*n*. Le taux de sortie de l'année *n* rapporte le nombre de personnes présentes au 31/12/*n*-1 mais absentes au 31/12/*n* au stock présent au 31/12/*n*-1. Pour les taux d'entrée et de sortie selon le type de RSA (majoré ou non), les bascules entre le RSA majoré et le RSA non majoré sont prises en compte.
Lecture > 50 % des allocataires du RSA majoré fin 2016 ne l'étaient pas fin 2015. 54 % des allocataires du RSA majoré fin 2015 ne le sont plus fin 2016.
Champ > France, bénéficiaires (allocataires et éventuels conjoints) âgés de 16 à 64 ans au 31 décembre de chaque année (année de sortie du dispositif).
Source > DREES, ENIACRAMS.

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires sont disponibles sur l'espace internet data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Pauvreté et exclusion, sous-rubrique Minima sociaux, RSA, prime d'activité.

> **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.)** (2019). *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

32 L'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA

Fin 2017, 2,1 millions de personnes bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont soumises aux droits et devoirs associés à cette prestation, soit 99 % des bénéficiaires. Parmi elles, 83 % sont orientées vers un organisme référent unique par les collectivités territoriales chargées de l'insertion des bénéficiaires du RSA sur leur territoire. Pôle emploi est l'organisme référent unique de 44 % des personnes orientées, les conseils départementaux et territoriaux de 30 %. Par ailleurs, 52 % des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi disposent d'un contrat d'engagement réciproque (CER). Un CER sur cinq contient au moins une action d'insertion visant à s'inscrire dans un parcours de recherche d'emploi. En moyenne, 94 jours s'écoulent entre la date d'entrée dans le RSA et celle de la première orientation, puis 58 jours jusqu'à la signature du premier CER.

Fin 2017, 1,88 million de foyers sont allocataires du revenu de solidarité active (RSA) en France[1] (voir fiche 31), ce qui représente 2,14 millions de bénéficiaires du RSA (allocataires et leurs conjoints)

Presque tous les adultes bénéficiaires du RSA sont soumis aux droits et devoirs

Selon la loi du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active (RSA) et réformant les politiques d'insertion, tout allocataire ou conjoint d'allocataire appartenant à un foyer ayant un droit ouvert au RSA est soumis aux « droits et devoirs du bénéficiaire du RSA » s'il est sans emploi ou s'il a un revenu d'activité professionnelle inférieur à 500 euros par mois (en moyenne au cours des trois derniers mois). Les personnes soumises aux droits et devoirs sont tenues de rechercher un emploi, de mener à bien les démarches nécessaires à la création de leur propre activité ou d'entreprendre les actions nécessaires à une meilleure insertion sociale ou professionnelle. En contrepartie, elles doivent bénéficier d'un accompagnement destiné à les aider dans ces démarches.

Fin 2017, en France, 2,1 millions de bénéficiaires (allocataires et conjoints d'allocataires) du RSA sont soumis aux droits et devoirs, soit 99 % des bénéficiaires.

83 % des personnes soumises aux droits et devoirs sont orientées en vue d'un accompagnement

Selon la loi, toute personne bénéficiaire du RSA soumise aux droits et devoirs doit être orientée vers un organisme chargé de l'accompagner en vue d'une meilleure insertion sociale ou professionnelle. La décision d'orientation, qui prend en compte les caractéristiques individuelles, relève de la collectivité territoriale ayant la compétence de l'insertion des bénéficiaires du RSA sur son territoire. Il s'agit, dans la très grande majorité des cas, du conseil départemental.

Fin 2017, selon l'enquête annuelle de la DREES sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA), 83 % des personnes soumises aux droits et devoirs sont orientées *(tableau 1)*, un chiffre stable par rapport à fin 2016.

La part des personnes orientées parmi celles soumises aux droits et devoirs est supérieure à 78 % pour les trois quarts des collectivités et elle atteint ou dépasse même 90 % pour un quart d'entre elles *(carte 1)*. Cette part est inférieure à 71 % pour seulement une collectivité sur dix.

Cette part est beaucoup plus faible pour les personnes récemment entrées dans le RSA[2] que pour celles présentes depuis plus longtemps dans le

1. Le RSA est en vigueur en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer, ainsi que dans trois des collectivités d'outre-mer : Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.
2. Dans cette fiche, l'ancienneté dans le RSA d'une personne est celle du foyer auquel appartient la personne.

dispositif. En effet, seulement la moitié des personnes entrées depuis moins de six mois dans le RSA sont orientées, contre un peu plus des trois quarts pour celles ayant une ancienneté de six mois à moins d'un an, 85 % pour celles ayant une ancienneté d'un an à moins de deux ans et 88 % lorsqu'elles ont passé deux ans ou plus dans le RSA. La proportion non négligeable de 12 % de personnes non orientées parmi celles dont l'ancienneté dans le RSA est supérieure ou égale à deux ans s'explique probablement en partie par le fait que cette ancienneté soit celle de l'allocataire et non l'ancienneté individuelle de chaque bénéficiaire (éventuellement différente au sein d'un couple).

La part des personnes orientées a tendance à croître avec l'âge jusqu'à 60 ans : si c'est le cas de 77 % des jeunes de moins de 25 ans soumis aux droits et devoirs, cette part est de 83 % pour les personnes âgées de 30 à 39 ans et de 86 % pour celles de 50 à 59 ans. Pour les personnes de 60 ans ou plus, cette part atteint 84 %. Ces disparités selon l'âge pourraient tenir, pour partie, à celles selon l'ancienneté dans le RSA – la part de personnes récemment entrées étant plus élevée parmi les plus jeunes.

La part des personnes orientées diffère suivant la situation familiale. Elle est plus élevée pour les personnes seules que pour les couples et la présence d'enfant(s) dans le foyer contribue également à la hausse : 87 % des personnes seules avec enfant(s) soumises aux droits et devoirs sont orientées, contre 84 % des personnes seules sans enfant, 79 % des personnes en couple avec enfants(s) et 75 % des personnes en couple sans enfant. La part des personnes orientées est identique pour les femmes et pour les hommes.

Pôle emploi est l'organisme référent unique de 44 % des personnes orientées

En fonction de leurs caractéristiques, les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs sont orientés vers Pôle emploi, un organisme autre que Pôle emploi appartenant au Service public de

Tableau 1 Part des personnes orientées parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs, par caractéristique, fin 2017

En %

		Part
Ensemble des bénéficiaires		83
Tranche d'âge	Moins de 25 ans	77
	25 à 29 ans	79
	30 à 39 ans	83
	40 à 49 ans	85
	50 à 59 ans	86
	60 ans ou plus	84
Sexe	Femme	83
	Homme	83
Situation familiale	Seul sans enfant	84
	Seul avec enfant(s)	87
	En couple sans enfant	75
	En couple avec enfant(s)	79
Tranche d'ancienneté du foyer dans le RSA	Moins de 6 mois	50
	6 mois à moins de 1 an	77
	1 an à moins de 2 ans	85
	2 ans à moins de 5 ans	88
	5 ans ou plus	88

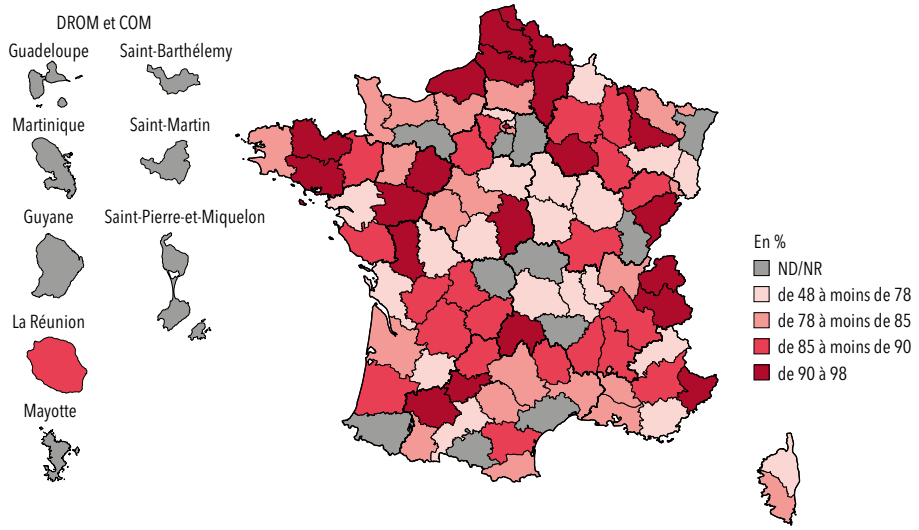
Lecture > Fin 2017, 83 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs sont orientés.
Champ > France métropolitaine, DROM, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.
Source > DREES, vague 2017 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

l'emploi[3] (SPE) ou bien un organisme hors du SPE. Selon la loi, un référent unique doit être désigné pour tous les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs et orientés. Son rôle est de coordonner les actions d'insertion à mettre en œuvre pour une meilleure insertion sociale ou professionnelle des bénéficiaires. L'organisme vers lequel est orienté le bénéficiaire désigne le référent unique. Il est appelé « organisme référent unique »[4].

Pôle emploi est l'organisme référent unique de 44 % des personnes orientées *(tableau 2)*. Presque toutes les collectivités ont recours à Pôle emploi dans leurs schémas d'insertion. La part des personnes ayant Pôle emploi comme référent unique est supérieure à 30 % pour trois collectivités sur quatre et à 53 % pour un quart d'entre elles *(carte 2)*.

Lorsque l'organisme référent unique n'est pas Pôle emploi, ce sont les services internes des conseils

Carte 1 Part des personnes orientées parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs, fin 2017



NR : collectivité non répondante à l'enquête ; ND : collectivité répondante à l'enquête mais indicateur non disponible
Note > En France, fin 2017, 83 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs sont orientés. Les départements ont été répartis par quartiles selon la valeur de la part de personnes orientées (chaque classe regroupe 25% des collectivités répondantes).
Champ > France métropolitaine, DROM, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.
Source > DREES, vague 2017 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

3. Dans l'enquête OARSA, les organismes du SPE sont, par convention, les suivants : Pôle emploi, les missions locales, les maisons de l'emploi (MDE), les maisons de l'emploi et de la formation (MDEF), les plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi (PLIE), Cap emploi, les organismes d'appui à la création et au développement d'entreprise, les structures d'insertion par l'activité économique (IAE) et les autres organismes de placement professionnel ou de formation professionnelle. Les organismes hors SPE sont donc : les conseils départementaux et territoriaux, les caisses d'allocations familiales (CAF) et de la Mutualité sociale agricole (MSA), les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS) et tous les autres organismes non classés dans le SPE (associations d'insertion à visée principalement sociale, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, etc.).
4. Lorsque l'orientation n'a pas lieu vers Pôle emploi, le référent unique appartient à l'organisme vers lequel la personne a été orientée. En revanche, Pôle emploi a la possibilité de choisir un référent unique hors de son réseau mais appartenant au SPE. Dans ce dernier cas, Pôle emploi reste identifié comme organisme référent unique dans l'enquête.

départementaux et territoriaux qui sont très majoritairement privilégiés, loin devant les organismes du SPE autres que Pôle emploi : 30 % des bénéficiaires du RSA orientés ont un agent du conseil départemental ou territorial comme référent unique, contre 5 % pour les organismes du SPE autres que Pôle emploi. Enfin, les organismes hors SPE autres que les conseils départementaux et territoriaux sont les organismes référents uniques de 20 % des bénéficiaires orientés. La part des personnes orientées ayant un service du conseil départemental ou territorial comme référent unique est supérieure à 20 % dans neuf territoires sur dix et même à 49 % dans un quart d'entre eux.

Les jeunes et les seniors sont moins orientés vers Pôle emploi

La part de personnes ayant pour organisme référent unique Pôle emploi est plus élevée parmi les 25-29 ans (51 %) et décroît avec l'âge pour atteindre 23 % pour les personnes de 60 ans ou plus. Les plus âgés sont également moins orientés que la moyenne vers les autres organismes du SPE et davantage vers les services du conseil départemental ou territorial et les autres organismes hors SPE, notamment les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS). 19 % des personnes orientées de 60 ans ou plus le sont ainsi vers un CCAS ou CIAS, contre 8 % pour l'ensemble des personnes orientées. En effet, engager une démarche d'insertion essentiellement professionnelle peut probablement présenter un intérêt moindre pour les personnes proches de l'âge minimum légal de départ à la retraite. Si les bénéficiaires de moins de 25 ans sont également moins orientés vers Pôle emploi (27 %), ils sont davantage suivis que la moyenne par un autre organisme du SPE (11 % contre 5 %).

Tableau 2 Répartition par organisme référent unique des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs et orientés, fin 2017

En %

		Pôle emploi	Organisme du SPE autre que Pôle emploi	Conseil départemental ou territorial	Organisme hors SPE autre que le conseil départemental ou territorial
Ensemble des bénéficiaires		44	5	30	20
Tranche d'âge	Moins de 25 ans	27	11	40	21
	25 à 29 ans	51	7	25	17
	30 à 39 ans	49	5	27	18
	40 à 49 ans	45	5	30	20
	50 à 59 ans	40	4	32	24
	60 ans ou plus	23	2	46	29
Sexe	Femme	37	5	37	21
	Homme	51	6	23	20
Situation familiale	Seul sans enfant	48	6	23	23
	Seul avec enfant(s)	38	5	38	19
	En couple sans enfant	41	5	30	24
	En couple avec enfant(s)	42	6	34	19
Tranche d'ancienneté du foyer dans le RSA	Moins de 6 mois	48	7	29	17
	6 mois à moins de 1 an	47	7	28	18
	1 an à moins de 2 ans	47	7	27	19
	2 ans à moins de 5 ans	47	5	29	19
	5 ans ou plus	39	4	36	22

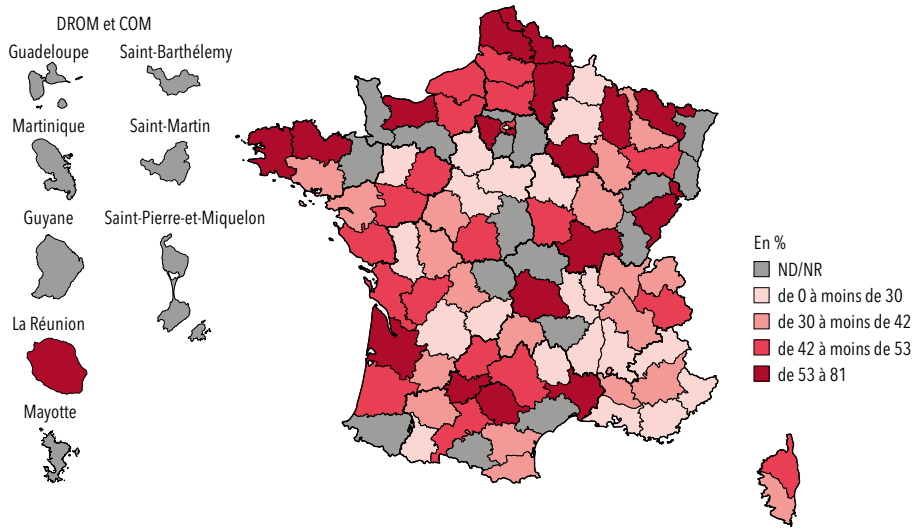
SPE : service public de l'emploi.
Lecture > Fin 2017, 44 % des personnes soumises aux droits et devoirs et orientées ont Pôle emploi comme organisme référent unique.
Champ > France métropolitaine, DROM, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.
Source > DREES, vague 2017 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

Ils sont notamment 7 % à être orientés vers une mission locale, dont le cœur de métier est l'insertion professionnelle et sociale des jeunes de 16 à 25 ans. Ils sont également davantage suivis que la moyenne par les services du conseil départemental ou territorial. Cette forte part s'explique notamment par la préférence pour le recours à des organismes référents uniques plus centrés sur la levée des freins sociaux que sur l'insertion professionnelle, pour une majorité de ces jeunes, du fait de leur situation familiale souvent spécifique[5].

Les personnes seules sans enfant sont également un peu plus orientées vers Pôle emploi (48 %) que les personnes avec enfant(s). En effet, l'absence de certains freins sociaux liés aux enfants, tels que des besoins de modes d'accueil, implique que les démarches d'insertion essentiellement professionnelle semblent plus souvent mieux adaptées. Les conseils départementaux et territoriaux choisissent, à l'inverse, moins souvent leurs propres services pour assurer le rôle de référent unique pour les personnes seules sans enfant que pour les autres situations familiales : 23 %, contre 34 % pour les personnes en couple avec enfant(s) et même 38 % pour les personnes seules avec enfant(s).

Enfin, les personnes orientées dont l'ancienneté du foyer dans le RSA est supérieure ou égale à cinq ans ont moins fréquemment Pôle emploi comme organisme référent unique que les personnes dont l'ancienneté du foyer est moindre (39 % contre 47 %), les conseils départementaux et territoriaux privilégiant plus souvent leurs propres services pour les premières.

Carte 2 Part des personnes ayant Pôle emploi comme organisme référent unique parmi celles soumises aux droits et devoirs et orientées, fin 2017



NR : collectivité non répondante à l'enquête ; ND : collectivité répondante à l'enquête mais indicateur non disponible.
Note > En France, fin 2017, 44 % des bénéficiaires orientés ont Pôle emploi comme organisme référent unique.
Les départements ont été répartis par quartiles selon la valeur de la part de personnes orientées (chaque classe regroupe 25% des collectivités répondantes).
Champ > France métropolitaine, DROM, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.
Source > DREES, vague 2017 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

5. Si un jeune de moins de 25 ans ne peut pas justifier d'une activité de deux ans en équivalent temps plein au cours des trois dernières années précédant la demande du RSA, alors il ne peut prétendre au RSA que s'il assume la charge d'au moins un enfant né ou à naître. Fin 2017, 99 % des allocataires du RSA de moins de 25 ans sont des parents (ou vont le devenir très prochainement).

52 % des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi disposent d'un CER

Selon la loi, lorsqu'un bénéficiaire du RSA soumis aux droits et devoirs est orienté vers Pôle emploi, il participe à la définition d'un projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE). Dans le cas d'une orientation vers un organisme autre que Pôle emploi, le bénéficiaire signe alors un contrat d'engagement réciproque (CER) avec cet organisme, qu'il appartienne ou non au SPE. Le CER énumère les actions à mettre en œuvre dans le cadre du parcours d'insertion du bénéficiaire[6].

Fin 2017, 52 % des bénéficiaires du RSA orientés vers un organisme autre que Pôle emploi ont un CER, un chiffre quasiment stable par rapport à fin 2016. Cette part est inférieure à 41 % pour une collectivité sur quatre, à 61 % pour trois collectivités sur quatre et à 74 % pour neuf collectivités sur dix. Elle est légèrement plus faible dans le cas d'orientations vers les services des conseils départementaux et territoriaux que vers les autres organismes hors SPE : 48 % contre 57 %. Elle s'élève à 55 % dans le cas d'orientation vers des organismes du SPE autres que Pôle emploi.

L'ancienneté du foyer dans le RSA a un effet notable sur la part des personnes disposant d'un contrat d'engagement réciproque parmi celles orientées vers un organisme autre que Pôle emploi : elle est de 25 % pour les personnes dont l'ancienneté du foyer est inférieure à six mois, contre 49 % dans le cas d'une ancienneté comprise entre six mois et moins d'un an et 54 % pour des anciennetés d'un an ou plus.

Un tiers des CER contiennent au moins une action visant l'accès aux soins

Les actions à mettre en œuvre dans le cadre de l'insertion des bénéficiaires du RSA, et donc inscrites dans les CER, sont personnalisées suivant le profil et les besoins de chaque bénéficiaire, tant sur le contenu que sur le nombre. Elles peuvent notamment répondre à des objectifs d'insertion à visée principalement professionnelle. Fin 2017, 22 % des CER des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi contiennent au moins une action visant à les inscrire dans un parcours de recherche d'emploi *(graphique 1)*, 13 % contiennent au moins une action ciblant la recherche d'activités, de stages ou de formations destinés à acquérir des compétences professionnelles et 8 % au moins une action visant à aider à la réalisation d'un projet de création, de reprise ou de poursuite d'une activité non salariée. Seul un CER sur cinquante contient au moins une action visant à s'inscrire dans une mesure d'insertion par l'activité économique (IAE). Le constat est le même pour les actions visant à trouver un emploi aidé.

Certaines actions inscrites dans les CER peuvent aussi répondre à des objectifs d'insertion à visée principalement sociale, afin de lever divers freins sociaux à la recherche et à la prise d'un emploi adéquat. Le champ de ces actions est très large, du fait de la diversité des difficultés auxquelles peuvent être confrontés les bénéficiaires du RSA (problèmes de santé, de mal-logement, contraintes liées à la parentalité, etc.).

Fin 2017, 36 % des CER contiennent au moins une action visant l'accès aux soins, 23 % une action visant la famille et la parentalité (soutien familial, garde d'enfant[s]), 14 % une action visant l'accès à un logement, au relogement ou à l'amélioration de l'habitat et 14 % une action visant à faciliter le lien social (développement de l'autonomie sociale, activités collectives, etc.).

Un délai moyen de 94 jours entre l'entrée dans le RSA et la première orientation, puis de 58 jours jusqu'à la signature du premier CER

49 % des personnes dont le foyer est entré dans le RSA en 2017 et qui sont soumises aux droits et devoirs fin 2017 sont primo-orientées à cette même date, c'est-à-dire qu'elles n'ont connu qu'une seule orientation depuis cette entrée. En moyenne, 94 jours se sont écoulés entre leur date d'entrée

6. Les informations relatives aux PPAE des bénéficiaires du RSA orientés vers Pôle emploi sont encore à ce jour généralement peu robustes (voire indisponibles) dans les données des conseils départementaux et territoriaux. Aussi, l'enquête OARSA permet de restituer uniquement des informations concernant les CER.

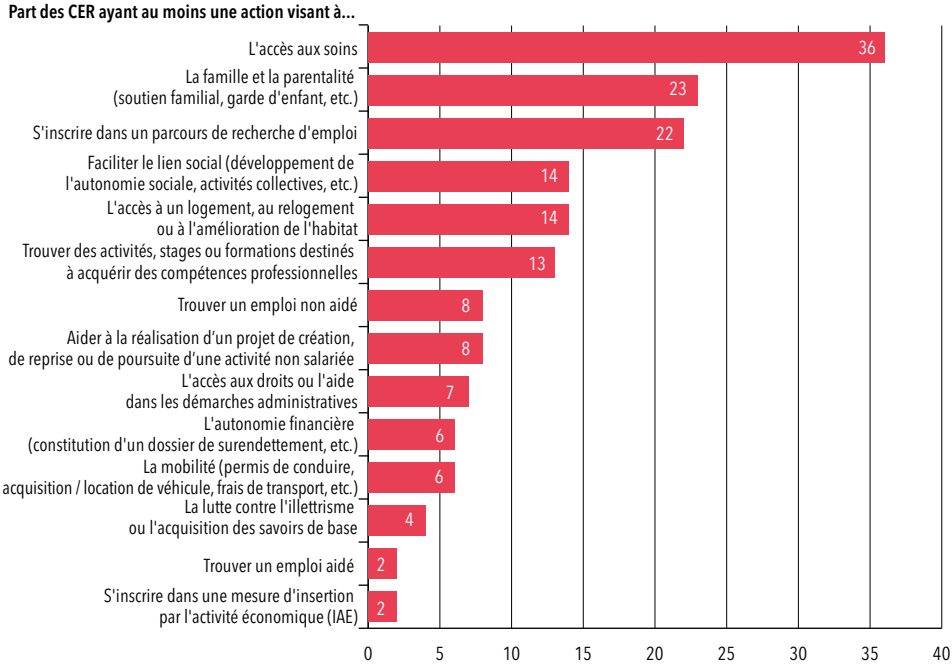
dans le RSA et celle de leur première orientation. Ce délai a tendance à être plus élevé dans les collectivités où la part de personnes primo-orientées, parmi celles soumises aux droits et devoirs orientées et dont le foyer est entré dans le RSA en 2017, est faible[7].

33 % des personnes dont le foyer est entré dans le RSA en 2017, soumises aux droits et devoirs et primo-orientées vers un organisme autre que Pôle emploi fin 2017, disposent d'un primo-CER à cette même date, c'est-à-dire qu'elles n'ont eu qu'une seule orientation (vers un organisme autre que Pôle emploi) et qu'un seul CER au cours de la période. Pour ces personnes, 58 jours s'écoulent en moyenne entre la date de première orientation et celle de signature du premier CER.

Les réorientations d'un organisme hors SPE vers un organisme du SPE sont plus fréquentes que l'inverse

Les bénéficiaires du RSA peuvent être réorientés lorsque l'orientation initialement mise en œuvre s'est révélée inadéquate ou l'est devenue (évolution de la situation personnelle ou familiale, par exemple). Ces réorientations sont, dans certains cas, encadrées par la législation, que ce soit en matière de délai ou de procédure à suivre. 6 % des personnes soumises aux droits et devoirs et orientées fin 2017 ont connu,

Graphique 1 Actions inscrites dans les contrats d'engagements réciproques (CER), fin 2017



Note > Le cas des CER pouvant contenir plusieurs actions appartenant à différentes catégories étant fréquent, la somme des pourcentages est supérieure à 100 %.
Lecture > Fin 2017, 36 % des CER contiennent au moins une action visant l'accès aux soins.
Champ > France métropolitaine, DROM, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.
Source > DREES, vague 2017 de l''enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

7. Le coefficient de corrélation vaut -0,62.

durant l'année écoulée, une réorientation d'un organisme du SPE vers un organisme hors SPE, ou vice versa[8]. Les réorientations d'un organisme hors SPE vers un organisme du SPE sont majoritaires en 2017 : elles représentent 59 % de l'ensemble des réorientations entre organismes du SPE et hors SPE. ■

Pour en savoir plus

> Données complémentaires sur le site data.drees, rubrique Aide et action sociales, sous-rubrique Orientation et accompagnement des bénéficiaires du RSA.

> **D'Isanto, A.** (2017, juillet). 80 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs sont orientés vers un parcours d'insertion. DREES, *Études et Résultats*, 1 019.

> **D'Isanto, A.** (2019, juillet). La moitié des bénéficiaires dont le foyer à moins de six mois d'ancienneté dans le RSA sont orientés. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 39.

8. Dans l'enquête OARSA, une réorientation est définie comme un changement d'organisme référent unique.

33 Les dépenses départementales d'insertion

Les dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au revenu de solidarité active (RSA) et au revenu de solidarité (RSO) s'élèvent à 11,8 milliards en 2017. Elles baissent de 0,7 % en euros constants par rapport à 2016, après une progression annuelle moyenne de 4,1 % entre 2009 et 2016. Les dépenses d'allocation représentent 91 % de ces dépenses. Leur répartition est très hétérogène sur le territoire français, en raison des fortes disparités géographiques du nombre d'allocataires.

Avant compensation par l'État, l'ensemble des dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au revenu de solidarité active (RSA)[1] et au revenu de solidarité (RSO) constituent 30 % des dépenses sociales brutes des départements[2].

En 2017, une baisse en euros constants des dépenses d'insertion

En 2017, les dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au RSA et au RSO s'élèvent à 11,8 milliards d'euros, soit une diminution de 0,7 % en un an, en euros constants[3]. Le versement de l'allocation du RSA représente 91 % de ces dépenses, soit 10,8 milliards d'euros. Ce montant baisse de 0,4 % en un an (en euros constants), après avoir augmenté à un rythme annuel moyen de 6,3 % entre 2009 et 2016[4] *(tableau 1)*. Cette évolution récente s'explique par la baisse de 2,5 % du nombre d'allocataires[5] entre 2016 et 2017 (voir fiche 31). Elle est toutefois atténuée par les deux revalorisations du montant de l'allocation intervenues en 2017 (+0,3 % en avril et +1,6 % en septembre).

Une nouvelle diminution de la part des dépenses d'insertion dans l'ensemble

À l'inverse, depuis 2009, les dépenses d'insertion, hors allocations du RSA, qu'elles soient liées ou non aux contrats d'insertion, ont diminué de 4,6 % en moyenne par an. Leur part dans les dépenses totales de RSA et RSO a également continué de baisser pour atteindre 8,5 % en 2017.

Ces dépenses comprennent le financement partiel des contrats aidés et les subventions et participations à des structures d'insertion par l'activité économique (IAE) pour les bénéficiaires du RSA, des dépenses de personnel du département, et des participations et subventions dans le cadre, notamment, de la mission des départements d'accompagnement social et socio-professionnel des personnes éloignées de l'emploi. Ces dépenses d'insertion, hors allocations, s'élèvent à 1,0 milliard d'euros en 2017. Parmi elles, 220 millions d'euros sont alloués au financement des contrats uniques d'insertion (CUI) des bénéficiaires du RSA, 765 millions à l'accompagnement des bénéficiaires du RSA et, enfin, 24 millions à d'autres dépenses d'insertion (encore liées aux anciens dispositifs RMI, CI-RMA ou contrats d'avenir, par exemple).

Des disparités départementales marquées

La répartition sur le territoire des dépenses totales liées au RSA et au RSO, rapportées à la population de chaque département, est hétérogène *(carte 1)*. En 2017, les dépenses brutes d'insertion et d'allocation

1. Le reliquat de dépenses associées au revenu minimum d'insertion (RMI) subsiste parmi ces dépenses.
2. Les autres dépenses brutes d'aide sociale se répartissent en quatre postes principaux : l'aide sociale aux personnes handicapées (21 %), l'aide sociale à l'enfance (20 %), l'aide sociale aux personnes âgées (20 %) et les dépenses de personnel, à l'exception de celles liées aux assistants familiaux ainsi qu'au RMI et au RSA quand elles sont identifiées, des services communs et d'autres interventions sociales (9 %).
3. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2017, cet indice a augmenté de 1,0 % en moyenne annuelle.
4. Y compris les dépenses de RMI pour les années où cette prestation existait.
5. Le nombre moyen d'allocataires est calculé ici comme la moyenne des nombres d'allocataires au 31 décembre de l'année et au 31 décembre de l'année précédente.

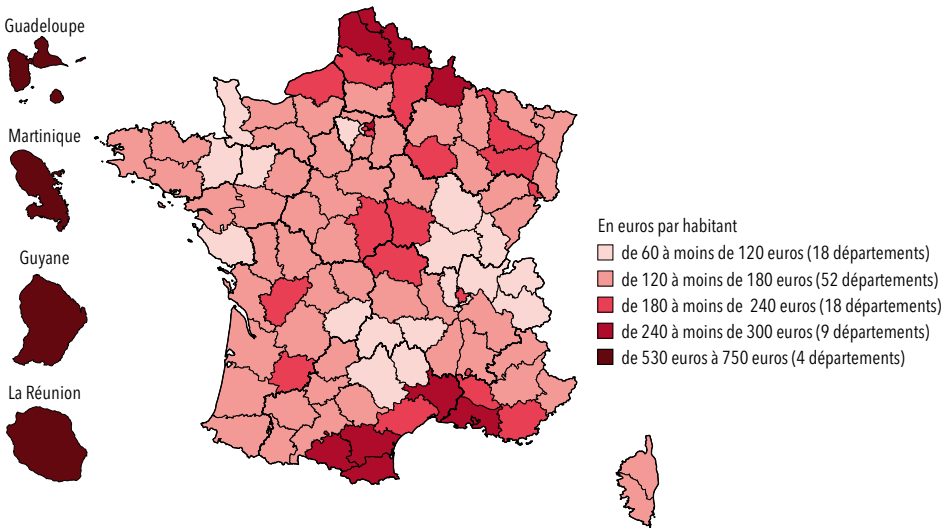
Tableau 1 Dépenses totales d'allocation et d'insertion liées au RSA et au RSO de 2009 à 2017

Dépenses en millions d'euros courants, évolution en euros constants

	2009	2011	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	Évolution annuelle moyenne 2009-2017 (en %)
Total des dépenses brutes	**7 883**	**8 932**	**10 029**	**10 871**	**11 468**	**11 777**	**11 818**	**-0,7**	**4,1**
Dépenses d'allocation du RSA et du RMI	6 523	7 830	8 924	9 723	10 414	10 741	10 809	**-0,4**	**5,4**
Dépenses d'insertion, dont :	1 360	1 102	1 105	1 149	1 053	1 036	1 009	**-3,6**	**-4,6**
Dépenses de contrats uniques d'insertion (CUI)	-	260	234	249	227	224	220	**-2,7**	-
Dépenses d'insertion du RSA, hors CUI	261	733	836	832	805	790	765	**-4,1**	**13,2**
Autres dépenses d'insertion (y compris RSO et anciens dispositifs liés au RMI)	1 099	109	35	68	21	22	24	**5,5**	**-38,7**
Part des dépenses d'insertion dans le total des dépenses (en %)	**17**	**12**	**11**	**11**	**9**	**9**	**9**	**-2,9**	**-8,4**

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Carte 1 Les dépenses annuelles brutes d'insertion et d'allocation liées au RSA et au RSO par habitant en 2017



Lecture > Au niveau national, la dépense annuelle brute d'insertion et d'allocation liée au RSA et au RSO est de 180 euros par habitant en 2017. La médiane de cet indicateur est de 150 euros par an et par habitant.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations de population au 1er janvier 2018 ; ISD n°FI01.

du RSA et du RSO par habitant varient en effet de 1 à 5 selon les départements de France métropolitaine. Les taux observés dans les DROM sont les quatre plus élevés, dépassant 500 euros par an et par habitant.
La moitié des départements dépensent entre 120 et moins de 180 euros par habitant, restant ainsi relativement proche (entre 80 % et 120 %) de la dépense médiane[6] annuelle, qui se situe à 150 euros par habitant. En revanche, les dépenses sont très variables dans l'autre moitié des collectivités. Près d'une sur cinq a une dépense par habitant inférieure à 120 euros et, à l'opposé, autant ont une dépense variant entre 180 et 240 euros. Enfin, 9 départements ont une dépense comprise entre 240 et 300 euros, soit entre 160 % et 200 % de la dépense médiane.
Ces disparités sont essentiellement le reflet des écarts de nombre d'allocataires entre les départements. En effet, le taux d'allocataires du RSA au sein de la population des 15 à 64 ans varie de 1,5 % à 17,1 %, au 31 décembre 2017 (voir fiche 31) et le coefficient de corrélation entre ce taux et la dépense du RSA et du RSO par habitant s'élève à 0,99. À l'inverse, les disparités des dépenses rapportées au nombre moyen d'allocataires sont moindres dans ce secteur de l'aide sociale, en raison de l'existence de barèmes nationaux fixant à la fois les montants et les conditions d'attribution. Ainsi, le rapport interdécile[7] n'est que de 1,1 pour les dépenses rapportées au nombre moyen d'allocataires, contre 2,8 pour les dépenses moyennes par habitant et 2,6 pour la proportion d'allocataires dans la population *(tableau 2)*.
Au contraire, les disparités départementales de dépenses d'insertion par allocataire, comme celles de la part des dépenses d'insertion dans les dépenses totales liées au RSA et au RSO, sont élevées. Elles se traduisent, respectivement, par un rapport interdécile de 2,9 et 2,6. ■

Tableau 2 Disparités départementales de la proportion d'allocataires du RSA et du RSO et des dépenses moyennes par allocataire, en 2017

	Proportion d'allocataires parmi la population âgée de 15 à 64 ans (en %)	Dépenses brutes d'allocation et d'insertion par allocataire (en euros)	Dépenses brutes d'allocation et d'insertion par habitant (en euros)	Dépenses brutes d'insertion par allocataire (en euros)	Ratio dépenses d'insertion/ dépenses d'allocation et d'insertion (en %)
1er décile	2,5	6 017	92	335	5,4
1er quartile	3,1	6 152	121	438	7,1
Médiane	3,8	6 298	149	599	9,6
3e quartile	4,8	6 473	186	749	11,7
9e décile	6,3	6 712	260	962	14,2
Rapport interdécile	**2,6**	**1,1**	**2,8**	**2,9**	**2,6**
Max/Min	**11,8**	**1,3**	**12,1**	**20,0**	**14,9**

Lecture > La médiane, les 1er et 3e quartiles, les 1er et 9e déciles sont des valeurs qui partagent en deux les observations d'une variable rangée en ordre croissant. La médiane est la valeur qui sépare l'ensemble des départements répondants en deux groupes de même importance. Le 1er quartile (respectivement le 3e quartile) est la valeur en deçà de laquelle se situent 25 % des départements (respectivement 75 % des départements). Par exemple, la dépense annuelle moyenne d'allocation et d'insertion liée au RSA et au RSO est inférieure à 6 152 euros par allocataire dans 25 % des départements.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; MSA.

6. La médiane est la valeur qui partage en deux parts égales les observations rangées en ordre croissant.
7. Le 1er décile est la valeur en deçà de laquelle se situent 10 % des départements. Le 9e décile est la valeur en deçà de laquelle se situent 90 % des départements. Le rapport interdécile est le rapport entre la valeur du 9e décile à celle du 1er décile.

34 Le fonds d'aide aux jeunes

Le principal mode d'attribution du fonds d'aide aux jeunes (FAJ) consiste en des aides financières individuelles mobilisables plusieurs fois. En 2015, 91 000 personnes ont bénéficié d'au moins une aide de ce type. La moitié des 137 000 aides individuelles allouées servent à couvrir un besoin alimentaire. 36 millions d'euros ont été dépensés dans le cadre du FAJ en 2015 et le montant moyen des aides individuelles atteint 193 euros.

Le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) est une aide de dernier recours octroyée par les conseils départementaux aux jeunes de 18 à 25 ans en situation de grande difficulté sociale ou professionnelle (voir fiche 30).

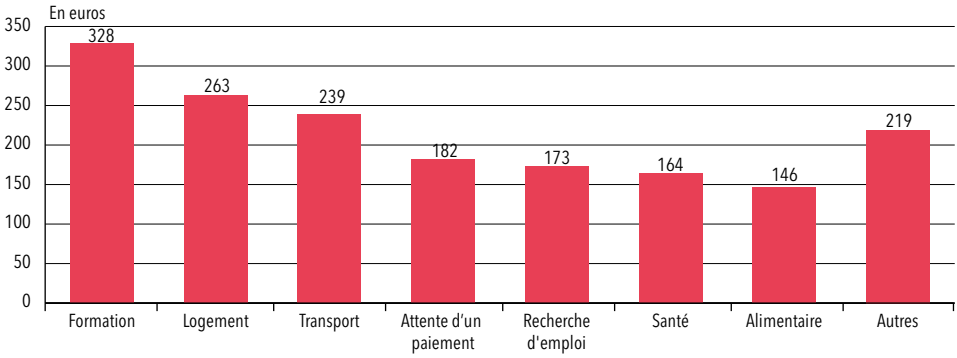
Des montants variables selon l'aide et selon le département

Sur les 41 millions d'euros du budget global du FAJ en 2015, 36 millions ont été consommés : 70 % sont consacrés au financement d'aides individuelles, 15 % à des actions collectives organisées par le département et 11 % au financement d'organismes travaillant pour l'insertion des jeunes, le reste correspondant aux frais de gestion.

En 2015, le FAJ a versé 137 000 aides individuelles à 91 000 jeunes – un bénéficiaire pouvant recevoir plusieurs aides. Ces aides individuelles couvrent principalement des besoins alimentaires (51 % des aides attribuées), de transport (21 %) et de formation (10 %). Le montant moyen de ces aides diffère d'un département à l'autre, notamment selon la place qu'occupe le FAJ par rapport à d'autres dispositifs sociaux. Il varie de 46 à 478 euros et s'élève en moyenne à 193 euros en 2015. Il dépend aussi de la finalité de l'aide attribuée : de 146 euros en moyenne pour une aide alimentaire à 328 euros pour une aide à la formation *(graphique 1)*.

Une particularité importante du FAJ consiste à pouvoir débloquer en urgence les fonds pour des aides individuelles, sans examen préalable par les commissions d'attribution. Ces aides d'urgence représentent 19 % du montant des aides individuelles.

Graphique 1 Montant moyen des aides financières individuelles attribuées en 2015, selon leur finalité



Note > La catégorie « Autres » désigne notamment les aides à l'achat de vêtements ou l'accès à des activités culturelles, sportives et de loisirs, en tant que facteur de socialisation.
Lecture > Le montant moyen des aides financières individuelles à finalité alimentaire est de 146 euros en 2015.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Fonds d'aide aux jeunes en 2015.

Des bénéficiaires peu diplômés et en situation précaire

Parmi les aides individuelles attribuées, 39 % concernent des jeunes sans diplôme et seulement 28 % des titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme plus élevé *(tableau 1)*. En 2015, 67 % des aides individuelles sont allouées à des jeunes n'étant ni scolarisés ni en emploi, alors que, dans l'ensemble de la population, 11 % des 15-24 ans sont dans cette situation en 2014. Quant au logement, 39 % des bénéficiaires sont dans une situation plus ou moins incertaine : 23 % sont hébergés par un tiers, 11 % vivent à l'hôtel, en foyer ou en centre d'hébergement et 6 % sont sans abri.

Tableau 1 Répartition des 137 000 aides individuelles du FAJ attribuées en 2015, en fonction des caractéristiques des bénéficiaires

En %

Caractéristiques	Répartition
Sexe	
Femmes	48
Hommes	52
Âge	
16 à 17 ans	1
18 à 20 ans	36
21 à 23 ans	44
24 à 25 ans	18
26 ans ou plus	1
Ressource principale	
Salaire	11
Aide financière parentale	4
Autre (allocation, RSA, AAH, bourses…)	19
Sans ressources	66
Diplôme	
Sans diplôme, arrêt en classe de 2de ou en 1re	39
CAP ou BEP	33
Baccalauréat	25
Études supérieures	3
Situation professionnelle	
Ni scolarisé ni en emploi	67
En formation (stage, école, alternance, apprentissage)	19
En emploi (sous contrat aidé ou de droit commun)	11
Autres (auto-entrepreneurs, saisonniers…)	3
Logement	
Logement autonome	30
Logement chez les parents	31
Hébergement chez un tiers	23
Foyers, sans abri, centres d'hébergement	17

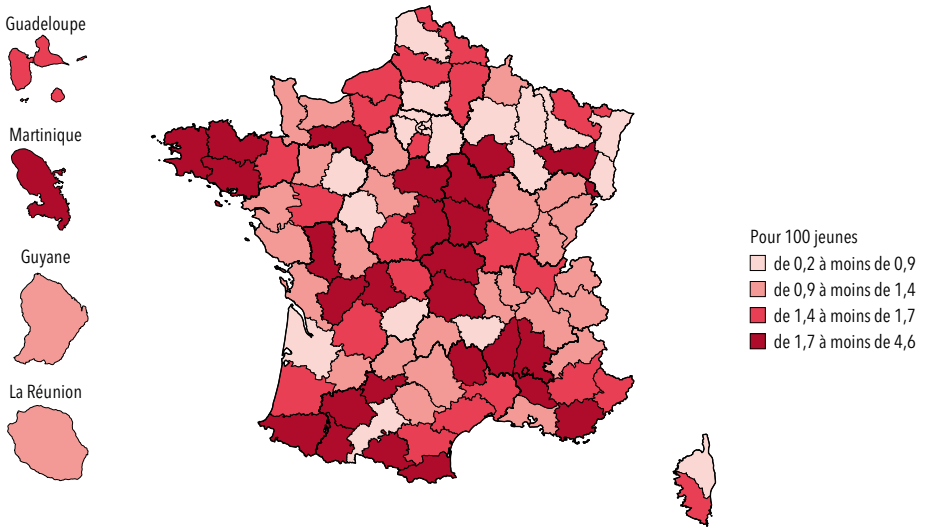
Note > Pour certaines informations, les statistiques ne sont pas calculées sur l'ensemble des 137 000 aides allouées : les départements n'ont pas nécessairement toutes les informations pour la totalité des bénéficiaires. La part de la modalité « inconnu » s'élève respectivement à 11 %, 10 %, 8 % et 8 % pour les ressources, le diplôme, la situation professionnelle et le logement.
Lecture > 67 % des aides individuelles du FAJ en 2015 ont été attribuées à des jeunes n'étant ni scolarisés ni en emploi.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Fonds d'aide aux jeunes en 2015.

Enfin, deux tiers des jeunes déclarent n'avoir aucune ressource financière.

Un dispositif inégalement mobilisé sur le territoire

La part des bénéficiaires d'aides individuelles du FAJ dans la population varie fortement d'un département à l'autre. En 2015, l'aide individuelle a été allouée à 0,2 % des 16-25 ans dans les Yvelines et en Corrèze, contre 4,6 % dans la Nièvre, la moyenne nationale étant de 1,2 %. Si des foyers de plus forte utilisation se dégagent dans certaines régions *(carte 1)*, les départements présentant les parts de bénéficiaires les plus élevées ont les populations âgées de 16 à 25 ans les moins importantes. C'est le cas de la Nièvre, du Tarn-et-Garonne ou de la Lozère. À l'inverse, les départements qui comptent le plus de jeunes sont généralement ceux dont les proportions de bénéficiaires sont les plus faibles. C'est le cas, notamment, de la plupart des départements d'Île-de-France. ■

Carte 1 Part des bénéficiaires d'aides individuelles du FAJ parmi les 16-25 ans, en 2015



Note > Au niveau national, on compte 1,2 bénéficiaire du FAJ pour 100 habitants âgés de 16 à 25 ans.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Fonds d'aide aux jeunes en 2015 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2015 (résultats arrêtés fin 2015).

Pour en savoir plus

> **Kuhn, L.** (2017, février). Le fonds d'aide aux jeunes en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 996.

> **Julienne, K., Monrose, M.** (2004, juillet-septembre). Le rôle des fonds d'aides aux jeunes dans l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en difficulté. La Documentation française, *Revue française des affaires sociales*, 3.

> **Loncle, P., Muniglia, V., Rivard, T. et Rothé, C.** (2008, janvier-mars). Fonds d'aide aux jeunes et inégalités territoriales : aide a minima ou politiques départementales de jeunesse ? La Documentation française, *Revue française des affaires sociales*, 1.

3

Vue d’ensemble
Fiches thématiques
Annexes

Annexe 1
Sources de données

Plusieurs sources de données ont été mobilisées pour réaliser cet ouvrage.

L'enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux

Chaque année, la DREES recueille auprès des conseils départementaux des données sur les bénéficiaires des aides sociales, les dépenses et les personnels de l'action sociale et médico-sociale. Plusieurs volets de cette enquête sont utilisés dans cet ouvrage.

Les bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées et de l'aide sociale à l'enfance

Les départements transmettent des données agrégées sur les bénéficiaires des différentes aides sociales qu'ils mettent en œuvre, comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH), l'aide sociale à l'hébergement (ASH), les actions éducatives, placements à l'ASE… : nombre de mesures et caractéristiques des bénéficiaires (sexe, âge et niveau de ressources le cas échéant, lieu d'hébergement…).
La DREES publie des estimations nationales provisoires sur les bénéficiaires de l'aide sociale à l'automne de l'année *n*+1 (sur la situation des bénéficiaires au 31 décembre de l'année *n*). Les données détaillées par département sont diffusées au premier trimestre *n*+2 sur le site www.data.drees.sante.gouv.fr.

Les dépenses d'aide sociale

L'enquête se fonde sur la nomenclature comptable M52, utilisée par les départements, tout en demandant des précisions sur certains domaines (prévention spécialisée, aide sociale à l'hébergement, etc.). Elle collecte des informations issues des comptes administratifs des départements, sur chacun des champs de l'aide sociale et pour chaque prestation.
Les données collectées sont confrontées depuis 1998 aux comptes administratifs transmis à la Direction générale des finances publiques (DGFiP) et à la Direction générale des collectivités locales (DGCL). D'autres confrontations sont également menées avec les données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et avec celles de la DGFiP pour ce qui concerne principalement l'APA, la PCH, l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et le revenu de solidarité active (RSA), que ce soit sur les dépenses engagées par les départements comme pour les recouvrements d'indus ou encore les compensations octroyées pour le financement de ces prestations. Enfin, les données sont également rapprochées de l'enquête de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) sur les dépenses des départements. Cette dernière enquête repose sur un échantillon d'une quarantaine de départements volontaires afin de disposer d'une estimation nationale avancée des dépenses d'aide sociale.
L'apport de l'enquête Aide sociale, par rapport à une utilisation unique des comptes, tient à ce qu'elle permet de dépasser la disparité du travail comptable réalisé par les conseils départementaux. À titre d'exemple, les dépenses d'ACTP pour les personnes âgées de 60 ans ou plus peuvent être imputées dans les comptes de certains départements aux dépenses d'aide sociale aux personnes âgées et non aux personnes handicapées ; les dépenses d'aides ménagères aux personnes âgées ne sont pas toujours imputées au même endroit du plan comptable ; les dépenses liées aux salaires des assistants familiaux non plus. Le travail de retraitement des comptes demandé aux départements dans le cadre de l'enquête et les contrôles réalisés par la DREES, dans un second temps, assurent une meilleure comparaison interdépartementale que l'utilisation de données comptables uniquement, par ailleurs non élaborées à cette fin. Le volet consacré aux dépenses de l'enquête Aide sociale de la DREES est donc indispensable dans le dispositif statistique public sur les politiques sociales des départements. Il constitue la seule source mettant à disposition les données de l'ensemble des dépenses sociales, ventilées avec ce niveau de détail, comparables entre départements, et avec des séries chronologiques anciennes.

La DREES publie des estimations nationales provisoires sur les dépenses d'aide sociale en janvier de l'année *n*+2 (sur les dépenses de l'année *n*). Les données détaillées par département sont diffusées au deuxième trimestre *n*+2 sur le site www.data.drees.sante.gouv.fr.

Le personnel de l'action sociale et médico-sociale départementale

Ce volet de l'enquête porte sur le personnel de l'action sociale et médico-sociale des services départementaux, en activité et rémunéré au 31 décembre de l'année, y compris le personnel mis à disposition. Sont exclus les agents en congé longue durée ou longue maladie, ceux ayant quitté le service au 31 décembre de l'année enquêtée ainsi que les personnels en contrats aidés. Sont également exclus les personnels exerçant dans les établissements (d'accueil ou d'hébergement) ou les SAD (services à domicile), ainsi que ceux travaillant dans les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). La répartition des équivalents temps plein (ETP) par catégorie de personnel (personnel médical, social et éducatif) et par secteur d'activité (protection maternelle et infantile [PMI], aide sociale à l'enfance [ASE], insertion…) est également demandée. Les résultats sont publiés au quatrième trimestre de l'année *n*+1 (sur la situation au 31 décembre de l'année *n*).

L'enquête sur le fonds d'aide aux jeunes (FAJ)

La DREES interroge les conseils départementaux sur le fonds d'aide aux jeunes (FAJ). Cette collecte avait lieu tous les deux ans jusqu'en 2015 et se fait moins régulièrement depuis. Il s'agit là aussi de données agrégées. Les départements communiquent l'information sur l'utilisation du fonds, par domaine d'action collective ou individuelle, ainsi que sur les caractéristiques des bénéficiaires (sexe, âge, ressources, niveau de formation, situation vis-à-vis de l'emploi, conditions de logement).

L'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA

Dans le cadre du suivi et de l'évaluation du RSA, la DREES pilote une enquête annuelle auprès des conseils départementaux et territoriaux sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA). L'enquête, qui fait partie du système de suivi statistique prévu par la loi du 1er décembre 2008 généralisant le RSA et réformant les politiques d'insertion, est centrée sur les bénéficiaires soumis aux droits et devoirs, et récolte uniquement des données agrégées.

Pour la vague 2017 portant sur les données fin 2017, 105 conseils départementaux ou territoriaux ont été interrogés, de manière à couvrir exhaustivement les territoires au sein desquels le RSA existe : tous les conseils départementaux de métropole et d'outre-mer, le conseil de la métropole de Lyon et les conseils territoriaux de Saint-Pierre-et-Miquelon, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin. 104 collectivités ont répondu à l'enquête ; 87 présentent au moins un indicateur exploitable à l'issue des traitements postcollecte de l'enquête. Chaque indicateur présenté dans cette fiche est calculé uniquement à partir des collectivités ayant fourni des réponses exploitables à tous les items du questionnaire entrant dans le calcul de cet indicateur, sans aucune imputation. Les analyses de cette fiche, qui portent sur la France, sont donc effectuées en faisant l'hypothèse selon laquelle les données des collectivités répondantes représentent celles de l'ensemble des collectivités de France. Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que le nombre de collectivités présentant au moins un indicateur exploitable est important et que ces dernières regroupent 86 % des bénéficiaires ; elle l'est toutefois davantage pour certains indicateurs que pour d'autres.

Le questionnaire de l'enquête a été fortement révisé pour la vague 2017. Cette refonte permet de continuer à produire la majorité des indicateurs déjà publiés pour les vagues précédentes, tout en rendant désormais possible l'étude de nouveaux indicateurs : le délai entre la date d'entrée dans le RSA et celle de la première orientation, le délai entre la date de la première orientation (vers un organisme autre que Pôle emploi) et celle de la signature du premier contrat d'engagements réciproques (CER), le taux de contractualisation en CER pour chaque type d'organisme référent unique, la durée et les actions inscrites dans les CER.

Les remontées individuelles APA-ASH

En 2012-2013, la DREES a recueilli, auprès de 66 conseils départementaux, des données administratives individuelles portant sur la situation des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Les informations collectées concernaient tous les bénéficiaires ayant eu des droits ouverts entre le 1er janvier 2011 et le 31 décembre 2011. Ces données anonymisées rassemblent des informations sur plus de 850 000 personnes âgées bénéficiaires de l'APA vivant à domicile ou en établissement. Elles permettent de connaître leur profil, la part prise en charge par l'allocation, leurs parcours (évolution du niveau de dépendance ou changement de lieu de vie) à partir du moment où elles perçoivent l'APA. Le recueil relatif à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) couvre, quant à lui, 110 000 personnes âgées.
En application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) du 28 décembre 2015, une opération de même type a été conduite en 2018 auprès de l'ensemble des conseils départementaux. Les données recueillies concernaient les personnes ayant eu un droit ouvert à l'APA ou l'ASH au moins un jour au cours de l'année 2017, ou ayant fait l'objet d'une évaluation pour l'obtenir.
L'opération a vocation à être répétée tous les quatre ans, afin de permettre le suivi des trajectoires des demandeurs et bénéficiaires de l'APA et de l'ASH, au sein d'un échantillon longitudinal de personnes de 60 ans ou plus qui sera mis en place par la DREES dans les prochaines années : le panel ÉNÉAS (Échantillon national d'études sur l'autonomie et l'hébergement des seniors).

Les remontées individuelles PCH

Les « remontées individuelles PCH » sont une base de données statistiques, réalisée par la DREES à partir de l'extraction de données concernant la prestation de compensation du handicap (PCH), dans les bases administratives de 25 conseils départementaux représentatifs de la France entière. Ont ainsi été collectées des informations sur l'ensemble des bénéficiaires (à domicile ou en établissement) ayant des droits ouverts à la prestation au 31 décembre des années 2012 à 2016, que ce droit ait donné lieu ou non à un paiement. Outre les caractéristiques des bénéficiaires, ces extractions fournissent des éléments sur les contenus des plans de compensation et les paiements correspondants lorsqu'ils ont lieu. Ces données constituent la première base statistique permettant d'étudier les parcours des bénéficiaires dans la prestation : entrées, sorties, durées, etc.

Les indicateurs sociaux départementaux (ISD)

Les ISD désignent un ensemble d'environ 70 indicateurs, répartis en éléments de contexte (structure de la population par âge, taux de mortalité, etc.) dans les quatre domaines de l'aide sociale des départements : dépendance liée à l'âge, prise en charge du handicap, enfance en danger et insertion. À ce jour, une cinquantaine de ces indicateurs sont disponibles, mis à jour à intervalles réguliers et diffusés sur les sites internet de l'Insee www.insee.fr (rubrique Statistiques/Action sociale départementale) et de la DREES https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/ (rubrique Open Data/Aide et Action sociale/Données locales).
Ces indicateurs sont le fruit d'un exercice long, nécessaire lorsqu'on souhaite construire des indicateurs robustes, c'est-à-dire qui font sens et dont la définition est partagée par tous. Début 2008, un colloque organisé conjointement par l'Assemblée des départements de France (ADF), le Conseil national de l'information statistique (CNIS) et le conseil départemental de Loire-Atlantique avait mis en évidence le besoin de disposer d'outils d'observation fiables, homogènes dans le temps et entre les départements, sur les politiques sociales des départements. Ce colloque a donné lieu à la mise en place d'un groupe de travail du CNIS, qui associait producteurs nationaux (DREES, Insee, caisses…) et locaux (conseils départementaux) et qui a permis de définir les indicateurs constituant les ISD. Ces premiers travaux ont été prolongés par un groupe d'expérimentation. Des indicateurs financiers – toujours relatifs à l'aide sociale – ont été insérés dans ceux déjà retenus. En parallèle, d'autres indicateurs, jugés finalement non pertinents ou dont le calcul nécessitait des procédures trop complexes, ont été retirés de la liste.

Les comptes de la protection sociale

Les comptes de la protection sociale (CPS), élaborés chaque année par la DREES, visent à décrire les prestations de protection sociale versées et les opérations qui contribuent à leur financement. Le champ des CPS comprend l'ensemble des régimes ou organismes qui ont pour mission d'assurer la protection sociale dans un cadre de solidarité sociale. Pour ces régimes et organismes, en effet, la couverture du risque ne se traduit pas, pour le bénéficiaire, par le versement d'une contrepartie équivalente au risque qu'il présente (âge, morbidité antérieure, antécédents familiaux…). Dans cette perspective, les CPS agrègent les interventions des régimes et organismes publics et certaines interventions de la sphère privée. Comptes satellites des comptes nationaux, les CPS permettent d'analyser la contribution de la protection sociale aux grands agrégats de finances publiques (déficit public, prélèvements obligatoires…) et de mesurer son importance dans la richesse nationale.

Les comptes de la protection sociale sont disponibles depuis 1959, mais à un niveau de nomenclature relativement agrégé avant 1981.

L'élaboration des comptes de la protection sociale et des comptes nationaux reposent sur des sources de données communes. La plupart des données proviennent de la DGFiP et de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

L'enquête sur l'action sociale des communes et des intercommunalités (ASCO)

En 2015-2016, la DREES a mené une enquête quantitative sur l'action sociale des communes et intercommunalités (ASCO). L'enquête ASCO a été effectuée auprès d'un échantillon de 11 000 communes et intercommunalités de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer, hors Mayotte, sur leur situation en 2014. Les 5 087 communes et 765 intercommunalités répondantes sont représentatives de l'ensemble du territoire, au regard de leur répartition par département, selon le type d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ainsi que selon leur taille et celle des communes.

Les principaux thèmes abordés sont les types de prestations mis en place dans les communes, les établissements qu'elles gèrent (établissements pour personnes âgées, personnes handicapées, jeunes enfants, etc.), les domaines d'action et les publics visés par les prestations sociales communales, les modalités d'attribution des aides ainsi que la répartition de ces actions entre les services des communes et leur centre communal d'action sociale (CCAS), mais aussi le transfert de ces compétences aux EPCI et à un éventuel centre intercommunal d'action sociale (CIAS). Sont également évoqués les rapports des communes aux départements et à leurs autres partenaires (notamment les caisses de Sécurité sociale). De l'information sur la situation financière et sur le personnel des communes dans le champ de l'action sociale a également été collectée.

L'enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE)

L'enquête ES « protection de l'enfance » est réalisée tous les quatre ou cinq ans par la DREES, en lien avec les directions régionales du ministère chargé des Affaires sociales. Elle s'intéresse à l'activité des établissements et services de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse, au personnel en fonction et au profil des enfants et jeunes adultes accueillis dans ces structures. Les derniers résultats disponibles sont ceux de l'édition 2012. Une nouvelle édition de l'enquête a eu lieu en 2018 sur l'année 2017, dont les premiers résultats seront mis à disposition au quatrième trimestre 2019.

L'enquête auprès des établissements et services (ES) pour enfants et adultes handicapés

L'enquête ES pour enfants et adultes handicapés s'intéresse à l'activité des établissements et services pour personnes handicapées, au personnel en fonction, au profil des personnes présentes dans ces structures au moment de l'enquête, ainsi qu'à celui des personnes sorties de ces structures au cours de l'année précédant l'enquête. On distingue les structures pour enfants et adolescents d'une part, et celles pour adultes d'autre part. Les derniers résultats disponibles sont ceux de l'édition 2014, mais une nouvelle édition de l'enquête a eu lieu en 2019 sur l'année 2018.

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)

L'enquête EHPA recueille des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident. Elle apporte ainsi de nombreux éléments d'analyse sur les caractéristiques et les moyens de ces établissements (effectifs et qualifications des personnels, âge et niveau de dépendance des résidents, etc.), et comporte des questions sur le bâti (confort, accessibilité, sécurité) ainsi que, pour certaines vagues, sur les pathologies et la morbidité des résidents. Depuis 1996, elle est réalisée tous les quatre ans et comporte un volet sur les résidents. La dernière enquête réalisée porte sur l'année 2015.

Le Baromètre d'opinion de la DREES

Le Baromètre d'opinion de la DREES est une enquête de suivi de l'opinion des Français sur la santé, les inégalités et la protection sociale (assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion).
Commandée par la DREES tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), elle est réalisée par l'institut BVA depuis 2004, après l'avoir été par l'Ifop de 2000 à 2002. L'enquête est effectuée en face à face en octobre-novembre auprès d'un échantillon d'environ 3 000 personnes représentatif de la population habitant en France métropolitaine et âgée de 18 ans ou plus. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération).
Le Baromètre permet, une année sur deux, d'approfondir une thématique parmi celles citées ci-avant. En particulier, des questions portant sur le soutien aux personnes handicapées ou âgées dépendantes, introduites en 2015, sont posées les années impaires ; pour certaines questions, les seules données disponibles sont donc celles de 2015 et de 2017.

L'échantillon national interrégimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux (ENIACRAMS)

L'ENIACRAMS est un panel annuel de bénéficiaires de compléments de revenus d'activité ou de minima sociaux, d'âge actif, qui succède à l'ENIAMS (échantillon national interrégimes d'allocataires de minima sociaux), dont le champ avait déjà été élargi aux bénéficiaires d'un revenu minimum garanti, après l'instauration du RSA en 2009. Il est réalisé à partir de données administratives collectées auprès des organismes gestionnaires de ces minima (caisse nationale des allocations familiales [CNAF], caisse de la Mutualité sociale agricole [CMSA] et Pôle emploi) et du répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) de l'Insee. Il permet de suivre l'évolution de la situation des bénéficiaires, non seulement dans les minima sociaux ou dans les compléments de revenus d'activité, mais aussi par rapport au chômage, indemnisé ou non, et à l'emploi salarié, grâce à l'appariement au panel tous salariés de l'Insee.

Le modèle de microsimulation Autonomix

Développé à la DREES, Autonomix est un modèle de microsimulation statique adossé à des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA (âge, sexe, situation matrimoniale, ressources, état de dépendance décrit à partir du groupe iso-ressources [GIR]), et sur les montants d'APA notifiés à ces bénéficiaires. Autonomix complète ces données en intégrant d'autres éléments liés à la dépendance des personnes âgées, comme les réductions d'impôt liées à la dépendance, une modélisation du « besoin d'aide » dépassant le montant maximal de l'APA pour les personnes à domicile, ou les caractéristiques des lieux d'hébergement pour les personnes en établissement. Le tout constitue un ensemble d'observations individuelles cohérentes et représentatives de la population des personnes âgées dépendantes en France métropolitaine, sur lequel il est possible de se baser afin d'analyser les aides publiques destinées à ces personnes ou d'évaluer *ex ante* les effets de réformes de ces aides.

Les enquêtes CARE (Capacités, Aides et REssources des seniors)

Les enquêtes CARE, réalisées par la DREES avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ont pour objectif de mieux connaître les conditions de vie des seniors, leurs relations avec leur entourage, leurs difficultés à réaliser

certaines activités de la vie quotidienne et les aides financières et humaines qu'ils reçoivent pour surmonter ces éventuelles difficultés.
Ces enquêtes obligatoires concernent les personnes de 60 ans ou plus, quels que soient leur état de santé et leur lieu de vie, ainsi que les proches qui leur apportent un soutien.
Le dispositif comprend plusieurs volets. Le volet « CARE-Institutions » porte sur les seniors vivant en établissements pour personnes âgées. Il a été collecté de septembre à décembre 2016. Environ 3 000 seniors répartis dans 700 établissements ont été interrogés. Le volet « CARE-Ménages » porte sur les seniors vivant à domicile. Environ 15 000 seniors ont été interrogés de mai à octobre 2015. Cette collecte a été précédée d'une enquête intitulée « Vie quotidienne et santé » (VQS, 2014), tandis que l'enquête CARE-Institutions est précédée d'un volet destiné aux établissements, qui permet notamment de déterminer l'aptitude des seniors à répondre seuls à l'enquête.

L'enquête Handicap-santé - Volet ménages ordinaires (HSM)

Cette enquête de l'Insee et de la DREES avait pour objectif de mesurer la prévalence des diverses situations de handicap et d'estimer le nombre de personnes connaissant des problèmes de santé ou en situation de handicap en 2008. L'enquête HSM évalue les besoins d'aide et mesure les désavantages sociaux subis par rapport aux autres en fonction de l'environnement dans lequel évoluent ces personnes.

L'enquête annuelle auprès des caisses de retraite (EACR)

L'EACR porte sur les pensions de retraite et d'invalidité versées par les principaux régimes de retraite de base (quinze régimes en 2017, dont les principaux régimes spéciaux) et de retraite complémentaire (cinq régimes en 2017) ainsi que par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Par le biais de cette enquête, la DREES collecte annuellement, auprès de ces régimes, des informations agrégées sur les bénéficiaires d'une pension, vivants au 31 décembre de l'année. S'agissant des pensions d'invalidité, l'enquête concerne principalement les montants moyens versés, les catégories de pension et les effectifs correspondant sur le champ de l'ensemble des bénéficiaires et sur celui des nouveaux bénéficiaires au cours de l'année. ■

Pour en savoir plus

> Les diverses opérations statistiques de la DREES sont décrites sur le site http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques. Pour chaque opération, une page internet décrit les objectifs, rappelle l'historique, et fournit une bibliographie complète des résultats publiés (publications et tableaux de données en open data). Divers documents, dont les questionnaires, y sont également disponibles en téléchargement.

Annexe 2
Principales lois et décrets définissant l'aide et l'action sociales en France depuis 1945

1945

• Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. Les mineurs délinquants peuvent faire l'objet d'une mesure de protection. Institution du juge pour enfants.

1953

• Décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance. Ce décret définit entre autres les conditions d'accès à l'aide sociale et la participation des bénéficiaires ou de leurs obligés alimentaires. Sont concernés par l'aide sociale les enfants, les familles dont les soutiens indispensables effectuent leur service militaire, les personnes âgées, les infirmes, aveugles et grands infirmes, les personnes ayant des difficultés économiques. Les demandes d'aide sociale sont adressées à la mairie.

1958

• Ordonnance n° 58-1301 du 23 décembre 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger. Elle vise principalement à renforcer la protection civile des mineurs. Le juge des enfants peut décider de mesures de protection, regroupées sous le terme d'assistance éducative, pour « des mineurs de vingt et un ans dont la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation sont compromises. »

1970

• Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale. Définition de l'autorité parentale, privilégiant le maintien dans le milieu familial.

1975

• Loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Création de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) destinée à compenser financièrement les conséquences du handicap ; création de l'allocation d'éducation spéciale (AES) à destination des familles dont les enfants sont en situation de handicap.

1982-1983 (Décentralisation I)

• Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions.
• Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.
• Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. L'exécutif départemental est transféré du préfet au président du conseil départemental, de même que l'aide sociale.

1988

• Loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion (RMI). La loi dispose dans son article premier que « ce revenu minimum d'insertion constitue l'un des éléments d'un dispositif global de lutte contre la pauvreté tendant à supprimer toute forme d'exclusion […] ».

1989

• Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Le travail des professionnels de l'enfance est redéfini et soutenu.

1997

• Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote d'une loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (PSD). La PSD a pour but de remplacer l'ACTP pour les personnes âgées de 60 ans ou plus. Elle peut être versée aux personnes évaluées en GIR 1 à 3. Cette aide sociale reste récupérable sur succession.

2001

• Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes

âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'APA remplace la PSD et elle est étendue aux personnes évaluées en GIR 4. Elle n'est pas récupérable sur succession.

2002

• Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. La loi définit les établissements sociaux et médico-sociaux. Des précisions sont apportées sur les « schémas d'organisation sociale et médico-sociale », dont ceux qui doivent être élaborés au niveau départemental.

2003

• Loi n° 2003-1200 du 18 décembre 2003 portant décentralisation en matière de revenu minimum d'insertion et créant un revenu minimum d'activité. La gestion du RMI est transférée aux conseils départementaux.

2004

• Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. Création de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED). De nouvelles dispositions relatives au signalement des actes de maltraitance sur les enfants par les professionnels soumis au secret sont prises.

2004 (Décentralisation II)

• Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Le rôle des conseils départementaux dans la coordination de l'action sociale est précisé. Le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) est créé.

2005

• Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale. Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) peuvent opter pour la compétence d'action sociale d'intérêt communautaire.

• Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le handicap est défini par la loi en fonction des limitations fonctionnelles. La prestation de compensation du handicap (PCH) est créée et se substitue progressivement à l'ACTP.

2007

• Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. La prévention est renforcée, avec l'instauration d'un entretien au quatrième mois de grossesse et d'un suivi médical des enfants. Le conseil départemental se voit confier la responsabilité du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger. La loi affirme la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire. Elle crée le « projet pour l'enfant » (PPE), qui vise à l'assouplissement des modes de prise en charge et instaure des mesures administratives d'accompagnement en économie sociale et familiale (MAAESF), et des mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF).

• Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. Cette loi limite le prononcé d'une tutelle ou d'une curatelle aux seules personnes atteintes d'une altération de leurs facultés personnelles. Les personnes en difficulté socio-économique n'ayant aucune altération de leurs facultés mentales ne peuvent plus être mises sous tutelle ou sous curatelle. Elles doivent désormais être prises en charge dans le cadre de mesures contractuelles mises en œuvre par les services sociaux du département, ce sont les mesures d'accompagnement social personnalisé (MASP).

2008

• Loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. Cette loi « institue un revenu de solidarité active (RSA) qui a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, afin de lutter contre la pauvreté, d'encourager l'exercice ou le retour à une activité professionnelle et d'aider à l'insertion sociale des bénéficiaires. Le revenu de solidarité active remplace le revenu minimum d'insertion, l'allocation de parent isolé et les différents mécanismes d'intéressement à la reprise d'activité. »

2014 (Décentralisation III)

• Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles. Création de la métropole de Lyon, collectivité territoriale à statut particulier. Elle exerce

les compétences du département du Rhône sur son territoire, dont la gestion de l'aide sociale.

2015

• Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi. Elle a institué la prime d'activité en lieu et place du RSA activité et de la prime pour l'emploi à partir du 1er janvier 2016. Le RSA ne comporte plus que son volet « minimum social », le RSA socle.

• Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Les plafonds de l'APA à domicile sont revus à la hausse. La participation du bénéficiaire de l'APA est ajustée en fonction de ses revenus et du montant du plan d'aide. Un droit au répit du proche aidant est institué.

2016

• Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Cette loi a deux objectifs. Premièrement, elle vise à mieux prendre en compte les besoins de l'enfant, par le développement de la prévention à tous les âges, par l'amélioration du repérage et du suivi des situations de danger, par la recherche de cohérence et de stabilité dans les parcours des enfants. Deuxièmement, elle cherche à améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance. ■

Annexe 3
Glossaire

A

AAH (allocation aux adultes handicapés) : est une aide financière qui permet d'assurer un revenu minimum aux personnes handicapées. Cette aide est attribuée sous réserve de respecter quatre critères, relatifs à l'incapacité, à l'âge, à la nationalité et au niveau de ressources.

ABS (analyse des besoins sociaux) : est une démarche reposant, d'une part, sur l'observation et l'analyse des caractéristiques de la population d'une commune et, d'autre part, sur une évaluation des politiques et des actions sociales déjà mises en place. Son objectif est de doter les communes d'un outil d'aide à la décision et au pilotage de leurs politiques sociales.

ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne) : permet d'assumer les frais occasionnés par l'emploi d'une tierce personne pour aider le bénéficiaire en situation de handicap dans les actes du quotidien. Cette allocation a été remplacée, le 1er janvier 2006, par la prestation de compensation du handicap (PCH), mais les personnes disposant avant cette date de l'ACTP peuvent continuer à en bénéficier au moment du renouvellement de leurs droits.

ADL *(Activities of Daily Living)* : ou « activités de la vie quotidienne », c'est-à-dire se laver, s'habiller, couper la nourriture ou se servir à boire, manger et boire, se servir des toilettes, se coucher ou se lever du lit, s'asseoir et se lever d'un siège.

AED (action éducative à domicile) : est une décision administrative d'aide sociale à l'enfance prise par le président du conseil départemental, à la demande ou en accord avec les parents. Elle apporte un soutien matériel et éducatif à la famille, lorsque les parents sont confrontés à d'importantes difficultés sur le plan éducatif.

AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) : est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge. Elle peut être complétée, dans certains cas, d'un complément d'allocation.

AEMO (action éducative en milieu ouvert) : vise les mêmes objectifs que l'AED, mais est décidée par le juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative (article 375 du Code civil), et est donc contraignante à l'égard des familles.

AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) : cette grille permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les niveaux de dépendance sont classés en six groupes dits « iso-ressources » (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoin d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. La grille AGGIR évalue les capacités de la personne âgée à accomplir dix activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et sept activités domestiques et sociales, dites illustratives.

AME (aide médicale d'État) : est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

APA (allocation personnalisée d'autonomie) : se décline à domicile ou en établissement et concerne les personnes évaluées en GIR 1 à 4. Pour les personnes résidant en logement ordinaire ou en résidence autonomie – APA dite « domicile » –, l'APA est une aide en nature permettant la prise en charge d'une partie des frais issus d'un plan d'aide établi par une équipe médico-sociale du département après évaluation de l'état de la personne bénéficiaire. L'APA en établissement sert à couvrir une partie du tarif « dépendance » facturé aux résidents.

API (allocation de parent isolé) : est un minimum social à destination des personnes qui assument

seules la charge d'un ou de plusieurs enfants. Depuis 2009, elle est intégrée au dispositif du RSA, dans sa partie majorée.

ASE (aide sociale à l'enfance).

ASH (aide sociale à l'hébergement) : sert à acquitter tout ou partie du tarif « hébergement » des établissements pour les personnes handicapées ou les personnes âgées à faibles ressources. Elle peut également servir à rémunérer des accueillants familiaux et est cumulable avec l'APA.

ASI (allocation supplémentaire d'invalidité) : est une prestation mensuelle accordée à certaines personnes invalides ayant de faibles ressources, et ne remplissant pas les conditions d'âge pour percevoir l'ASPA.

ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) : elle permet aux personnes âgées de 65 ans ou plus (ou ayant atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'inaptitude au travail), disposant de faibles ressources, d'atteindre un seuil minimal de ressources (le minimum vieillesse).

ASS (allocation de solidarité spécifique) : créée en 1984, elle garantit des ressources minimales aux demandeurs d'emploi ayant épuisé leurs droits à l'indemnisation, sous certaines conditions de durée d'activité antérieure et de ressources.

ASV (loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement) : a notamment réformé le dispositif d'APA à domicile, à compter du 1er mars 2016. Elle vise à allouer davantage d'aide aux personnes les plus dépendantes, à diminuer la participation financière du bénéficiaire, et à offrir plus de répit aux proches aidants.

C

CASF (Code de l'action sociale et des familles).

CC (Code civil).

CCAS (centre communal d'action sociale) : est un établissement public communal intervenant principalement dans les domaines de l'aide sociale (instruction et orientation des bénéficiaires), de l'action sociale facultative et de l'animation des activités sociales.

CCMSA (caisse centrale de la Mutualité sociale agricole).

CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) : est chargée de répondre aux demandes formulées par les personnes handicapées concernant leurs droits en matière d'orientation ou d'attribution des aides et prestations, dans chaque Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

CER (contrat d'engagement réciproque) : s'adresse aux bénéficiaires du RSA qui n'ont pas été orientés vers Pôle emploi (auquel cas ils relèvent du projet personnalisé d'accès à l'emploi – PPAE). Le bénéficiaire conclut avec le département un contrat énumérant leurs engagements réciproques en matière d'insertion professionnelle (actes positifs et répétés de recherche d'emploi pour le bénéficiaire, action que l'organisme vers lequel il a été orienté s'engage à mettre en œuvre).

CIAS (centre intercommunal d'action sociale) : établissement public intercommunal dont les missions et le fonctionnement sont les mêmes que les CCAS, mais sur le territoire communautaire.

CI-RMA (contrat d'insertion revenu minimum d'activité) : est un contrat qui s'adresse aux allocataires de minima sociaux comme les bénéficiaires du RMI, de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), de l'allocation de parent isolé (API) ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Il s'agit d'un contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée et à temps partiel (20 heures de travail hebdomadaire minimum) ou à temps plein. Le CI-RMA est conclu pour une durée minimale de six mois (ou de trois mois pour certains bénéficiaires) renouvelable. Il est remplacé par le contrat unique d'insertion (CUI-CIE) depuis le 1er janvier 2010.

CNAF (Caisse nationale des allocations familiales).

CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

CRIP (cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes) : les CRIP dépendent du conseil départemental et sont chargées du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes (IP) concernant les enfants en danger ou en risque de danger.

CUI (contrat unique d'insertion) : associe formation et/ou accompagnement professionnel pour son bénéficiaire et aide financière pour l'employeur. Il vise à faciliter l'embauche des personnes ayant des difficultés à trouver un emploi. Le contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE) s'adresse au secteur non marchand. Le contrat initiative emploi (CUI-CIE) concerne le secteur marchand.

CVAE (cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises) : est due par les entreprises et les travailleurs indépendants qui réalisent un chiffre d'affaires à partir d'un certain montant et est calculée en fonction de la valeur ajoutée produite par l'entreprise. Elle est affectée aux collectivités territoriales : les communes et leurs groupements, les départements et les régions.

D

DAP (délégation de l'autorité parentale) : lorsque les circonstances l'exigent, l'exercice de l'autorité parentale peut être délégué à un tiers ou à un organisme spécialisé (membre de la famille, service de l'aide sociale à l'enfance…). La DAP a pour but d'aider les parents à élever leur enfant. Elle peut être volontaire ou forcée. Elle est prononcée par le juge aux affaires familiales. La délégation est provisoire.

DARES (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques).

DGCL (Direction générale des collectivités locales).

DGD (dotation générale de décentralisation) : est une dotation annuelle délivrée par l'État aux collectivités territoriales visant à compenser les transferts de compétences.

DGF (dotation globale de fonctionnement) : constitue la principale dotation de fonctionnement de l'État aux collectivités territoriales. Pour chaque catégorie de collectivité, on peut la diviser en deux parts : la part forfaitaire qui correspond à un tronc commun perçu par toutes les collectivités bénéficiaires et la part péréquation dont les composantes sont reversées aux collectivités les plus défavorisées.

DMTO (droits de mutation à titre onéreux) : comprennent les droits d'enregistrement et la taxe de publicité foncière, qui sont dus à l'occasion d'une « mutation », c'est-à-dire lorsqu'un bien change de propriétaire (vente d'une maison, par exemple). Les conseils départementaux bénéficient d'une part des DMTO.

DROM (départements et régions d'outre-mer) : collectivités régies par l'article 73 de la Constitution. Autrement dit, les DROM désignent la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion et Mayotte.

DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

E

EHPA (établissement d'hébergement pour personnes âgées) : sont des établissements collectifs non médicalisés destinés à héberger des personnes âgées disposant encore d'une bonne autonomie physique.

Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) : sont des lieux d'hébergement médicalisé et collectif. Les Ehpad s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Ils ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin. Les Ehpad

signent une convention avec le conseil départemental et l'agence régionale de santé (ARS) qui leur apportent des financements en contrepartie d'objectifs de qualité de prise en charge.

ENIACRAMS (échantillon national interrégimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux) : est un panel annuel de bénéficiaires de compléments de revenus d'activité ou de minima sociaux, d'âge actif. Il permet de suivre l'évolution de la situation des bénéficiaires, non seulement dans les minima sociaux ou dans les compléments de revenus d'activité, mais aussi par rapport au chômage, indemnisé ou non, et à l'emploi salarié.

EPCI (établissement public de coopération intercommunale) : sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de « projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité ». Ils sont soumis à des règles communes, homogènes et comparables à celles de collectivités locales. Les données présentées dans l'ouvrage concernent les EPCI à fiscalité propre : Communauté urbaine (CU), Communauté d'agglomération (CA), Communauté de communes (CC), Syndicat d'agglomération nouvelle (SAN), Métropole (ME).

ESAT (établissement et service d'aide par le travail) : sont des établissements médico-sociaux (nommés CAT antérieurement à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale) qui accueillent des adultes handicapés ayant une capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité normale et qui, de ce fait, ne peuvent momentanément ou durablement exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire. Les personnes admises en ESAT peuvent exercer leur activité à temps plein ou à temps partiel, au sein de l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement, sous forme de mise à disposition collective (équipes de travailleurs encadrés) ou individuelle et nominative en entreprise du milieu ordinaire, ou au sein de tout organisme ou collectivité publique.

ETP (équivalent temps plein) : est une unité de mesure permettant d'exprimer un effectif d'employés pondéré par la quotité de travail. Un effectif composé de deux employés travaillant chacun à mi-temps comptera comme un ETP.

F

FAJ (fonds d'aide aux jeunes) : créé dans chaque département, il doit permettre d'attribuer des aides aux jeunes en difficulté, afin de favoriser leur insertion sociale et professionnelle. Il a également pour objet d'apporter des secours temporaires, afin de faire face à des besoins urgents.

FAM (foyer d'accueil médicalisé) : sont des établissements médico-sociaux destinés à recevoir des personnes inaptes à toute activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi que d'une médicalisation, sans toutefois justifier d'une prise en charge complète par l'assurance maladie. Leur financement relève à la fois de l'assurance maladie et des départements.

FH (foyer d'hébergement) : sont des établissements médico-sociaux qui assurent l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée en milieu ordinaire (de droit commun), dans un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT) ou dans une entreprise adaptée, c'est-à-dire une structure spécialisée (ex-atelier protégé).

FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) : est un répertoire dans lequel sont immatriculés les établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'agrément. Il constitue la référence en matière d'inventaire des structures et équipements des domaines sanitaire, médico-social, social et de formation aux professions de ces secteurs. Les données de ce répertoire sont actualisées de façon continue par des agents en service dans les agences régionales de santé et dans les services déconcentrés de l'État.

FMDI (fonds de mobilisation départemental pour l'insertion) : dispositif qui devait initialement permettre aux départements de réaliser des

projets ambitieux en matière d'insertion pour les allocataires du RMI. En raison du dynamisme insuffisant de la TIPP, puis de la TICPE (taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques) dont une partie des recettes est attribuée aux départements pour compenser les dépenses de RSA, le FMDI a été réorienté vers une compensation financière supplémentaire du transfert du RMI (puis du RSA) aux départements.

FO (foyers occupationnels) : sont, comme les foyers de vie, des établissements médico-sociaux qui ont la particularité d'accueillir des personnes adultes dont le handicap ne permet pas, ou plus, d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé (structure spécialisée). Ces personnes bénéficient cependant d'une autonomie physique ou intellectuelle suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes : activités ludiques, éducatives ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale.

FSL (fonds de solidarité pour le logement) : géré et financé par les départements, il a pour objectif d'aider à l'accès ou au maintien dans le logement des personnes dans l'incapacité de faire face à leurs obligations financières.

FV (foyers de vie) : voir FO (foyers occupationnels).

G

GALI *(Global Activity Limitation Indicator)* : ou « indicateur de limitation d'activité générale », dénombre les personnes déclarant être limitées depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement.

GIR (groupe iso-ressources) : le GIR correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Seules les personnes évaluées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

GMP (GIR moyen pondéré) : le GMP d'un établissement mesure, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par cet établissement pour la prise en charge de la dépendance de l'ensemble de ses résidents ; le GMP est établi à partir du positionnement des pensionnaires sur la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources).

I

IADL *(Instrumental Activities of Daily Living)* : ou « activités instrumentales de la vie quotidienne », c'est-à-dire faire les courses, préparer les repas, faire les tâches ménagères courantes, faire des démarches administratives, prendre des médicaments, se déplacer dans les pièces d'un étage, sortir du logement, utiliser les transports en commun, trouver son chemin, se servir du téléphone.

IAE (insertion par l'activité économique) : permet aux personnes les plus éloignées de l'emploi, en raison de difficultés sociales et professionnelles particulières (âge, état de santé, précarité), de bénéficier d'un accompagnement renforcé qui doit faciliter leur insertion professionnelle. Des structures spécialisées, comme les entreprises d'insertion, les associations intermédiaires, les entreprises de travail temporaire d'insertion ou les ateliers et chantiers d'insertion signent des conventions avec l'État qui leur permettent d'accueillir et d'accompagner ces travailleurs.

IME (institut médico-éducatif) : accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant un déficit intellectuel, conformément à leur plan personnalisé de compensation, comprenant le projet personnalisé de scolarisation, et prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation, telles que l'orthophonie, la kinésithérapie et la psychomotricité. Ces établissements et services accueillent également les

enfants ou adolescents dont la déficience intellectuelle s'accompagne de troubles de la personnalité, de troubles comitiaux, de troubles moteurs et sensoriels ou de troubles graves de la communication de toutes origines, ainsi que de maladies chroniques compatibles avec une vie collective.

Insee (Institut national de la statistique et des études économiques).

IP (information préoccupante) : tout élément d'information – y compris médical – susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner.

ISBLSM (institutions sans but lucratif au service des ménages) : regroupent l'ensemble des unités privées dotées de la personnalité juridique qui produisent des biens et services non marchands au profit des ménages (par exemple, les associations). Leurs ressources principales proviennent de contributions volontaires en espèces ou en nature effectuées par les ménages en leur qualité de consommateurs, de versements provenant des administrations publiques, ainsi que de revenus de la propriété.

ISD (indicateurs sociaux départementaux) : voir annexe I sur les sources de données.

ITEP (institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) : rénovés en 2005, ces instituts – autrefois nommés « instituts de rééducation » – accueillent des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent de ce fait, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant.

L

Logements-foyers : voir résidences autonomie.

M

MAAESF (mesures administratives d'accompagnement en économie sociale et familiale) : ont pour but d'aider les parents confrontés à des difficultés de gestion du budget familial ayant des conséquences sur les conditions de vie de l'enfant. Dans le cas des mesures administratives, l'accompagnement peut être mis en place à la demande ou en accord avec les parents (au contraire d'une mesure judiciaire).

MAS (maison d'accueil spécialisée) : sont des établissements médico-sociaux qui reçoivent des adultes en situation de grave dépendance du fait d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels qui rendent ces personnes incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence. Leur état de santé implique une surveillance médicale proche et individualisée ainsi que des soins constants. Leur financement relève de l'assurance maladie.

MASP (mesure d'accompagnement social personnalisé) : est une mesure administrative destinée à aider des personnes majeures dont les facultés ne sont pas altérées, mais qui sont en grande difficulté sociale et perçoivent des prestations sociales. Elle est mise en œuvre par les services sociaux du département. À la différence de la mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ), la MASP fait l'objet d'un contrat d'accompagnement social personnalisé.

MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) : créées par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, les MDPH exercent, dans chaque département, une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil auprès des personnes handicapées et de leurs proches, d'attribution des droits ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

MECS (maison d'enfants à caractère social) : héritières des orphelinats, les MECS accueillent pour des séjours de durée variable, des enfants et des jeunes majeurs dont les familles se trouvent en difficulté momentanée ou durable et ne peuvent, seules ou

avec le recours de proches, assumer la charge et l'éducation de leurs enfants.

MJAGBF (mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial) : sur le même principe que les mesures administratives (MAAESF), les MJAGBF ont pour but d'aider les parents confrontés à des difficultés de gestion du budget familial ayant des conséquences sur les conditions de vie de l'enfant. Elles sont, dans ce cas, décidées par le juge des enfants.

MTP (majoration pour tierce personne) : permet à son bénéficiaire de percevoir une majoration de sa pension d'invalidité. Elle est versée sous conditions d'assistance d'une tierce personne. Elle n'est pas imposable et son montant est revalorisé annuellement.

O

ODAC (organismes divers d'administration centrale) : dans les comptes nationaux, les ODAC regroupent des organismes auxquels l'État a donné une compétence fonctionnelle spécialisée au niveau national. Contrôlés et financés majoritairement par l'État, ces organismes ont une activité principalement non marchande. Les agences régionales de santé (ARS), le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle de maladie (CMU), le fonds de solidarité, sont des ODAC. Le plus souvent, les ODAC sont des opérateurs de l'État.

P

Pasa (pôle d'activités et de soins adaptés) : sont des espaces aménagés au sein des Ehpad. Les Pasa ne proposent pas d'hébergement et sont destinés à accueillir, durant la journée, des résidents de l'Ehpad ayant des troubles du comportement modérés. Les résidents qui y sont accueillis à la journée peuvent éventuellement venir de l'extérieur.

PCH (prestation de compensation du handicap) : est une aide en nature, permettant de financer un ou plusieurs types de prises en charge pour les personnes en situation de handicap : aides humaines, aides techniques, aménagements du logement et du véhicule, charges spécifiques ou exceptionnelles, aides animalières. Elle remplace progressivement (depuis 2006) l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP). Depuis 2008, la PCH est ouverte aux personnes de moins de 20 ans et elle peut se substituer au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

PIB (produit intérieur brut) : agrégat représentant le résultat final de l'activité de production des unités productrices résidentes d'un pays. Il peut se définir de trois manières :

- le PIB est égal à la somme des valeurs ajoutées brutes des différents secteurs institutionnels ou des différentes branches d'activité, augmentée des impôts, moins les subventions sur les produits (lesquels ne sont pas affectés aux secteurs et aux branches d'activité) ;
- le PIB est égal à la somme des emplois finaux intérieurs de biens et de services (consommation finale effective, formation brute de capital fixe, variations de stocks), plus les exportations, moins les importations ;
- le PIB est égal à la somme des emplois des comptes d'exploitation des secteurs institutionnels : rémunération des salariés, impôts sur la production et les importations moins les subventions, excédent brut d'exploitation et revenu mixte.

PMI (Protection maternelle et infantile) : service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

PPAE (Projet personnalisé d'accès à l'emploi) : est élaboré et actualisé conjointement par le demandeur d'emploi et Pôle emploi. Ce projet précise la nature et les caractéristiques de l'emploi ou des emplois recherchés, la zone géographique privilégiée et le niveau de salaire attendu. Pour les bénéficiaires du RSA orientés vers Pôle emploi par le département, le PPAE fonctionne sur le même principe que le contrat d'engagement réciproque (CER).

PSD (prestation spécifique dépendance) : créée en 1997, c'est une aide sociale destinée à prendre en

charge les dépenses liées à la dépendance des personnes âgées à partir de 60 ans et évaluées en GIR 1 à 3. Elle est remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis le 1er janvier 2002.

R

Résidences autonomie : sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs. Elles étaient dénommées « logements-foyers » jusqu'à la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.

RMI (revenu minimum d'insertion) : créé en 1988, il a pour objectif de garantir un niveau minimum de ressources et de faciliter l'insertion ou la réinsertion de personnes disposant de faibles revenus. Le RMI est versé à toute personne remplissant les conditions suivantes : résider en France, être âgé d'au moins 25 ans (les femmes enceintes de moins de 25 ans peuvent cependant y prétendre), disposer de ressources inférieures au montant du RMI et conclure un contrat d'insertion. Depuis le 1er juin 2009 (1er janvier 2011 dans les DROM), il a fait place au revenu de solidarité active (RSA).

RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) : permet à son bénéficiaire de bénéficier d'avantages aussi bien pour trouver un emploi que pour le conserver. La qualité de travailleur handicapé est reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Elle est attribuée pour une durée de 1 à 5 ans renouvelable.

RSA (revenu de solidarité active) : est une allocation visant à garantir un revenu minimum de ressources aux bénéficiaires, mais c'est aussi un dispositif d'accompagnement social et professionnel pour faciliter l'accès à l'emploi ou consolider les capacités professionnelles de ceux qui sont sans activité, ou qui ne tirent de leur activité que des ressources limitées. Le RSA, dit « socle », financé par les départements, est un revenu minimum qui s'adresse aux personnes dont l'ensemble des ressources est inférieur à un montant forfaitaire révisé chaque année et dépendant de la composition du ménage. Le RSA socle peut être majoré pour les personnes élevant seules de jeunes enfants. Jusqu'en 2015, le RSA « activité », financé par l'État, s'adressait aux foyers ayant des revenus compris entre le montant forfaitaire et un revenu garanti. Depuis le 1er janvier 2016, le RSA activité a fusionné avec la prime pour l'emploi pour devenir la prime d'activité.

RSO (revenu de solidarité outre-mer) : mis en place en décembre 2001, le RSO est une prestation sous conditions de ressources, spécifique aux départements et régions d'outre-mer (ainsi que pour Saint-Pierre-et-Miquelon). Pour y avoir droit, il faut remplir plusieurs conditions : être bénéficiaire du RSA depuis plus de deux ans dans les DROM, être âgé d'au moins 55 ans et de moins de 65 ans, et être sans activité professionnelle durant la perception de cette allocation. L'ouverture de droit à ce revenu met fin au droit au RSA.

S

Samsah (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) : poursuit le même objectif que les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et offre, en plus de ces prestations, une coordination des soins et un accompagnement médical et paramédical. Il est financé par le département et l'assurance maladie.

SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) : leur objectif principal est d'assurer le maintien des personnes handicapées dans le milieu ordinaire, par un soutien à la restauration des liens sociaux (familiaux, scolaires, professionnels, etc.) et en favorisant l'accès aux services offerts par la collectivité. Ils sont financés par le département.

SESSAD (service d'éducation spéciale et de soins à domicile) : intervient au sein des différents lieux de vie de l'enfant (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs). Il apporte un soutien éducatif et thérapeutique individualisé.

SPE (Service public de l'emploi) : est compris, dans cet ouvrage, au sens large. Par convention, les organismes appartenant ou participant au SPE sont les suivants : Pôle emploi, organismes publics (ou émanant de collectivités publiques) de placement

professionnel autres que Pôle emploi (PLIE, maison de l'emploi, mission locale…), entreprises de travail temporaire, agences privées de placement, organismes d'appui à la création et au développement d'entreprises, structures d'insertion par l'activité économique (IAE), autres organismes de placement professionnel et autres organismes appartenant ou participant au SPE.

T

TICPE (taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques) : est un droit perçu par l'État sur la consommation de produits énergétiques, principalement les produits pétroliers. La TICPE correspond à un montant par unité produite (et non à un montant proportionnel au prix du produit). Une partie du produit de la TICPE est affectée aux départements pour le financement du RSA.

TISF (technicien de l'intervention sociale et familiale) : est un travailleur social qui effectue des interventions préventives dans le domaine social ou éducatif, ainsi que des actions réparatrices visant à favoriser l'autonomie des personnes et leur intégration dans leur environnement pour créer ou restaurer le lien social. Il accompagne et soutient les familles, les personnes en difficulté de vie ou en difficulté sociale, les personnes âgées, malades ou handicapées. À cette fin, il élabore avec la personne aidée un projet d'intervention en précisant les moyens pour atteindre l'objectif fixé. Il met ensuite en œuvre et évalue le déroulement de l'intervention.

TSCA (taxe sur les conventions d'assurance) : est un impôt proportionnel qui doit être acquitté sur certaines conventions d'assurance, selon le cas, par l'assureur, le courtier ou l'assuré lui-même. Son produit est affecté pour partie aux départements, à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

U

UHR (unités d'hébergement renforcé) : implantées au sein des Ehpad, elles offrent un hébergement adapté à des résidents souffrant de troubles sévères du comportement qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie, ainsi que celle des autres résidents de l'Ehpad.

USLD (unité de soins de longue durée) : est une structure d'hébergement et de soins dédiée à l'accueil des personnes les plus dépendantes.

Cette édition a fait l'objet d'une révision
par rapport à celle publiée le 28 novembre 2019.

PANORAMAS

L'aide et l'action sociales en France

Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion

ÉDITION 2019

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % des dépenses de protection sociale et relèvent, pour moitié, de la responsabilité des départements. Fin 2017, ces derniers octroient 4,2 millions de prestations d'aide sociale, couvrant ainsi 6,2 % de la population française. Ces prestations représentent une dépense annuelle nette de 37,8 milliards d'euros, un montant qui a progressé de 0,8 % en un an et de 12 % en cinq ans. En 2018, le nombre d'aides sociales aux personnes âgées ou handicapées croît de 1,4 % et le nombre d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) de 0,7 %.

L'aide sociale départementale est, dans cet ouvrage, étudiée dans son ensemble puis, plus en détail, pour les personnes âgées, les personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et l'insertion. Les analyses portent sur les effectifs et les caractéristiques des bénéficiaires, les dépenses et les personnels associés, sous l'angle des évolutions, récentes ou de plus long terme, et des disparités territoriales. L'ouvrage présente également le contenu et l'organisation de l'action sociale des communes et des intercommunalités.

Cette nouvelle édition s'enrichit notamment de résultats sur la prévalence de la perte d'autonomie, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées.

Dans la même collection SOCIAL

> Minima sociaux et prestations sociales
> La protection sociale en France et en Europe
> Les retraités et les retraites

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr

Drees
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

STATISTIQUE PUBLIQUE

La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.

ISBN : 978-2-11-151612-0 • ISSN (imprimé) : 2555-6851 • ISSN (en ligne) : 2553-1476 • Diffusion : S19-141 • Novembre 2019